Bibliothèque numérique
medic@

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

1884, série 01, tome 12. - Paris, 1884.
Cote : 90170

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90170x1884x01x12

© BIU Santé

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

90170

Secrétaire de la Rédaction : P. BRICON.

DOUZIÈME ANNÉE

TOME XII. — 1884

Illustré de 151 figures dans le texte

90170



COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BALZER, BAR, BARATOUX (J.), BERNE, BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BLONDEAU (A.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUCHEILLIER (G.), BRICON (P.), BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CHABBERT, CHANTEMESSE (A), CHARCOT (J.-M.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), COMBY (J.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE, DURET (H.), EPERON, FÉRÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LIOUVILLE (H.), MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAYMOND, REGNARD (P.), RENAUT (J.), RICHER (P.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), TALAMON (CH.), TEINTURIER (E.), TERRILLON, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), IVON P.).

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

DE MM.

Auvard, Babès, Berbez, Bernard, Besnier (E.), Binet, Blocq, Briand, Broca (A.), Budor, Camuset, Cornil, Cotard, Crouzat, Dauge, Doléris, Dumoutier, Gouguenheim, Grasset, Guillot, Hennequin, Huchard, Koller, Kornilowicz, Leflaire, Le Gendre (P.), Leplat, Lœwenberg, Mathieu (A.), Moin, Nègel, Parinaud, Pennel, Pérochaud, Picard (H.), Olivier (A.), Quenu, Respaut, Rivet (G.), Roussel, Routier, Sabourin, Sée (G.), Straus, Turner, Ultzmann, Verchères, Vogt, Zambaco.



90170

90170

S80

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 1 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 JANVIER 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — **M. Ch. MONOD.**

Suppléant M. le professeur TRÉLAT.

Du Mal perforant.

Leçon recueillie et rédigée par M. le Dr Ch. H. PETIT-VENDOL, chef de clinique chirurgicale

Messieurs,

Tout à l'heure, en faisant la visite, j'ai appelé tout particulièrement votre attention sur quatre malades atteints de mal perforant; je me propose de vous entretenir maintenant de cette affection intéressante et importante à bien connaître. Je ne vous ferai pas une relation suivie de ces quatre cas; je me bornerai à y faire des allusions en vous exposant l'histoire du mal perforant, suivant que l'un ou l'autre d'entre eux me fournira un exemple à vous offrir à l'appui des diverses assertions que j'aurai à émettre.

C'est une curieuse histoire que celle du mal perforant. L'étude de cette affection ne date que de 1852; à cette époque, Nélaton fit une clinique sur une « *affection singulière des os du pied* », et appela ainsi l'attention des observateurs sur la maladie qui nous occupe actuellement; mais, chose bizarre, le cas de Nélaton, qui a servi de point de départ à la question, n'était précisément pas un cas de vrai mal perforant. Un élève de Nélaton, Vésigné, l'un de ceux qui étudièrent ultérieurement cette *affection singulière*, lui donna le nom de *mal perforant plantaire*. Il est évident, toutefois, qu'avant que ce mal eût été ainsi dénommé, il avait été vu et bien vu par d'autres observateurs, parmi lesquels nous citerons Royer, Velpeau, Dudon, etc.; ces auteurs avaient remarqué, en effet, que l'on rencontrait parfois à la région plantaire des durillons qui entraînaient à leur suite divers accidents inattendus, dont ils avaient suivi et noté l'évolution. Or, dans ces durillons et dans leurs suites fâcheuses, il est aisé de retrouver les caractères typiques du mal perforant, tel que nous le connaissons aujourd'hui. D'assez nombreux travaux ont été publiés sur le mal perforant depuis celui de Vésigné. La thèse de Leplat, en particulier, constitue une bonne étude, qui ne peut être passée sous silence. Je vous signalerai encore les recherches de Péan, qui mit en avant la théorie vasculaire du mal perforant, théorie que reprit son élève Montagnac, et sur laquelle je reviendrai tout à l'heure; le mémoire de Duplay et Morat, qui établit la théorie nerveuse de l'affection; enfin les thèses de Soulage et de Butruille. Je n'insisterai pas davantage sur cette partie bibliographique de mon sujet: j'ai hâte d'arriver au cœur même de la question.

Le mal perforant présente dans son histoire trois points capitaux, trois particularités caractéristiques, qu'il importe de mettre tout d'abord en relief; ce sont: 1° le siège de l'affection; 2° le sexe des malades qui en sont atteints; et 3° leur profession.

Le siège de l'affection est la région plantaire du pied; de là le nom de *mal perforant plantaire*, que lui a imposé Vésigné. On peut observer quelques exceptions à cette règle, lorsqu'il s'agit du vrai mal perforant; toutefois, ces exceptions sont rares. C'est donc à la plante du pied que se développe le mal perforant. Mais il ne se montre pas indistinctement dans tous les points de cette région; il occupe toujours l'un des sommets du trépied plantaire, soit la saillie qui correspond à l'extrémité antérieure du 1er métatarsien, ou talon antérieur, soit la saillie de l'extrémité antérieure du 5me métatarsien, soit enfin le talon proprement dit, tandis qu'il respecte le reste de la plante du pied. De ces trois points, c'est le talon antérieur qui est le plus souvent atteint.

Je vous disais, il y a quelques instants, que l'on rencontre quelquefois des exceptions relativement au siège. Deux de nos malades, justement, nous offrent des exemples de ces exceptions, mais je m'empresse d'ajouter qu'elles s'expliquent chez eux par des conditions particulières. Notre n° 27 a un mal perforant qui correspond à la 1re phalange du gros orteil; mais ce malade a un pied plat et un certain degré de subluxation du gros orteil, ce qui entraîne une modification du point d'appui de l'extrémité antérieure de son pied. Notre homme du n° 52 nous présente un commencement de mal perforant plantaire au 2e orteil; mais le 1er orteil a été antérieurement enlevé, le point d'appui est changé, et nous sommes en face d'une récidive. Des exceptions du même genre s'observent chez les sujets atteints de pied bot; la base de sustentation est alors ailleurs qu'à la plante du pied, et le mal perforant se développe au niveau des points comprimés.

Ainsi donc, relativement à son siège, vous voyez que le mal perforant présente cette particularité constante, de se manifester toujours dans l'un des points qui ont à subir les plus fortes pressions, que ces points soient ceux sur lesquels s'appuie le pied normalement conformé, ou bien qu'ils correspondent, en cas de déformation du pied par une cause quelconque, à d'autres régions de l'organe.

Ce que j'ai à vous dire de l'influence du sexe et de la profession des malades sur le développement du mal perforant peut se résumer en quelques mots: en règle générale, le mal perforant ne s'observe que chez l'homme, et sur des individus que leur profession oblige à une station debout prolongée.

Il est à peine besoin de vous faire remarquer que ces trois conditions de siège du mal, de sexe et de profession des malades, se tiennent entre elles, et s'enchaînent en quelque sorte, de façon à justifier pleinement l'importance que je leur ai accordée au point de vue de l'étiologie.

L'un de nos malades est un charretier; un autre travaille constamment debout. Cette influence, il est vrai, n'est pas la seule qu'il y ait à invoquer pour expliquer l'apparition de l'ulcère perforant du pied chez ce dernier; néanmoins, il est incontestable que la profession a joué ici le rôle de cause adjuvante. Mais, n'insistons pas davantage; nous retrouverons en effet tout à l'heure, en nous occupant de la pathogénie, d'autres points intéressants de l'histoire de ces malades.

Nous n'avons pas pu voir le début du mal chez nos

© BIU Santé

quatre hommes ; c'est d'ailleurs ce qui arrive le plus ordinairement dans notre clientèle hospitalière ; toutefois les renseignements que nous recueillons suppléent à ce défaut d'observation directe. Ainsi, notre n° 52 nous raconte que son mal perforant a commencé par un durillon, et nous constatons qu'il présente à la plante du pied d'autres indurations, en tout semblables, nous dit-il, à celle qui est devenue le siège d'une ulcération. Même mode de début pour le n° 27, qui a, d'un côté, un mal perforant plantaire, et de l'autre côté un durillon. La première période du mal perforant est donc caractérisée par l'existence d'un durillon. Celui-ci est composé par une masse épidermique cornée, dure, épaisse de plusieurs millimètres ; lorsqu'on l'enlève par lamelles à l'aide d'un instrument tranchant, on voit peu à peu la coupe primitivement homogène de l'épiderme présenter un petit piqueté rougeâtre, et si l'on pousse plus loin encore l'abrasion, on ne tarde pas à voir sourdre des gouttelettes de sang sur la surface de section. Ce sang vient des extrémités des papilles du derme, que l'instrument entame alors ; le piqueté brunâtre constaté dans les couches plus superficielles est dû à de petites suffusions sanguines, plus ou moins anciennes, fournies également par les vaisseaux des papilles dermiques. Telle est la lésion qui constitue la première période du mal perforant ; les choses peuvent en rester là pendant un temps indéterminé, et le mal perforant peut même ne jamais dépasser cet état de durillon.

La deuxième période de la maladie est annoncée par le développement, au centre du durillon primitif, d'une ulcération dont nous avons maintenant à étudier les caractères et le mode de formation. Le derme présente, au niveau des points atteints de mal perforant, un amincissement considérable. Que ce derme aminci se trouve mis à nu par suite d'une destruction mécanique ou artificielle de l'épiderme sus-jacent, et voilà l'ulcération constituée. Dans d'autres cas, le processus est différent ; il se forme une petite vésicule sous-épidermique, une ampoule, dont la perforation met le derme à nu et devient l'origine de l'ulcère. Un troisième mode de production de cet ulcère a été indiqué par Gosselin. Le savant professeur admet qu'il existe, au-dessus du durillon, une petite bourse séreuse qui s'enflamme, suppure, et dont l'ouverture à l'extérieur donne lieu à l'ulcération du derme sous-jacent. Cette hypothèse d'une dermo-synovite séreuse peut être vérifiée dans quelques cas.

La perforation du derme une fois réalisée, on a sous les yeux une ulcération absolument typique. L'épiderme épaissi est perforé comme à l'emporte-pièce, et un bourrelet épidermique épais limite un orifice en forme de puits, de cratère, au fond duquel on aperçoit le derme ulcéré. En explorant avec un stylet la cavité ulcéreuse, on constate que l'extrémité de l'instrument s'engage dans une rigole circulaire, formée autour de l'ulcération du derme par un décollement du bourrelet épidermique périphérique. Nous n'avons pas observé cet état de choses chez nos malades, les lésions ayant atteint chez eux un degré plus avancé.

La perforation du derme marque le début de la 3e période. L'ulcération fait des progrès en profondeur, et gagne lentement dans l'épaisseur des tissus. Le derme se perfore ; la cavité ulcéreuse présente alors une portion sous-épidermique et une portion sous-dermique réunies par l'orifice plus étroit creusé au travers du derme ; c'est une ulcération en bouton de chemise. Puis, le tissu cellulaire sous-cutané est petit à petit envahi par le processus destructif. Plus tard, les tendons, le périoste, les os, les articulations sont attaqués à leur tour. Lorsque l'ulcère atteint les gaines des tendons, il se produit dans celles-ci, par inflammation de voisinage, des adhérences qui isolent la partie malade de la gaine des parties situées au-dessus et au-dessous, et grâce auxquelles la suppuration ne s'étend pas au loin. Puis, la gaine une fois détruite, le tendon se mortifie et s'élimine peu à peu. Enfin, l'ulcère arrive aux os, les dénude, y provoque des lésions diverses de carie et de nécrose, et pénètre dans les articulations. On aperçoit alors, au fond de l'ulcération, des portions de tendons mortifiés, grisâtres, infiltrés de pus, et le stylet, introduit dans la plaie, rencontre des parties osseuses dénudées, ou s'insinue plus ou moins profondément entre les surfaces rugueuses d'une articulation désorganisée. Au début de cette période, tant que l'ulcération n'a pas encore dépassé le tissu cellulaire sous-cutané, la marche des accidents peut encore être enrayée par un traitement convenable ; le mal peut même guérir pour un temps plus ou moins long. Vous concevez qu'il en est tout autrement lorsque sont apparus les désordres profonds que je viens de vous signaler.

Ainsi donc, la marche du mal perforant peut être divisée en trois périodes : 1° durillon ; 2° ulcération ; 3° perforation du derme et lésions profondes.

A côté des signes locaux précédents, vous constaterez un certain nombre de signes concomittants d'une grande importance. L'un de ces signes est une anesthésie plus ou moins étendue autour de l'ulcère et sur le membre correspondant. Nous avons recherché cette anesthésie chez nos malades, mais nous ne l'avons pas rencontrée chez tous les quatre. Elle était évidente chez les hommes des n°s 27 et 52, et si, chez eux, elle n'était pas absolue, il y avait du moins, de la manière la plus nette, un affaiblissement de la sensibilité et un retard dans la perception des sensations. Le n° 27 sent si peu, que nous avons pu lui amputer ses deux gros orteils sans avoir besoin d'employer le chloroforme. Il y a longtemps qu'on a signalé des faits de ce genre ; on croyait avoir affaire à des malades très courageux, tandis qu'il s'agissait tout simplement de malades anesthésiques et analgésiques. Après avoir exposé, sur le n° 27 et sur le 52, l'état de la sensibilité à la douleur, nous avons étudié leur sensibilité thermique ; tous les deux nous ont présenté une diminution manifeste de la sensibilité à la température. Chez nos deux autres malades, l'anesthésie n'existe que dans une petite zone autour des ulcérations. L'anatomie pathologique nous rendra compte, tout-à-l'heure, de ces différences symptomatiques.

Quoi qu'il en soit, retenez ce fait, qu'il y a de l'anesthésie chez presque tous les malades atteints de mal perforant.

D'autres particularités ont été signalées, parmi lesquelles des altérations vasculaires, auxquelles on a voulu faire jouer un grand rôle dans la pathogénie, et qui ont donné lieu à la théorie vasculaire du mal perforant. Mais, cette théorie a été reconnue fausse par ceux-là mêmes qui l'avaient le plus ardemment soutenue ; je ne m'y arrêterai donc pas davantage, quant à présent.

On a parlé encore de la coexistence, avec le mal perforant, d'altérations diverses analogues aux troubles trophiques : déformations des ongles, écailles épidermiques, rougeurs cutanées, etc. On a exagéré sans doute. En tout cas, nous n'avons rien noté de semblable chez nos quatre malades. (*A suivre.*)

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE

Les nodosités rhumatismales sous-cutanées.

Par M. E. TROISIER, professeur agrégé, médecin des hôpitaux (1).

Quel est le siège anatomique de ces nodosités ?

Je l'ai déjà dit, c'est dans l'épaisseur ou à la surface des ligaments, des tendons, des aponévroses et du périoste qu'elles se développent. Il était possible de le supposer d'après certains caractères cliniques, tels que leur glissement avec les tendons, leur adhérence aux tissus fibreux qui entourent les articulations ou leur connexion manifeste avec le périoste. « Il est évident, dit M. Meynet, que ce sont surtout les tissus fibreux qui sont atteints, les jointures, le périoste, les tendons.... Toutes ces tumeurs sont mobiles, et si quelques-unes paraissent adhérentes aux os, il est facile de voir que, dans certaines attitudes où le relâchement du membre est complet, on peut les faire mouvoir et glisser sur les os sous-jacents. D'ailleurs, l'évolution rapide de ces tumeurs éloigne l'idée d'exostose. Il ne paraît pas douteux que le périoste ne soit lui-même le siège du néoplasme. » — « Elles semblent, dit M. Ern. Besnier, avoir leur siège anatomique dans l'atmosphère celluleuse des tendons ou du périoste. » C'est aussi ce que nous avions admis, M. Brocq et moi.

Plusieurs autopsies sont venues confirmer cette hypothèse. Dans le cas rapporté par M. Hirschsprung, on trouva à la partie postérieure de chaque olécrâne une nodosité, de la grosseur d'un pois, qui siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais qui était adhérente au tendon du triceps brachial.

MM. Barlow et Warner, de leur côté, donnent trois cas suivis de l'examen nécroscopique : dans l'un (obs. V de leur mémoire) ils trouvèrent un nodule de la grosseur d'une graine de chanvre, intimement soudé au tendon du triceps, à son insertion olécrânienne ; dans le second (obs VII), ils virent des nodosités attachées aux expansions tendineuses qui entourent les genoux et les coudes; dans le troisième enfin (obs. XVII), ils en constatèrent dans le fascia profond, (au niveau de la onzième vertèbre dorsale), dans l'épaisseur des aponévroses superficielle et profonde des temporaux et sur le péricrâne : ces dernières, qui étaient de la grosseur d'une tête d'épingle, avaient déterminé sur le crâne de petites dépressions à leur niveau.

Ces nodosités prennent donc naissance sur les tendons, les ligaments, les aponévroses, le périoste, et végètent à leur surface ; elles occupent le tissu cellulaire sous-cutané, mais elles ne s'y développent jamais primitivement, et, pendant toute leur durée, elles ne paraissent contracter aucune adhérence avec lui. Elles restent également toujours indépendantes de la peau.

Ne se développent-elles que sur les membranes fibreuses superficielles ? Cela n'est pas probable et je suis disposé à croire qu'elles peuvent se produire sur le périoste de tous les os, sur les aponévroses profondes, partout enfin où existe du tissu fibreux. C'est un point qui ne sera éclairci que par l'anatomie pathologique.

Les autopsies dont je viens de parler nous renseignent également sur la structure de ces nodosités. Singulières productions ! D'une consistance presque fibreuse, et cependant fugaces et résolutives, au point qu'elles disparaissent sans laisser trace de leur passage ! N'y a-t-il pas là comme une invraisemblance ? Quelle est donc leur constitution anatomique ? M. Jaccoud avait pensé qu'elles étaient dues « à l'infiltration et à l'hyperplasie circonscrite des éléments connectifs. » On peut dire aujourd'hui que cette supposition ne s'éloigne pas trop de la réalité.

MM. Barlow et Warner disent que ces corps sont semi-transparents et qu'ils présentent quelques ressemblances avec les grains de sagou cuit.

Quant à leur structure histologique, ils seraient, pour M. Hirschsprung, constitués par du tissu conjonctif plus ou moins modifié. Ce tissu, dans le cas observé par cet auteur, était composé de fibres, de cellules fusiformes disposées en séries, de cellules irrégulières et aplaties, séparées par une substance fondamentale assez homogène ; en quelques points, il y avait des accumulations de cellules à noyaux ronds, plus grandes que les cellules du tissu de granulation ordinaire ; çà et là, on voyait quelques vaisseaux ; enfin, par places, on distinguait des cellules en voie de nécrobiose. « On peut donc considérer ces nodosités, ajoute M. Hirschsprung, comme des néoformations conjonctives très probablement de nature inflammatoire chronique, avec tendance à la nécrobiose ; elles proviennent évidemment des tendons, dont elles rappellent la structure d'une manière frappante. »

MM. Barlow et Warner, qui firent la biopsie (1) d'une de ces nodosités, déclarent qu'elles ont beaucoup de ressemblance avec le tissu de granulation en voie d'organisation. « A la coupe, disent-ils, ce nodule présentait des stries onduleuses de tissu fibreux, des cellules fusiformes pourvues de noyaux et des vaisseaux. » Puis, dans leurs conclusions, ils comparent ces nodules aux végétations des valvules du cœur et regardent le tissu dont ils sont formés comme « appartenant absolument au tissu fibreux. »

Tels sont les résultats des examens pratiqués par M. Hirschsprung et par MM. Barlow et Warner ; ces résultats sont assez concordants. Mais, faut-il accepter l'interprétation proposée par ces auteurs et déclarer avec eux que ces nodosités sont constituées par du véritable tissu fibreux ? Cette manière de voir ne paraît pas ressortir absolument du texte même de leurs observations, et il y a peut-être quelque exagération à les considérer comme du tissu fibreux (2). Pour ma part, je me représente ce tissu, d'après les descriptions que je viens de reproduire, comme un tissu embryonnaire offrant en quelques points une organisation plus ou moins avancée et subissant par places un travail nécrobiotique ou de résorption moléculaire ? Il s'agirait là de néoplasies conjonctives prenant naissance sur le tissu fibreux, mais ne subissant jamais une évolution assez complète pour que l'on puisse les regarder comme du tissu fibreux proprement dit. Cette structure permet d'ailleurs d'expliquer plus facilement leur existence passagère et leur tendance à disparaître spontanément.

Le diagnostic des nodosités rhumatismales ne peut présenter aujourd'hui de réelles difficultés, et l'on devra les reconnaître lorsqu'on verra survenir chez un rhumatisant, au pourtour des articulations ou à la surface des os, de petites tumeurs sous-cutanées et plus ou moins mobiles sur les parties sous-jacentes, d'une consistance dure et un peu élastique, à bords nets, indolentes ou peu douloureuses, sans modification de la peau à leur voisinage. La brusquerie de leur apparition et leur durée habituellement fort courte les distinguent de toutes les

(1) Voir les nos 47, 48 et 52.

(1) Selon l'heureuse expression de M. Ern. Besnier.

(2) Il est regrettable que les mémoires de ces auteurs ne soient pas accompagnés de figures.

© BIU Santé

tumeurs sous-cutanées persistantes, tels que les tubercules sous-cutanés douloureux, les névromes, etc. Je ne parle ni des tophus de la goutte, ni de l'érythème noueux. Les seules affections avec lesquelles on pourrait les confondre au premier abord sont les exostoses et les gommes syphilitiques. Lorsque les nodosités se développent sur le périoste, elles paraissent fixes ; mais, en réalité, elles ne sont pas absolument adhérentes aux os et il est souvent possible de les déplacer, surtout lorsqu'elles sont en voie de résorption ; elles sont en outre mieux circonscrites que les exostoses ou les périostoses. — Quant aux gommes sous-cutanées, elles présentent évidemment quelque ressemblance avec les nodosités rhumatismales, car elles se présentent ordinairement sous la forme de petites tumeurs globuleuses, dures, d'abord indolentes et tout à fait mobiles ; mais bientôt elles adhèrent à la peau, elles changent de consistance et elles prennent les apparences d'une tumeur inflammatoire ; autant de caractères qui les éloignent des nodosités rhumatismales. J'ajoute que le diagnostic n'est vraiment délicat que si les nodosités surviennent en dehors d'une attaque de rhumatisme comme seule manifestation de la diathèse, ou si, par hasard, elles se montrent chez un rhumatisant entaché de syphilis (1).

Revenons maintenant aux *nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques*, décrites par M. Féréol, nodosités dont j'ai parlé en commençant. Ce sont de petites tumeurs qui siègent habituellement sur le front, où elles forment une saillie souvent mal délimitée, sans changement de coloration de la peau, tout à fait indolentes, même à la pression. Elles se développent dans l'épaisseur de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané « On dirait, écrit M. Féréol, un œdème local, œdème dur, circonscrit, quelque chose de très analogue à l'érythème noueux, mais sans érythème, sans rougeur. » Quelquefois, elles se déplacent spontanément. Enfin, elles ne durent habituellement qu'un jour et elles s'évanouissent aussi rapidement qu'elles se sont montrées (1).

Ai-je besoin de dire les nodosités rhumatismales dont je viens de vous entretenir diffèrent de ces nodosités éphémères par leur siège anatomique, par leur structure et par leur durée qui, bien que parfois fort courte, se prolonge cependant au delà de vingt-quatre heures. Cependant, comme j'avais lu dans l'observation de M. Féréol que les nodosités dont il parlait « avaient quelquefois paru faire corps avec le périoste, » ce qui est un des caractères de celles que j'avais vues chez mon premier malade, j'avais d'abord pensé que l'on pouvait réunir ces deux sortes de nodosités dans une même description. Mais j'avais tort ; c'est ce que j'ai reconnu lorsqu'un second cas de nodosités rhumatismales s'est présenté à mon observation et c'est précisément pour me renseigner exactement que je priai M. Féréol de venir voir mon malade.

Ayant commis cette confusion, j'avais été nécessairement amené à désigner toutes ces nodosités sous un seul et même nom, et je leur avais donné celui de *nodosités éphémères* ! que M. Féréol avait employé. Aujourd'hui, n'admettant plus l'identité que j'avais cherché à établir, je me demande si l'épithète *éphémère*,

(1) M. le professeur Fournier m'a communiqué deux cas de nodosités rhumatismales observées chez des syphilitiques, qui ont été considérées pendant quelque temps comme des gommes sous-cutanées. Voici le résumé de ces intéressantes observations :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 41 ans qui avait eu des attaques de rhumatisme articulaire aigu en 1862, 1874 et 1880, et qui avait contracté la syphilis en 1874 (chancre induré et accidents secondaires). En janvier 1881, apparurent trois exostoses frontales, bientôt suivies de syphilides siégeant sur le dos et de lésions des fosses nasales ; le malade entra à Saint-Louis et fut soumis au traitement mixte. Il était sur le point de quitter l'hôpital, dans les premiers jours d'avril, quand il fut pris de douleurs articulaires dans les genoux ; et, peu de temps après, il se produisit, en l'espace d'une nuit, deux tumeurs sur la fesse gauche. L'une était grosse comme une petite noix, l'autre comme une noisette ; elles étaient dures, bien circonscrites, mobiles et siégeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elles ressemblaient tout à fait à des gommes. Dans la même journée, deux autres tumeurs, plus petites, apparurent sur la fesse droite. Le lendemain, 5 avril, il s'en montra deux sur la cuisse gauche ; le 6, deux sur la cuisse droite. En présence de ce mode d'apparition, M. Fournier abandonna le diagnostic qu'il avait porté le premier jour et pensa qu'il s'agissait de nodosités rhumatismales. Le 16, apparition d'une nodosité sur l'abdomen. — A partir de ce moment, toutes ces tumeurs diminuèrent peu à peu de volume et disparurent au bout de quelques jours ; les douleurs articulaires cessèrent également et le malade sortit de l'hôpital complètement guéri dans les premiers jours de mai.

La seconde observation est celle d'un homme de 32 ans, qui entra à l'hôpital pour un rhumatisme subaigu, caractérisé par des douleurs articulaires et musculaires, et par de l'épanchement dans le genou gauche. Le jour de l'entrée du malade, on constatait sur le front, au-dessus de l'œil gauche, une tuméfaction grosse comme une noisette, paraissant faire corps avec l'os et que l'on considéra comme une périostite spécifique ; cet homme avait contracté la syphilis deux ans auparavant. Mais il raconta que cette petite tumeur avait déjà disparu et qu'elle s'était reproduite plusieurs fois depuis qu'il était atteint de rhumatisme. M. Fournier porta alors le diagnostic de nodosité rhumatismale et prescrivit le salicylate de soude. Trois jours après l'entrée du malade à l'hôpital, le rhumatisme était apaisé et la nodosité frontale commençait à diminuer de volume ; au bout d'une semaine environ, elle avait tout à fait disparu et le malade était guéri.

A ce propos, je dois dire que mes deux malades (Obs. I et II) n'étaient pas syphilitiques.

(1) Je crois devoir mettre sous les yeux du lecteur le texte de l'observation qui forme la description même de M. Féréol.

« Depuis plus de quinze ans, dit-il, j'ai observé à plusieurs reprises, chez une dame, des nodosités superficielles qui se produisent, du jour au lendemain, sur la peau du front, où elles forment des petites bosses rondes, d'une dureté élastique, à contour très-net, sans changement de coloration de la peau, sans douleur aucune, même à une pression assez forte, sans démangeaisons, ni picotements, ni chaleur. Ces nodosité, qui varient de la grosseur d'une noisette à celle d'un petit pois, ne sont jamais très nombreuses ; quelquefois il n'y en a qu'une ; d'autres fois deux ou trois, jamais davantage ; et, quand il y en a plusieurs, elles sont souvent inégales et situées à des hauteurs différentes, sans symétrie ; elles sont mobiles avec la peau sur les parties profondes, du moins le plus souvent ; quelquefois, elles m'ont paru faire corps avec la périoste. C'est ordinairement au réveil que ces saillies noueuses se montrent ; elles ont pris naissance pendant le sommeil, sans que la nuit ait été troublée par aucun malaise.

« La première fois que je vis ces tumeurs, je pensai tout de suite à des gommes, dont elles avaient tout à fait l'apparence. La subite apparition de ces tumeurs, leur indolence absolue ne donnaient guère de probabilité à cette hypothèse ; mais leur évolution enleva toute espèce de doute. En 24 heures, elles avaient presque disparu, et le surlendemain il n'y en avait plus aucune trace. La peau du front avait repris son aspect habituel, et il eût été impossible de soupçonner l'endroit où les grosseurs avaient apparu 48 heures auparavant.

« Depuis 15 ans, j'ai bien observé de 25 à 30 fois ce singulier phénomène chez cette dame, qui est du reste d'une assez bonne santé, mais de race arthritique. Elle n'a jamais eu de rhumatisme jusqu'à présent ; mais elle a un pityriasis rebelle du cuir chevelu ; elle est sujette à des migraines très fortes, qui reviennent tous les mois, où à peu près. Il m'a toujours été impossible de saisir la moindre corrélation entre ce phénomène et le retour de la menstruation ; quelquefois il se produisait 2 ou 3 fois pendant un mois ; puis, il y avait une série de plusieurs mois pendant lesquels il manquait. Assez souvent cependant, j'ai pu noter que cette singulière fluxion cutanée se manifestait au voisinage d'un accès de migraine, le lendemain ou la veille, ou le jour même ; mais plus d'une fois il s'est manifesté en l'absence de toute migraine. »

M. Davaine a reproduit dans sa thèse inaugurale (*Contribution à l'histoire du rhumatisme. Œdème rhumatismal. Nodosités éphémères rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané*, 1879), les observations de M. Féréol, et il a développé la même opinion.

© BIU Santé

qui convient à merveille aux nodosités signalées par M. Féréol, peut s'appliquer à celles que je viens de décrire. N'est-ce pas détourner ce mot de son acception habituelle ? Je pourrais le maintenir et justifier le sens que je leur attribue ici par les exemples que cite Littré, « ouvrages, productions éphémères (1) », ce qui signifie de courte durée, qui dure peu. Mais ce serait, j'en conviens d'avance, retomber dans la confusion que je désire éviter (2).

En tout cas, les nodosités dont je viens de tracer l'histoire, méritent bien le nom de *nodosités rhumatismales*. Elles appartiennent réellement au rhumatisme et par leur coexistence avec d'autres manifestations rhumatismales, et par leur évolution qui rappelle jusqu'à un certain point la mobilité et la fugacité des accidents rhumatismaux ; ma communication tout entière est consacrée à cette démonstration (3).

J'ajoute, en terminant, qu'elles ne présentent jamais de gravité et qu'elles n'exigent aucun traitement local.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Des phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme. De la méthode à suivre dans les études sur l'hypnotisme.

Par M. le Dr **Paul RICHER** (4).

La communication que j'ai eu l'honneur de faire dans la dernière séance (5), au nom de M. Charcot et au mien, a été suivie d'une communication de M. Magnin, élève et collaborateur de M. Dumontpallier, tendant à infirmer quelques-uns des faits que nous considérons comme des mieux établis en matière d'hypnotisme.

Afin de dissiper la confusion que de semblables contradictions ne manqueraient pas de jeter dans cet ordre d'études difficiles et encore neuves, — malgré l'ancienneté des faits sur lesquels elles reposent, — je demande aujourd'hui la permission de vous présenter un court aperçu des phénomènes neuro-musculaires de l'hypnotisme, tels que nous les avons observés et décrits, et de rappeler en quelques mots la méthode qui nous a toujours guidé dans nos recherches à la Salpêtrière, dont le début remonte déjà à plus de cinq années.

Un des faits les plus saisissants et pour ainsi dire les plus matériels que présente l'hypnotisme, c'est la contracture provoquée. Aussi, pouvons-nous dire que c'est elle tout d'abord qui a attiré et retenu notre attention. Nous sommes arrivés à cette conclusion que les contractures produites pendant l'hypnotisme doivent être divisées en deux groupes, définis cliniquement par des symptômes divers, et, physiologiquement, par un mécanisme différent.

Je rappellerai en peu de mots qu'il est démontré par des faits anatomiques, physiologiques et aussi pathologiques, que les muscles sont l'aboutissant d'un double système diastaltique. Les nerfs moteurs forment la voie de retour commune aux deux arcs réflexes, dont le centre se trouve également dans la substance grise de la moelle. Mais, la voie d'aller est différente : elle est formée dans un système par les nerfs sensitifs cutanés, dans l'autre par les nerfs centripètes musculaires, dont l'existence a été démontrée par Sach, Thisiew et autres. Le premier est le chemin des actes réflexes cutanés, le second est le chemin des réflexes tendineux.

Suivant MM. Dumontpallier et Magnin, les contractures provoquées dans l'hypnotisme relèveraient toutes d'un même mécanisme et auraient leur unique origine dans l'excitation des nerfs cutanés. Elles surviennent à la suite d'une excitation si légère du tégument, qu'il est impossible d'admettre que les nerfs sous-cutanés y puissent participer. Loin de nier ces faits, nous en avons reconnu depuis longtemps l'existence ; on en trouvera la première indication dans divers passages de mon livre sur l'*hystéro épilepsie*, au chapitre de l'hypnotisme (1) ; ils sont très expressément indiqués dans la note de M. Charcot à l'Académie des sciences, ainsi que dans le dernier chapitre du mémoire que nous avons fait paraître en commun, M. Charcot et moi, dans les *Archives de Neurologie*. Mais, en outre de ces contractures dues à un réflexe cutané, nous avons observé et décrit d'autres contractures qui s'obtiennent par des procédés tout différents et à la production desquelles les nerfs cutanés demeurent complètement étrangers. En effet, l'excitation n'est suivie d'aucun résultat si elle reste limitée à la peau. Pour qu'il y ait contracture, il faut que l'excitation mécanique soit profonde, qu'elle dépasse les limites du tégument, et porte expressément sur un muscle, un nerf ou un tendon. En raison de cette localisation expresse de l'excitant sur l'organe excitable lui-même (nerf ou muscle), nous avons pu nous demander un instant s'il ne s'agissait pas là d'une action directe. L'on sait en effet que l'action mécanique compte au nombre des excitants de la fibre nerveuse ou musculaire. Mais, des observations nombreuses nous ont conduits à considérer ces contractures d'origine sous-cutanée comme le résultat d'une action réflexe, qui suit l'arc diastaltique attribué aux réflexes tendineux. Nous avons longuement exposé ailleurs les raisons et les faits qui plaident en faveur de cette opinion.

(1) Éphémère, qui ne dure, qui ne vit qu'un jour. Par extension, momentané, passager. (Littré.)

(2) On a vu, d'après le nouveau titre donné à ce mémoire, que j'ai abandonné le mot *éphémère*.

(3) Pendant que la dernière partie de ce mémoire était à l'impression, M. Millard a eu l'obligeance de m'adresser une de ses clientes, chez laquelle il venait de découvrir des nodosités rhumatismales. Cette dame, âgée d'une trentaine d'années, a été atteinte en 1879 d'une arthrite rhumatismale de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit ; elle a été reprise de cette affection il y a une huitaine de jours, et, en même temps, elle vit apparaître sur la face dorsale du médius de la main droite, au niveau de l'extrémité inférieure de la première phalange, une petite tumeur qui présente aujourd'hui le volume d'une lentille ; cette nodosité adhère à la phalange, mais la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, tout en glissant facilement sur elle, offrent à son niveau un épaississement très singulier, ne gardant pas l'impression du doigt et dépassant un peu les limites de la nodosité proprement dite ; au centre de cette tuméfaction, la peau est légèrement rosée. Il n'y a pas de douleurs spontanées, et la pression ne détermine qu'une douleur très obscure. — Sur l'annulaire de la main gauche, il s'est produit depuis deux ou trois jours une autre nodosité, de la grosseur d'un grain de chénevis, également indolente, paraissant adhérer à la gaine du tendon extenseur et mobile sous la peau, qui là ne présente aucune altération. — Cette dame nous apprend qu'une vingtaine au moins de nodosités analogues se sont produites sur les mains et sur les pieds, à l'époque où elle souffrait de son rhumatisme du gros orteil ; ces nodosités se sont montrées pendant plusieurs mois par poussées successives, elles disparaissaient après cinq à six semaines de durée.

Il importe de faire remarquer que la nodosité du médius de la main droite s'accompagne d'une modification de la peau qui ne se rencontre pas habituellement au niveau des nodosités rhumatismales sous-cutanées. Il y a là des caractères qui la rapprochent des nodosités de M. Féréol. Mais, comme je l'ai dit à propos de l'observation de M. Vulpian, il faut attendre un plus grand nombre de faits pour créer des variétés et modifier la description générale que j'ai donnée des nodosités rhumatismales.

(4) Communication faite à la *Société de Biologie*. Séance du 28 décembre 1883.

(5) Voir le n° 51 de 1883, p. 1034.

(1) Page 408, note, et page 425.

© BIU Santé

J'ajouterai que les conditions de simplicité d'observation dans lesquelles se rencontrent ces contractures, en même temps que la netteté, et je pourrai dire la précision anatomo-physiologique qu'elles ont toujours présentée, en rendent l'étude facile, exempte d'embûches et des plus instructives. Leur existence est pour nous indiscutable, et si d'autres observateurs ne les ont pas rencontrées, nous restons persuadés que l'occasion seule leur a manqué.

Il importe maintenant de rechercher quelle place doit occuper, dans la symptomatologie de l'hypnotisme, chacun des deux groupes de contractures dont je viens de signaler l'existence.

On sait que M. Charcot a distingué dans l'hypnotisme trois phases ou états nerveux principaux, qu'il a désignés sous le nom d'état cataleptique, d'état léthargique et d'état somnambulique. Chacun de ces états possède une symptomatologie qui lui est propre, et qu'on trouvera exposée en détail ailleurs (1). Je n'insisterai ici que sur les signes tirés du système neuro-musculaire.

A. L'état léthargique est caractérisé par les contractures réflexes d'origine sous-cutanée dont je viens de parler, et qui ont été désignées par M. Charcot sous le nom de phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Il est vrai que l'excitabilité neuro-musculaire est également en jeu dans les contractures d'origine cutanée. Mais, ici, le phénomène est plus complexe et l'hyperexcitabilité réside également dans les terminaisons nerveuses du tégument.

A notre avis, il conviendrait de réserver le nom d'hyperexcitabilité neuro-musculaire au phénomène si saisissant de la période léthargique, pendant laquelle l'exaltation fonctionnelle est exactement et strictement localisée au système neuro-musculaire.

Le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, ainsi défini, n'existe que pendant la phase léthargique de l'hypnotisme. Pendant la catalepsie comme pendant le somnambulisme il fait défaut, mais ces deux états trouvent leur caractéristique dans d'autres propriétés neuro-musculaires.

B. Pendant le somnambulisme, la contracture musculaire est encore possible. Mais nous avons affaire alors au second groupe de contractures dont nous avons parlé et dont l'origine est exclusivement cutanée.

Dans les cas types d'hypnotisme qui présentent les diverses phases nettement caractérisées, ainsi que nous en avons observé un certain nombre, ces phénomènes apparaissent avec la plus grande évidence.

Lorsque la malade est léthargique, l'excitation cutanée, de quelque intensité qu'elle soit, depuis le simple frôlement jusqu'au pincement et à la piqûre, n'est suivie d'aucun résultat, tandis qu'une excitation mécanique plus profonde telle que la percussion, la pression ou la malaxation portant sur un tendon, un muscle ou un nerf, provoque aussitôt une contracture exactement en rapport avec le point excité.

Si, par une friction sur le vertex, nous mettons la malade en somnambulisme, le tableau change. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire de l'état léthargique a complètement disparu. Plus de contracture par le choc des tendons, le froissement des nerfs, ou la malaxation des muscles. Mais la peau, tout à l'heure inexcitable, a acquis une impressionnabilité exquise *et les excitations cutanées superficielles ont seules le pouvoir de produire la contracture.*

J'insiste sur le caractère superficiel de l'excitation; un pincement violent, une piqûre profonde, une forte pression ne produisent aucun effet; le simple frôlement, l'effleurement des poils, l'action d'un courant d'air déterminent une contracture intense.

Dans les cas favorables, la distinction dans le mode de production des deux variétés des contractures hypnotiques se présente avec les caractères de netteté que je viens d'indiquer.

Par une manœuvre très simple, il est possible de rendre en même temps la malade hémi-léthargique et hémi-somnambule. Alors, les muscles de chaque moitié du corps possèdent les propriétés propres à chacun de ces deux états, et la démonstration des deux sortes de contractures devient des plus saisissantes.

En outre des différences dans le procédé opératoire, je résumerai ici les principaux caractères qui distinguent la contracture somnambulique de la contracture léthargique.

La contracture somnambulique peut être localisée à son segment de membre et commence d'ordinaire par les muscles sous-jacents, à la portion du tégument sur laquelle porte l'excitation. Mais elle n'offre jamais dans la localisation ces caractères de précision pour ainsi dire anatomique que présente la contracture de la léthargie.

La contracture somnambulique ne cède point, comme la contracture léthargique, à la friction ou au massage des muscles antagonistes, elle cesse sous l'influence d'une nouvelle excitation cutanée, dont le point d'application n'offre pas de relation constante avec l'attitude du membre contracturé. C'est alors, ainsi que l'a signalé M. Dumontpallier, qu'une même excitation cutanée portée au même point peut faire et défaire la contracture. On n'observe rien de semblable dans la contracture de la phase léthargique.

Une fois produite, la contracture de la somnambule offre autant de résistance que la contracture léthargique et persiste dans les circonstances suivantes :

a) Pendant l'état léthargique. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire reprend alors tous ses droits et se montre partout où la contracture somnambulique n'existe pas. La friction, le massage produisent des contractures nouvelles détruites par les mêmes procédés. Mais la peau est redevenue inexcitable. La contracture somnambulique persiste; ni les excitations légères ni les excitations profondes ne peuvent rien contre elle. Pour la faire disparaître, il faut replacer le sujet dans l'état de somnambulisme, pendant lequel les excitations cutanées superficielles retrouvent toute leur action.

b) Pendant l'état cataleptique. La stabilité musculaire caractéristique se montre dans tout le corps, à l'exception de la partie contracturée précédemment pendant le somnambulisme et qui reste dans le même état.

c) Pendant la veille. Après le réveil, la contracture somnambulique persiste et présente alors les plus grandes analogies avec la contracture léthargique qui, comme on le sait, peut survivre également au sommeil. De nombreuses expériences nous ont montré de part et d'autre une égale résistance aux efforts de traction exercés sur les parties contracturées.

Mais les applications aimantées n'ont pas dans les deux cas la même action. Tandis que l'aimant amène rapidement le transfert de la contracture léthargique, il reste sans influence aucune sur la contracture somnambulique qui n'est point déplacée et persiste au même degré.

Cette distinction des deux formes de la contracture hypnotique nous a conduit déjà à un résultat clinique intéressant. Elle nous a permis de distinguer chez les hystériques,

(1) Paul Richer. *Etudes sur l'hystéro-épilepsie*. 1881. — Charcot. *Note à l'Académie des sciences*.

© BIU Santé

en dehors de toute influence hypnotique, deux variétés de la diathèse de contracture répondant chacune à l'une des formes de la contracture de l'hypnotisme, ainsi que je l'ai exposé dans la communication de samedi dernier faite en commun avec M. Charcot.

C. L'état cataleptique n'est point favorable au développement de la contracture. Aussitôt que la malade, tout à l'heure léthargique ou somnambule, est rendue cataleptique, toute prédisposition à la contracture cesse.

Mais il se développe instantanément cette propriété musculaire si remarquable de la stabilité cataleptique. En outre, les excitations mécaniques profondes déterminent l'affaiblissement du tonus musculaire, affaiblissement qui peut aller jusqu'à la paralysie, ainsi que je l'ai montré dans une récente communication. Il y a donc opposition complète, au point de vue neuro-musculaire, entre l'état cataleptique et les deux autres phases de l'hypnotisme. Toutefois, pour éviter les causes d'erreur, il est de la dernière importance de ne pas confondre l'état de catalepsie franche dont il s'agit, avec d'autres états musculaires d'apparence trompeuse que nous avons décrits sous le nom d'états cataleptoïdes et qui peuvent dépendre soit de la léthargie, soit du somnambulisme, ou bien être le résultat d'états mixtes, sortes de mélange des diverses phases de l'hypnotisme.

Sans insister ici sur l'arrêt de la respiration, l'ouverture des yeux avec absence ou rareté des clignements et d'autres signes exposés ailleurs, je rappellerai qu'un des principaux caractères de la catalepsie hypnotique consiste dans la légèreté extrême des membres, qui se laissent déplacer avec la plus grande facilité, ainsi que dans l'harmonie qui préside toujours aux diverses attitudes communiquées et qui est comme le premier degré des phénomènes si remarquables de suggestion que l'on observe dans cet état.

Lors donc qu'il est question de l'état cataleptique de l'hypnotisme, il est très important d'en rechercher et d'en préciser les principaux caractères ; car, suivant nous, la seule propriété des membres à conserver les attitudes communiquées ne suffit pas à le caractériser.

J'insisterai en terminant sur la nécessité où se trouve l'observateur qui aborde ces matières difficiles, de ne choisir tout d'abord que les cas francs, dans lesquels les phénomènes apparaissent bien nets et bien distincts, les cas que l'on pourrait appeler analytiques, parce qu'ils sont en quelque sorte l'analyse faite par la nature elle-même des cas plus complexes.

Mais, à côté de ces cas simples qui nous ont servi à construire le type et comme le schéma de l'hypnotisme, tel que nous l'avons donné, nous en avons rencontré beaucoup dans lesquels les phénomènes restent incomplets, rudimentaires, ou se mêlent confusément. Ainsi, nous avons vu des sujets qui n'étaient que somnambules ; chez eux, pas de léthargie, ni de catalepsie. D'autres étaient uniquement léthargiques. Chez quelques-uns, les deux formes de contractures dont nous venons de parler existaient en même temps dans une même phase de l'hypnotisme, participant ainsi de la léthargie et du somnambulisme. On voit aussi, souvent, des états mixtes, intermédiaires, qui tiennent à la fois de la léthargie, ou du somnambulisme et de la catalepsie.

Mais, ce sont là des cas éminemment impropres à l'étude et qui seraient pour longtemps encore demeurés inextricables, sans la lumière fournie par l'étude des cas simples, des cas types. Ce n'est pas là, d'ailleurs, une méthode nouvelle. C'est à elle que la neuropathologie doit les immenses progrès qu'elle a accomplis dans ces derniers temps. C'est elle qui rendra en matière d'hypnotisme les mêmes services, si l'on sait l'observer scrupuleusement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Trichinose et la prohibition des Viandes américaines.

Il est de notoriété publique que la trichinose, relativement commune en Allemagne, n'a jamais fait en France d'apparition sérieuse et de nature à alarmer l'opinion et le gouvernement. Chez nos voisins d'outre-Rhin, au contraire, des épidémies trop fréquentes et très meurtrières ont fait instituer des mesures préventives dont, il faut bien l'avouer, l'efficacité reste à démontrer. C'est ainsi qu'une armée de 18,000 inspecteurs munis de microscopes (dont parfois l'oculaire est égaré) (1) est chargée d'examiner toute la viande de porc livrée au commerce.

Faut-il attribuer à la négligence de ces fonctionnaires, à l'insuffisance de leur technique histologique ou au délabrement de leurs instruments, les ravages tout récents de la trichinose en Allemagne ? Mais alors, comment expliquer cette immunité des Français qui n'ont cependant, pour les protéger, aucune inspection comparable à celle des Allemands ?

On a prétendu que le porc français n'était trichiné qu'exceptionnellement, tandis que le cochon allemand ou américain était trop souvent farci de trichines. Ceux qui ont soutenu cette opinion ne l'ont pas appuyée, que je sache, sur les moindres examens comparatifs, ni sur les moindres données statistiques. C'est donc une pure hypothèse, que des faits bien observés sont venus renverser. L'article de M. Vallin, le savant hygiéniste et épidémiologiste du Val-de-Grâce est, à ce point de vue, fort concluant, et les renseignements tout récents qu'il a recueillis de la bouche de MM. Brouardel et Grancher lui donnent une réelle valeur. Enfin, M. Brouardel vient de faire lui-même sur ce sujet une communication à l'Académie (2).

Examinons d'abord dans quelles conditions est survenue l'épidémie d'Emersleben (Saxe), que MM. Brouardel et Grancher sont allés étudier de *visu*. Un porc *anglo-allemand*, né en Saxe, est tué le 11 septembre, et sa chair est soumise à l'examen de deux inspecteurs qui n'y trouvent pas de trichines et qui n'hésitent pas à en manger, donnant ainsi la preuve, sinon de leur habileté, du moins de leur bonne foi. Le reste fut dépecé et vendu aux habitants du village et des environs ; d'après l'enquête faite par le bourgmestre, la viande hachée a été consommée pendant huit jours, à l'état cru. Les deux inspecteurs tombèrent malades ; ceux qui avaient mangé la viande crue dans les premiers jours tombèrent malades également et moururent en plus grande proportion que ceux qui en mangèrent plus tard. La mortalité de 53 0/0 chez ceux qui avaient mangé la viande le deuxième jour, s'abaissait à 10 0/0 chez ceux qui la mangeaient le cinquième jour, et se réduisait à 0 aux septième et huitième jours. Cette observation semble indiquer que les trichines perdent leur vitalité et meurent rapidement dans la viande hachée abandonnée à

(1) Vallin. — *L'épidémie de trichinose d'Emersleben. In Revue d'Hygiène*, 20 Décembre 1883.
(2) *Académie de médecine*, 26 décembre 1883.

© BIU Santé

elle-même, même sans avoir été fumée, salée, ni cuite. Environ 250 personnes, qui avaient mangé la viande cuite, n'ont pas éprouvé la moindre indisposition.

Tous les malades, sans exception, avaient mangé la viande hachée crue ; c'est un fait parfaitement établi et qu'il ne faut pas oublier. Il paraît même qu'un échauffement léger est suffisant pour détruire la vitalité des trichines : dans une famille nombreuse qui avait mangé des saucisses fraîches trempées quelques minutes seulement dans l'eau bouillante, personne n'a été malade, à l'exception de la cuisinière. Or, celle-ci, plus gourmande et plus allemande que ses maîtres, avait (elle l'avoua plus tard) étalé sur son pain et mangé une rondelle de saucisse crue. Ce fait n'est-il pas probant ? Or, si l'on réfléchit qu'en Allemagne c'est une pratique usuelle, populaire, traditionnelle et patriotique, de ne pas profaner par la cuisson la viande de porc et de la manger hachée et crue comme les Françaises mangent de la confiture, on ne s'étonnera plus de l'épidémicité et de l'endémicité de la trichinose dans les pays Allemands. Ce n'est donc pas dans la provenance des porcs que gît le danger, c'est dans les habitudes de race qui font, au-delà du Rhin, rechercher la viande crue pour laquelle les paysans français n'ont que de l'horreur. Il paraît que l'ingestion d'une grande quantité d'alcool préserve ceux qui ont mangé de la viande trichinée; on cite un homme qui, après avoir ingéré 3/4 de livre de viande crue et hachée et un litre et demi d'eau-de-vie, échappa seul à la trichinose qui atteignit tous les autres convives.

Quels sont les symptômes qui permettent de reconnaître la trichinose ? D'après Kunze (1), il y a tout d'abord des coliques et une diarrhée cholériforme ; le passage des trichines dans les muscles est marqué par de violentes douleurs souvent confondues avec les douleurs rhumatismales et qui, lorsqu'elles siègent dans les muscles intercostaux, permettent à peine au malade de respirer, de tousser et d'éternuer. Elles augmentent par la pression et siègent dans les muscles, respectant les articulations, ce qui distingue la trichinose du rhumatisme. Les paupières présenteraient presque toujours un gonflement œdémateux ; les malades transpirent, sont très faibles et en proie à une fièvre vive.

MM. Brouardel et Grancher, cités par M. Vallin, distingueraient trois périodes : 1° période gastro-intestinale, qu'on pourrait appeler cholériforme, et qui suit immédiatement la mise en liberté, dans l'intestin de l'homme, des trichines enkystées dans les muscles de l'animal ; 2° période typhoïde, caractérisée par l'élévation de la température, la stupeur, les douleurs musculaires, pouvant simuler une fièvre typhoïde ; 3° période de cachexie, avec anasarque portée au plus haut point et évoquant l'idée d'une albuminurie, quoiqu'il n'y ait pas d'albumine dans les urines. D'après M. Brouardel, cette succession d'accidents au cours d'une maladie qui dure deux ou trois mois rend toute erreur de diagnostic impossible, et permet d'affirmer qu'on n'a jamais rien observé de semblable à Paris.

M. Brouardel conclut que l'épidémie de Saxe a eu pour origine l'ingestion de la chair crue d'un porc indigène et que l'importation des viandes américaines n'y a été pour rien. Virchow lui-même aurait déclaré ne pas connaître en Allemagne un seul cas avéré de trichinose humaine imputable aux viandes salées d'Amérique ; ce n'est donc pas à des considérations hygiéniques, mais bien à des considérations économiques que l'Allemagne a obéi quand elle a prohibé l'entrée des viandes américaines.

En France, à la suite d'une campagne menée par les journaux, un décret de prohibition contre les viandes américaines a été rendu le 18 février 1881. Le 29 novembre 1883, un décret levait cette prohibition, contre laquelle protestaient à la fois les commerçants français et les commerçants américains. Mais voici que, par suite d'un coup de théâtre parlementaire, le décret libérateur vient d'être rapporté et le ministre mis en demeure de protéger la santé publique menacée par les porcs américains.

C'est M. Paul Bert qui, au nom de la science, a entraîné la Chambre des députés à voter un ordre du jour qui indique de *surseoir à l'introduction des viandes de porc américaines*. (*Journal Officiel*, du 23 décembre 1883). M. Peulevey, au nom des intérêts commerciaux, s'est efforcé de sauver le décret ministériel. M. Paul Bert, dans sa réplique, s'est posé en protecteur de la santé publique, qui pourrait être compromise par des épidémies de trichinose. « Vous pourrez, a-t-il dit, avoir des épidémies de trichinose ; or, ces épidémies ont un caractère tout à fait différent des épidémies de maladies transitoires. Ce n'est pas une épidémie, c'est la main mise sur un pays par un animal dangereux ; c'est quelque chose de tout à fait comparable à l'arrivée du phylloxéra !!! »

Répondant à l'argument tiré du bon marché, M. Paul Bert ajoute : « Il ne faut pas inventer, permettez-moi cette expression, la trichinose du pauvre ; il ne faut pas donner à l'ouvrier une nourriture malsaine sous prétexte de le protéger ». Des *très bien* partis de différents côtés de la chambre ont souligné cette argumentation plus sentimentale que politique, plus littéraire que scientifique.

Mais M. Paul Bert est un savant, un physiologiste, et un physiologiste éminent ; il ne pouvait donc passer le côté scientifique de la question : il a vu des trichines, des trichines vivantes, il en a fait manger à de petits animaux et a provoqué chez eux la trichinose intestinale et la trichinose musculaire. Il continue en disant que le diagnostic de la trichinose est difficile et que cette maladie peut-être confondue avec la fièvre typhoïde, de sorte que si l'on voulait pousser à l'extrême l'insinuation de M. Paul Bert, on pourrait admettre que la trichinose existe chez nous comme en Allemagne, et que beaucoup d'épidémies de fièvre typhoïde ne sont que des épidémies de trichinose ignorées. (Voir plus haut, pour la réfutation de cette opinion, les conclusions des éminents cliniciens que nous avons cités, MM. Brouardel, Grancher, Kunze, Vallin).

C'est une véritable fantasmagorie, a dit M. Achard, que cette invasion de la trichinose par les viandes salées d'Amérique ; quant à l'épidémie de Malaga, que M. Paul Bert a citée à l'actif des viandes américaines, il est parfaitement démontré, par un certificat du consul de

(1) *Eléments de médecine pratique*. 1883. p. 212.

© BIU Santé

France, qu'elle a eu pour origine des porcs de l'Andalousie. « La question d'hygiène a été tranchée d'une manière souveraine par les décisions des Corps savants compétents, par la décision du Comité consultatif d'hygiène, et par la décision de l'Académie de médecine, le corps le plus autorisé, celui dont la compétence est la plus haute, la plus universellement reconnue, décision sur laquelle M. Paul Bert a glissé sans vouloir la discuter ni la combattre. Eh bien, l'Académie de médecine, à la majorité de 69 voix sur 72 votants, a décidé que, grâce à nos habitudes culinaires, la consommation des viandes porcines offrait une innocuité complète ; elle a décidé qu'il n'y avait pas de mesure à prendre, pas de règlementation spéciale à édicter, et qu'il n'y avait pas lieu d'interdire en France l'entrée des viandes salées (1). »

On voit qu'il s'est trouvé à la Chambre un homme, et ce n'était pas le ministre, pour répondre à M. Paul Bert comme il convenait. Mais la Chambre, en présence de l'inertie ministérielle, séduite par l'éloquence et les raisons scientifiques discutables de M. Paul Bert, n'en a pas moins voté l'ordre du jour protecteur à la majorité de 272 voix contre 153. Il n'en reste pas moins établi, malgré ce scrutin, que la trichinose peut venir des porcs indigènes, qu'en fait elle n'a jamais pu être mise sur le compte des porcs américains, même en Allemagne (Virchow), que la véritable cause de la trichinose humaine est le résultat de l'ingestion de viande de porc *crue* et *fraîche*.

La trichinose est, à quelques exceptions près, une *maladie allemande*, parce que les Allemands sont presque les seuls qui fassent un usage, un abus quotidien de viande de porc crue et fraîche. Quant aux Français, dont la santé nous intéresse avant celle de nos voisins, ils ne contractent jamais la trichinose, parce qu'ils mangent le porc cuit, salé, fumé, ou conservé de telle façon que les trichines absorbées par eux ont perdu leurs propriété nocive.

S'il est établi que la trichinose ne s'observe jamais en France, ce simple fait ruine la thèse soutenue par M. Paul Bert. Pourquoi M. le Ministre du commerce s'est il laissé battre ? Pourquoi ne s'est il pas abrité derrière l'autorité des savants compétents ? Pourquoi n'a-t-il lu ni le rapport de M. Brouardel qui doit lui être parvenu, ni l'article de M. Vallin qui venait de paraître ? Muni de ces documents, il eût sans doute remporté une victoire facile (2).

Les nouveaux dispensaires de Rouen.

L'assistance médicale est un des gros problèmes du jour : les discussions recommencent sans cesse, les projets se succèdent sans relâche, mais la solution n'apparaît pas, et cependant personne n'oserait nier l'insuffisance et les défauts de l'organisation actuelle. En cet état de choses, qui ferait croire volontiers que les Administrations sont enchaînées par la loi du *statu quo*, une réforme devient un événement, une innovation est un coup d'audace. Devant ce coup d'audace pourtant la Municipalité d'une de nos grandes villes n'a pas reculé et elle a eu le mérite d'une création dont l'initiative privée avait déjà démontré les immenses avantages. Dans un voyage que nous avons fait récemment à Rouen, nous avons pu étudier l'organisation et le fonctionnement du grand dispensaire qu'on vient d'y fonder. Nous croyons utile d'appeler sur ce fonctionnement l'attention de ceux qui, à un titre quelconque, se préoccupent des questions d'assistance.

Un des plus actifs créateurs de l'institution, M. Poupardin, adjoint de la ville, a eu l'obligeance de nous expliquer dans quelles circonstances le projet avait pris naissance et avait été adopté. Malgré les énormes sacrifices de la ville, qui consacrait près du cinquième de ses ressources annuelles aux subventions des Hospices et du Bureau de bienfaisance, l'assistance médicale restait plus qu'insuffisante, les Hospices étaient encombrés et un nombre considérable de malades étaient privés de tout secours. L'Administration résolut alors de fonder, indépendamment des hospices, plusieurs dispensaires médicaux placés sous la direction du Bureau de bienfaisance et dans lesquels les malades, enfants et adultes, que la nature de leur maladie ou l'excessive misère n'obligeraient pas à entrer à l'hôpital, pourraient trouver tous les soins désirables. On espérait de cette de cette façon assurer des secours à tous ceux qui en avaient besoin, et diminuer la clientèle hospitalière du grand nombre de nécessiteux qui ne recherchaient l'entrée à l'hôpital que parce qu'ils ne trouvaient pas ailleurs les soins gratuits qui leur étaient indispensables.

Il fallait pour cela un local bien aménagé, un outillage complet, un service médical sérieux, c'est ce qu'on a réalisé au dispensaire de Martainville, dont l'organisation et la direction ont été confiées à M. le Dr Gendron, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un second dispensaire plus modeste a été établi dans un autre quartier ; mais c'est au dispensaire de Martainville, situé au centre du quartier le plus populeux, qu'on a appliqué le nouveau système dans toute sa vigueur, et l'expérience paraît assez heureuse pour décider l'Administration à achever son œuvre.

M. le Dr Gendron a su installer, dans un local modeste d'apparence mais bien aménagé et avec un personnel peu nombreux, le service d'assistance médicale le plus complet qu'on puisse imaginer après l'hôpital ; il a voulu faire de ce dispensaire un véritable *hôpital externe*, et, soutenu par une Administration bienveillante, il y est parvenu. Le fonctionnement de ce dispensaire est très simple et l'installation médicale des plus commodes. Il serait trop long cependant d'exposer ici tout le mécanisme du service ; nous n'en dirons donc que quelques mots : toutefois, nous engageons vivement M. Gendron à le faire connaître dans tous ses détails.

L'établissement, pour le service médical proprement dit, comprend : un cabinet de consultation avec chambre noire, une pharmacie richement pourvue, une salle pour les opérations et pansements, une installation hydrothérapique complète, sauf peut-être en ce qui concerne l'administration des bains médicinaux, enfin une cuisine

(1) Voir *Progrès médical*, 1881.

(2) Espérons cependant que la question n'est pas définitivement tranchée et que la Chambre se montrera plus clairvoyante lors de la discussion du projet de loi dont elle est actuellement saisie. La décision prise le 22 décembre par la Chambre a motivé, de la part du Ministre, une disposition transitoire destinée à concilier les divers intérêts en cause et que nous publions p. 14.

© BIU Santé

avec réfectoire. Nous avons particulièrement remarqué avec quel soin a été aménagée la salle des pansements : tout y est préparé pour les pansements les plus divers (bains locaux, irrigations nasales et auriculaires, électrisation, etc.), tout y est disposé pour suppléer à la multiplicité des aides par la commodité de l'installation. Chaque matin, la consultation du médecin, assisté d'un interne, est ouverte à tous les malades qui se présentent après avoir reçu à un guichet une fiche qui doit rester au dispensaire et porter inscrites les prescriptions successives. La Directrice veille à l'exécution de ces prescriptions, fait délivrer les médicaments par l'élève en pharmacie et pratique les pansements les plus simples (1).

Un service de consultation, qui embrasse à la fois la médecine et la chirurgie, qui fait passer en quelques heures sous les yeux du médecin les maladies les plus diverses, est réellement fort pénible si on y apporte tout le soin consciencieux qu'y consacre M. le Dr Gendron ; aussi, à part les cas d'urgence et les maladies chroniques, a-t-il attribué des jours fixes consacrés à l'examen de certaines catégories de malades.

Une heureuse mesure, qui fait définitivement du dispensaire de Martainville un hôpital externe, c'est la création de ce que le médecin a appelé le *régime alimentaire* ; ce dernier se compose d'un potage gras avec 200 gr. de viande et quelques légumes, préparé avec soin. Le malade inscrit au régime vient consommer ce potage à midi, pendant 5 jours consécutifs. Les secours médicaux du dispensaire, nous le répétons, s'adressent surtout aux malades nécessiteux qui, capables encore de circuler, ont un asile certain et une nourriture à peu près assurée ; pour tous les autres, l'hospice reste l'unique ressource ; mais il est évident que l'alimentation ordinaire de ces indigents n'est plus suffisante pour un malade dans certains cas, c'est alors que le médecin accorde le régime alimentaire, non pas comme aumône, mais comme auxiliaire du traitement institué.

Nous serions surpris si cette remarquable institution, qui fait honneur à ses fondateurs comme à son organisateur, ne devenait l'origine de nombreuses créations similaires. Le succès leur est assuré, comme à Rouen, si on sait apporter dans leur organisation le même esprit de réforme et de progrès.] A. B.

(1) Cette directrice est une laïque, et nous en félicitons sincèrement la Municipalité de la ville de Rouen.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 décembre 1883. — Présidence de M. Laborde.

M. Hamy a observé récemment un *monstre* qui présentait un vice de conformation des plus rares. Ce monstre (enfant né à terme) était réduit à une sorte de poche piriforme, sur laquelle aucune ouverture n'était visible ; à peine distinguait-on un petit tubercule, situé à 5 cent. au-dessous du bassin, rudiment probable des organes génitaux externes. A l'intérieur, on trouva également de grandes anomalies ; l'abdomen offrait deux vastes cavités, formées l'une par la vessie, l'autre par le gros intestin extraordinairement dilaté. La vessie, triangulaire, était pourvue d'un seul uretère qui aboutissait 5 cent. plus haut que le trigone ; le gros intestin, de forme quasi-ovoïde, communiquait avec la vessie par un large orifice ; la valvule iléo-cœcale, située à la partie supérieure, était horizontale. Au-dessus du gros intestin, on trouvait le petit intestin enroulé et comprimé ; l'estomac et les organes thoraciques étaient très réduits ; enfin, le bassin était refoulé en arrière et en haut. M. Hamy se propose d'ailleurs de revenir sur ce fait, dont il n'a pas trouvé d'autres exemples dans la science et qui est un cas type d'*imperforation complète des organes génitaux et de l'intestin*.

M. Mathias Duval demande à M. Hamy s'il a examiné l'état de l'ouraque.

M. Hamy répond que, dans toute son étendue, l'ouraque était absolument imperméable et fibreux. Quant à la communication des deux cavités, les parois vésicales et intestinales étant intimement unies, elle lui paraît s'être faite par accolement et amincissement graduel des tissus.

M. Arloing fait une *réclamation de priorité* au sujet du travail de MM. Kronecker et Metzder publié dernièrement et relatif aux *phénomènes de la déglutition*. Le fait principal exposé par ces auteurs est la suppression du mouvements péristaltique de l'œsophage dans certains mouvement de déglutition. Or, depuis 8 ans, M. Arloing a observé ces faits à l'aide de la méthode graphique ; il a publié divers mémoires sur ce sujet et ses recherches se trouvent relatées dans son article *Déglutition* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Il a dit, entre autres choses, que, chez les solipèdes, l'œsophage devenait *inerte* dans le cas de déglutition de boissons, et que les contractions ne reparaissaient que pour vider l'œsophage des dernières gouttes de liquide. Ceci prouve, soit dit en passant, que l'on peut retourner aux Allemands l'accusation qu'ils portent trop souvent contre les auteurs français, d'ignorer les travaux publiés à l'étranger.

M. Pierre Marie communique les résultats d'une autopsie faite dans le service de M. le professeur Charcot pour un cas de *sclérose latérale amyotrophique*. Le début de l'affection remontait à un an ; la malade avait d'abord été observée par M. Huchard, qui avait posé le diagnostic sclérose latérale amyotrophique et avait vu se dérouler sous ses yeux quelques-uns des principaux symptômes ; puis, cette femme était restée deux mois dans le service de M. Charcot. A l'autopsie, on constata dans la moelle, outre la disparition des grandes cellules des cornes antérieures, de nombreux corps granuleux situés très exactement au niveau des faisceaux pyramidaux croisés et directs, ces corps granuleux existaient d'ailleurs, non seulement dans la moelle, mais encore dans la protubérance, dans les pédoncules et dans la capsule interne, au point même considéré par M. Flechsig et par M. Charcot comme donnant passage aux fibres du faisceau pyramidal. En outre, les corps granuleux, indices de la dégénération des fibres nerveuses, ne s'arrêtaient pas là ; M. Marie a pu constater leur présence dans la substance blanche des circonvolutions frontale et pariétale ascendante et à vu très nettement ces corps granuleux disposés en séries rectilignes et formant des radiations dirigées de l'écorce vers la capsule interne.

La présence des corps granuleux indiquant une dégénération des fibres nerveuses aurait déjà été constatée en dehors de la moelle par M. Charcot et par MM. Pick et Kahler dans les pédoncules ; c'est à M. Kojewnikoff (de Moscou) que l'on doit d'avoir le premier montré, par une série de dissociations, que les corps granuleux se retrouvaient dans la capsule interne et au niveau des circonvolutions motrices ; mais, la méthode des coupes successives, employée par M. Marie, a l'avantage de fournir des préparations persistantes et de permettre d'établir, avec une plus grande rigueur, la topographie des corps granuleux. Enfin, et l'auteur de la communication insiste sur ce point, dans aucune des coupes faites au niveau des circonvolutions motrices, on ne retrouve dans l'écorce grise les grandes cellules pyramidales qui, à l'état normal, y existent en grand nombre. M. Marie ne connaît pas de cas de sclérose latérale amyotrophique où l'on ait, jusqu'à présent,

© BIU Santé

recherché spécialement ou signalé l'état de ces cellules,et, d'après ses préparations, il conclut à la lésion des grandes cellules pyramidales de l'écorce, dont la disparition vient apporter une nouvelle preuve de la nature étroitement systématique de la sclérose latérale amyotrophique. En effet, ainsi que M. Charcot, en créant cette espèce morbide, l'a toujours soutenu contre ses contradicteurs, notamment contre Leyden, n'est-ce pas une lésion bien systématique que celle qui frappe dans toute son étendue un système de fibres cérébro-médullaires,que l'anatomie de développement signalait déjà comme nettement distinct des autres systèmes de fibres dans le cerveau ou la moelle ?

M. Marie fait ensuite passer sous les yeux des membres de la Société une série de photographies, faites par MM. Londe et Touroude dans le laboratoire de la Salpêtrière,et qui représentent très nettement les corps granuleux dans la moelle et dans le cerveau.

M. Gomez expose les résultats des recherches qu'il vient de faire relativement à l'*action du chloroforme* sur la respiration de la *levûre de bière*. Comme l'éther, dont il a déjà fait connaître l'action (1), le chloroforme diminue l'activité respiratoire de la levûre ; un courant d'air saturé de vapeurs de chloroforme passant pendant 2 heures à travers une solution de levûre peut même suspendre complètement la respiration ; cependant, la levûre n'est pas tuée, car sa fermentation ultérieure est encore possible.

M. Rabuteau est surpris de ce résultat, car il n'y a pas un éther qui ne tue les végétaux lorsqu'il a agi pendant un certain temps ; on sait, d'ailleurs, que l'anesthésie perpétuelle est impossible. Les graines sèches, placées dans l'éther, peuvent s'y conserver indéfiniment et restent susceptibles de germination ; mais, si la graine a déjà commencé à germer, à vivre, l'éther entrave la germination et même tue la plante si son action continue.

M. Ch. Richet fait une communication relative à la *rapidité d'action des différents métaux sur la sensibilité gustative*. Dans les divers auteurs classiques, on n'établit pas de limite entre la sapidité et l'insapidité. Cette question offre de grandes difficultés dans son étude, car l'eau distillée elle-même a un goût, et l'on pourrait être tenté d'attribuer à une solution métallique l'impression provoquée par cette eau. D'autre part, la sensibilité gustative varie non seulement suivant les personnes, mais encore suivant l'état dans lequel on se trouve ; elle varie en outre aux diverses heures de la journée. On ne peut donc donner que des chiffres tout à fait approximatifs. Ces réserves faites, M. Richet classe dans l'ordre suivant les quelques métaux sur lesquels il a déjà expérimenté : cuivre, argent, mercure, chlorure de sodium, ammonium et zinc. Un milligr. de sulfate de cuivre dissous dans un litre d'eau distillée donne une impression gustative ; pour les autres métaux, il faudra : argent, 4 millig. ; mercure, 10 ; chlorure de sodium, 12 ; ammonium, 20 ; zinc, 40. Le cuivre est donc le métal qui, à la dose la plus faible, donne une saveur appréciable. Les différents acides : sulfurique, azotique, chlorhydrique, etc., sont presque tous perçus à la même dose (5 centigr. à 7 centigr.).

M. Rabuteau dit que, M. Richet s'étant servi de l'eau distillée des laboratoires, toutes ses expériences sont à refaire. Les seules conclusions rigoureuses seront celles obtenues avec une eau distillée parfaitement limpide, et pour cela il faut absolument fabriquer cette eau soi-même à l'aide d'appareils de verre.

M. Richet répond que l'eau distillée employée a été la même pour tous les métaux, et que l'action comparative qu'il a tirée ne peut, pour cette raison, être dénuée de valeur.

Elections.— La Société procède ensuite aux élections du nouveau Bureau pour 1884. M. Bert, président, et M. Dumontpallier, secrétaire général, restent en fonction. Sont nommés : *Vice-présidents* : MM. Mathias Duval et Franck. — *Secrétaires annuels* : MM. Mégnin, Dastre, Larcher et Henneguy. — *Trésorier* : M. J. Chatin. — *Archiviste* : M. Hardy.

A. Blondeau.

(1) Voir *Progrès médical* de 1883, n° 49, p. 993.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 avril 1883. — Présidence de M. Quinquaud.

31. Rapport sur la candidature de M. Berne au titre de membre-adjoint ; par M. Chauffard.

Parmi les nombreuses et très intéressantes présentations que M. Berne peut faire valoir à l'appui de sa candidature, nous rappellerons celle qui a trait à un cas de pneumonie massive observé à l'hospice de Bicêtre le 7 mars 1870, dans le service du professeur Bouchard. Voici, en quelques mots, l'observation clinique : un homme de 48 ans, de santé délicate, est subitement pris d'un point de côté à gauche du thorax. La respiration devient des plus pénibles. *Matité absolue du poumon gauche dans tous les points, perte complète de l'élasticité* au doigt ; pas de voussure de la cage thoracique ; *absence totale de murmure respiratoire* dans toute l'étendue du poumon ; *souffle bronchique* et égophonie. *Pas la moindre expectoration*. La température s'élevait à 40°,2. Urines fortement chargées d'albumine. En présence d'une dyspnée qui s'accroissait sans cesse et n'était point en rapport avec des signes stéthoscopiques paraissant répondre à un faible épanchement pleural, la ponction ne parut pas indiquée au début. On pensa que la dyspnée pouvait relever d'une cause tout autre qu'une lésion pulmonaire,peut-être l'albuminurie. L'hypothèse de pleuro-pneumonie semblait devoir être rejetée en l'absence de signes stéthoscopiques et d'expectoration, malgré l'élévation thermique.

La dyspnée fut telle, qu'une ponction fut faite comme opération d'urgence et donna issue à quelques grammes d'un liquide séro-fibrineux un peu teinté de sang. Ce fut une ponction blanche ; le malade succomba le lendemain. L'autopsie révéla l'existence d'une lame pseudo-membraneuse d'une épaisseur de 2 millimètres, recouvrant la surface du poumon gauche dans toute son étendue ; cette lame était molle, non vasculaire, facile à détacher de la surface pulmonaire. Absence complète de liquide dans la cavité pleurale.

L'examen du poumon montra que le lobe inférieur gauche, augmenté de volume, était très compacte, très dense, plus lourd que l'eau. La surface de section du même lobe présentait un aspect granité, et, par places, les lésions caractéristiques de l'hépatisation, les bronches étaient obstruées par des bouchons grisâtres ayant l'aspect de caillots fibrineux. Dans son remarquable travail (1877-1878), M. Grancher avait décrit ces moules fibrineux, dont le développement dans les grosses bronches peut être considéré comme caractéristique de l'affection à laquelle cet auteur a donné le nom de *pneumonie massive*. L'observation présentée par M. Berne a montré que le début de l'affection peut être marqué par les signes habituels de la pneumonie commune, mais que la matité absolue, l'absence de vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, l'existence d'un souffle bronchique, la dyspnée croissante, constituent autant de signes indiquant l'envahissement des bronches par les concrétions fibrineuses.

L'examen anatomique vint confirmer ce qui avait été précédemment décrit par M. Grancher : l'existence de moules fibrineux comparables à des caillots agoniques, conservant l'empreinte des bronches dont ils produisent l'obstruction. Ce fait anatomique avait été vaguement interprété jadis par Morgagni, en 1738. Piorry et Nonat, en 1847, avaient décrit des concrétions fibrineuses des gros tuyaux bronchiques. Rokitansky, groupant tous les faits exposés jusqu'alors, leur avait assigné le nom d'*inflammation croupale* des voies respiratoires.

Wiedemann, en 1854, décrivit certaines pneumonies auxquelles il donna le nom de pneumonies sèches, caractérisées par des concrétions fibrineuses, une matité absolue, un souffle plus intense qu'à l'ordinaire. Henrot, le

© BIU Santé

15 mars 1876, décrivit, sous le nom de *lymphorrhagie bronchique*, une variété de pneumonie présentant ces mêmes moules fibrineux concrétés obstruant les bronches.

Rappelons que MM. Brissaud et de Beurmann ont publié, en 1880, une observation de pneumonie massive montrant que les bronches de tout calibre peuvent être remplies par la substance fibrineuse. Le 25 juin 1878, M. le Dr Millard observait un cas dans lequel les concrétions fibrineuses occupaient toutes les divisions de la bronche gauche d'un malade. Ajoutons que deux observations, dues à MM. Barth et Poulin (février 1879), nous montrent ces mêmes concrétions obstruant jusqu'aux ramuscules terminaux des bronches et envahissant les alvéoles pulmonaires.

Nous avons tenu à rappeler les traits principaux de l'observation de M. Berne, comme présentant un remarquable exemple de pneumonie massive. Les faits analogues, encore rares dans la science, sont recherchés avec soin de nos jours, depuis que M. Grancher a tracé leurs caractères cliniques et anatomiques fondamentaux.

32. Rapport sur la candidature de M. Lejard au titre de membre-adjoint de la Société anotomique; par M. Netter, interne des hôpitaux, médaille d'or.

Parmi les communications faites par M. Lejard à la Société anatomique à l'appui de sa candidature, il en est une sur laquelle nous désirons appeler votre attention. Elle nous paraît offrir un intérêt réel, au point de vue de la question de l'étranglement herniaire dans les hernies inguinales congénitales. Nous rappelons en quelques mots le fait dont il s'agissait.

Le nommé L..., âgé de 58 ans, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Trélat, le 17 janvier. Il avait une tumeur inguinale droite présentant les signes incontestables d'un étranglement. M. Segond, chef de clinique, essaya de réduire, y réussit, mais la réduction ne se maintint pas. Le soir, la hernie se reproduisait, se réduisait aussi facilement, mais offrant ce phénomène remarquable, à savoir que le testicule disparaissait avec la tumeur dans la cavité abdominale. Le malade fut opéré le lendemain, 18 janvier; on constata le sac volumineux d'une hernie ancienne, offrant à la partie supérieure un orifice largement ouvert. En relevant la masse intestinale qui n'offrait aucune apparence d'étranglement, on put constater que ce sac communiquait avec un sac inférieur et interne, plus petit, dans lequel une deuxième anse intestinale était étroitement étranglée. Il y avait donc eu réduction de la hernie supérieure, mais l'anse inférieure n'avait pas été libérée, et si elle avait été refoulée dans la cavité abdominale, elle avait entraîné avec elle la cause même de l'étranglement. La reproduction de la hernie après réduction trouvait son explication dans les rapports intimes du testicule avec le fond du sac herniaire. Le testicule, en effet, était refoulé avec la masse herniaire, qu'il entraînait avec lui dans le scrotum, lorsqu'il descendait pour reprendre sa place.

Malgré la section du sac, la réduction de l'anse étranglée, qui présentait d'ailleurs peu d'altérations, les phénomènes dus au pincement de l'intestin persistèrent et le malade succomba. En résumé, il s'agit d'un étranglement peu commun se faisant dans une loge particulière, au contact du testicule privé de tunique vaginale, comme le démontra l'autopsie.

Dans une clinique très intéressante faite à l'hôpital Necker, le 8 février, M. le professeur Trélat a spécialement étudié cette variété d'étranglement, en rapport avec une disposition rare et mal connue du conduit vagino-péritonéal.

Cette hernie se développe dans un canal préexistant. Si elle se fait au début de la vie, le canal est large ; si elle se fait tardivement, au contraire, elle rencontre des rétrécissements préexistants. Ces rétrécissements siègent surtout en deux points déterminés : 1° Au niveau de l'orifice inguinal interne ; 2° A l'extrémité inférieure du conduit vagino-péritonéal, au point ou celui-ci s'abouche dans la tunique vaginale. L'intestin qui a traversé cet orifice peut alors se loger dans la tunique vaginale elle-même, en contact avec le testicule, ou, dans d'autres cas, dans un sac spécial.

Ces orifices, sièges d'étranglement, sont en général étroits, à bords durs et plus rigides que ceux d'un collet herniaire ancien. Il en résulte que les accidents acquièrent rapidement une intensité excessive.

La gravité de la situation réside encore dans l'incertitude du diagnostic. Le souvenir de ces faits, et de la pièce qui vous a été présentée, pourra faire soupçonner la possibilité d'une hernie congénitale, et indiquer dès lors la nécessité et l'urgence d'une opération immédiate.

Nous pourrions, à côté de cette présentation, en signaler d'autres à l'appui de la candidature de M. Lejard, nous vous rappellerons les suivantes :

1° Un fait de péricardite aiguë et tuberculeuse chez un vieillard de 88 ans. — 2° Une péricardite localisée avec thrombose cardiaque ancienne, dans le ventricule gauche dont la paroi antérieure était amincie et dilatée, chez un vieillard. — 3° Un cas de gangrène sénile. — 4° Un fait de thrombose de la veine jugulaire externe, chez un phthisique. — 5° Une tumeur du nerf saphène externe.

33. Elections. — M. Daniello est nommé membre correspondant.

34. M. Ballet dépose, au nom de M. Daniello, des *photographies microscopiques* de lésions d'*encéphalite*.

35. M. Ballet fait voir un malade atteint de *cécité verbale typique* et *d'hémianopsie*.

M. Chantemesse fait observer que l'existence de phénomènes paralytiques à droite au moment de l'attaque indique une lésion de l'hémisphère gauche.

M. de Beurmann fait remarquer que le mode de disparition de l'hémianopsie, tel qu'il a été relevé, s'observe dans l'hémianopsie d'origine corticale.

M. Chauffard insiste sur l'existence, dans ce cas, d'un phénomène d'ordre sensoriel bien déterminé, l'hémianopsie. N'est-ce pas là l'indice d'une localisation particulière ?

M. Ballet réserve la question de localisation. Il veut seulement retenir le fait clinique, qui démontre l'existence de la cécité verbale.

M. Mathieu. Ce fait est très démonstratif en effet ; la cécité verbale ne peut pas être contestée. Au point de vue séméiologique, il importe de remarquer, qu'au début, le malade a présenté de l'aphasie vulgaire. C'est seulement après quelques jours que la cécité verbale est seule restée en relief, l'aphasie motrice ayant disparu.

36. M. Butruille présente une *tumeur de la grande lèvre, d'aspect papillomateux*.

M. Cornil la considère comme un cas d'éléphantiasis.

37. M. Josias fait voir les pièces anatomo-pathologiques d'un homme de 61 ans, atteint de *cancer annulaire de l'œsophage*. La mort fut déterminée par l'infiltration granuleuse des poumons et l'apparition d'une méningite tuberculeuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 décembre 1883. — Présidence de M. Millard.

Elections du Bureau. Sont nommés : *Vice-président*, M. Vidal. — *Secrétaire général*, M. Desnos. — *Secrétaires annuels*, MM. Legroux et Rathery. — *Trésorier*, M. R. Moutard-Martin. — *Conseil de famille*, MM. Millard, Lailler, Grancher, Guyot. — *Conseil d'administration*, MM. d'Heilly, du Castel, Laveran, Lacombe, Quinquaud. — *Comité de publication*, MM. Desnos, Legroux, Rathery, Rendu, Zuber.

M. le vice-recteur fait part d'une lettre du Dr Pigeon qui proteste contre les *revaccinations obligatoires* en termes grotesques et peu convenables pour la Société médicale des hôpitaux.

M. Dujardin-Beaumetz présente son nouveau volume de

© BIU Santé

clinique thérapeutique. Il montre, par la même occasion, une pièce moulée par M. Barretta relative à des *ulcérations tuberculeuses du voile du palais* et de la *voûte palatine*. L'examen microscopique a montré la présence des bacilles de la tuberculose. Il insiste avec raison sur le siège insolite de ces ulcérations tuberculeuses.

M. Rendu dit qu'une observation analogue a été présentée par M. Quénu à la Société clinique.

M. Debove a vu une pièce analogue.

M. du Castel a vu trois observations de granulations du voile du palais.

M. Desnos donne lecture de l'éloge du professeur Lasègue; des applaudissements unanimes accueillent ce discours. Les applaudissements de la Société accueillent également l'éloge de Parrot par M. Troisier, et l'éloge de Georges Homolle par M. Rendu.

J. Comby.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

I. Etude clinique et expérimentale sur la transformation ammoniacale des urines, spécialement dans les maladies des voies urinaires (*ammoniurie*); par M. le Dr F. P. Guiard. (Mémoire ayant obtenu le prix Civiale). Paris, 1883. Alex. Coccoz, libraire-éditeur.

II. Du développement spontané des gaz dans la vessie (*pneumaturie diabétique*); par M. le Dr F. P. Guiard (Extrait des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*). Paris, 1883. J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs.

I. La transformation ammoniacale des urines est connue depuis longtemps, puisque tout médecin qui a soigné des malades atteints de catarrhe chronique de la vessie l'a forcément observée et n'a pu manquer d'être frappé de cette odeur particulière, de cette émanation qui vous *monte aux yeux* comme dans les urinoirs insuffisamment arrosés; mais, on peut dire que, jusqu'à ces dernières années, on avait considéré la putréfaction de l'urine dans la vessie comme le résultat de la maladie et non comme sa cause. La putréfaction de l'urine à l'air libre avait été expliquée de diverses manières par les chimistes qui avaient étudié ce phénomène; toutefois, on n'avait pas songé que cette altération de l'urine pourrait être le phénomène primitif. C'est M. Pasteur qui, cette fois comme tant d'autres, eut l'honneur de résoudre la partie chimique du problème et de montrer que la fermentation ammoniacale de l'urine est toujours causée par des microorganismes, et principalement par une torulacée en chapelets qui a la propriété de transformer l'urée en carbonate d'ammoniaque. M. Van Tieghem, élève de M. Pasteur, a étudié complètement le phénomène de la transformation ammoniacale produite par cette torulacée, et, comme conséquence de leurs recherches, MM. Pasteur et Van Tieghem ont conclu que, si l'urine devenait ammoniacale, cela tenait à ce que le chirurgien introduisait des ferments en pratiquant le cathétérisme. De là une série de conseils tendant à faire adopter aux chirurgiens une foule de précautions destinées à détruire les germes, telles que le flambage des instruments, leur lavage avec des solutions antiseptiques, etc., précautions qui, sans doute, ne sauraient être mauvaises, mais qu'il est bien difficile de prendre dans la pratique journalière de la chirurgie.

Les idées de M. Pasteur ne passèrent pas sans opposition. Combattues d'abord en France et en Allemagne, elles ne furent adoptées par la généralité des savants que quand une célèbre observation de Traube, suivie bientôt de beaucoup d'autres, eurent montré l'influence indéniable du cathétérisme sur la production de l'*ammoniurie*.

Dès lors, la théorie des ferments ne rencontra plus que de rares contradicteurs; tandis qu'elle était adoptée par Traube, Niemeyer, Vogel et Neubauer en Allemagne, par Gosselin et A. Robin, par Gubler en France et par la plupart des auteurs qui se livraient à l'étude de ces questions; elle était attaquée par Béchamp en France, par Bastian en Angleterre et par Musculus en Allemagne.

Actuellement, on peut dire que l'influence des ferments sur la production de l'ammoniurie est admise par presque tous les auteurs. Mais, le phénomène chimique n'est pas tout dans la question: S'il est permis de croire que la torulacée de Van Tieghem est nécessaire pour produire la fermentation de l'urine, on ne saurait dire qu'elle la produit fatalement, sans quoi tous les sujets qui ont été sondés avec des instruments de propreté douteuse seraient devenus ammoniuriques, et l'expérience de tous les jours est là pour nous dire que cet accident n'est pas commun.

Que faut-il donc pour que l'ammoniurie se produise et persiste? Il faut que la vessie soit préalablement malade et que ses sécrétions deviennent un terrain favorable pour le développement de la torulacée. L'exposé qu'on vient de lire peut faire comprendre le but que s'est proposé M. Guiard en travaillant à son remarquable mémoire. Il a voulu, après avoir emprunté aux chimistes leurs méthodes et les résultats obtenus dans leur laboratoire, appliquer ces mêmes méthodes à l'expérimentation sur l'organisme animal et comparer les résultats; il a dû, pour cela, se livrer à une série de recherches de diverse nature parmi lesquelles l'expérimentation sur les animaux tient une place importante.

Le principal résultat des expériences de M. Guiard est le suivant: c'est que le cathétérisme avec une sonde imprégnée de ferment n'amène que très difficilement l'état ammoniacal, lorsque la vessie est saine, et détermine au contraire une fermentation rapide lorsqu'on a préalablement provoqué de la cystite. Dans toute vessie saine, l'état ammoniacal produit artificiellement n'a qu'une durée très passagère. M. le professeur Guyon avait déjà soutenu que la cystite jouait un rôle capital dans la fermentation de l'urine, et il avait tendance à nier le pouvoir trop exclusif attribué au ferment.

On voit que M. Guiard cherche à concilier l'opinion de M. Guyon, son maître, avec celle de M. Pasteur, quand il dit dans ses conclusions: « Pour nous, la transformation ammoniacale de l'urine *dans la vessie* exige *pour être durable* et devenir un phénomène pathologique, le concours simultané de deux facteurs, *les microbes et la cystite*.

L'ouvrage de M. Guiard comprend neuf chapitres qui sont: 1° l'historique; 2° l'histoire naturelle du ferment de l'urée; 3° la description et le diagnostic de l'ammoniurie; 4° l'étude des circonstances dans lesquelles l'ammoniurie survient; 5° ses conséquences; 6° les expériences sur les animaux; 7° la discussion des théories; 8° le traitement; 9° les observations et les conclusions. Sous ces diverses rubriques, M. Guiard fait une étude complète de l'état ammoniacal de l'urine, de l'ammoniurie, comme il l'appelle. Nous avons essayé de donner une idée générale de la question, nous ne suivrons pas notre auteur dans le détail des divers chapitres. Renvoyant au livre lui-même le lecteur désireux d'étudier à fond l'ammoniurie, nous nous bornerons, pour terminer, à dire un mot des indications qui en découlent:

Pour guérir l'ammoniurie, il faut d'abord traiter la cystite, rendre l'émission des urines parfaitement libre si quelque obstacle (rétrécissement ou hypertrophie prostatique empêche le malade de vider sa vessie; enfin, combattre l'état ammoniacal lui-même par des lavages vésicaux et des injections d'acide phénique à $\frac{1}{1000}$ ou $\frac{1}{500}$, d'acide borique à $\frac{40}{1000}$ ou $\frac{50}{1000}$, et mieux encore de nitrate d'argent au millième ou au cinq centième. Des expériences de M. Guiard comme de la pratique du professeur Guyon, son maître, il résulte que l'azotate d'argent est la substance qui, à des doses supportables pour la muqueuse de la vessie, entrave le mieux la transformation ammoniacale de l'urine.

II. L'émission de gaz par l'urèthre est un phénomène des plus rares, sauf bien entendu le cas où une seringue mal purgée d'air en a introduit dans la vessie; lorsque le pissement de gaz, la *pneumaturie*, comme dit M. Guiard, survient spontanément, ce phénomène peut être dû soit à une communication anormale de la vessie ou de l'urèthre avec le tube digestif, soit à un développement spontané de gaz dans la vessie. C'est à cette dernière espèce de pneumaturie que M. Guiard a consacré le travail que nous analysons. L'auteur a pu réunir quatre observations inédites de pneu-

© BIU Santé

maturie empruntées l'une au Dr Adrien Simon, les autres au professeur Guyon. Trois autres cas, dus les deux premiers à Keyes (de New-York) ; l'autre à Raciborski, portent à sept le nombre des observations sur lesquelles est basé ce mémoire.

La pneumaturie restera un phénomène curieux, sans grande importance clinique, jusqu'au jour où il sera démontré qu'elle est, comme le pense M. Guiard, constamment liée au diabète sucré. Si cette opinion se vérifiait, l'émission de gaz par la verge pourrait mettre sur la voie de glycosuries méconnues. Voici du reste, les conclusions de cet intéressant travail :

Le développement de gaz dans la vessie, en dehors de toute communication anormale entre les voies urinaires et le tube digestif, est un phénomène des plus rares. Il se traduit cliniquement par l'émission de gaz par la verge. Au point de vue pathogénique, il semble en rapport avec une fermentation spéciale de l'urine qui ne s'observerait que sur des glycosuriques ayant subi un ou plusieurs cathétérismes. Le sucre, sous l'influence des globules de levûre importés par l'instrument, se dédoublerait en alcool et en acide carbonique. Les vents uréthraux seraient ainsi un symptôme de glycosurie. Mais ils ne semblent avoir par eux-mêmes aucune valeur pronostique.

Dr A. Malherbe.

BIBLIOGRAPHIE

Cours élémentaire et pratique de biologie ; par MM. Huxley et Martin. Vol. in-12 de 387 pages. Paris, 1883. O. Doin, libraire-éditeur.

La *Bibliothèque biologique internationale*, publiée à la libraire O. Doin, sous la direction de M. de Lanessan, vient de s'enrichir d'un intéressant volume. D'après un plan très simple et essentiellement pratique, les auteurs passent en revue un certain nombre de formes fondamentales, choisies aussi bien parmi les plantes que parmi les animaux, car *la biologie est une* : la structure peut se modifier plus ou moins, mais la physiologie reste immuable ; c'est un des titres de gloire de Claude Bernard d'avoir établi cette loi fondamentale. En partant de ce fait, les auteurs se proposent de guider pas à pas l'élève et de lui faire toucher du doigt les différentes formes de la vie. Commençant par les êtres les plus primitifs et passant ensuite à des êtres de plus en plus compliqués, ils montrent quelles différenciations se peuvent produire dans la série, comment la structure et les fonctions se perfectionnent et se modifient pour s'adapter au genre de vie, au milieu, etc.

Les types étudiés sont la levûre, le protococcus, l'amibe et le leucocyte, la bactérie, les moisissures, la chara, la fougère, la fève, la vorticelle, l'hydre d'eau douce, l'anodonte, l'écrevisse et le homard, enfin la grenouille. Leur étude n'est point faite en détail ; au contraire, les descriptions se bornent à indiquer ce qu'il faut voir et comment il faut le voir. Le livre, essentiellement pratique, est une sorte de vade-mecum indispensable désormais dans le laboratoire et qui contraint l'élève, encore peu familiarisé avec les observations anatomiques ou physiologiques délicates, à tout regarder de près, à accorder son attention aux faits les plus négligeables en apparence. Nous estimons que M. de Lanessan a fait œuvre utile en publiant une traduction de ce volume, qui a obtenu déjà plusieurs éditions en Angleterre.

R. Blanchard.

VARIA

L'Audition à l'Ecole.

En 1882, dans une communication fort intéressante faite à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, M. Gellé avait attiré l'attention sur un point d'hygiène scolaire encore peu connu, celui de l'audition à l'école. Dans les écoles qui avaient été l'objet de son examen, M. Gellé avait trouvé les élèves atteints d'affaiblissement de l'ouie dans la proportion énorme de 20 à 25 0/0. Il avait vu, en outre, que la plupart de ces élèves, notés comme arriérés ou paresseux et souvent punis comme tels, étaient cependant intelligents et que le retard dans leurs études provenait uniquement des conditions défavorables dans lesquelles ils se trouvaient placés, par suite de l'éducation en commun.

Cet auteur avait conclu qu'il serait désirable : 1° Au point de vue de l'élève, qu'il fut, à son entrée à l'école, examiné attentivement sous le rapport de l'audition en classe. Si l'on constate qu'il n'entend qu'à trois mètres, par exemple, il devra être placé à part, soit dans une classe spéciale, soit sur un banc tout près de la chaire et du tableau. S'il entend à plus de 3 mètres, mais à moins de 5, il sera placé sur le premier banc, sans tenir compte des conditions de composition. 2° Le maître sera prévenu que ces élèves ont l'oreille dure, et il saura distinguer les fautes par inaudition. 3° Les classes seront de 30 à 35 élèves et auront 7 à 8 mètres de côté. On ne fera jamais de cours dans les préaux, même couverts. — M. Gellé demandait en outre que ces prescriptions fussent complétées par l'isolement des classes entre elles et l'éloignement de l'école des voisinages bruyants.

Depuis cette communication, M. Weil (de Stuttgard) a publié les résultats des examens de l'ouie qu'il a pratiqués sur près de 4.500 écoliers, garçons et filles, de l'âge de 7 à 14 ans. Les recherches de M. Weil, qui ont commencé à peu près en même temps que celles de M. Gellé, l'ont amené à formuler les conclusions suivantes, qui offrent un réel intérêt : 1° L'oreille normale entend la voix sourde d'intensité moyenne à 20 ou 25 mètres ; 2° Les troubles de l'ouie sont énormément fréquents. Jusqu'à 30 0/0 d'enfants de l'école primaire n'entendent qu'insuffisamment d'une ou de deux oreilles ; plus grand était le nombre de ceux qui n'entendaient que d'une manière anormale ; 3° Les enfants des familles aisées donnent des meilleurs résultats que ceux des familles pauvres ; c'est ainsi que je n'ai trouvé par exemple dans le *Catharinenstrift* (pensionnat de jeunes filles) pas plus de 10 0/0 ; 4° Les proportions (en pour cent) des troubles de l'ouie augmentent avec l'âge ; 5° Les écoles de campagne (si je puis prendre une conclusion d'après les enfants de Degerloch) donnent des résultats relativement favorables. — Quant à l'examen particulier de chaque oreille, M. Weil avait trouvé : perforation du tympan avec otorrhée, 2 0/0 ; bouchon de cérumen ou commencement de bouchon, 13 0/0. La plupart des enfants n'avaient jamais subi de traitement ; beaucoup ne se doutaient pas de leur surdité. L'auteur ajoute enfin : « Il est évident que beaucoup d'enfants qui ont l'air distrait présentent des troubles de l'ouie plus ou moins grands, et chaque enfant inattentif devrait subir un examen de l'ouie. »

Nous avons tenu à citer en entier les conclusions de MM. Gellé et Weil pour montrer combien sont rapides et importants les progrès faits en hygiène scolaire. Un médecin-inspecteur des écoles devrait toujours être doublé d'un hygiéniste sérieux et n'ignorant rien de ce qui concerne cette hygiène des écoles malheureusement trop peu connue et encore plus mal appliquée. En est-il ainsi à Paris ? Nous n'hésitons pas à répondre non, et nous craignons bien qu'avec la réorganisation dont il est question (1) l'inspection médicale ne soit aussi mal faite que précédemment et ne produise des résultats tout aussi illusoires. En remettant entre les mains de l'Administration la nomination des médecins-inspecteurs des écoles, choisis sur une liste dressée par le maire et la délégation cantonale, au lieu de laisser cette nomination se faire comme autrefois à l'élection ; en prescrivant des visites un peu plus fréquentes, le Conseil municipal de Paris et l'Administration n'ont réalisé aucun progrès. Ils ont supprimé une chose mauvaise, l'élection, pour la remplacer par une pire, la nomination laissée à la faveur ou à la discrétion de la délégation et de la Municipalité. Peut-être obtiendra-t-on plus de régularité dans les visites des écoles et des rapports plus nombreux ? Mais, ce qui manquera comme autrefois, ce seront des médecins-inspecteurs vraiment compétents. A notre avis, ce qu'il eût fallu, c'eût été diminuer au lieu d'augmenter le nombre des médecins-inspecteurs ; leur donner une indemnité en rapport avec l'importance de leurs fonctions et le travail qu'ils devaient fournir ; enfin, établir le concours, qui seul peut assurer une garantie de savoir. C'est ainsi que l'on procède à Lyon, où l'inspection médicale est ce qu'elle devrait être à Paris, sérieuse et vraiment utile. Nous reviendrons d'ailleurs très prochainement sur cette question.

A. B.

Les salaisons d'Amérique.

M. Hérisson, ministre du commerce, vient d'adresser au Président de la République le rapport suivant :

Monsieur le Président,

A la date du 27 novembre dernier, j'ai eu l'honneur de soumettre à votre signature un décret rapportant celui du 18 février 1881, qui avait interdit, sur le territoire de la République, l'importation des viandes de porc salées provenant des Etats-Unis d'Amérique. Cette mesure s'appuyait sur l'opinion de l'Académie de médecine et sur

(1) Voir *Progrès médical* de 1883, n° 52, p. 1.031.

© BIU Santé

l'avis tout récent du Comité consultatif d'hygiène publique de France, spécialement appelé à en délibérer.

La Chambre des députés a, dans sa séance du 22 décembre, émis le vœu qu'il fût sursis à l'exécution du décret du 27 novembre, jusqu'à la discussion d'une proposition de loi dont elle est actuellement saisie.

L'objet du décret ci-joint est de satisfaire à ce désir en suspendant l'importation des viandes de porc d'Amérique. Pour ne point cependant jeter le trouble dans les transactions commerciales, j'ai l'honneur de soumettre également à votre haute approbation une disposition transitoire destinée à concilier les divers intérêts en cause.

Il n'est point inutile de rappeler, à ce propos, que, lorsque le décret du 18 février 1881 eut pour la première fois édicté la prohibition formelle des viandes de porc d'Amérique, l'importation desdites viandes n'en fut pas moins, en raison de l'importance des opérations engagées, autorisée jusqu'au 20 mai de la même année, sous la réserve d'un examen microscopique. La mesure que je vous propose a été inspirée par ce précédent. Les viandes pourraient exceptionnellement entrer en France jusqu'au 20 janvier prochain, par les trois ports du Hâvre, de Bordeaux et de Marseille, et sous certaines conditions qui en démontreraient l'innocuité. Ce très court délai assurerait que la mesure de faveur ne pourrait être réellement appliquée qu'aux envois se trouvant déjà en cours de route ou pour lesquels des engagements ont été pris.

Quant aux garanties à exiger dans l'intérêt de la santé publique, je n'ai pas cru pouvoir mieux faire, pour lever toutes les craintes, que de reproduire textuellement dans le décret celles qui se trouvent indiquées dans le projet de loi voté par la Chambre le 28 mars 1882 et qui vient d'être repris et appuyé devant la même Assemblée par ceux de ses membres qui se sont montrés le plus éloignés d'admettre la libre importation.

Il devrait être constaté que les viandes répondent au type connu dans le commerce sous le nom de « Fully cured », qu'elles sont saines, qu'elles sont dans un état parfait de conservation et que la salaison en est complète. Les constations seraient faites par des experts spéciaux, désignés par les préfets, et les importateurs devraient déclarer, avant tout déchargement, qu'ils consentent à acquitter les frais que la visite pourrait entraîner. Si les avantages du décret que j'ai l'honneur de vous proposer vous paraissent de nature à conseiller son adoption, je vous prierai, monsieur le président, de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Voici ce décret qui a été promulgué à la date du 24 décembre 1883 :

Le président de la République française. Sur le rapport du ministre du commerce, Décrète :

Art. 1er. — Il est sursis à l'exécution du décret du 27 novembre 1883. — Est en conséquence suspendue, jusqu'à ce qu'il ait été statué par une loi sur l'introduction en France des viandes de porc, l'importation desdites des viandes salées provenant des Etats-Unis d'Amérique.

Art. 2. — Toutefois, pour les marchés déjà conclus, ces viandes pourront être admises exceptionnellement jusqu'au 20 janvier 1884, par les ports du Hâvre, de Bordeaux et de Marseille, et à la condition qu'il sera constaté qu'elles répondent au type connu dans le commerce sous le nom de « Fully cured », qu'elles sont saines, qu'elles sont dans un parfait état de conservation et que la salaison en est complète. Cette constatation sera faite par des experts spéciaux désignés par les préfets. Les importateurs seront tenus de déclarer, avant tout déchargement, qu'ils consentent à acquitter les frais que la visite des experts pourra entraîner. Le maximum du tarif de ces frais sera fixé par les chambres de commerce.

Art. 3. — Les ministres du commerce et des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Faculté de Médecine.

2e *Trimestre de l'année scolaire* 1883-84. — *Inscriptions, consignations.* — I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions a été ouvert le *Jeudi 3 janvier*. Il sera clos le *Samedi 19 janvier*, à 3 heures. — Les inscriptions sont délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11 et samedi 12 janvier. — 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18, samedi 19 janvier. La 14e inscription ne sera point délivrée aux Etudiants (nouveau régime) qui n'auraient pas subi avec succès la 2e partie du 2e examen (physiologie) — MM. les Etudiants de 4e année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'Anatomie pathologique devront présenter leur carte d'admission à ces travaux, en prenant leur inscription trimestrielle.

MM. les Etudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat, et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du lundi 14 janvier.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les Etudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 1er trimestre 1883-84. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.* — 1° Les bulletins de versement pour les consignations continueront à être délivrés les lundis et mardis, de midi à 3 heures. — 2° Les étudiants inscrits pour subir leurs examens sont placés d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser, par écrit, la demande à M. le Doyen (Décision de la Commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883). — 3° La mise en séries des candidats aux examens a lieu 15 jours au moins ou trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre de candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la Commission scolaire, la faire tirer et distribuer, et enfin pour expédier les convocations. — *Observation importante.* Les bulletins de versement doivent être présentés à la Recette des droits universitaires (55, rue Saint-Jacques), autant que possible, le jour même où ils sont délivrés.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 7. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) 1re *Série* : MM. Béclard, Hayem, Henninger ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Rendu, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Hanriot, Guebhard. — 2e *Officier de santé* : MM. Verneuil, Damaschino, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 8. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Cornil, Campenon. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Le Fort, Remy. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Raymond. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Pajot, Jaccoud, Peyrot ; — (N. R. 1re partie) (Charité) : MM. Gosselin, Panas, Charpentier.

Mercredi 9. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Trélat, Segond. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Guyon, Tillaux, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Vulpian, Potain, A. Robin ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Rendu, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) (Charité) : MM. Hayem, Damaschino, Straus.

Jeudi 10. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Ball, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Gosselin, Panas, Charpentier ; — (N. R. 2e partie) : MM. G. Sée, Bouchard, Hutinel.

Vendredi 11. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Tillaux, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* : MM. Trélat, Potain, Straus.

Samedi 12. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Jaccoud, Peter, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Proust, Segond. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Hardy, Charpentier.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Vendredi 11. — M. Quermonne : Etude sur la pathogénie des névralgies. — M. Geffrier : Etude sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux. — M. Dupré : De l'hydrargyrie. — M. Jégu : De la syphilis de l'oreille. — *Samedi* 12. M. Connen : Du traitement prophylactique de l'ophthalmie des nouveau-nés par l'acide borique. — M. Simard : Forme de contracture infantile intéressant particulièrement les adducteurs de la cuisse.

Corps de santé militaire.

Par décision ministérielle en date des 19, 23 et 29 décembre 1883, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés pour faire partie du corps expéditionnaire du Tonkin, savoir :

Pour le 1er rég. de marche formé en Algérie. — M. Vincens, médecin maj. de 1re cl. au 49e rég. d'inf., chef du service médical dudit rég. Est affecté spécial. au bat. de la lég. étrangère. — M. Boyard, médecin-maj. de 2e cl., provisoirement au 12e escad. du train des équipages milit. Est affecté spécial. au 2e bat. d'inf. lég. d'Afrique. — M. Audiguier, médecin aide-maj. de 1re cl. au 3e rég. de tirail. algériens. Est affecté au bat. de ce corps de troupe.

Pour le 2e rég. de marche, formé en France. — M. Challan, mé-

© BIU Santé

decin-maj. de 1re cl. à l'hôpit. milit. Saint-Martin. Est affecté spécial. au bat. du 23e rég. d'inf. — M. Raynaud, médecin-maj. de 2e cl., provisoirement aux hôpit. milit. de la div. d'occup. de Tunisie. Est affecté spécial. au bat. du 111e rég. d'inf. — M. Dreyfus, médecin aide-maj. de 1re cl. au 119e rég. d'inf. Est affecté spécial. au bat. du 143e rég. d'inf.

Pour les batteries du 12e régiment d'artillerie.—M. Poigné, médecin aide-maj. de 1re clas. audit rég.

Pour l'ambulance.—M. Driout, médecin princip. de 2e cl. aux hôpit. milit. de la div. d'Oran; chef de l'ambulance. — M. Gentit, médecin-maj. de 1re cl. à l'hôpit. milit. du Gros-Caillou. — M. Baudot, médecin-maj. de 2e cl. au 134e rég. d'inf. — M. Hocquard, médecin-maj. de 2e cl. au 82e rég. d'inf. — M. Achard, médecin aide-maj. de 1re cl. au 43e rég. d'inf. — M. Renaut, médecin aide-maj. de 1re cl. au 114e rég. d'inf. — M. Nimier, médecin aide-maj. de 1re cl. à l'hôpit. milit. du Gros-Caillou, détaché à la direct. du service de santé du gouvernement milit. de Paris. — M. Manget, phar. aide-maj. de 2e cl. à l'hôpit. milit. du Val-de-Grâce.

Médecins de la réserve. — Par décret du 29 décembre 1883, les docteurs en médecine ci-après désignés ont été nommés au grade de médecin aide-maj. de 2e cl. dans le cadre des off. de réserve, savoir: MM. Saissinel, Olivier, de Sallier-Dupin, Binet, Gendron, Rivais, Camon, Wolters, Moroux, Amanieu, Ertaud, Parant, Roché, Reddon, Fabre, Sombret, Delaux, Bernasconi, Cazeneuve, Duchateau, Mathieu, Combet, Daubas, Dupaisse, Arnaud, Pelaprat, Aumaître, Reynaud, Robineau, Zigliara.

Université nationale tchèque à Prague.

On vient de créer à Prague, une nouvelle université nationale tchèque. Dans la Faculté de médecine, on a nommé les professeurs suivants :

Anatomie descriptive, prof. Dr Steffal; — *Anatomie pathologique*, prof. Dr Illava, ancien assistant du prof. Klebs; — *Pathologie générale*, prof. Dr Ch. Spina (de Vienne); — *Chimie physiologique*, prof. Dr J. Horbaczevski (de Vienne); — *Physiologie*, prof. Fomsa (de Kiev) (Russie); — *Clinique médicale*, prof. Dr Eiselt; — *Chirurgie*, prof. Dr Veisz; — *Syphilis et dermatologie*, prof. Dr Janovsky; — *Ophtalmologie*, prof. Dr Schöbel; — *Obstétrique*, prof. Dr Strong.

MM. les Docent dont les noms suivent font en outre des leçons dans cette Université :

Le Docent Dr Janosik, pour l'*histologie normale*,
— — Schwing, pour l'*obstétrique*.
— — Thomayer, pour les *maladies nerveuses*.
— — Muixner, pour la *polyclinique*.
— — Michel, pour la *chirurgie générale*.
— — Spott, pour l'*hydrothérapie*.
— — Chadonnaky, pour la *balnéologie*.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, le lundi 14 janvier, dans l'Amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole de Médecine, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Hygiène publique. — M. le Dr A.-J. Martin commencera son cours d'hygiène publique, à l'Amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, le jeudi 10 janvier 1884, et le continuera les jeudis suivants.

Accouchements. — MM. Bar, accoucheur des hôpitaux et Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, commenceront le 22 janvier un cours complet d'accouchements en cinquante leçons. Ce cours aura lieu tous les jours, à 4 heures 1/2, 20, rue Dauphine. Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser tous les jours, à 4 heures 1/2, 20, rue Dauphine.

FORMULES

1. La paraldéhylde, nouvel agent hypnotique. Francotte.

L'étude physiologique de la paraldéhyde, qui est une modification isomère de l'aldéhyde, a été faite pour la première fois par Cervello. Après l'avoir expérimentée sur les animaux, cet auteur essaya son action sur l'homme, et prit lui-même 4 grammes de cette substance en solution dans de l'eau, dans l'espace d'une heure; il ressentit un besoin de dormir sans que le pouls et la respiration fussent modifiés et sans qu'il se produisit de maux de tête. Ultérieurement, la paraldéhyde fut donnée à d'autres personnes, saines ou malades, et Cervello constata que, parfois, il suffisait, chez des femmes, de 1 gr. pour obtenir l'effet hypnotique, tandis que des hommes vigoureux ne dormaient point avec 4 gr. D'après les expériences faites sur les animaux, on peut fixer la quantité de paraldéhyde nécessaire pour obtenir l'effet hypnotique au triple de la dose de chloral. On peut chez l'adulte, en donner 10 gr. partagés en plusieurs doses sans observer le moindre accident. Le mode d'administration le plus convenable est la solution aqueuse additionnée d'un peu de sucre dans la proportion de 3 0/0 de paraldéhyde.

Depuis la publication du travail de Cervello, différents auteurs ont fait l'expérimentation clinique du moyen proposé. Voici, d'après les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, le résumé des résultats qu'ils auraient obtenu. Morselli l'a employé dans 350 cas, chez des maniaques, des mélancoliques, des névropathes. En général, 3 gr. suffisent pour amener un sommeil de 4 à 7 heures, qui se produit 20 à 30 minutes après l'ingestion du médicament.

D'après Peretti, la paraldéhylde aurait sur le chloral les avantages suivants : 1° Même à fortes doses, la paraldéhylde est sans danger pour l'action du cœur; 2° Elle n'a pas d'effet convulsif; 3° Elle produit rapidement le sommeil sans amener d'abord un stade d'excitation et sans provoquer d'état congestif; 4° Le réveil ne s'accompagne d'aucune sensation désagréable. — D'autre part, elle aurait comme inconvénients : 1° De déterminer une rapide accoutumance, de sorte que, bien plus encore que pour le chloral, il faut augmenter la dose; 2° De communiquer à l'haleine une odeur persistante et assez désagréable; 3° D'être d'un prix assez élevé (1).

Berger a administré la paraldéhyde à 80 malades. Chez 19, il se produisit après 10 à 20 minutes un sommeil profond de plusieurs heures; chez 42, le sommeil dura de 1/2 heure à 3 heures; chez 19, le résultat fut négatif. Les inconvénients observés sont rares et sans importance: mauvais goût, nausées, vomissements, vertiges. La fréquence du pouls est généralement diminuée de quelques pulsations; la diurèse s'abaisse parfois assez notablement. La dose efficace est de 2 à 4 gr. Berger conseille de l'administrer sous la forme que voici :

Paraldéhyde.	4	grammes
Mixture gommeuse.	60	—
Sirop d'écorce d'oranges amères. . .	30	—

A prendre en une fois. — D'après cet auteur, la paraldéhyde est particulièrement indiquée lorsque le chloral reste sans résultats; dans un cas de maladie mentale où le chloral était resté inefficace, la paraldéhyde exerça une action manifeste.

Il y a déjà quelque temps que la paraldéhyde est expérimentée à la clinique de M. le professeur Masius. Les essais ne sont pas encore assez nombreux ni assez variés pour que l'on puisse émettre une appréciation définitive. Le sommeil produit par la paraldéhyde est vraiment réparateur et ne laisse après lui ni malaise, ni céphalalgie. Certains malades se plaignent du mauvais goût du médicament; on a observé aussi des nausées, des vomissements. Lorsque l'insomnie est causée par des douleurs, la paraldéhyde reste sans effet ou produit tout au plus un léger assoupissement. Même en dehors du cas de douleurs, l'action hypnotique peut faire défaut ou être tout à fait passagère. M. Mosius prescrit de la manière suivante :

Paraldéhyde.	3 à 6	grammes.
Eau distillée.	100	—
Sirop de sucre.	20	—

A prendre le soir, en l'espace d'un quart d'heure.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expirait à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* un franc *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1883 à nous les réclamer **avant le vingt janvier**.

(1) Au moment ou Peretti donnait lecture de son travail, le kilogramme de paraldéhyde revenait à 60 marcs (75 fr.), mais déjà, quelques mois après, le prix était réduit de moitié.

© BIU Santé

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 21 décembre au jeudi 27 décembre 1883, les naissances ont été au nombre de 1203, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 454; illégitimes, 163. Total, 617. — *Sexe féminin* : legitimes, 416; illégitimes, 170. Total, 586.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 21 décembre au jeudi 27 décembre 1883, les décès ont été au nombre de 1057 savoir : 577 hommes et 480 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 22. T. 34. — Variole : M. 3, F. ., T. 3. — Rougeole : M. 19, F. 7, T. 26. — Scarlatine : M. ., F. ., T. .. — Coqueluche : M. 5, F. 5. T. 10. — Diphthérie, Croup M. 28, F. 18, T. 46. — Dyssenterie : M. 1, F. 1, T. 2. — Erysipèle : M. 4, F. 3, T. 7. — Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 26, F. 20. T. 46. — Phthisie pulmonaire : M. 130, F. 95. T. 225. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 5. T. 10. - Autres affections générales : M. 27, F. 26, T. 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 23, T. 49. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 19. T. 37. — Pneumonie : M. 54, F. 30, T. 84. — Athrepsie : M. 35, F. 25. T. 60. — Autres maladies des divers appareils : M. 157, F. 173, T. 330. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 24. F. 3, T. 27. — Causes non classées M. 3, F. 1, T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 100, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37 ; illégitimes, 11, Total : 48. *Sexe féminin* : légitimes, 33 ; illégitimes, 19. Total : 52.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique des maladies des enfants.* A partir du 1er janvier 1884, la clinique des maladies des enfants est transférée à l'hôpital des enfants malades, rue de Sèvres, 149, salle Sainte-Geneviève et Sainte-Catherine, au 1er étage. M. RENDU, chargé de cours, continuera ses leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 h. du matin, à partir du 8 janvier 1884.

COURS LIBRES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les Docteurs qui désirent faire un cours libre pendant le 2e semestre 1883-84, sont priés de vouloir bien déposer leur demande dans le courant du mois de janvier 1884. Cette demande devra contenir le programme sommaire des cours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le Dr Cholin, prosecteur, est chargé provisoirement et jusqu'au prochain concours, des fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Demon, appelé à d'autres fonctions. — M. Théry est nommé préparateur de physique médicale, en remplacement de M. Royer, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Mondan est maintenu dans ses fonctions de chef des travaux de chirurgie. — M. le Dr Gouilloud est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Augagneur, démissionnaire. — Sont chargés des cours auxiliaires : de chimie analytique, M. Linossier, agrégé; de pathologie interne, M. Rouveret, agrégé.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour les prix à décerner aux élèves en pharmacie des hôpitaux.* Le jeudi 7 février 1884, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. MM. les les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de 11 h. à 3 h. Le registre d'inscriptions sera ouvert le lundi 7 janvier, et sera clos le lundi 21 janvier, à 3 heures.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à l'honneur d'informer MM. les médecins du Ve arrondissement que, le dimanche 27 janvier 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

MÉDECINS DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — Par décret en date du 26 décembre 1883, M. Bertheraud, médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité, a été nommé médecin-major de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, Emploi vacant par organisation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — Dans sa dernière séance, cette Société a composé de la manière suivante son Bureau pour 1884 : *Président*, M. Proust; — *Vice-Présidents*, MM. Kœchlin-Schwartz, Gariel, Dubrisay, Nocard; — *Secrétaire Général*, M. H. Napias; — *Secrétaire Général-Adjoint*, M. A.-J. Martin; — *Trésorier*, M. Thévenot; — *Archiviste*, M. Marchal; — *Secrétaires des Séances*, MM. Bonnamaux fils, Cartaz, Picqué, Neuman. — *Conseil d'Administration* : MM. Carnot, Caventou, Cendre, Cheysson, de Comberousse, Damaschino, Durand-Claye, Fieuzal, A. Gautier, Ch. Girard, Grancher, H. Gueneau de Mussy, Herscher, Levraud, H. Liouville, Marié-Davy, Mougeot, Normand, Perrin, Thomas (Léon), Reliquet, Sanson, Vallin, Vidal.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS. — Le Bureau de cette Société est constitué de la manière suivante pour 1884 : *Président*, M. C. Paul; — *Vice-présidents*, MM. Danjoy et de Ranse; — *Secrétaire général*, M. Leudet; — *Secrétaires des séances*, MM. Paul Bénard et Delavarenne; — *Trésorier-archiviste*, M. Japhet; — *Comité de publication*, MM. Brongniart et Sénac-Lagrange.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Cette Société a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son Bureau qui sera ainsi composé pour 1884 : *Président*, M. Foville; — *Vice-président*, M. Dagonet; — *Secrétaire général*, M. Ritti; — *Secrétaires annuels*, MM. Charpentier et Garnier; — *Trésorier*, M. Voisin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — Dans son assemblée générale du 23 décembre 1883, cette Société a formé comme il suit son Bureau pour l'année 1884 : *Président*, M. J. Bergeron; — *Vice-présidents*, MM. Duverger, Bouchardat, Fauvel et Barthélemy-Saint-Hilaire; — *Secrétaire général*, M. Lunier; — *Secrétaires généraux adjoints*, MM. Decaisne et Vidal; — *Secrétaires des séances*, MM. Guignard et Audigé; — *Bibliothécaire-archiviste*, M. Motet; — *Trésorier*, M. Robyns.

SOCIÉTÉ DE STATISTIQUE DE PARIS. — Sous les auspices de cette Société, M. Durand-Claye fera, le mercredi 9 janvier, à 8 h. 1/2 du soir, petit amphithéâtre Gerson, à la Sorbonne, une conférence sur *la fièvre typhoïde à Paris*.

INCENDIE AU LABORATOIRE DE MONTSOURIS. — Dans la nuit du 1er janvier, le feu s'est déclaré dans le cabinet de travail des employés du laboratoire de Montsouris. Ce sinistre a pris naissance dans une armoire renfermant des instruments météorologiques. Les pompiers du poste voisin, accourus à la première alerte, se sont rendus maîtres du feu au bout de 3/4 d'heures de travail. Les dégâts s'élèvent à 6,000 fr. environ.

MENSTRUATION PRÉCOCE. — M. le Dr Van Derver (d'Albani) rapporte dans un journal américain, qu'il a vu une enfant qui a été menstruée dès l'âge de quatre mois, l'écoulement de sang durant de 4 à 5 jours et se reproduisant tous les 28 jours. A 2 ans 7 mois, elle offre le physique d'une fille de 10 à 12 ans : glandes mammaires

Peptone Catillon

Officiel adoptée dans les hôpit. de Paris.

Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 *gout. laudanum*, 0.30 *bicarb. de soude.*

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, pas d'équivoque dans le dosage. 1 *cuill. à café représente* 45 *gr. de viande.*

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 *cuill. contient* 30 *gr. de viande.*

VIN : utile complément de nutrition. 1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande.*

CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en TABLETTES contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner; en CROQUETTES, 3 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.

Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50; 1/2 Boîte, 3 f. 50; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)

La Boîte de 500 gr., 6 f. 50; 1/2 Boîte, 3 f.; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon

0,20 *de créosote du hêtre par cuillerée.*

Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs

Seul vin au quinquina ou quina ferrugineux

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878.

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Manque d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.

Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs non capables de supporter les ferrugineux ordinaires.

PARIS : rue Pontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

grosses comme de petites oranges ; mont de Vénus abrité de poils. Tout est bien conformé (*Le Scalpel*).

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — Le Conseil d'administration de la Société a l'honneur de rappeler que le délai d'inscription pour le concours des récompenses à décerner aux mères et aux nourrices les plus méritantes, pour l'année 1884, a été fixé au 31 janvier prochain. Les demandes et pièces justificatives doivent être adressées franco, avant cette date, à M. le Dr Chappel fils, secrétaire général, cours Morand, 20.

Une bonne annonce. — La *Presse* a cueilli dans un journal allemand l'annonce suivante : « A vendre, après fortune faite, cabinet de dentiste ». Suit le détail des bénéfices, etc. et comme note finale : « *Dans le cas où l'acquéreur ne connaîtrait pas la profession*, le vendeur le mettrait tout de suite au courant ».

Nouveaux journaux. — Nous venons de recevoir le premier numéro de *Science et nature*, revue internationale illustrée des progrès de la science et de l'industrie, paraissant tous les samedis. Secrétaire de la rédaction, M. Chesnel. — Administration et Bureaux, librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Récompenses honorifiques. — Par décret en date du 14 décembre 1883, une médaille d'or de 1re classe a été accordé à M. le Dr Fouquet, médecin de la Société de bienfaisance du Caire, pour son dévouement exceptionnel lors de la dernière épidémie cholérique survenue en Egypte.

Erratum. — Une erreur de composition s'est produite dans notre article relatif au *nouveau pèse bébés* (n° 48, de 1883, p. 948). Il faut lire, col. I, ligne 31 : « Quelques *secondes* suffisent pour obtenir une pesée rigoureusement exacte » et non pas « Quelques *minutes*. »

Chronique des hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — *Clinique médicale* : M. G. Sée, lundis et vendredis, à 9 h. ; — M. Gallard, mardis et samedis, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Humbert, mardis, jeudis, samedis, à 9 h. — *Clinique ophthalomologique* : M. Panas, lundis et vendredis, à 9 h.

Hôpital de la Pitié. — *Clinique médicale* : M. Jaccoud, mardis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Verneuil, lundis et vendredis à 9 heures 1/2.

Hôpital Necker. — *Clinique médicale* : M. Potain, lundis et vendredis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Trélat, mardis et jeudis, à 10 heures.

Hôpital de la Charité. — *Clinique médicale* : M. Hardy, mardis et samedis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Terrillon, lundis, mercredi, vendredis, à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphylitiques* : M. Fournier, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, le samedi, à 9 heures.

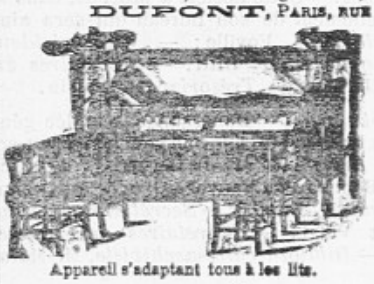
Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Victor Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71.

LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES POUR MALADES ET BLESSÉS

Appareil adopté par l'Académie de médecine de Paris en 1847. — 19 médailles aux Expositions franç. et angl. Académies et Sociétés savantes. Dipl. d'honn., Exp. int. de Paris 1875 ; Méd. de 1re classe, Exp. int. Bruxelles 1876 ; Méd. d'Argent Paris, 1878 ; Méd. d'Or Paris, 1879 ; *Hors concours* Paris, 1880.

DUPONT, Paris, rue Hautefeuille, 10 (près de l'Ecole de médecine).



Appareil s'adaptant tous à les lits.



Voiture de promenade avec tablier et capote.



Fauteuils à grandes roues caoutchoutées. Mû par 2 manivelles.



Fauteuil à manivelles, dossier articulé.



Automoteur avec porte-pieds à 2 articulations.



Portoirs de différents systèmes.

HYDROTHÉRAPIE SCIENTIFIQUE DU Dr FLEURY

Institut Hydrothérapique de Passy-Paris

22, rue Franklin (Trocadéro).

Fondé en 1871, par le docteur Fleury et N. Pascal, son élève, cet établissement est particulièrement consacré au traitement des maladies chroniques. Il reçoit des pensionnaires et des externes. Il est situé près du Palais du Trocadéro, au milieu d'un jardin de huit mille mètres

Service médical : Dr A. Rambaud. — *Service hydrothérapique* : N. Pascal.

EXTERNAT : 11, boulevard Malesherbes, à côté de la Madeleine.

Ouvert de 8 heures à 11 heures du matin, et de 4 heures à 6 heures du soir.

LA CRÈME DE BISMUTH QUESNEVILLE

est un merveilleux médicament et un des plus sûrs de la thérapeutique. Il s'emploie contre les dérangements intestinaux, douleurs d'entrailles, diarrhées, dysenteries, cholérine ; contre les maux d'estomac, mauvaises digestions, la dyspepsie en un mot.—Prix : flacon, 9 fr. ; 1/2 flac. 5 fr.

NOUVEAU VINAIGRE DE SANTÉ DU Dr QUESNEVILLE

contre la contagion, aromatique phéniqué, antipestilentiel et parfum hygiénique par excellence pour la toilette. — Flacon : 2 fr. 50. — Chez le Dr QUESNEVILLE, 12, *rue de Buci*.

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

Efficaces contre *Affections pulmonaires, Bronchites, Emphysème, Asthme, Phthisie, Scrofule, Rachitisme.*

Dose : 3 à 6 grains avant chaque repas. — Administration facile. — Rapide dissolution dans l'estomac. — Pas d'action caustique ou irritante.

Dépot : 3, Rue de Choiseul, Paris, et Pharmacies.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION
MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

RIBEMONT (A.). **Recherches sur l'insufflation des nouveaux-nés et description d'un nouveau tube laryngien.** Un volume in-8 de 40 pages et 8 Planches. — Paris, 1878. — Prix : 3 fr. 50. — nos abonnés. 2 fr. 50.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 2 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 JANVIER 1884.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Abcès biliaires dans la cirrhose, sans cholélithiase.

Par M. le Dr Ch. SABOURIN.

I. Les abcès développés sur le trajet des voies biliaires intra-hépatiques dans la cholélithiase avec ou sans cirrhose concomitante, sont d'observation commune, bien que leur histoire histologique soit loin d'être suffisamment faite. Mais, ce qui doit être plus rare, c'est l'existence d'abcès visibles à l'œil nu sur les mêmes canaux, dans la cirrhose du foie, en l'absence de calculs.

L'observation ci-jointe, purement anatomo-pathologique, est un bel exemple de cette lésion remarquable,

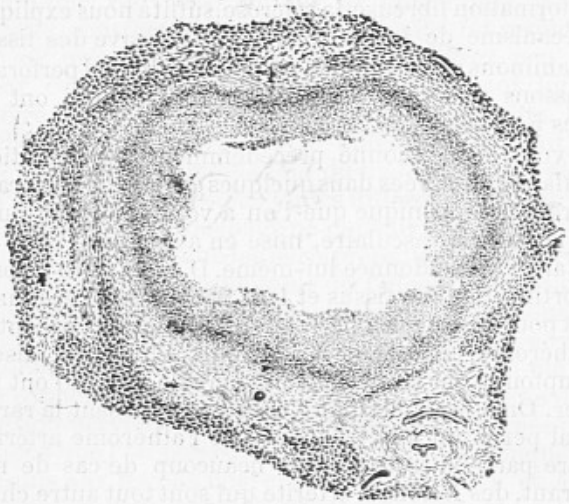


Fig. 1.

véritable accident dans l'histoire d'une cirrhose du type insulaire.

A l'œil nu, le foie volumineux, mais sans hypertrophie notable, présente ces granulations irrégulières qui caractérisent tout un groupe de cirrhoses insulaires, granulations bien différentes de celles de la cirrhose annulaire rétractée. A la coupe, on voit ça et là, disséminés dans le tissu, des foyers blanchâtres, dont les plus gros ne dépassent pas les dimensions d'un grain de chénevis. A première vue, ils rappellent assez bien des foyers tuberculeux. Il n'y a point de lithiase ni de dilatation des voies biliaires. Au microscope, on trouve en outre des abcès très petits et indistincts à l'œil nu.

Histologiquement, il s'agit d'une variété de cirrhose insulaire. Dans les plaques et les travées cirrhotiques ayant pour charpente le système porto-biliaire, on note immédiatement un épaississement énorme des parois canaliculaires biliaires.

II Les abcès sont, les uns dans l'épaisseur des travées fibreuses, les autres sur leur bord; d'autres enfin, plongés en plein parenchyme hépatique, sont reliés à ces travées par un pédicule fibreux, et siègent évidemment sur les dernières ramifications porto-biliaires ou espaces-portes.

La *fig.* 1 représente un des plus gros abcès, du volume d'un beau grain de chénevis, vu à un faible grossissement. Au centre, une cavité résultant des manipulations nécessaires à la préparation de la coupe. Ce trou est limité par une épaisse couche de magma purulent, dont la consistance et la ténacité s'accroissent de dedans en dehors. En allant du centre à la périphérie, on y voit des leucocytes ou débris de leucocytes granulo-graisseux, d'abord en masse homogène, puis de plus en plus distincts, et bientôt entremêlés de fibrilles conjonctives.

Plus en dehors encore, on trouve un vrai tissu organisé, fibreux, bientôt presque débarrassé de leucocytes de pus, tissu formant comme une coque résistante, extérieure aux couches purulentes ci-dessus décrites. En somme, cet ensemble représente une vraie membrane pyogénique comme on en voit dans tout abcès ayant



Fig. 2.

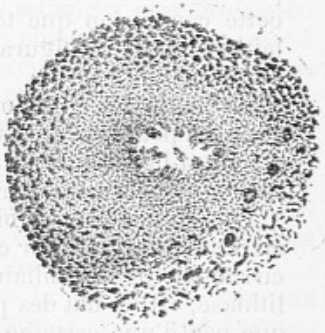


Fig. 3.

tendance à l'enkystement. Cette couche limitante organisée, répond tantôt à des plaques cirrhotiques porto-biliaires, tantôt au parenchyme hépatique lui-même. Dans le premier cas, le tissu fibreux est tout formé; dans le second, ce tissu résulte d'un processus vulgaire de sclérose interstitielle auquel prennent part et l'élément conjonctivo-vasculaire et l'élément trabéculaire du parenchyme hépatique, comme cela se voit autour des tumeurs, tubercules, etc., qui s'enkystent.

III. D'autres abcès moins volumineux, sans paroi d'enkystement bien marquée, présentent quelques particularités intéressantes.

La *fig.* 2, représente un de ces abcès. C'est le même contenu purulent que précédemment, mais, dans l'épaisseur de la couche pyogénique épaisse, on voit :

1° Des blocs plus clairs, un peu réfringents, qu'on doit considérer selon toute vraisemblance comme des cellules hépatiques gonflées, infiltrées de matière graisseuse ou même vitreuse, cellules résistant un certain temps à la destruction par le processus de formation du pus. Ces mêmes blocs se voient plus en dehors, au milieu des trabécules hépatiques encore distinctes, et répondent manifestement à des cellules.

2° Des sortes de culs-de-sac tapissés d'épithélium cubique ou cubo-cylindrique. On serait tenté d'y voir des vestiges de glandules acineuses satellites des voies bi-

© BIU Santé

liaires, mais il faut rejeter cette idée, parce que ces abcès sont développés sur le trajet de canalicules trop petits pour posséder de ces glandules. Alors, on peut expliquer la présence de ces amas épithéliaux de deux façons : ou bien ce sont des portions de canalicules déformés, convergeant normalement vers le canalicule plus gros qui porte l'abcès, et, pour quelques-uns, la chose est très vraisemblable ; ou bien, ce sont tout simplement des vestiges de trabécules hépatiques englobées dans la membrane pyogénique, trabécules qui, pour des raisons à nous inconnues, non seulement résistent à la destruction, mais encore subissent cette transformation cubo-cylindrique de leurs cellules constituantes, fait d'observation vulgaire dans une foule de processus inflammatoires subaigus ou chroniques.

L'examen d'abcès plus petits encore démontre formellement que ces foyers purulents ont pour siège les voies biliaires, car à leur centre on trouve l'épithélium cylindrique haut si caractéristique du revêtement canaliculaire biliaire.

IV. La *fig.* 3 montre un de ces petits foyers intra-parenchymateux. Les descriptions précédentes lui sont en tout applicables, en y ajoutant la notion de l'épithélium intérieur. Les petits abcès microscopiques ainsi constitués sont nombreux ; ils sont tous construits sur le même type ; on trouve entre eux et les abcès volumineux décrits précédemment tous les intermédiaires, ce qui implique cette conclusion que tous ces foyers purulents, nodulaires comme configuration, ont pour siège les canaux biliaires.

La seule lésion qu'on pourrait confondre à l'œil nu, avec ces petits abcès, est la tuberculose des voies biliaires intra-hépatiques. Mais, au microscope, aucune confusion ne peut subsister un seul instant.

L'existence d'abcès biliaires dans un foie atteint d'une cirrhose que tous ses caractères font rapporter au type cirrhose d'origine biliaire, et cela en l'absence de cholélithiase, est un fait des plus intéressants et qui ne manque pas d'une certaine valeur pour ce qui concerne la légitimité du groupe même des cirrhoses dites biliaires.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — **M. Ch. MONOD.**

Suppléant M. le professeur TRÉLAT.

Du Mal perforant (1).

Leçon recueillie et rédigée par M. le Dr Ch. H. PETIT-VENDOL, chef de clinique chirurgicale.

Messieurs,

La marche du mal perforant est absolument caractéristique : elle est lente et procède par poussées successives séparées par des intervalles de guérison plus ou moins longs. Bien que nos quatre malades nous offrent des types divers de l'affection, nous retrouvons chez tous cette marche lente et cette progression par poussées. L'un d'eux est atteint depuis 1880, un autre depuis 1870, le troisième depuis plus longtemps encore. Tous ont eu des guérisons plus ou moins durables, suivies de rechutes.

L'anatomie pathologique de la lésion est importante à connaître pour bien comprendre la pathogénie de l'affection. M. Latteux, chef du laboratoire, a eu la complaisance de faire, sur les grandes feuilles que voici, les dessins de préparations microscopiques provenant des orteils amputés au n° 27. L'une de ces figures vous représente une coupe de l'ulcération et de son bourrelet épidermique ; vous n'y voyez pas la trace de la rigole périphérique dont je vous ai parlé, le mal est arrivé à une période trop avancée pour qu'elle soit encore constatable. Les autres figures vous montrent : l'une, la transformation fibreuse, la sclérose de tous les tissus compris entre l'épiderme et l'os ; les autres, cette sclérose dans les vaisseaux et dans les nerfs. Vous voyez que, dans ces derniers, il y a eu épaississement fibreux du névrilème et atrophie des tubes nerveux.

Toute la physiologie pathologique du mal perforant est là. Sous l'influence d'une pression mécanique, et avec la participation de quelques circonstances adjuvantes, il survient une sclérose du derme et de tous les éléments qui entrent dans sa constitution (vaisseaux et nerfs) ; les progrès de cette sclérose entraînent la mortification de la peau ; le tissu cellulaire et les parties sous-jacentes, envahis par un processus identique, subissent le même sort et se mortifient successivement. L'os lui-même se nécrose, soit par suite d'une ostéite scléreuse, soit par suite d'une ostéite inflammatoire du voisinage. Ainsi, la transformation fibreuse, la sclérose, suffit à nous expliquer le mécanisme de la perforation progressive des tissus.

Examinons maintenant la pathogénie du mal perforant, et passons en revue les diverses théories qui ont été émises à ce sujet.

Je vous ai mentionné précédemment les altérations vasculaires observées dans quelques cas de mal perforant, et le rôle pathogénique que l'on a voulu leur attribuer. C'est la théorie vasculaire, mise en avant par Péan, qui plus tard l'a abandonnée lui-même. D'après cette théorie, la mortification des tissus et leur perforation reconnaissaient pour cause une oblitération vasculaire consécutive à l'athérome artériel et à l'artérite. Plusieurs raisons péremptoires ont ruiné cette manière de voir et l'ont fait rejeter. On a répondu tout d'abord en opposant la rareté du mal perforant à la fréquence de l'athérome artériel. D'autre part, on trouve, dans beaucoup de cas de mal perforant, des lésions d'artérite qui sont tout autre chose que de l'athérome : ces lésions sont des lésions de sclérose et non des lésions athéromateuses. Enfin, on rencontre journellement des athéromateux renforcés qui ne présentent aucune trace de mal perforant, et, inversement, on observe fréquemment le mal perforant chez des malades qui n'offrent aucune trace d'athérome.

La théorie de Gosselin, théorie de la dermo-synovite ulcéreuse, que je vous ai indiquée tout à l'heure, explique bien un certain mode de début de l'affection qui nous occupe, mais elle ne peut nous rendre compte de l'anesthésie et des récidives.

Poncet et Estlander, comparant le mal perforant à la lèpre, ont proposé une théorie d'après laquelle le mal perforant ne serait autre chose qu'une manifestation de la lèpre. En effet, chez les sujets atteints de lèpre anotonine, on observe des ulcérations et des perforations absolument semblables au mal perforant ; de plus, les lépreux présentent des lésions nerveuses et vasculaires analogues à celles que l'on constate dans le cas de mal perforant. De la notion de ces points de ressemblance à une assimilation entre les deux maladies, il n'y a qu'un pas ; mais c'est assurément une exagération inadmissible que de vouloir considérer toujours le mal perforant comme une manifestation lépreuse.

Deux autres théories restent en présence, qui ont

(1) Voir le n° 1.

© BIU Santé

toutes deux une grande valeur : la théorie mécanique et la théorie nerveuse.

La première rattache le développement du mal perforant à des influences purement mécaniques. Un homme a un durillon plantaire ; il reste longtemps sur les pieds, de par les exigences de sa profession ; la pression prolongée du sol au niveau du durillon amène une désagrégation moléculaire du derme sous-jacent à celui-ci, et cette désagrégation a pour conséquence une perforation à marche progressive, du derme d'abord, puis des tissus profonds. Tel est le processus du mal perforant d'après la théorie mécanique. Il y a certainement du vrai dans cette théorie, et dans quelques cas elle peut être invoquée et soutenue. Ainsi, chez nos malades des nos 25 et 37, qui ne présentent autour de leur ulcère qu'une anesthésie très limitée, le mal parait bien avoir une origine mécanique. Mais, dans beaucoup d'autres circonstances, les influences mécaniques en rapport avec la profession et le sexe des malades ne suffisent pas pour expliquer l'appa-rition de l'ulcère perforant du pied.

La théorie nerveuse se base sur les lésions indubitables que présentent les nerfs dans un certain nombre de cas de mal perforant. Duplay et Morat, qui ont surtout défendu cette théorie, ont rencontré dans ces cas des altérations nerveuses autour de l'ulcération perforante. Cette constatation, toutefois, si elle fût restée isolée, n'eût présenté qu'une signification assez peu précise, car ces altérations sont d'ordre purement inflammatoire, comme celles du derme et des vaisseaux. Mais ces observateurs ont rencontré ailleurs, plus haut, et s'étendant plus ou moins loin du mal, au pied, à la jambe, à la cuisse, des lésions toutes différentes, et qu'une inflammation de voisinage ne pouvait plus suffire à expliquer. Ils ont vu que les nerfs présentaient, à une distance plus ou moins considérable de l'ulcère, des lésions analogues aux dégénérescences descendantes consécutives aux sections nerveuses; multiplication des noyaux des tubes nerveux, disparition du cylindre-axe, etc.. De là à conclure que le mal perforant a son origine dans une lésion nerveuse, il n'y a pas loin, étant données les notions que l'on possède sur les troubles trophiques consécutifs aux lésions nerveuses. Pour Duplay et Morat, le mal perforant, avec ses allures étranges et fatales, n'est donc autre chose qu'une conséquence d'une lésion primitive des nerfs périphériques. Il est certain que, dans quelques cas, les choses se passent ainsi ; plusieurs faits rapportés par Duplay et Morat le prouvent d'une façon péremptoire. Ainsi, dans un de ces faits, on trouva, à l'autopsie, un kyste hydatique comprimant le nerf sciatique, et, dans un autre, une fracture vertébrale ancienne entraînant également une compression de l'origine des nerfs du membre malade ; en outre, on a vu parfois le mal perforant se manifester sur des malades ataxiques, et nous en avons un exemple dans notre malade du no 52, chez lequel l'existence de douleurs fulgurantes, la production d'une fracture spontanée, et divers autres signes encore, permettent de reconnaitre un début d'ataxie locomotrice. Il est évident que, dans toutes ces circonstances, on peut s'expliquer la production du mal perforant par la théorie nerveuse.

Dans certains faits où l'altération des nerfs est moins évidente, on a incriminé les gelures, qui produisent des lésions semblables à celles qu'ont décrites Duplay et Morat. Peut-être cette étiologie peut-elle être invoquée chez notre no 25 ; nous retrouvons en effet, dans ses antécédents, la mention d'engelures et de froidures autrefois subies.

Restent cependant des cas où il est impossible de retrouver la trace d'une lésion évidente ou probable de la moelle ou des nerfs périphériques, et qui paraissent ainsi échapper complètement à l'application de la théorie nerveuse. Mais ces faits ne doivent pas vous empêcher de rechercher toujours, quand vous examinez un mal perforant, les lésions nerveuses qui peuvent en avoir été l'origine.

Néanmoins, quelqu'active et puissante que soit l'influence des lésions nerveuses, ce serait une grave erreur que de croire qu'elle suffise à elle seule à déterminer l'apparition du mal perforant. Il faut en plus l'influence de la compression. La lésion nerveuse ne fait que créer une prédisposition ; l'action mécanique est la cause déterminante. Et vous en avez la preuve dans ce fait que, même chez les médullaires et les nerveux les mieux avérés, vour ne trouvez, quand il y mal perforant, pas d'autres lésions que ce mal perforant lui-même, et que vous ne constatez aucune altération en dehors des points comprimés. C'est ainsi que notre malade ataxique a eu ses deux maux perforants aux points de sustentation de son pied, tandis que le reste de la plante restait absolument indemne.

La prophylaxie et le traitement du mal perforant découlent naturellement de tout ce que je viens de vous dire. C'est la compression, c'est la fatigue, qui est la cause déterminante ; il faut donc, au début, mettre les malades au repos et leur faire échanger une profession fatigante contre une profession plus douce. Le repos est la base du traitement ; avec le repos, tous les pansements ont réussi, et c'est sans doute parce qu'il assure ce repos mieux que les autres modes de pansements, que le pansement ouaté a donné de si bons résultats dans le mal perforant. Il faut de plus, à cette période, détruire par l'abrasion le durillon qui comprime les parties sous-jacentes, et préserver ensuite contre les pressions et les frottements les parties molles mises à nu.

Le mal perforant parvenu à la période d'ulcération est plus rebelle, et la thérapeutique, bien que plus variée, est ici moins puissante que dans la première période. Le repos reste toujours la base du traitement, la condition indispensable de sa réussite. Vous pourrez alors modifier l'ulcération par des attouchements avec la teinture d'iode, avec la liqueur de Villate, ou bien encore par de légères cautérisations ; vous varierez le pansement proprement dit suivant les besoins de chaque cas particulier. La guérison est encore possible dans cette seconde période ; mais vous aurez grandement à redouter les récidives.

Lorsqu'enfin les lésions ont envahi les parties profondes et atteint les os, le rôle du chirurgien devient plus actif ; les pansements ne suffisent plus ; il faut acheter la guérison au prix d'une intervention opératoire plus ou moins importante. Tantôt vous aurez à réséquer des portions d'os cariées, à extraire des séquestres, comme je l'ai fait pour le n° 37 ; tantôt ce sera l'amputation d'un orteil, seul ou avec le métatarsien correspondant, que vous aurez à pratiquer. Dans quelques cas, l'extraction de séquestres laisse un orteil sans soutien, flottant, et, par conséquent, plus gênant qu'utile ; une amputation ultérieure peut alors être nécessaire : c'est ainsi que nous avons été amené à enlever les deux gros orteils du n° 25. Mais il arrive souvent, à la suite de ces opérations, que le mal récidive, au bout d'un temps variable, sur les nouveaux points de sustentation du pied mutilé, et il n'est pas rare de voir dans nos hôpitaux des malades chez lesquels des récidives de ce genre

© BIU Santé

ont nécessité, à des intervalles plus ou moins longs, plusieurs opérations successives.

En résumé, Messieurs, vous voyez que le traitement du mal perforant est d'autant plus simple, d'autant plus inoffensif et d'autant plus puissant, que la maladie est combattue à une époque plus voisine de son début. Vous devez donc vous attacher, toutes les fois que vous serez consultés à temps, à prévenir son développement, à enrayer ses premières manifestations. Le repos, le changement de profession, l'usage de chaussures bien faites qui ne blessent pas le pied, l'abrasion des durillons, tels seront les éléments de ce traitement prophylactique, qui se base sur la connaissance de l'étiologie. En un mot, c'est dans une hygiène bien entendue que vous devrez, avant tout, chercher la prophylaxie du mal perforant.

CLINIQUE MENTALE

Un cas de perte de la vision mentale chez un mélancolique anxieux.

Par M. le Dr J. COTARD.

On se souvient de la remarquable observation due à M. le professeur Charcot et publiée par M. Bernard dans le *Progrès médical* du 21 juillet 1883 ; je n'ai donc pas besoin de rappeler ce que c'est que la vision mentale.

L'observation suivante est un nouvel exemple d'altération de cette faculté, et présente peut-être quelque intérêt en ce qu'elle nous montre la perte de la vision mentale associée à une forme spéciale de mélancolie.

Observation. — M. P...., âgé de 68 ans, diabétique, a été placé une première fois à la maison de santé de V... en décembre 1872. Il était à cette époque dans un état de mélancolie caractérisé par des craintes, des frayeurs et une hésitation continuelle le conduisant à l'inaction et au refus des aliments. Il se croyait ruiné, incapable, et voulait en finir avec la vie. Tantôt il restait debout dans l'immobilité, tantôt il se promenait de long en large en répétant qu'il était le plus malheureux des hommes, qu'il était perdu et qu'il ne guérirait jamais. M. P... faisait les plus grandes difficultés pour manger, pour s'habiller, pour se promener; il fallait le menacer pour obtenir de lui qu'il accomplît les actes les plus indispensable à la vie.

Vers le mois de février, cet état s'améliora considérablement, et M. P... put rentrer dans sa famille. Un nouvel accès nécessita un nouveau placement en 1881. Les mêmes symptômes de mélancolie anxieuse se manifestèrent, et il s'y joignit bientôt des idées hypocondriaques qui, surtout pendant un paroxysme anxieux très intense survenu en novembre 1882, devinrent prédominantes. M. P... prétendait qu'il n'avait plus de sang, que sa tête était vidée, que tout son corps était pourri, qu'il allait mourir, qu'il était mort. L'agitation anxieuse s'est apaisée, mais le délire hypocondriaque a persisté en même temps que les idées d'incapacité, d'indignité et de perdition.

Il y a quelques semaines, M. P... nous confia et nous exposa avec la plus grande netteté qu'il lui était impossible de se représenter mentalement les objets qui, autrefois, lui étaient le plus familiers. M. P... a habité longtemps B...; il connaissait parfaitement cette ville, et, après l'avoir quittée, il en avait gardé un souvenir si précis qu'il lui suffisait de fermer les yeux et de faire un léger effort de réminiscence, pour qu'il lui semblât bientôt voir le port, les magasins, les rues et la maison qu'il habitait. Aujourd'hui, cette opération mentale est devenue complètement impossible. M. P... ne peut pas davantage se représenter la ville de V..., ni la rue, ni la maison qu'il y a habitée depuis qu'il a quitté B... Le visage de sa femme lui apparaît encore, mais très confusément. Tantôt M. P... nous dit qu'il en retrouve quelques traits, tantôt il nous assure que l'image est complètement effacée.

Le malade dont je viens de résumer l'histoire est un type de mélancolique anxieux évoluant vers ce que j'ai appelé le délire des négations. Il m'a paru intéressant de noter la coexistence, avec cette forme vésanique, de la perte de la vision mentale.

Si ce dernier phénomène était ordinaire chez les anxieux chroniques, on serait, il me semble, conduit à considérer la négation systématisée comme un délire greffé sur le trouble psycho-sensoriel, comme une interprétation maladive du phénomène. Je me borne à une indication sommaire. Je me réserve de développer ce point de vue dans un travail un peu plus étendu qui sera publié ultérieurement dans les *Archives de Neurologie*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur les lésions des organes urinaires consécutives à la chute de l'utérus;

Par M. CH. FÉRÉ.

Depuis deux ans et demi, nous avons eu occasion de faire à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, six autopsies de malades atteintes de chute plus ou moins complète de la matrice. Dans toutes ces autopsies, nous avons trouvé des lésions des organes urinaires dont la connaissance nous paraît intéressante, non seulement pour l'histoire du prolapsus de l'utérus, mais encore pour la thérapeutique de cette maladie, qui peut en tirer d'utiles indications. Nous nous contenterons de résumer le résultat de l'examen nécroscopique.

Observation I. — P..., 91 ans (30 mars 1881). Prolapsus utérin, ulcérations, ecchymoses du museau de tanche qui fait saillie à la vulve (longueur totale de l'utérus, 16 cent.; col., 11 cent.). La cavité du corps présente un orifice ecchymotique, sur toute son étendue, et elle est remplie de sang liquide, arrêté à l'orifice du col par un bouchon gélatineux; vessie distendue par de l'urine louche, marbrures ardoisées de la muqueuse. Dilatation des uretères, des bassinets et des calices, pyélonéphrite purulente, abcès miliaires dans la substance corticale (Rein droit 150 gr., gauche, 185). Mamelons verruqueux, état dépoli de la valvule centrale, avec arborisations vasculaires à la base (1).

Observation II. — Charpentier, 81 ans (23 janvier 1883). Renversement complet du vagin, le col de l'utérus fait saillie hors de la vulve. L'*utérus* n'est pas déformé ni très volumineux, il n'a que 7 centimètres de hauteur (4 pour le corps, 3 pour le col). La *vessie* renversée dans le vagin présente un épaississement considérable de ses parois; sa cavité est distendue par de l'urine purulente, la muqueuse est rouge, boursouflée. Les *uretères*, les *bassinets* et les *calices* sont dilatés, épaissis et remplis de liquide purulent. *Pyélonéphrite* double, abcès miliaires. *Cœur :* sur la valve gauche de la mitrale, il existe vers la pointe, un peu au-dessus du bord libre, une végétation framboisée du volume d'un pois, très adhérente, ne se laissant détacher que par l'ongle ; autour de son insertion, l'endocarde est sillonné de petites arborisations vasculaires; sur le point symétrique de la valve droite de la mitrale, il existe un petit mamelon verruqueux entouré aussi d'arborisations vasculaires. Pas d'autre lésion qu'un peu de congestion pulmonaire à droite.

Observation III. — J..., 70 ans (23 mars 1881). Prolapsus utérin, le museau de tanche fait une saillie de 4 centi-

(1) L'observation complète est publiée dans la *Revue de médecine*, 1882, p. 226.

© BIU Santé

mètres en dehors de la vulve (col, 7 cent. de longueur; corps, 4). Sang liquide dans la cavité du corps dont la muqueuse est fortement injectée et offre un pointillé ecchymotique. Renversement du vagin. Cystocèle, cystite purulente, dilatation des uretères, des bassinets et des calices qui sont remplis de liquide purulent, et dont les parois sont épaissies et injectées. Reins: droit, 195 gr.; gauche 155; dilatés et farcis d'abcès miliaires.

Observation IV. — Camus, 63 ans (18 avril 1882). Allongement hypertrophique du col de l'utérus qui fait saillie à la vulve : longueur totale 12 centimètres, dont 95 millimètres pour le col. Cystocèle vaginale ; cystite purulente. Inflammation et épaississement des uretères, des bassinets et des calices qui sont distendus par de l'urine purulente. Pyélonéphrite double. Il existe seulement quelques arborisations vasculaires sur la base des deux valves de la mitrale (mort de péritonite consécutive à une rupture de la vésicule biliaire).

Observation V. — L..., 77 ans (2 février 1881). Allongement hypertrophique du col de l'utérus, 7 centimètres dont la moitié environ fait saillie hors de la vulve. Renversement du vagin. Cystocèle, cystite purulente. Pyélonéphrite double, abcès miliaires des deux reins (droit, 195 gr.; gauche, 150).

Observation VI. — H..., 69 ans (11 novembre 1881). Chute de l'utérus, le museau de tanche fait saillie à la vulve (longueur totale de l'utérus, 10 cent.; col, 6 cent.). Cystocèle: distension considérable de la vessie qui contient plus d'un litre de liquide à peine louche dans les parties déclives. Distension des uretères, des bassinets et des calices par du liquide clair. Dilatation des deux reins, dont le parenchyme est aminci et pâle (droit, 70 gr.; gauche, 65).

Réflexions. — Dans tous les cas, il existe un certain degré de cystocèle vaginale et de dilatation de la vessie ; dans tous, aussi, il y a de la dilatation des uretères, des bassinets et des calices. La distension des conduits au-dessus de la vessie est due non seulement à la rétention des liquides dans ce réservoir, rétention résultant de son renversement dans le vagin, mais encore à la déviation de la partie inférieure des uretères attirés en bas par l'utérus abaissé.

La plupart du temps, cinq fois sur six, la distension des voies urinaires s'accompagne d'inflammation s'étendant à la vessie, aux uretères, aux bassinets, aux calices plus ou moins épaissis et remplis de liquide purulent; les reins eux-mêmes participent à l'inflammation et sont le siège d'abcès miliaires multiples, etc. Dans un seul cas, tout se bornait à la distension, et les reins n'offraient d'autres lésions que l'altération scléreuse propre à l'hydronéphrose.

Tout porte à croire que la distension est la lésion initiale et que, pendant longtemps, elle existe seule, se traduisant par des phénomènes plus ou moins transitoires. Nous avons observé plusieurs fois chez des sujets atteints de prolapsus utérin des troubles urémiques qui disparaissaient après la réduction.

Ces faits montrent que, souvent au moins, sinon toujours, la chute de la matrice détermine des altérations des voies urinaires qui peuvent devenir fatales, lorsqu'à la distension viennent s'ajouter les phénomènes inflammatoires ; il faut donc, autant que possible, maintenir la réduction de l'utérus.

Notons que, dans trois cas, il existait du côté du cœur des lésions endocarditiques, dont nous avons noté la fréquence chez les vieillards comme conséquence des lésions rénales (1), et qui sont probablement de nature infectieuse.

(1) Ch. Féré. — *Contribution à l'étude des affections aiguës du cœur chez les vieillards*. In *Revue de médecine*, 1882

Ecole pratique des hautes études. — M. Roux, chargé des fonctions d'aide préparateur au laboratoire de chimie physiologique, est chargé des fonctions de sous-directeur audit laboratoire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Ecoles dentaires.

Il y a quelques jours, l'Ecole dentaire libre de Paris procédait, en une séance solennelle, à une troisième distribution de prix et de diplômes de dentistes ; le président du Conseil de l'école, M. Lecaudey, constatait le nombre croissant des élèves et les résultats satisfaisants de l'enseignement scientifique et professionnel donné par l'école ; enfin, M. le professeur Verneuil, qui présidait la séance, semblait donner par sa présence une signification particulière et une sanction aux efforts des fondateurs.

Nous savons, d'autre part, qu'une nouvelle école dentaire, sous la direction de praticiens distingués, est sur le point d'ouvrir des cours et un enseignement dont le programme ne différera guère de celui de la première, et se propose le même but, celui de former des dentistes habiles dans leur profession. Ce programme ne laisse rien à désirer ; à côté des cours d'Anatomie, de Physiologie, de Pathologie générale et même d'Histologie, on voit figurer les cours supérieurs d'Anatomie et de Pathologie dentaires, de Dentisterie opératoire, de Prothèse, de Chimie appliquée, etc., etc. Enfin, un enseignement clinique et pratique est chaque jour donné par des dentistes connus dans la profession.

Les conditions d'admission des élèves, au moins pour l'école dentaire libre de Paris, la seule dont nous connaissions l'organisation, sont des plus simples : le certificat de grammaire, où, à son défaut, un examen satisfaisant passé devant le Conseil de l'école, suffisent pour en ouvrir l'entrée. C'est dire que l'École dentaire est, en fait, ouverte à tous, et on reconnaîtra qu'il n'en pouvait être autrement, les fondateurs revendiquant le principe de la liberté absolue de l'exercice de l'Art dentaire.

L'utilité, la nécessité même d'un enseignement spécial pour la chirurgie dentaire sont depuis longtemps reconnues par tous les médecins ; les écoles dentaires semblent ainsi venir combler une lacune dans l'enseignement de la Faculté et de l'hôpital ; en réalité, elles donnent un enseignement, mais elles échappent d'une façon complète au contrôle de la Faculté et de l'Etat, et visent à créer de toutes pièces un dentiste apte à exercer la profession, sans autre titre que celui de diplômé de l'école. Il convient d'examiner la situation nouvelle qui se trouve ainsi créée et d'envisager les écoles dentaires ainsi comprises, au point de vue de l'avenir de la profession et de l'organisation de l'art dentaire en France.

Nous ne le cacherons pas tout d'abord, en voyant M. le professeur Verneuil présider la séance de prix de l'Ecole dentaire libre de Paris, nous espérions que l'éminent professeur saisirait l'occasion qui lui était offerte, s'il ne l'avait recherchée, de présenter ses idées et peut-être celles de la Faculté sur un sujet d'une aussi grande importance et qui touche en définitive à l'organisation de la médecine en France, que celui du libre exercice d'une branche importante de la chirurgie ; notre déception a été grande en constatant que le savant chirurgien, au lieu d'aborder une question pourtant pressante en pareil lieu, cherchait à la fuir par toutes

© BIU Santé

les issues, et semblait ne donner, en somme, à sa présence, d'autre signification que celle d'un acte de courtoisie. Il eût été utile cependant, pour ceux, et ils sont nombreux, que la question intéresse, de savoir, par exemple, si la Faculté s'en tenait toujours au rapport de M. le Dr Le Fort qui proposait le diplôme spécial de dentiste, quelque chose comme l'institution des sages-femmes, ou bien au contraire, si, reconnaissant son impuissance, elle se ralliait au système de la liberté absolue. Quant à la solution rationnelle qui rattacherait simplement la Chirurgie dentaire à la médecine, au même titre que les autres spécialités chirurgicales, il semble, au moins momentanément, que la Faculté l'ait complètement abandonnée. C'est cependant entre une de ces trois éventualités : libre exercice, diplôme spécial, droit d'exercer la médecine, que se pose la question, et la difficulté vraiment grande qu'elle présente n'est pas une raison pour chercher à échapper à une solution.

L'année dernière, à propos du rapport de M. le professeur Le Fort, préconisant le diplôme spécial et créant un nouveau titre, celui de Chirurgien dentiste, nous avons dit ce que nous pensions de ce projet bâtard, dont le moindre défaut est d'établir des examens extrêmement compliqués, sans se préoccuper de la manière dont se fera d'abord l'enseignement et sans l'organiser, comme si l'Etat avait à accorder un diplôme consacrant des connaissances qu'il n'a pas données et qu'il semble dédaigner. Quel avantage d'ailleurs un étudiant qui se propose avant tout, pour but, le diplôme de docteur en médecine et l'exercice d'une profession libérale, aurait-il à rechercher le titre inférieur et forcément déprécié de Chirurgien-dentiste, titre qui le confondra avec la masse de ceux qui auront pu l'obtenir sans études médicales et même sans instruction préalable. Pour ne pas insister davantage, le projet de M. Le Fort aurait donc pour premier résultat d'éloigner les médecins de la pratique de la Chirurgie dentaire, et cette considération seule suffirait à le faire repousser. Nous ne supposons pas, d'ailleurs, qu'on ait voulu se proposer un pareil but.

Nous restons donc en face des deux autres systèmes : celui de la liberté absolue, et celui qui exige du dentiste le droit d'exercer la médecine. Notre choix n'est pas douteux, et nous sommes de ceux qui pensent, que tant que la pratique de la médecine ne sera pas libre, l'exercice de la Chirurgie dentaire demande les mêmes garanties que les autres spécialités chirurgicales, et au même titre. C'est là, on peut le dire, l'opinion de la majorité des médecins ; mais celle-ci, émise en principe et pour ainsi dire platoniquement, on invoque les difficultés que que présenterait le recrutement des dentistes. C'est là, suivant nous, une objection qui n'a pas la portée qu'on pourrait lui donner, et nous ne croyons pas nous tromper en affirmant que l'on verrait les étudiants se porter en foule vers une profession devenue médicale, où ils seraient assurés de trouver honneur et protection. Reste la question de l'enseignement spécial ? Mais qui empêche la Faculté et l'Etat de l'organiser. Et qu'ont-ils besoin de créer, pour cela, un diplôme spécial ? Est-ce que l'enseignement de l'Etat ne serait pas suivi avec ardeur par les étudiants ? Est-ce qu'on ne verrait pas se créer à côté nombre d'enseignements particuliers qui auraient alors leur raison d'être, sûrs qu'ils seraient de réunir de nombreux auditeurs, comme cela se passe pour les autres spécialités médicales ou chirurgicales qui ne sont pas encore séparées de la médecine ? Est-ce que, du reste, dans cette hypothèse, les écoles dentaires elles-mêmes n'auraient pas leur rôle et leur utilité ?

Mais il ne faut pas se faire d'illusions, l'idée de rattacher la Chirurgie dentaire à la médecine perd chaque jour du terrain, et l'enseignement par la Faculté ou l'Hôpital semble encore une pure utopie, car, chose singulière, et que nous ne cherchons pas à expliquer, toutes les fois qu'il s'agit, pour l'Ecole de médecine, de créer un nouvel enseignement qui ajouterait à son lustre et à sa raison d'être, c'est l'Ecole qui barre la route ; il en a été ainsi pour toutes les spécialités, comment en serait-il autrement pour la Chirurgie dentaire ? Il faut donc, et c'est par là que nous voulons terminer, regarder en face la solution qui semble la plus probable, celle de la liberté d'exercice de l'Art dentaire. C'est, en définitive, la situation actuelle ; mais la liberté, pour produire ses fruits, doit avoir un lendemain et n'être pas sans cesse menacée ; que l'Etat, que la Faculté qui n'osent ou ne veulent déclarer franchement que la Chirurgie dentaire fait partie de la médecine, abandonnent tout projet de réglementation et qu'ils laissent faire la liberté. Voici qu'il se crée des Ecoles dentaires ; il s'en créera de nouvelles, de meilleures ; que les jeunes étudiants ne se découragent pas de voir la profession ouverte à tous ; leur titre de docteur, voire même d'officier de santé, qu'ils pourront toujours revendiquer, constituera pour eux une supériorité incontestable. Qu'ils y joignent les connaissances spéciales données par les Ecoles et les enseignements particuliers ; délivrés de la crainte du diplôme spécial qui viendrait diminuer et compromettre leur titre médical, ils n'auront, en pratiquant la Chirurgie dentaire, rien à craindre ni de la concurrence, ni de l'opinion.

LUDGER CRUET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 janvier 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. BOCHEFONTAINE offre à la Société un exemplaire d'un travail qu'il a publié dans le *Journal de pharmacie et de chimie* en novembre 1883 et qui a pour titre : *Etude expérimentale sur l'action microbicide du sulfate de cuivre.* Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Les vibrioniens de la putréfaction pullulent au milieu des solutions cupriques à 1 pour 1000 ;

2° La proportion de sulfate de cuivre nécessaire pour arrêter le développement des vibrioniens est au moins quatre fois plus forte que celle qui tue les cobayes, et dix fois plus grande que celles qui peut amener la mort du chien ;

3° La bactériémie expérimentale se produit également chez les animaux soumis ou non à l'action du sulfate de cuivre injecté sous la peau, à dose non mortelle.

4° Les bactéries se développent dans le sang des animaux qui succombent aux effets du sulfate de cuivre, introduit seul sous la peau ou dans la circulation sanguine.

Ces conclusions ont été communiquées à l'Académie de médecine dans la séance du 18 septembre 1883, c'est-à-dire à une époque antérieure à la mort si malheureuse de l'un

© BIU Santé

des membres de la Commission française en Egypte. M. Bochefontaine n'a donc pas pu avoir le désir de faire une allusion quelconque à ce funeste événement, comme M. Burq semble le supposer dans sa récente communication à la Société.

M. Burq insinue également que M. Miquel a réfuté les conclusions qui précèdent. C'est là une erreur que chacun peut constater par la lecture du *Bulletin de l'Académie*. M. Bochefontaine met ce Bulletin sous les yeux du Bureau, et celui-ci constate en effet que M. Miquel parle de ceux qui confondent les *mycéliums vulgaires* avec les bactéries, et non d'un travail qui traite des vibrioniens de la bactériémie expérimentale.

M. Bochefontaine, pour répondre encore à la même communication de M. Burq, présente une note en partie inédite sur les *maladies épidémiques observées chez les cuivriers de Villedieu*, due à M. A. Ygouf. L'esprit qui a dirigé ce dernier dans ses recherches sur cette question, c'est l'esprit scientifique. La métalloscopie lui est absolument indifférente : il a donc cet avantage incontestable de n'être pas entraîné à soutenir quand même une théorie personnelle. Les ouvriers en cuivre de Villedieu, aussi saturés de cuivre qu'il est possible de l'être dans les conditions normales de la vie, sont exposés comme tout le monde au choléra, à la variole, à la fièvre typhoïde, à la rougeole, à la scarlatine, à la diphtérie, etc. Ce fait est amplement prouvé par une lettre de M. Tétrel, maire de Villedieu, dont il est donné lecture (1). D'autre part, il arrive chaque jour de Paris à M. Bochefontaine des indications diverses sur les maladies des ciseleurs sur cuivre jaune et rouge, des monteurs en bronze. Les crampes d'estomac, les coliques, la diarrhée, la fièvre typhoïde, la tuberculose pulmonaire, des paralysies de l'avant-bras (paralysie radiale ?), enfin la paralysie générale seraient des affections fréquentes chez ces travailleurs.

En terminant, M. Bochefontaine réclame comme un droit de réponse qui ne peut être refusé à un membre de la Société l'insertion de sa note aux Comptes rendus.

M. Rabuteau. « J'appuie énergiquement cette réclamation. Les personnalités ont été introduites dans cette discussion par M. Burq, qui qualifie M. Ygouf d' « interne », comme si ces derniers ne valaient pas les médecins. M. Burq a rempli plus de 150 pages de nos Bulletins de ses élucubrations; je demande, et c'est justice, que la note de notre collègue soit publiée *in extenso*. Je fais en outre cette motion que, si M. Burq n'apporte aucun fait nouveau, l'insertion de ses notes lui soit refusée. Nous n'avons pas à continuer à faire gémir les presses pour l'impression de rapports de maires et de préfets qui n'ont aucune valeur scientifique, et nous devons garder nos Bulletins pour des travaux de valeur. »

M. Dumontpallier. « Si nous continuons à marcher dans ces errements (!) M. Burq viendra à son tour et cela n'en finira pas. »

M. Bochefontaine. « Je réponds à des insinuations, et dans ma note j'ai évité toute question de personne. Je réclame parce que l'on a tronqué mes communications et je maintiens mon droit de réponse. »

M. Dumontpallier. « Ce que j'en disais était pour éviter une nouvelle réponse de M. Burq. Si l'on insère la note de M. Bochefontaine, il est bien entendu que M. Burq aura le droit de venir se défendre ».

M. Laborde. « M. Burq n'est que trop venu. M. Bochefontaine a d'autant plus droit à l'insertion de sa réponse que l'on n'a mis aucune espèce de limite aux productions de M. Burq. M. Bochefontaine, scientifiquement, vient défendre ses opinions que l'on a dénaturées; et si M. Burq revient encore pour répondre, on aura le droit et le devoir d'y mettre un terme. »

M. Duval, qui préside en attendant l'arrivée de M. Bert, dit que la note de M. Bochefontaine sera publiée. Il demande que, si la discussion continue, elle ait lieu en Comité secret. — L'incident est clos.

(1) Voir page 00.

M. Rabuteau fait une communication *sur certaines incompatibilités médicamenteuses*. Après l'administration simultanée d'un iodure et de sulfate de quinine, on observe des accidents du côté du tube digestif (vomissements, anorexie); il y a en outre un malaise générale, de l'anxiété. Ces divers accidents peuvent être comparés à ceux qui sont produits par l'ingestion d'un iodure impur contenant de l'iodate. Si l'on donne en effet à un chien un iodure et un iodate, il vomit; et le pain qu'il a mangé est coloré en bleu; cela tient à ce que ces sels se décomposent en présence d'un acide et que l'iode est mis en liberté. La même action se produit si du sulfate de quinine et de l'iodure de potassium se trouvent simultanément en présence dans l'estomac, car les sucs acides du tube digestif mettent en liberté une certaine quantité d'iode. Il est donc utile, si l'on ne veut pas compromettre l'intégrité des organes digestifs, de laisser s'écouler de 24 à 48 heures entre l'administration de l'iodure de potassium et du sulfate de quinine.

Il y a également contre-indication à la prescription du sulfate de quinine chez les femmes qui ont leurs règles. M. Rabuteau a observé des malades atteintes de fièvre intermittente, qui, ayant pris pour combattre leurs accès du sulfate de quinine pendant leur période menstruelle, ont été saisies de douleurs atroces dans le bas-ventre et ont éprouvé des troubles généraux très graves; l'une d'elles serait même morte subitement. Le quinquina et le sulfate de quinine, agissant sur l'utérus, sont donc contre-indiqués pendant la période cataméniale. Il en serait de même pour le quassia amara et son alcaloïde la quassine.

M. Pouchet montre à la Société un certain nombre de *galets* provenant de l'*estomac d'otaries*, et rapportés par M. Hahn, médecin de *la Romanche*. Chez un de ces otaries, échoué sur le sable, on a trouvé 8 kil. 500 gr. de ces galets, qui ne diffèrent en rien de ceux qui sont sur le rivage. M. Hahn a noté ce fait remarquable, que jamais l'estomac des otaries femelles ne contenait de galets. La forme arrondie de ces galets ne fait pas supposer qu'ils aident au broiement des aliments ingérés par ces animaux; mais il est probable que, lorsqu'ils vont en chasse, ils s'en chargent l'estomac pour plonger plus facilement. Cette supposition expliquerait en outre l'absence de galets chez les otaries femelles, ces dernières restant sur le rivage pour allaiter et garder leurs petits, tandis que les mâles seuls vont à la mer.

M. Bert demande s'il existe un rapport entre le poids de l'animal et celui des galets.

M. Pouchet ne le croit pas, car le poids des galets trouvés est excessivement variable (de 2 à 9 kilogr.).

M. Mathias Duval dépose sur le Bureau un exemplaire de la thèse de M. Fromentel intitulée : *Des sympathies analgésiques*.

M. Bert vient confirmer les résultats exposés dans la dernière séance par M. Dubois, relativement aux *anesthésies* pratiquées à St-Louis *au moyen de mélanges titrés d'air et de chloroforme*. Dix malades nouveaux ont été anesthésiés et opérés depuis la semaine dernière, ce qui permet de se rendre un compte exact des immenses avantages apportés par cette méthode. (Nous renvoyons pour les détails au Bulletin que nous avons publié à ce sujet) (1).

Pour anesthésier par ce procédé, il est indispensable d'avoir un gazomètre. Quoique très portatif et facilement maniable, le gazomètre de M. de St-Martin ne peut cependant être employé que dans les établissements hospitaliers ou par les chirurgiens des villes, mais il n'est pas à espérer que son emploi se vulgarise dans les campagnes. Et cependant les praticiens, qui souvent manquent d'aides, ont grand intérêt à avoir à leur disposition un appareil simple qui leur permette d'administrer le chloroforme en toute sûreté. Le problème à résoudre serait de leur apporter le moyen de donner le chloroforme sans que la tension des vapeurs soit trop élevée. Dans ce but, M. Bert a repris, avec M. Dubois, les expériences qu'il avait commencées

(1) V. n° 52 de 1883, p. 1050.

© BIU Santé

autrefois. Les mélanges réfrigérants ne lui ayant pas donné de résultats satisfaisants, il a recouru au mélange de chloroforme avec divers liquides. Ayant placé dans un flacon à deux tubulures 50 gr. de chloroforme et 100 gr. d'huile d'olive, il a fait respirer à un chien, par la trachée, l'air qui avait traversé ce mélange. L'animal s'est endormi après 5 minutes et ne s'est réveillé qu'au bout de 2 h. 1/2. On trouva 40 gr. de chloroforme en moins ; le chien ne s'était donc réveillé que parce la provision de liquide anesthésique était épuisée.

Bien que ce procédé n'ait pas été appliqué à l'homme, M. Bert croit que la solution désirée est enfin trouvée et que le praticien de campagne aura désormais un moyen simple, facilement réalisable, d'administrer le chloroforme sans danger. A. Blondeau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 janvier 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Hardy, avant de quitter le fauteuil de la présidence, passe en revue les travaux accomplis par l'Académie durant l'année 1883, et insiste surtout sur les discussions relatives à la fièvre typhoïde et sur la récente communication de M. G. Sée concernant la présence des bacilles dans les crachats.

M. Alphonse Guérin, en prenant possession du fauteuil présidentiel, se fait un devoir d'adresser, au nom de l'Académie, des remerciements aux membres sortants du Bureau, et en particulier à M. Hardy.

M. Bouley vient répondre au désir de M. Brouardel en résumant le rapport qu'il avait adressé au Comité consultatif d'hygiène sur l'*importation des viandes salées*. Toutes les fois, en effet, que le Comité s'est trouvé consulté, il a déclaré que les mœurs culinaires de notre pays nous mettaient à l'abri de la trichinose. Il y a quelque temps, à Lyon, l'inspection des viandes importées fit découvrir la présence de trichines ; à cette époque-là, l'émotion fut grande. Néanmoins, aucun accident ne se produisit. Le Comité pense encore que les viandes importées sont sans danger. Depuis vingt ans, en effet, que les trichines entrent librement en France, on en est encore à constater un accident.

M. Grancher, professeur agrégé, a accompagné en Allemagne M. le professeur Brouardel à l'effet d'étudier l'*épidémie de trichinose* qui sévissait à Emersleben. Dans la précédente séance, M. Brouardel a communiqué à l'Académie le résultat de son enquête et a plus particulièrement insisté sur les questions afférentes à l'hygiène. Aujourd'hui, M. Grancher produit le complément de ce travail en abordant la symptomatologie et l'anatomie pathologique de la trichinose. Les malades atteints de trichinose étaient immobilisés dans le décubitus dorsal par un œdème colossal des membres inférieurs, de l'abdomen et quelquefois des membres supérieurs, et présentaient un visage maigre, l'œil terne et la voix brisée. Ceux qui succombaient subissaient l'asphyxie rapide par congestion pulmonaire. L'œdème est pâle, mou, garde fortement l'empreinte du doigt, et est si intense qu'il se fendille, laissant échapper une sérosité limpide. Des eschares se forment au niveau des régions déclives et comprimées. La fièvre se montre nulle, la langue propre ; les malades ne se plaignent que de faiblesse et d'essoufflement. L'auscultation des poumons révèle l'existence de râles muqueux aux deux bases. Le cœur reste normal ; le sang se caractérise par une augmentation notable des globules blancs.

M. Grancher n'ayant pu assister au début de l'épidémie, doit à l'obligeance de M. le Dr Philips et de M. Wagner la relation des commémoratifs présentés par la plupart des malades. Tous ces malades, en effet, avaient traversé la période cholériforme accompagnée ou non de vomissements, puis la phase dite musculaire, caractérisée par des fourmillements, des raideurs léthargiques et douloureuses, par des contractures développées surtout aux membres supérieurs et aux muscles du cou. Enfin, les malades étaient profondément abattus et offraient un aspect typhique des plus prononcés ; la fièvre se montra vive ; le thermomètre accusa même 40°. L'épidémie d'Emersleben diffère toutefois de celles qui l'ont précédée par la rareté de l'œdème facial, qui se montre fugace. MM. Brouardel et Grancher déclarent qu'ils n'ont jamais observé des malades atteints de trichinose avant l'épidémie d'Emersleben. Si l'incertitude du diagnostic paraît légitime au début du mal, elle ne saurait être de longue durée. Durant les premiers jours, on a pu songer à la fièvre typhoïde, au typhus, à un empoisonnement, à la fièvre rhumatismale, à la grippe, au tétanos. Quoi qu'il en soit, MM. Brouardel et Grancher n'hésitèrent pas à reconnaître la trichinose à Emersleben, dès qu'ils se trouvèrent en présence du tableau symptomatique présenté par les malades. Faisant abstraction de la valeur du mal, des antécédents des malades, on ne pouvait songer qu'à une cachexie cardiaque ou albuminurique. Or, ces malades n'étaient porteurs d'aucune lésion cardiaque, et, au dire de leurs médecins, leurs urines n'étaient nullement albumineuses. Le pronostic de la trichinose paraît dépendre de la quantité de viande consommée, de son degré de pureté et de fraîcheur.

MM. Brouardel et Grancher, durant leur séjour à Emersleben, ont pu faire deux autopsies, desquelles il résulte que le tube digestif, le foie, le rein, le cœur, les vaisseaux, le cerveau et ses enveloppes étaient indemnes. Par contre, les muscles se trouvaient remplis de trichines et les poumons révélaient l'existence d'une pneumonie secondaire. Ces lésions n'expliquent pas la cause de la cachexie extrême à laquelle succombent les malades, on en est réduit à invoquer une cachexie humorale, qui relèverait directement des désordres que provoquent les trichines dans le tissu musculaire. L'examen histologique des muscles démontre que le périmysium, le myolème et les faisceaux primitifs sont altérés. Le périmysium subit une irritation diffuse qui se traduit par une abondante multiplication de ses noyaux, prédominante autour des vaisseaux sanguins. Le myolème présente des lésions inconstantes. Tantôt il subit la néoformation nucléaire, tantôt il est profondément altéré ; quelquefois même il reste normal. En somme, la trichine ne s'arrête pas dans le tissu conjonctif intermusculaire ; elle pénètre à travers le myolème ramolli et transformé en une gaine cellulaire, jusqu'à la fibre primitive, dont elle fait son aliment. Les altérations du myolème et de la fibre musculaire marchent parallèlement ; ces altérations de la fibre musculaire se révèlent par les réactifs colorants. La trichine apparaît donc dans un milieu préparé pour la recevoir, achève alors de se développer et finit par s'enkyster. L'enkystement est une guérison naturelle. Tous les muscles examinés par M. Svaneluz, sauf le cœur, contenaient des trichines.

M. Chatin ne voit aucun fait nouveau dans le rapport présenté par M. Brouardel et considère comme un réel danger l'introduction en France des viandes trichinées. Les mœurs culinaires ne peuvent prétendre nous mettre à l'abri de la trichinose, car ces mœurs sont variables. Il vaut donc mieux repousser les viandes américaines.

M. Brouardel fait observer, avec preuves cliniques à l'appui, que jamais on n'a observé, parmi nous, de malades ayant présenté des symptômes analogues à ceux observés à Emersleben. Durant ces trois dernières années, de grandes quantités de viande salée, des milliers de porcs allemands sont entrés en France, et nos porcheries n'ont nullement été envahies par la trichine. Malgré ce danger apparent, nous n'avons eu depuis longtemps qu'un seul cas de trichine à Crépy-en-Valois, et ce cas de trichine était produit par un porc français. Quoiqu'il en soit, la cuisson d'une part, la salaison prolongée d'autre part, restent de sûrs garants contre l'invasion de la trichine dans nos tissus.

Une *Commission*, chargée de faire un rapport relativement à la question pendante sur la trichine, est nommée. Elle se compose de MM. Brouardel, Bouley, Chatin, Proust, Laboulbène, Colin (d'Alfort).

M. Ernest Besnier lit un *rapport* sur un travail de

© BIU Santé

M. Cramoisy (de Paris), relatif au *traitement des teignes*. M. Ernest Besnier résume son rapport dans les conclusions suivantes : 1° Il n'existe pas d'agent véritablement parasiticide applicable au traitement des affections parasitaires en général, internes ou externes. Dans la cure des teignes en particulier, la guérison ne s'obtient que par l'avulsion mécanique des parasites, ou à l'aide d'une élimination vitale des plans cellulaires qu'ils occupent, effectuée par irritation desquamative; 2° Les teignes sont soumises aux lois communes de la thérapeutique ; leur traitement est une œuvre complexe qui a ses indications générales et spéciales, et il n'y a pour aucune d'elles de médication absolue, exclusive, ni systématique; 3° Le procédé de M. Cramoisy n'est pas applicable à la cure générale des teignes dans les conditions qu'il a indiquées; mais l'acide pyroligneux, qui forme la partie active de la préparation qu'il recommande (acide pyroligneux, 1000 grammes ; oxyde rouge de mercure, 2 grammes : acide salicylique, 1 gramme) est un agent efficace et exempt d'irritation éliminatoire ; son emploi peut être recommandé dans le traitement particulier de la tricophytie, sous les réserves de détails que M. Ernest Besnier a proposées. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 mai 1883. — Présidence de M. Cornil.

4. Tumeur inflammatoire ; par M. Hache, interne des hôpitaux.

M. X..., 35 ans, capitaine de cavalerie, après avoir fait la campagne de Tunisie sur une selle trop étroite, s'aperçut qu'il portait à la fesse gauche une petite tumeur dure et peu mobile. Cette tumeur était indolente, mais elle devint plusieurs fois douloureuse à la suite de frottements prolongés sur la selle, sans prendre un accroissement notable. Ce sont ces poussées inflammatoires qui décident le malade à réclamer une opération, dans la crainte que l'exercice du cheval ne lui devienne impossible.

La petite tumeur siége à la fesse gauche, un peu au-dessus du pli fessier ; elle est très dure et manifestement sous-cutanée, mais adhérente à la face profonde de la peau, ce qui tient sans doute aux diverses poussées inflammatoires qu'elle a subies. L'état général est du reste excellent et l'opération est pratiquée le 19 avril 1883. La tumeur avait un peu diminué sous l'influence du repos gardé par le malade quelque temps avant l'opération.

La tumeur était bien sous-cutanée, mais elle était intimement unie aux parties voisines, au point qu'il a fallu réellement la sculpter pour l'en séparer; son ablation a été suivie d'une hémorrhagie notable qui a nécessité un assez grand nombre de ligatures. La plaie fut suturée et drainée et guérit rapidement.

A sa périphérie, cette petite tumeur, qui a le volume d'un gros œuf de pigeon un peu aplati et allongé, est constituée par un tissu blanchâtre, très résistant, d'apparence fibreuse ; une coupe médiane montre que son centre est occupé par une cavité qui contenait quelques grammes d'une sérosité brunâtre et dont les parois sont formées par une substance mollasse, un peu villeuse et d'un brun rouge, ayant l'apect de petits bourgeons charnus. Le tissu périphérique, d'apparence fibreuse, mesure un centimètre d'épaisseur en moyenne et jusqu'à un centimètre et demi en certains points.

M. le professeur Cornil a bien voulu se charger de l'*examen histologique* de la pièce. La coupe, faite perpendiculairement au grand axe de la tumeur, qui a été fendue au moment de l'opération, comme nous l'avons dit plus haut, se présente sous l'aspect d'un fer à cheval un peu irrégulier. A un faible grossissement et même à l'œil nu, par transparence, on voit deux parties distinctes, l'une comprise dans la concavité du fer à cheval, un peu brunâtre, et qui formait sur la pièce les parois mêmes du petit kyste central ; l'autre, périphérique, plus épaisse, colorée en rose par le carmin et ayant l'aspect fibreux sur la pièce fraîche, qui forme le corps même de la petite tumeur.

L'examen à un grossissement suffisant fait reconnaître que cette tumeur est constituée par du tissu embryonnaire d'autant plus jeune qu'on se rapproche davantage de sa partie centrale, qui correspond à la zone brunâtre que nous avons signalée. A ce niveau, on trouve un véritable tissu de bourgeons charnus formé de cellules embryonnaires et de vaisseaux volumineux et perméables, à parois minces, dont quelques-uns font saillie dans l'intérieur de la cavité kystique. En s'éloignant du centre de la tumeur, on arrive sur du tissu fibreux infiltré d'éléments embryonnaires de moins en moins abondants, et surtout groupés autour des vaisseaux déjà moins nombreux et à parois plus épaisses.

Enfin, tout à fait à la périphérie, du côté le plus épais de la tumeur, on retrouve la structure normale des couches profondes du derme et ses cellules adipeuses.

En somme, il s'agissait donc ici d'une tumeur purement inflammatoire, consécutive à un traumatisme répété. Cette tumeur aurait fini par disparaître pour laisser une cicatrice et peut-être un petit kyste, d'après l'opinion de M. le professeur Cornil. En tous cas, elle aurait encore empêché longtemps le malade de reprendre son service de capitaine de cavalerie et son ablation était parfaitement indiquée.

5. Epithéliome de la vessie ; par M. A. Brodeur, interne des hôpitaux.

Mazoyer Jules, homme de peine, âgé de 53 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Velpeau, le 22 avril 1883, service de M. Lucas-Championnière.

Son père est mort à 65 ans, de cancer de l'estomac, et sa mère, à 60 ans, d'*ulcère de la matrice*. Il a deux frères plus âgés qui jouissent d'une bonne santé. Dans sa jeunesse, le malade n'eut aucune manifestation scrofuleuse. Marié à 22 ans, il eut 4 enfants. Deux ans après son mariage, Mazoyer est pris de pissement de sang à la suite de quelques excès génésiques, mais un peu de repos suffit pour arrêter l'hématurie, et, depuis cette époque, la miction est toujours normale et n'est accompagnée d'aucune douleur. Jamais de blennorrhagie, pas de syphilis.

Il y a environ 18 mois, le malade raconte qu'à la suite de l'administration d'un lavement purgatif, ses urines devinrent sanguinolentes. Cette hématurie augmenta progressivement, et, depuis, ses urines contiennent souvent du sang en caillots. Bientôt de vives douleurs dans la région périnéale accompagnèrent l'hématurie, et, à chaque miction, le malade éprouvait la sensation d'*un fer rouge* à travers le canal de l'urèthre.

Conduit à l'hôpital Necker, il fut sondé, et, depuis cet examen, c'est-à-dire depuis six semaines, le pissement de sang est plus abondant, les douleurs plus intenses et la cachexie de plus en plus prononcée.

Etat actuel. Le malade est très faible et ne peut plus se lever seul. A la palpation de la région hypogastrique, on perçoit une tumeur ou plutôt un empâtement assez considérable et bien limité, et la main exploratrice ne découvre aucune hypertrophie ganglionnaire dans les fosses iliaques. Pas de ganglions inguinaux.

Par le *toucher rectal*, on sent au-dessus de la prostate, qui est légèrement hypertrophiée, une masse volumineuse que le doigt ne peut limiter en haut et qui paraît surtout s'étendre à la paroi latérale gauche de la vessie. Comme le malade n'a pas uriné depuis 24 heures, on pratique le cathétérisme, qui amène au dehors des urines et du sang en caillots répandant une odeur de *chair pourrie*. La sonde métallique prend une *couleur noirâtre* dans la vessie, et le bec de la sonde semble être en contact avec une surface couverte de bourgeons charnus exubérants. Par la pression sur l'abdomen ou sur le périnée, une urine sanguinolente sort spontanément par l'urèthre. Les testicules paraissent sains.

L'examen des organes thoraciques ne nous révèle rien de particulier, si ce n'est une congestion pulmonaire assez intense. Rien au cœur. Le foie est gros et dépasse le rebord des fausses côtes. Le malade a encore toute son intelligence et répond bien aux questions qu'on lui fait. — *Soir*. Un peu de frisson, fièvre. T. 38°,6.

© BIU Santé

23 *Avril*. L'hématurie persiste, mais les douleurs urétrales ou périnéales ont presque complètement disparu. La fièvre s'allume. T. 39°, et même 39°,4 le soir, et le malade meurt le 25 *avril*, dans une profonde cachexie.

Autopsie. — A l'ouverture de la *dure-mère crânienne*, il s'écoule un liquide citrin assez abondant. L'*encéphale* est œdématié. Pas de trace de méningite. Les deux *poumons* sont fortement congestionnés; le *cœur* est flasque et ses deux cavités droites sont remplies de caillots fibrineux qui adhèrent aux parois ventriculaires. Le *foie* est volumineux. Poids 2,280 grammes. A la coupe, il est lisse et offre un certain degré de dégénérescence graisseuse. Rien à la *rate*. Le *tube digestif* est examiné avec soin et ne présente aucune lésion appréciable à la vue.

Les *reins* offrent les lésions de la néphrite interstitielle, et, dans la moitié supérieure du rein droit, qui est plus volumineux que le gauche, il existe de nombreux abcès miliaires qui sont surtout développés dans la substance corticale. La capsule est peu adhérente au tissu rénal et recouvre une série de petits points blanchâtres qui ne sont que des abcès miliaires, comme ceux que l'on rencontre dans l'intérieur du parenchyme.

Les *uretères* sont dilatés, et, à l'extrémité vésicale de l'uretère gauche, la lumière du canal est considérablement rétrécie à cause de l'épaississement des parois, dû à l'infiltration du néoplasme.

La *vessie* est remplie de détritus muqueux et de caillots sanguins et il existe, au niveau de sa paroi antéro-latérale gauche, une surface légèrement saillante, ulcérée, bourgeonnante, irrégulièrement arrondie, de 6 à 8 centimètres de diamètre, et comprenant dans son étendue l'ouverture vésicale de l'uretère gauche. Au niveau de cette surface ulcérée, la paroi vésicale a près de trois centimètres d'épaisseur et semble, à l'œil nu, infiltrée d'un tissu de nouvelle formation. Le bas-fond de la vessie est indemne de toute ulcération, mais on rencontre trois ou quatre autres petits points ulcérés sur la paroi postéro-latérale droite.

Un peu d'hypertrophie de la *prostate*. Rien aux organes génitaux. Malgré l'examen le plus minutieux, on ne découvre aucun engorgement des ganglions de la cavité du bassin ou de la région lombaire. Pas de ganglions inguinaux.

Examen histologique. — Sur deux préparations faites par notre excellent ami et collègue Georges Thibierge, et examinées par M. le professeur Cornil, préparations comprenant toute l'épaisseur de la paroi altérée, on trouve à la surface de la vessie des débris villeux, dont le filament central est formé par des fibres de tissu conjonctif et quelques vaisseaux, et dont le revêtement est constitué par des cellules épithélioïdes. Entre ces filaments, on voit une quantité de cellules libres siégeant dans un liquide au milieu de granulations. Ces cellules sont généralement rondes, les unes ayant à peu près le diamètre des globules blancs du sang, les autres beaucoup plus grosses et contenant un gros noyau ovoïde. Dans les parties profondes de la préparation, on voit, au milieu des faisceaux musculaires et fibreux, des traînées cylindriques anastomosées les unes avec les autres, irrégulières, ou des figures arrondies. Toutes ces traînées cylindriques et arrondies sont remplies par des cellules pavimenteuses possédant généralement de gros noyaux.

La constatation de ces traînées de cellules qui se trouvent dans les parties profondes de la coupe, et au milieu du tissu musculaire, indique qu'il s'agit bien, dans ce cas, d'un *épithéliome* de la nature des *épithéliomes tubulés*.

6. Epithélioma tubulé de la peau de la région fessière développé au dépens du corps muqueux de Malpighi; par M. Babinski, interne des hôpitaux.

Nous rapportons l'examen histologique d'un *épithélioma* opéré par M. Polaillon. Il s'agit d'un homme de 60 ans, présentant un épithélioma à la fesse; le malade dit qu'il a déjà été opéré, il y a 10 ans de cela, d'une tumeur semblable et que ce n'est que depuis 3 mois que la tumeur a commencé à récidiver. L'examen histologique montre qu'on a affaire à un épithélioma tubulé. Les coupes faites perpendiculairement à la surface de la peau et passant à la fois par la tumeur et la peau saine qui avoisine la tumeur montrent, dans la partie malade, sous l'épiderme, des masses épithéliales de formation récente, ce qui se reconnaît aisément à la coloration qu'elles prennent par le picro-carmin; elles se colorent en effet en rouge plus foncé que les cellules du corps muqueux, et fixent le carmin presque aussi bien que les cellules embryonnaires. La tumeur est composée de plusieurs nodules situés à côté les uns des autres, sous l'épiderme; chacun de ces nodules présente une zone centrale constituée par des travées de cellules formant un réseau dont les mailles sont remplies par du tissu conjonctif muqueux ou adulte; cette zone centrale est entourée d'une zone périphérique constituée par des boyaux épidermiques qui rayonnent autour du centre. Les cellules qui composent toutes ces masses sont des cellules épithéliales pavimenteuses, mais, en aucun point, il n'y a d'évolution épidermique. Si on examine la coupe au niveau de l'union de la peau malade et de la peau saine, on voit, dans certains points, et cela de la façon la plus nette, des boyaux épithéliaux, de dimension variable, partir du corps muqueux de Malpighi et venir dans certains points se continuer avec la tumeur elle-même. Les quelques glandes sudoriques que l'on trouve sur les coupes sont normales.

Il s'agit donc d'un épithélioma pavimenteux tubulé, et cette tumeur, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, rentre dans ce que M. Verneuil a décrit sous le nom d'adénome sudoripare. Mais ce qu'il y a ici de particulier, c'est le développement de cet épithélioma; tandis que, dans la plupart des cas d'épithélioma tubulé, le point de départ s'est fait dans les glandes sudoripares; ici, on voit de la façon la plus nette le point de départ, non pas dans les glandes sudoripares, mais dans le corps muqueux de Malpighi; c'est là un cas semblable à ceux que M. Mathieu a déjà décrits dans les Archives de médecine.

7. Hémichorée sans hémianesthésie; — Hémorrhagie de la partie postérieure dans la couche optique sans lésion de la substance blanche; par M. G. Morin, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un homme de 67 ans, bien constitué, sans maladies antérieures, atteint subitement d'hémichorée gauche sans hémianesthésie. La face était indemne. Le sujet a succombé après 17 jours. Les mouvements, d'une violence extrême, ont persisté jusqu'à la mort.

Autopsie, faite 27 heures après la mort. — Le *cerveau* a pu être examiné: aspect normal de l'organe, pas d'adhérence, pas d'épaississement des méninges. Léger athérome du tronc basilaire et des cérébrales antérieures et postérieures. Pas d'épaississement dans les ventricules.

Hémisphère gauche. Les coupes sont faites verticalement. Quelques foyers anciens, très petits, dans le segment externe du noyau lenticulaire.

Hémisphère droit. Quelques foyers irrégulièrement disséminés dans le noyau lenticulaire. Tous très anciens sauf un, récent, du volume d'une tête d'épingle. La partie antérieure de la couche optique est saine. A sa partie postérieure et externe, on voit un foyer d'aspect linéaire, long de 3 millimètres, obliquement dirigé de dehors en dedans et de haut en bas. Les parois opposées de la fente sont en contact, séparées à peine par une très petite quantité de boue rougeâtre. D'avant en arrière, sur une coupe horizontale, la lésion atteint 3 millimètres 1/2. Sa partie la plus voisine de la paroi inféro-externe de la couche optique en est séparée par 1 millimètre 1/2 de substance grise intacte. Sa partie postérieure est distante de 2 millimètres 1/2 de l'extrémité postérieure de la couche optique. La capsule interne est absolument indemne.

Réflexions. — Cette autopsie a ceci d'intéressant qu'elle présente une lésion de la couche optique sans lésion de la capsule interne. La plupart des observations d'hémichorée offrent en effet des lésions simultanées de la substance grise et de la substance blanche. La présente observation

© BIU Santé

vient à l'appui de l'opinion de M. Vulpian qui localise le siège de l'hémichorée dans la couche optique, et va contre celle de M. Raymond qui le localise dans la capsule interne. On peut toujours, il est vrai, invoquer la compression, mais elle est peu probable, étant données les faibles dimensions et l'étroit accolement des parois de ce foyer récent.

8. Deux cas d'épithélioma pavimenteux ayant vraisemblement pour point de départ un kyste dermoïde de l'ovaire; par M. Babinski, interne des hôpitaux.

1er cas. — *Epithélioma pavimenteux du duodénum, de l'épiploon, de l'ovaire, du foie, de la rate et du poumon droit.* — Joséphine G..., âgée de 60 ans, entre au mois de septembre 1882 (service de M. Cornil) à la Pitié. Rien à noter du côté des antécédents héréditaires. Le début de la maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital remonte à trois mois ; à partir de cette époque, elle a commencé à maigrir, à perdre ses forces, à avoir de la dyspepsie ; elle a eu de fréquents vomissements alimentaires et à plusieurs reprises des vomissements de sang. Voici ce que l'on constate à son entrée : La malade est très amaigrie et présente un teint jaune-paille. La palpation de la région épigastrique est douloureuse et on sent à la partie droite de cette région une masse irrégulière située derrière la paroi abdominale et mobile ; la percussion de la région épigastrique dénote une notable augmentation du volume de l'estomac. En même temps, en pratiquant la palpation de l'abdomen, on trouve une autre masse bien plus volumineuse, grosse comme une tête de fœtus, distincte de la précédente, mobile et située immédiatement sous la paroi abdominale, dans le flanc gauche. L'examen des autres organes est négatif. On suppose qu'il s'agit là d'un cancer primitif du pylore et d'un cancer secondaire de l'épiploon. La malade s'affaiblit de jour en jour, a des vomissements très fréquents, quelques hématémèses ; la cachexie s'accuse de plus en plus, et enfin elle succombe sans que les symptômes locaux se soient modifiés d'une façon sensible.

Autopsie. — L'*estomac* est distendu, congestionné, mais ne présente pas de cancer au pylore, et la masse que l'on avait sentie siège à un centimètre à peine du pylore, dans le duodénum, dont elle occupe la première portion. Cette masse entoure le duodénum, dont la face muqueuse est irrégulière, ulcérée, fongueuse : à la coupe, le tissu est grisâtre et donne du suc au raclage. Le reste de l'*intestin* est normal. La *tumeur* que l'on avait sentie dans le flanc gauche occupe l'épiploon et adhère à l'intestin, dont les parois à ce niveau ne sont pourtant pas envahies par le néoplasme. Le foie présente dans son intérieur quelques noyaux cancéreux. Il en est de même de la *rate*. Les deux *ovaires* présentent chacun le volume d'un gros marron et sont transformés en cancer ; l'ovaire gauche présente en plus une cavité kystique, libre à droite, adhérente à gauche à la masse cancéreuse ; cette cavité est absolument lisse sur sa face interne. — L'*utérus*, le *vagin*, la *vulve*, l'*anus* sont absolument sains. La cavité buccale et l'œsophage ne sont pas altérés. Le cœur est normal. Le poumon droit présente à sa base quelques noyaux cancéreux.

L'*examen histologique* des tumeurs trouvées dans les divers organes montre que ces tumeurs sont constituées par de l'épithélioma pavimenteux lobulé ; les dentelures des cellules épithéliales se voient très nettement, comme dans le corps muqueux de Malpighi, et il n'y a pas de doute à avoir sur la nature de la tumeur ; l'évolution épidermique n'est pas absolument complète ; en effet, les globes sont constitués par de grosses cellules contenant un noyau, non kératinisées, par conséquent, et les cellules qui entourent les globes ne contiennent pas d'éléidine ; on a donc affaire à un épithélioma pavimenteux, lobulé, muqueux. L'examen du kyste ovarique montre qu'il est tapissé par de l'épithélium pavimenteux, stratifié, muqueux.

C'est là un fait qui paraît bien étrange au premier abord : en effet, aucun des organes dégénérés ne présente à l'état normal d'épithélium pavimenteux ; ce cas paraît sortir absolument de la règle. Comment interpréter cette anomalie ? Un des ovaires dégénérés présente, avons-nous dit, un kyste, indépendant, par un de ses côtés, de la tumeur cancéreuse et se continuant avec elle par le côté opposé ; le kyste est absolument lisse sur sa partie interne et ne paraît pas, étant donnés ces caractères, être le résultat de la dégénérescence kystique de la masse cancéreuse. Il est plus probable que ce kyste, qui était tapissé par de l'épithélium pavimenteux, était un kyste dermoïde, et que c'est aux dépens du revêtement épithélial de ce kyste que l'épithélioma de l'ovaire et consécutivement l'épithélioma des autres organes se sont développés. Le kyste dermoïde aurait donc subi une dégénérescence épithéliomateuse à la manière des revêtements épithéliaux normaux, tels que l'épithélium des muqueuses et l'épiderme. Cette interprétation paraît plus probable si on rapproche cette observation de la suivante, qui nous a été communiquée par M. le professeur Cornil, et que nous résumons.

2e cas. — *Epithélioma des ovaires et du corps de l'utérus.* — Il s'agit d'une femme qui, pendant la vie, présentait les symptômes d'un kyste ovarique ; une ponction avait donné issue à des cheveux ; le diagnostic avait été kyste dermoïde et l'ovariotomie avait été pratiquée.

Autopsie. — Elle montra, ce que du reste l'on avait constaté pendant l'opération, que la tumeur adhérait au corps de l'utérus et à l'intestin ; le corps de l'utérus était dégénéré. L'examen histologique fit voir qu'on avait affaire à un épithélioma pavimenteux, lobulé, muqueux.

Ici, comme dans l'observation précédente, aucun des organes revêtus à l'état normal par de l'épithélium pavimenteux n'étaient malades. Les ovaires seuls et la partie supérieure de l'utérus étaient dégénérés. Le kyste dermoïde affirmait sa présence par l'existence des cheveux, et, à ce point de vue, ce cas est bien plus net que le précédent. L'interprétation invoquée dans la première observation est ici, d'après nous, encore plus plausible. Le kyste dermoïde paraît bien avoir été le point de départ de l'épithélioma.

9. Sarcome de la dure-mère déprimant le pli sourcilier à gauche, sans aphasie; par M. Morix, interne des hôpitaux.

La pièce que je présente a été recueillie à l'autopsie d'une femme de 45 ans, morte de pneumonie, à l'Hôtel-Dieu. La tumeur, presque exactement sphérique, du volume d'une grosse noisette, fait saillie uniquement à la face interne de la dure-mère. La face externe de la membrane est parfaitement lisse, d'aspect normal. La tumeur s'est creusée une cupule sur le pli sourcilier du lobe frontal gauche. Elle déprime profondément la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale et la partie inférieure de la frontale ascendante. Cette femme n'a jamais présenté de troubles du langage. Une tumeur ou un épanchement survenu rapidement, en ce point, eût certainement déterminé de l'aphasie. C'est un exemple de plus de la tolérance du cerveau à l'égard des productions lentement développées. L'examen histologique montre qu'il s'agit ici d'un sarcome fasciculé.

10. M. Cochez présente une *péricardite hémorrhagique* avec fausses membranes, survenue chez un alcoolique.

11. M. Richardière montre un *cancer massif du foie* ; il y avait dégénérescence cancéreuse de l'ovaire et des petites tumeurs de même nature dans le poumon.

M. Cornil pense qu'il pouvait s'agir là d'un cancer primitif du foie, avec généralisations secondaires.

12. M. Cornil montre des préparations faites sur le *poumon d'un phtisique* mort dans le service de M. Hérard. Il s'agissait d'une pneumonie caséeuse disposée en grands îlots, à coupe jaunâtre, sans granulation tuberculeuse apparente. Des coupes colorées au picro-carmin font voir les alvéoles remplies de fibrilles fibrineuses entrecroisées. Des cellules lymphoïdes sont disséminées dans leurs mailles. Les préparations, colorées à la fuschine, décolorées ensuite par l'acide chlorhydrique, et des préparations traitées par la safranine, permettent de voir des bacilles caractéris-

© BIU Santé

tiques de la tuberculose disséminés au milieu des produits inflammatoires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 janvier 1884. — Présidence de M. Guéniot.

M. de Saint-Germain communique à la Société ses opinions, fruit d'une longue expérience, sur le *traitement des déviations rachitiques*. La bonne hygiène prévient et peut même guérir les déviations rachitiques commençantes. Lorsque la déviation est produite, le premier traitement auquel il convient d'avoir recours est le redressement par manœuvres manuelles; il réussit fort bien en produisant une fracture qui guérit sans cal appréciable, contrairement à ce qu'a dit M. Després; quelquefois cependant, ce traitement ne suffit pas, c'est lorsque la maladie en est arrivée à la période d'éburnation. Il faut alors avoir recours à l'ostéotomie, préférable à l'ostéoclasie, parce que l'on sait mieux ce que l'on fait dans la première que dans la seconde; la guérison s'obtient facilement si l'on applique le traitement antiseptique avec rigueur.

M. Després reproche à M. de Saint-Germain d'attribuer au rachitisme le genu valgum des tout jeunes enfants, qui est le plus souvent la conséquence du port à bras, cette attitude tendant à fléchir en dehors un des genoux, toujours le même, lorsque l'enfant est porté sur un seul bras. Ce genu valgum peut être double lorsque la mère devient enceinte, par la nécessité dans laquelle se trouve l'enfant d'écarter les deux jambes pour laisser de la place à l'utérus. Ces genu valgum se redressent spontanément si l'on vient à cesser le port à bras et si on laisse les enfants, libres de leurs mouvements, sur un matelas. Dans le cas contraire, la difformité persiste et s'accentue au moment où l'enfant commence à marcher.

M. Marc Sée pense que la cause première des déformations est le rachitisme qui ramollit les os et les empêche de supporter le poids du corps au moment où l'enfant commence à marcher. L'influence du poids du corps peut aussi être invoquée lorsqu'il s'agit du genu valgum des adolescents, chez lesquels les os et les ligaments n'ont pas encore la solidité que l'âge leur donnera. Le sens de la déviation est commandé par la disposition anatomique des parties : la pression du corps tend à rapprocher les deux côtés de l'angle ouvert en dehors que fait la cuisse avec la jambe.

M. de Saint-Germain ne croit pas que le port à bras ait l'influence que lui attribue M. Després; il invoque à l'appui de cette opinion la fréquence des genu valgum doubles et la coexistence habituelle d'autres lésions rachitiques.

M. Després explique le genu valgum double par ce fait que la mère porte l'enfant alternativement sur chaque bras.

M. Lucas-Championnière a fait, il y a 18 jours, une *opération d'Estlander* avec l'aide de M. Bouilly. Cette opération est effrayante et l'on a tendance à s'arrêter trop tôt, ce qui est une cause d'insuccès. Le malade portait sa fistule depuis deux ans, elle était très profonde et communiquait avec une cavité pouvant contenir 500 grammes de liquides; l'état général du malade était assez mauvais. Après avoir découvert les côtes à réséquer au moyen d'un grand lambeau quadrilatère à base supérieure, M. Lucas a réséqué les 9e, 8e, 7e, 6e, 5e côtes; la 9e a été réséquée sur une longueur de 11 cent., puis on est allé en diminuant jusqu'à la 5e, qui n'a perdu que 8 cent. L'important est que la résection porte sur la plus grande hauteur de paroi possible. L'opéré est en bonne voie de guérison et la suppuration a diminué dans des proportions considérables; l'état général s'est fort amendé. Cette opération, qui n'a jamais donné lieu à des accidents, a des indications et des avantages incontestables; toutefois, il n'y faut pas recourir prématurément, car l'empyème peut guérir et il n'est pas rare qu'avec le temps le rapprochement naturel des côtes suffise à combler la cavité de l'abcès.

M. Verneuil, qui n'a pas fait l'opération d'Estlander mais qui la fera le jour où il la jugera indiquée, reproche au rapport de M. Berger d'attribuer exclusivement la persistance de la fistule pleurale à l'impossibilité pour les côtes de se rapprocher suffisamment pour combler le vide de l'abcès pleural. Jadis aussi, on attribuait la persistance des fistles ischio-rectales à une cause analogue, et cette théorie n'a plus aujourd'hui que de rares défenseurs. M. Verneuil la croit inapplicable à un grand nombre de cas de fistules pleurales persistantes. Il est des fistules très profondes, si étroites qu'elles ne peuvent recevoir quelques grammes de liquide et qui cependant persistent; ce ne peut être par insuffisance de rapprochement des parois costales. Dans ces cas, la résection serait inutile. N'est-ce pas une exagération de dire que l'on est en droit d'intervenir lorsque deux ou trois mois après l'empyème la fistule pleurale paraît ne plus avoir aucune tendance à la guérison spontanée? En résumé, M. Verneuil est d'avis qu'il faut rejeter l'opération toutes les fois que la fistule ne peut pas recevoir une notable quantité de liquide, et qu'il ne faut intervenir qu'après avoir attendu que les côtes aient fait tout le possible pour combler la cavité pleurale par leur rapprochement.

M. Monod exprime le regret que le rapport de M. Berger n'insiste pas davantage sur ce qui appartient à Letiévant (de Nantes), dans l'historique de la découverte de l'opération. A Estlander appartient la découverte, mais avant lui Letiévant, ayant fait une résection costale pour l'agrandissement d'une fistule et ayant remarqué l'affaissement consécutif de la paroi thoracique, s'était déjà demandé s'il ne serait pas possible de faire pareille résection, uniquement dans le but de favoriser pareil rapprochement. Ce point est parfaitement indiqué dans l'observation que M. Letiévant adressa alors à la Société.

M. Monod a fait une opération d'Estlander et, comme M. Lucas-Championnière, il n'eût pas osé faire la résection de cinq côtes, sans les conseils et l'assistance de M. Bouilly, dont l'intervention lui a été d'un grand secours. L'opération a été suivie d'un résultat immédiat excellent; la cavité pleurale a d'abord paru se rétrécir rapidement, et cependant, après trois mois, tout n'est pas fini, la quantité de pus fournie par la fistule est encore considérable. Peut-être cet insuccès relatif tient-il à ce que la paroi thoracique s'est reconstituée en partie par une régénération très rapide des côtes réséquées, à la place desquelles on sentait, dès la troisième semaine après l'opération, une série d'arcs osseux nouveaux et assez résistants? Il y aurait peut-être lieu de réséquer avec la côte une portion plus ou moins étendue du périoste.

M. Després trouve que M. Berger, dans son excellent rapport, a fait une part trop petite à la guérison spontanée des fistules pleurales. Le drainage réussit fréquemment; quelques-unes de ces fistules sont portées sans inconvénient; enfin, il est des fistules profondément enfoncées dans le parenchyme pulmonaire, les fistules interlobaires, contre lesquelles la résection costale ne peut rien.

M. Polaillon fait un rapport sur une observation de *plaie pénétrante de l'abdomen et de la poitrine*, adressée à la Société par M. le Dr Guerlain (de Boulogne).

M. Chauvel, à propos d'un cas de *résection de l'astragale* adressé à la Société par M. Robert, agrégé du Val-de-Grâce, conclut que la résection isolée de l'astragale laisse un membre utile. Mais M. Robert est en même temps partisan de ces résections partielles dans les cas d'ostéite tuberculeuse, et il donne à l'appui de son opinion 14 cas analogues au sien. M. Chauvel n'est pas de cet avis : il pense que, dans les cas d'ostéite tuberculeuse, on doit recourir à l'amputation, car alors la résection est le plus souvent une opération incomplète.

M. Berger partage complètement l'avis de M. Collin : le plus souvent, la lésion a envahi les parties voisines alors qu'on se croit en droit de penser qu'elle est localisée à l'astragale. Le cas de M. Robert est un cas heureux à placer à côté de ceux que Hancok a réunis dans son livre sur la chirurgie du pied, mais il serait dangereux de poser en règle que la résection est préférable à l'amputation, étant

© BIU Santé

donné que les lésions sont bien rarement limitées à l'astragale.

M. Tillaux est également d'avis que la résection du cou de pied pour une lésion spontanée est une mauvaise opération. Il a quelquefois pratiqué cette résection, mais, dans tous les cas, il a été obligé de faire l'amputation quelque temps après. P. Poirier.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. **Convallaria majalis, convallarine, convallamarine**; par M. le professeur Charagliano, directeur de l'Institut clinique, à Gênes. In *Centralblatt*, 23 octobre 1883.

II. **Étude physiologique et thérapeutique de la caféine**; par M. le Dr E. Leblond. Paris, 1883. O. Doin, libraire-éditeur.

III. **De la médication bromo-chloralée dans l'état de mal épileptique**; par M. Amblard, préparateur de thérapeutique à la Faculté de Montpellier.

IV. **Sur le traitement de la diphtérie des amygdales et du pharynx**; par M. le Dr Mayer (d'Aix-la-Chapelle). Paris, 1884. Le Soudier, libraire-éditeur.

I. Beaucoup de médecins refusent encore au muguet ses propriétés physiologiques et thérapeutiques; le travail du professeur Charagliano (extrait du *Centralblatt* du 23 octobre) montre d'une façon très concluante que les préparations de convallaria peuvent être comptées comme des succédanées de la digitale, dont elles ont les avantages sans avoir les inconvénients de l'accumulation. En effet, la littérature médicale n'a pas encore jusqu'ici enregistré un seul cas où une préparation quelconque de muguet ait produit des résultats nuisibles.

La préparation qui, d'après les recherches de l'auteur, produit les meilleurs effets, est la convallamarine Merk; peut-être cela tient-il à ce qu'elle n'est pas aussi variable que les extraits? Le convallaria, sans avoir cependant toute la supériorité et la sûreté d'action que lui attribue M. G. Sée, peut donc rendre les plus grands services dans le traitement des affections cardiaques. Sur treize cas observés de lésions mitrales, dans neuf ce médicament augmenta la sécrétion urinaire et régularisa le cœur; dans nombre de cas, il se montra plus puissant que la digitale. Dans les quatre cas où il fut sans effet, la digitale n'agit pas mieux; il s'agissait de malades depuis longtemps en asystolie. Le muguet fut également employé par l'auteur dans la pleurésie séro-fibrineuse, mais sans grand résultat.

II. M. Leblond, dans ce travail qui repose sur un grand nombre d'expériences physiologiques pratiquées dans le laboratoire de la Faculté et sur une série d'observations cliniques, arrive aux conclusions générales suivantes :

La caféine, à dose physiologique, est un excitant du système nerveux et musculaire; elle diminue la fréquence du pouls en augmentant l'énergie des battements cardiaques et la pression sanguine par constriction vaso-motrice; elle fait tomber la température périphérique. Elle n'influe en rien sur la formation et l'excrétion de l'urée; aussi, le café doit-il être rayé de la liste des agents antidéperditeurs et modificateurs de la nutrition.

A dose toxique, au contraire, la caféine exagère le pouvoir excito-moteur de la moelle, paralyse les nerfs sensitifs périphériques et agit aussi sur le pneumo-gastrique dont elle diminue l'excitabilité; elle fait rapidement baisser la pression sanguine par paralysie des vaso-moteurs; chez les animaux à sang froid, le cœur se ralentit de plus en plus et s'arrête en systole; chez les animaux à sang chaud, il s'accélère sur la fin de l'empoisonnement et s'arrête en diastole. Les muscles sont tétanisés; la température baisse rapidement; la dénutrition augmente.

L'emploi thérapeutique de la caféine est indiqué dans les mêmes cas que la digitale, pour les affections cardiaques; la caféine est en général beaucoup mieux supportée, et, en débutant par de faibles doses, on n'a pas à craindre les fâcheux effets provoqués souvent par la digitale. Elle régularise le cœur, augmente sa force d'impulsion et le ralentit; elle provoque une diurèse plus ou moins abondante.

Non seulement, comme on le voit, la caféine est un succédané de la digitale, mais, d'après l'auteur, il faudrait *toujours* l'administrer dans les cas graves et qui peuvent devenir promptement mortels, car alors son action se manifeste plus sûrement et surtout beaucoup plus rapidement que celle de la digitale.

La caféine sera administrée, sous forme de citrate de caféine, à doses fractionnées, en potion ou en injections sous-cutanées, et on ne débutera jamais par une dose plus forte que 20 centigr. pour tâter la susceptibilité des malades; on augmentera rapidement la dose, s'il y a lieu, jusqu'à 50 à 75 centigr. Il est inutile de dépasser 1 gr. 50. La caféine semble faire baisser la température dans les pyrexies et est de plus très utile dans ces cas comme tonique du cœur. Dans les albuminuries d'origine cardiaque, elle peut être souvent d'un grand secours. Enfin, son action sur la contractilité musculaire de l'intestin explique sa réussite dans quelques cas de hernies étranglées.

III. M. Amblard donne la relation de deux observations d'état de mal épileptique, qui fut enrayé par l'association du bromure de potassium et de l'hydrate de chloral. Dans le premier cas, un lavement fut donné avec 9 grammes de bromure et 6 grammes de chloral; dans le second, la dose employée fut de 3 grammes de bromure et 3 grammes de chloral. Dans les deux observations, l'état de mal, qui durait déjà depuis plusieurs heures, fut arrêté au bout de quelques minutes.

IV. Dans ce petit opuscule, ou les affirmations seules dominent sans s'appuyer sur aucune statistique, M. Mayer préconise comme le meilleur traitement de l'angine couenneuse la glace *intus* et *extra*, à laquelle il associe le chlorate de potasse. Il fait entourer le cou du malade d'un sac de caoutchouc rempli de glace et mis dans un fichu fin, jusqu'à ce que la fièvre cesse et que la chute des fausses membranes indique la décroissance de la maladie.

Quant au traitement interne par la glace, il l'emploie de la façon suivante : Dans un verre, on met moitié eau et moitié morceaux de glace, puis on y introduit un tube en verre recourbé, ayant environ 8 millimètres de diamètre, à travers lequel on fait sucer l'enfant pour ainsi dire continuellement. On peut modifier cette boisson au moyen de sirop de framboises ou de citron, ou mieux encore de sucre et de vin rouge. A de tout petits enfants, on peut verser l'eau glacée dans la bouche par cuillerées à café; dans l'intervalle, on leur met de petits morceaux de glace dans la bouche, et dès que l'un est fondu, on en prend un autre. L'usage de l'eau glacée en boisson doit être continué sans interruption pendant 48 heures; le plus souvent, d'après l'auteur, la fièvre tomberait dès le soir du second jour. Mais, dans certains cas, la ténacité et l'étendue des fausses membranes exigerait l'usage de la glace pendant quatre ou cinq nuits.

Comme médicament, M. Mayer n'emploie que le chlorate de potasse qu'il donne soit en solution, soit dans du sirop de framboises, savoir : pour les enfants au-dessous de six ans, 1 gr. pour 50 gr. de véhicule; de 6 à 12 ans, 1 pour 30; au-dessus de cet âge, 1 pour 25; une cuillerée à dessert d'heure en heure. F. Bottey.

BIBLIOGRAPHIE

Société des sciences médicales de Gannat (Compte rendu des travaux de l'année 1881-1882). Paris, 1883. Delahaye et Lecrosnier, libraire-éditeur.

Ce recueil contient plusieurs observations intéressantes dues à MM. Paul Fabre, Lagout, Cornillon, etc. Signalons un cas d'*herpès noir* des lèvres, par M. Lagout : Chez une femme arrivée au terme de la grossesse, survient une fièvre vive en même temps qu'une plaque d'apparence gangréneuse sur le ventre. Quelques jours après l'accouchement, des vésicules d'herpès noir se montrent sur les lèvres et sur la langue, et la mort ne tarde pas à arriver.

© BIU Santé

Pour M. Lagout, l'*herpès* est une maladie spécifique qui doit être rangée dans le cadre des fièvres éruptives ; il a observé, en 1864, une épidémie d'herpès labialis. Il compare l'herpès à la variole, et, notamment, l'*herpès noir* à la variole *hémorrhagique*. La plaque *gangréneuse* de l'abdomen aurait été constituée au début par de l'herpès, suivant M. Lagout. C'est un exemple rare, il est vrai, de fièvre *herpétique hémorrhagique*. Ne pourrait-on pas considérer aussi ces *éruptions sanguines* comme la manifestation d'un état puerpéral infectieux ? Car, quelle que soit la spécificité de l'herpès, il est ordinairement bénin et ne se présente pas avec les caractères de haute gravité observés par l'auteur.

Plus loin, le Dr Lagout présente quelques observations relatives à la durée de l'incubation de l'herpès labialis ; il fixe cette durée à 36 ou 48 heures. Résumons les idées de l'auteur sur la fièvre herpétique : la fièvre herpétique peut être sporadique, avoir pour origine le froid. Elle débute par un frisson après 24 heures. L'éruption herpétique aux lèvres représente une maladie spéciale. Elle peut s'accompagner d'angine herpétique 24 heures plus tard ou de pneumonie herpétique. On observe : angine, pneumonie ; herpès labial, pneumonie ; herpès-labial, angine ; jamais herpès labial, angine, pneumonie.

M. P. Fabre donne une note sur l'*érythème polymorphe exsudatif* ou maladie d'Hébra. Cette maladie survient en général chez des personnes affaiblies ; elle est caractérisée par l'apparition de taches érythémateuses, qui peuvent rester à l'état de papules, mais dont quelques-unes évoluent différemment ; tantôt, les papules se recouvrent de vésicules, vésico-pustules, pustules, bulles ou croûtes ; tantôt, elles s'étendent ou se groupent de manière à former des anneaux, des dessins irréguliers, de larges plaques multicolores. Tantôt, l'éruption apparaît en même temps sur les diverses régions du corps ; plus souvent, elle se produit par poussées successives ; en sorte, qu'on peut, à un moment donné, observer chez un même sujet des lésions dermiques très variées.

Dans le même volume, nous trouvons des rapports sur les maladies régnantes, des conseils aux instituteurs sur les maladies contagieuses, des études d'hygiène, etc. On voit que la Société médicale de Gannat ne se contente pas d'être une société de bonne confraternité, mais qu'elle joue aussi avec succès le rôle d'une société savante et laborieuse. A ce double point de vue, elle mérite d'être donnée en *exemple* à toutes les sociétés de province.

J. Comby.

CORRESPONDANCE

La Faculté de Médecine d'Athènes.

A propos de l'article publié dans le numéro des *Etudiants* par notre collaborateur M. Musgrave-Clay, sur les *Universités étrangères*, nous avons reçu la lettre suivante :

A M. Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu dans votre journal quelques lignes ayant rapport à l'Université d'Athènes et particulièrement à la Faculté de médecine. J'ai l'honneur de vous transmettre à ce sujet quelques renseignements que je crois plus exacts.

La Faculté de médecine d'Athènes compte environ 500 étudiants, la durée des études médicales est de quatre ans dans la Faculté et neuf mois à l'Αστυκλινική (clinique d'application), dans laquelle il n'y a que les docteurs qui sont admis. Une fois ces neuf mois écoulés, ils passent leurs examens pour acquérir le droit d'exercer.

Les étudiants, après deux mois d'étude, subissent un examen portant sur les sciences naturelles et entrent ensuite dans les divers hôpitaux de la ville. Deux ans après, ils subissent l'épreuve du doctorat et soutiennent une thèse imprimée afin d'obtenir le titre du docteur.

Tous les cours sont obligatoires et surtout ceux qui ont lieu aux hôpitaux. Les docteurs qui vont à la clinique d'application sont obligés de visiter tous ceux qui viennent les consulter, ainsi que les indigents, qui sollicitent leurs soins. Les professeurs de cette clinique, qui sont également professeurs et agrégés de la Faculté, vont chez les personnes gravement malades, accompagnés de jeunes docteurs. Cette clinique dépense beaucoup pour les maladies des indigents.

Il y a également à Athènes une grande bibliothèque, dans dans laquelle les étudiants peuvent étudier depuis 8 heures du matin jusqu'à 6 heures. On pense créer une autre Université à Larina (Thessalie), le nombre des étudiants d'Athènes étant d'environ 3,000.

Veuillez agréer, etc. Dr A.-E. Papadakis.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Nouveau serre-nœud pour l'ablation des polypes utérins ;

par M. Collin.

M. le professeur Guyon a présenté à la Société de chirurgie, au nom de M. Collin, un nouveau serre-nœud destiné à l'ablation des polypes utérins (*fig.* 4 et 5). Pour éviter les difficultés qu'éprouve le chirurgien en plaçant le fil de métal à la base du polype et pour bien saisir le pédicule, M. Collin a réuni deux instruments en un seul. Une pince (*fig.* 4), dont les mors creusés reçoivent le fil métallique, permet au chirurgien de disposer l'anse suivant le volume de la tumeur, les branches sont ouvertes pour porter le fil, on les rapproche lorsque ce dernier est bien en place, la tumeur est ainsi justement saisie à sa base. En poussant le serre-nœud C. C. qui avance par glissement on fixe



Fig. 4.



Fig. 5.

solidement les deux mors au moyen du verrou A. B, comme (*fig.* 5). Le fil de métal est ensuite fixé autour du curseur puis on tourne la vis pour opérer la section.

VARIA

Assainissement de la campagne romaine.

L'insalubrité de la campagne romaine est célèbre : on sait avec quel soin les voyageurs évitent la capitale de l'Italie pendant la période d'été où règne la *mal'aria*. Les Romains eux-mêmes ne restent pas volontiers dans leur ville durant les mois de juillet, août et septembre, et cherchent sur les bords de la mer ou dans les montagnes de la Sabine un refuge contre le mauvais air.

Cette insalubrité date de loin ; aux plus beaux temps de la République et de l'Empire, Properce parlait du *cancer sinister* de Rome ; Tite-Live, des *vastæ solitudines* qui entouraient la capitale de

© BIU Santé

monde; et Horace, de la saison qui ramène les fièvres et fait ouvrir les testaments (*adducit febres et testamenta resignat*). On ne compte pas moins de 212,533 hectares de terre autour de Rome en proie à la *mal'aria*, soit une superficie supérieure à celle de 13 des 69 provinces du royaume. On voit qu'elle est l'étendue du mal ; son intensité n'est pas moindre. En 1868, des trappistes français, appelés en ces lieux par le pape pour défricher les terrains empestés, y furent décimés ; en peu de temps, 12 religieux succombèrent ; sur un détachement de 48 galériens venus pour les aider dans leurs travaux, la moitié périt, le reste fut retiré.

On eut alors l'idée d'entreprendre la culture de l'eucalyptus, dont certains trappistes avaient vu les effets en Algérie ; le succès fut merveilleux. Le gouvernement italien fit, en 1871, aux religieux, une concession emphytéotique de 500 hectares et le ministre de l'intérieur les mit à la tête d'une colonie pénitentiaire agricole. Les résultats de l'exploitation ont dépassé toutes les prévisions ; en 1880, le rapport fait par le bureau du Sénat constatait que les obligations du contrat passé par le gouvernement avec les trappistes seriert accomplies dans une période moindre de moitié que celle qui avait été fixée, et un nouveau pénitencier a été créé dans la vallée du Bultaro, à 1.500 mètres de la colonie. En 1881, l'exploitation avait planté plus de 25,000 arbres d'assainissement, 4,000 arbres fruitiers, et 25,000 pieds de vignes. Les revenus étaient déjà fort importants et promettaient mieux encore.

Ce succès a démontré pratiquement la possibilité d'arriver à assainir la campagne romaine. Aussi, le Parlement italien a-t-il récemment voté une loi spéciale pour l'amélioration de cette partie du territoire (*Bonificamento de l'Agro romano*). Cette loi est distincte, bien qu'ayant un objet analogue de celle qui s'applique aux autres contrées de l'Italie. Aux termes de la nouvelle loi, l'assainissement de la campagne romaine est déclarée obligatoire par tous les propriétaires, dans un rayon de 10 kilomètres, à partir de la borne milliaire du Forum (*Migliario aureo del Foro*). Un mois après la promulgation, le préfet de la province de Rome dressera le tableau des terrains compris dans cette zone et celui des propriétaires, et le publiera dans la ville de Rome et dans les communes voisines, s'il y a lieu. Le tableau comprendra toutes les propriétés, même celles qui sont affectées à des usages industriels.

Dans un délai de six mois après la publication de ce tableau, les propriétaires intéressés devront présenter un plan des travaux qu'ils ont l'intention de faire exécuter pour l'assainissement de leurs terres et indiqueront le temps prévu pour ces opérations. Ces propositions seront examinées par une Commission instituée auprès du ministère de l'agriculture, nommée par décret sur la proposition du ministre et composée de quatre délégués du gouvernement, d'un délégué de la province, d'un délégué de la commune et d'un délégué du comité agricole de Rome. La Commission devra prendre une décision dans les six mois ; à l'expiration de cette période, le ministre notifiera la décision aux propriétaires en leur indiquant les améliorations à effectuer, la dépense présumée et le délai qui leur sera imparti. Si le propriétaire n'a fait aucune déclaration ou s'il n'exécute pas les travaux mis à sa charge, le gouvernement aura le droit de l'exproprier, conformément à la loi du 25 juin 1865. Aussitôt le paiement des indemnités d'expropriation opéré, le préfet autorisera l'occupation immédiate des fonds.

De même, si le propriétaire qui a accepté la décision de la Commission et qui a même commencé l'exécution des travaux ne les termine pas dans le temps fixé, le gouvernement aura le droit de procéder à l'expropriation sans tenir compte de la plus-value résultant des travaux déjà achevés. Au fur et à mesure des expropriations, le gouvernement aura la faculté de céder les terrains à bail emphytéotique ou de les aliéner, avec dispense de les mettre aux enchères publiques. L'emphytéote ou l'acquéreur seront tenus d'accomplir les travaux d'assainissement dans les délais fixés par la Commission, sous peine de résolution de contrat et sans indemnité pour les dépenses déjà faites. Les propriétaires, les emphytéotes et les acquéreurs qui exécuteront fidèlement leurs engagements dans le délai prescrit, jouiront des facilités et des avantages accordés aux associations syndicales d'amélioration par la loi du 25 juin 1882.

La plus-value résultant des travaux d'assainissement sera exempte de l'impôt foncier pendant vingt ans, à partir de l'année qui suivra l'exécution des travaux. La même exemption est accordé aux propriétaires de terrains situés en dehors de la zone légale, s'ils se conforment aux prescriptions de la présente loi. (*Revue générale d'administration*).

L'immunité des ouvriers en cuivre pour les maladies épidémiques.

Nous extrayons de la lettre adressée par M. Tétrel, maire de Villedieu, à M. Bochefontaine, et à laquelle nous faisons allusion dans notre compte rendu de la Société de biologie, le passage suivant, qui édifie complètement sur les prétendues propriétés prophylactiques attribuées au cuivre par M. Burq.

« Une opinion généralement répandue dans notre ville est que le travail si nombreux du cuivre, s'opérant dans nos ateliers, rend les cas de choléra plus rares que partout ailleurs. Depuis 1852, cette épidémie n'a pas été signalée parmi nous, et les observations transmises par M. Ygouf ne se rapportent qu'à une époque antérieure. Il est *incontestable* que plusieurs ouvriers, « continuellement en contact avec le cuivre, ont été en 1848-49, *atteints par le choléra*, mais on cite ces faits comme des cas tout à fait exceptionnels.

« Quant à la variole, à la fièvre typhoïde, nul doute n'est possible! Cette année encore une violente épidémie de fièvre typhoïde a régné à Villedieu. Ce sont les quartiers occupés par les ateliers de fonderie, de chaudronnerie, qui ont le plus souffert. Variole et fièvre typhoïde atteignent les ouvriers de l'industrie locale comme les autres habitants. Si les quartiers où s'exercent d'autres industries ont été relativement épargnés, il faut reconnaître que la population y est moins dense, et que les habitations sont meilleures comme conditions hygiéniques.

« En 1870, nous avons eu une épidémie de variole des plus violentes, et qui a occasionné de nombreux décès. Elle a été produite et entretenue par les variolés, insuffisamment guéris, qui se trouvaient forcés d'évacuer les hôpitaux de Cherbourg pour recevoir les blessés qui leur étaient envoyés. J'avais alors l'honneur d'être à la tête de l'Administration municipale de Villedieu, et je puis vous affirmer que notre hospice communal a dû déclarer à l'Administration militaire *trois mille huit cents* journées de maladie de militaires de passage. Nous avions des salles spéciales pour les variolés. « Près de la moitié de la population s'est trouvée atteinte alors par l'épidémie, et les ouvriers n'ont pas été plus indemnes que les autres. »

« Ces renseignements sont fort exacts. Les livres de l'état civil n'ayant jamais indiqué la cause d'un décès, je me suis informé, avant de vous répondre, auprès des membres du Corps médical les plus anciens en exercice, qui ont confirmé ces renseignements. »

Castration volontaire.

La *Revue médicale* publie, d'après le journal *hygiea*, un cas nouveau à ajouter à la liste de ceux qui se châtrent pour gagner le ciel.

Un jeune homme de 25 ans était atteint d'un abcès de la fosse iliaque gauche. En l'examinant, M. Santesson constata que, dans le scrotum, la bourse droite était vide et que dans la gauche se trouvait un corps très dur, lourd, rond, de la grosseur d'une balle de fusil, recouvert par la peau qui était très mince. Pas trace de cordon, ni de testicule. Une cicatrice linéaire de chaque côté de la ligne médiane fit soupçonner la castration. L'interrogatoire du malade apprit au médecin que, se conformant aux paroles de l'Evangile : *si votre œil droit est pour vous une occasion de chute, arrachez-le et le jetez loin de vous*, etc., ce jeune homme avait, avec un fer de rabot, fait une incision à la peau du scrotum, avait extrait le testicule, avait coupé le cordon, et cela des deux côtés. Des bains locaux avec de l'eau froide arrêtèrent l'hémorrhagie et au bout de trois semaines tout allait bien. Il avait alors 17 ou 18 ans.

Cependant, il lui sembla fort désagréable de vivre avec les bourses vides et craignant un jour de gagner le ciel plus tôt qu'il ne pensait, il se décida à une nouvelle opération. Avec des ciseaux, il se fit une incision de la peau du scrotum à gauche, et introduisit dans la plaie une bille en verre qui lui servit de testicule et le guérit « de son horreur du vide. » La plaie se guérit lentement. Cette deuxième opération eut lieu deux à trois ans après la première. M. Santesson a extrait cette bille et l'a présentée à la Société de médecine de Stockholm à la séance du 11 septembre dernier.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 14. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) MM. Béclard, Hayem, Ch. Richet.

Mardi 16. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Panas, Campenon. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Raymond. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Pajot, G. Sée, Bouilly.

Mercredi 16. — — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) 1re *Série* : MM. Béclard, Rendu, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Charcot, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Tillaux, Damaschino, Ribemont-Dessaignes.

Jeudi 17. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Pajot, Le Fort, Richelot. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Jaccoud, Hanot.

Vendredi 18. 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Tillaux, Reynier. — 2e *de Doctorat* : MM. Guyon, Damaschino, Landouzy.

Samedi 19. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Sappey, Ball, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Gosselin, Proust, Remy.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 17. M. Helleu : De la pleurésie franche, primitive et inflammatoire chez les vieillards. — M. Le Brigant : Essai sur la tubercu-

© BIU Santé

lose pulmonaire dans ses rapports avec l'alimentation. — M. Martinet : Angine de poitrine rhumatismale. — *Vendredi* 18. M. Crouigneau : Etude clinique et expérimentale sur la vision mentale. — M. Vincent : Contribution à l'étude de la péritonite rhumatismale aiguë. — M. Giraudeau : Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière. — *Samedi* 19. M. Toulze : De l'ascite essentielle. — M. Patino-Luna : Etude sur quelques formes cliniques et particulièrement sur les formes latentes du cancer rénal. — M. Patenostre : De l'identité de l'arthrite puerpérale et d'une certaine forme d'arthrite blennorhagique. — M. Ménard : Contribution à l'étude des tumeurs blanches et des abcès froids dans leurs rapports cliniques avec l'infection tuberculeuse.

Laboratoire municipal de chimie.

Examens pour des emplois de chimiste et d'expert-inspecteur. — Un examen pour les emplois de chimiste et d'expert-inspecteur au Laboratoire municipal de chimie établi près la Préfecture de police aura lieu le jeudi 21 janvier 1884, à dix heures du matin.

Les candidats devront, en conséquence, adresser une demande à la Préfecture de police (Secrétaire général, service du Personnel), en y joignant : 1° Leur acte de naissance; 2° Un extrait de leur casier judiciaire ; 3° Leur livret militaire ; 4° Un certificat de bonnes vie et mœurs; 5° Une notice faisant connaitre leurs antécédents et leurs études. Cette notice devra être accompagnée des diplômes, certificats, etc., à l'appui. Cette demande devra parvenir à la Préfecture le 19 janvier, au plus tard.

Ne seront admis à concourir que les candidats réunissants les conditions suivantes : 1° Etre Français ; 2° Avoir satisfait à la loi sur le recrutement militaire ; 3° Etre âgé de plus de 21 ans et de moins de 30 ans ; 4° Avoir été examiné par l'un des médecins de la Préfecture de police et reconnu physiquement apte à remplir les fonctions dont il s'agit.— Aussitôt leur demande parvenue, les candidats recevront à domicile un exemplaire du programme de l'examen.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires.—M. le Dr H. Picard a recommencé son cours sur les maladies de l'appareil urinaire le vendredi 11 janvier, à 8 heures du soir, Amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il décrira la lithotritie.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, le lundi 14 janvier, dans l'Amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole de Médecine, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Hygiène publique. — M. le Dr A.-J. Martin a commencé son cours d'hygiène publique, à l'Amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique le jeudi 10 janvier 1884, et le continuera les jeudis suivants.

Accouchements. — MM. Bar, accoucheur des hôpitaux et Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, commenceront le 22 janvier un cours complet d'accouchements en cinquante leçons. Ce cours aura lieu tous les jours, à 4 heures 1/2, 20, rue Dauphine. Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser tous les jours, à 4 heures 1/2, 20, rue Dauphine.

FORMULES

2. De l'hydrate de chloral dans le traitement de la blennorrhagie. Lopez Rodrigues.

M. le Dr Rodrigues, qui sert dans la marine brésilienne, fut nommé, en juin 1881, médecin d'une canonnière dont la pharmacie se trouvait mal pourvue de médicaments. Avant d'avoir reçu ceux qu'il avait demandés, il fut consulté le 6 juillet par un marin qui souffrait d'une blennorrhagie aiguë très intense, accompagnée même d'hématurie. M. Rodrigues se rappela alors que, d'après les expériences de MM. Horand et Peuch, l'hydrate de chloral a une action locale sédative et qu'il est aussi parasiticide. Il se décida donc à l'employer en injections chez son malade; sa surprise fut grande, quand il constata une amélioration très rapide, au point que le malade demanda, le quatrième jour du traitement, à reprendre son service. Comme traitement interne, on avait simplement employé la liqueur de goudron. Encouragé par ces résultats, l'auteur employa ce traitement chez un certain nombre de malades, en prescrivant la formule suivante :

Hydrate de chloral.	4 grammes.
Eau.	250 —

pour trois injections par jour. — Ce traitement n'est pas douloureux ; les premières injections produisent seulement une légère chaleur. — Le travail se termine par le résumé de 20 autres observations, dont 18 recueillies sur des hommes et 2 sur des femmes atteintes de vaginite aiguë. Plusieurs de ces blennorrhagies étaient anciennes et avaient résisté à un traitement antérieur. Dans deux cas où il y eût récidive après la cessation du traitement, un nouvel emploi du chloral amena la guérison définitive. Outre ces 21 cas, l'auteur en a observé d'autres dont il n'a pas conservé les détails.

M. le Dr Pasqua a aussi publié, dans la *Revue médicale du Chili*, quelques observations de blennorrhagies aiguës, guéries par les injections d'hydrate de chloral à la dose de 1 gr. pour 150 gr. d'eau de roses. Deux injections par jour (*Lyon médical*).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expirait à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1883 à nous les réclamer **avant le vingt janvier**.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 28 décembre au jeudi 3 janvier 1884, les naissances ont été au nombre de 1210, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 429; illégitimes, 170. Total, 599.— *Sexe féminin* : legitimes, 429 ; illégitimes, 182. Total, 611.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 28 décembre au jeudi 3 janvier 1884, les décès ont été au nombre de 1017 savoir : 554 hommes et 463 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 14. T. 29. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 8, F. 5, T. 13. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 1, F. 6. T. 7. — Diphthérie, Croup M. 32, F. 24, T. 56. — Dyssenterie : M. 1, F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 4, F. 3, T. 7. — Infections puerpérales : 2. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. ..— Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 29, F. 30, T. 59. — Phthisie pulmonaire : M. 121, F. 76. T. 197. —Autres tuberculoses : M. 4, F. 1. T. 5. — Autres affections générales : M. 29, F. 27, T. 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 25, T. 51.— Bronchite aiguë : M. 22, F. 14, T. 36. — Pneumonie : M. 42, F. 37, T. 79. — Athrepsie : M. 30, F. 25. T. 55. — Autres maladies des divers appareils : M. 156, F. 164, T. 320. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 6, F. 2, T. 8. — Causes non classées M. 3, F. 1, T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 14, Total : 43. *Sexe féminin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 13. Total : 41.

Faculté de médecine de paris. — *Avis.* MM. les candidats au 5e examen de doctorat, nouveau régime (deuxième partie, clinique et anatomie pathologique), sont prévenus que l'épreuve d'anatomie pathologique portera, lorsque cela sera possible, sur une autopsie qui sera faite par les candidats au début de l'examen, à une heure de l'après-midi.

Commission scolaire.—MM. les professeurs Regnauld et Damaschino sont nommés membres de la Commission scolaire pour l'année 1883-1884. Cette Commission se composera donc de MM. les professeurs Béclard, doyen ; Bouchardat et Brouardel, assesseurs ; Regnauld et Damaschino.

Aides d'anatomie. — Sont institués, pour une période de trois ans ans, aides d'anatomie près la Faculté, MM. Métaxas, Boiffin, Assaky, Phocas, Damalix, Hamonic, Festal et Barbulée.

Faculté de médecine de lyon. — M. Bard, agrégé, est chargé, à titre provisoire, du cours d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Perret, agrégé, chargé, à titre provisoire, des fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Bard.

© BIU Santé

Faculté de médecine de Montpellier.— M. Tédenat, agrégé, est chargé du cours de clinique externe en remplacement de M. Courty, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. le Dr Planchon est nommé préparateur d'histoire naturelle. (Emploi nouveau).

Ecole de médecine d'Alger. — M. Colozzi est délégué dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle (emploi nouveau). — M. Hugues est délégué dans les fonctions de préparateur de pharmacie et matière médicale.

Ecole de médecine d'Amiens. — *Prix de fin d'année.* A la séance solennelle tenue le 6 décembre 1883, les lauréats suivants ont été proclamés : *Médecine.* 1re *année.* Médaille, M. Parmentier ; mention très honorable, M. Andrieux ; 3e *année.* Médaille, M. Decamp ; mention très honorable, M. Léquibin. — *Pharmacie* 1re *année.* Médaille, M. Somain ; mention honorable, M. Pasquier ;—2e *année.* Médaille, M. Leuillez ; mention honorable, M. Moreuil.

Ecole de médecine de Dijon. — Par arrêté du ministre en date du 2 janvier 1884, un concours s'ouvrira le 15 juillet 1884, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, pour un emploi de chef des travaux chimiques. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Poitiers.—M. le D. Roland est institué suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. le Dr Halsey, agrégé, est chargé du cours complémentaire de physique, en remplacement de M. Brunhes.

Corps de santé militaire. — *Mutation.* Par décision ministérielle du 3 janvier 1884, M. Duchêne, médecin-major de 2e classe au 9e régiment de chasseurs à cheval, est passé au 8e bataillon d'artillerie de forteresse, par permutation avec M. Lobit.

Assistance publique. — *Conseil de surveillance.* — Aux termes d'un décret rendu le 26 décembre 1883, sur les présentations du Préfet de la Seine, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique : MM. Salverte, maître de requêtes au Conseil d'Etat ; — Béclard, doyen de la Faculté de médecine ; — Moutard-Martin, médecin des hôpitaux de Paris ; — Goupy, imprimeur au Conseil des prud'hommes ; — Rochard, négociant, pris en dehors de toute catégorie.

Laïcisation de l'Assistance publique. — Le Conseil municipal de Toulouse a émis, a l'unanimité moins une voix, un vœu tendant à à la laïcisation des hôpitaux de cette ville (*La Lanterne*, 6 janvier 1884).

L'opéra a l'hôpital Saint-Louis. — Dans le but de procurer à leurs malades quelques secours, les internes de l'hôpital Saint-Louis ont organisé, pour le samedi 12 janvier, une soirée dans laquelle aura lieu la première représentation de *Louis XI*, grand opéra *polymorphe*, avec ballets, etc. La musique et les paroles sont des internes de Saint-Louis. Nous donnerons un compte rendu de cette fête, qui aura certainement un grand succès.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de zoologie.* M. Blanchard, professeur de zoologie (insectes et crustacés) au Muséum d'histoire naturelle, a ouvert son cours le mercredi 9 janvier 1884, à 1 heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Crémation. — Une Société de crémation vient d'être créée à Washington. Un médecin allemand a donné un terrain sur lequel sera érigé un appareil crématoire semblable à celui de Washington Penn. Un des membres de la Société dit que la crémation d'un corps ne coûtera pas plus de 35 dollars et que bientôt elle sera réduite à 20. (*The med. Record., N. Y.*, p. 688).

La Pisciculture a l'aquarium du Trocadéro. — Dans notre numéro de 8 décembre 1883 (p. 1055), nous avons résumé le rapport de M. Hovelacque sur la création de l'enseignement supérieur de la pisciculture à l'aquarium du Trocadéro et indiqué le vote du Conseil, favorable à ce projet. Nous sommes heureux d'apprendre que notre ami et collaborateur, M. Jousset de Bellesme, vient d'être chargé officiellement de cet enseignement.

Société de médecine légale. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le lundi 14 janvier 1884, à 4 heures très précises, au Palais de Justice (Salle d'audience de la 5e chambre du Tribunal civil).— *Ordre du jour :* 1° Communication de M. Descout sur les erreurs de diagnostic auxquelles exposent les éruptions cutanées chez les enfants. — 2° Rapport de M. Brouardel au Président du Conseil des ministres, sur l'organisation et l'enseignement de la médecine légale. — 3° Discussion sur la question de savoir si les pharmaciens sont autorisés à exécuter plusieurs fois la même prescription sans nouvelle ordonnance d'un médecin. — 4° Fractures du crâne chez les nouveau-nés. (Discussion). — 5° Les aliénés et la sécurité publique. — Cette Société a déclaré la vacance de six places de membres titulaires. Trois de ces places sont réservées à des légistes. Les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes dans le plus bref délai, au Secrétariat général, 7, rue Monsigny.

Société de thérapeutique. — Cette Société vient de renouveler son bureau pour 1884 de la manière suivante : *président*, M. Delpech ; *vice-président*, M. Duhomme ; *secrétaire général*, M. Constantin Paul ; *Trésorier*, M. Créquy ; *secrétaires annuels*, MM. J. Michel et E. Labbée.

Société de médecine de Paris. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le 12 janvier 1884, en son local ordinaire. — Ordre du jour : 1° Installation du Bureau ; — 2° Compte rendu des travaux de la Société, en 1883, par le secrétaire général ; — 3° Vote sur la candidature de M. Jacolot au titre de membre correspondant ; — 4° Proposition du Conseil d'administration sur la publication des travaux de la Société ; — 5° Communications diverses. — Le banquet de la Société aura lieu le samedi 19 janvier.

Société française d'otologie et de laryngologie. — La prochaine réunion de cette Société aura lieu le 24 janvier 1884 à 8 h. 1/2 du soir à la mairie du 1er arrondissement. Ordre du jour : 1° Suite de la discussion sur l'angine chronique rhumatismale.— 2° De l'autophonie par le professeur Berthold (de Kœnisberg).—3° Corps étrangers du larynx et de l'œsophage, par le Dr Hering de (Varsovie).— 4° Larynx artificiel, du Dr Garel, de Lyon, etc.—5° Discussion sur la nature de la membrane qui tapisse la caisse du tympan.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Louis Girault, décédé à Paris le 4 janvier dernier, à l'âge de 79 ans. Depuis quelques années, M. Girault, qui fut un des praticiens de quartier les plus estimés, n'exerçait plus la médecine. — M. le Dr Barillier vient de mourir à Angers à l'âge de 41 ans. — M. le Dr Gérard est mort il y a quelques jours à Lyon, à l'âge de 72 ans. On lui doit une thèse remarquable, intitulée : *De la coagulation du sang et de l'application de l'électricité au traitement des anévrysmes.* — Les journaux italiens annoncent la mort de M. le Dr G. B. Garibaldi, professeur de médecine légale à l'Université de Gênes.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Cochin. — Médecine. Service de M. le Dr Bucquoy. — Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — Salle Saint-Philippe : 2, leucocythémie ; 4, scarlatine ; 5, sclérose en plaques ; 7, néphrite parenchymateuse ; 8, 14, dothiénentérie ; 11, péritonite tuberculeuse ; 12, rétrécissement et insuffisance aortiques ; 15, carcinome de l'estomac et du foie ; 19, cirrhose atrophique. — Salle Saint-Jean : 1, rhumatisme articulaire aigu ; 2, kyste de l'ovaire ; 5, périty phlite ; 6, pelvi-péritonite ; 9, lithiase biliaire ; 8, vomissements hystériques ; 11, insuffisance mitrale, asystolie ; 16, chorée.

Service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz. — Visite à 9 h. Consultations les mardis, jeudis, samedis. Speculum le vemdredi. — Salle des hommes, Annexe 2 : 31, carcinome de l'estomac, tuberculose pulmonaire ; 33, atrophie musculaire consécutive à une fièvre continue ; 35, rétrécissement mitral ; 36, hémiplégie, syphilis, strabisme ; 39, paralysie labio-glosso-laryngée ; 42, 54, gastrite avec dilatation et épaississement de l'estomac (pseudo-cancer) ; 43, cystite du col, rhumatisme blennorrhagique ; 45, alcoolisme, douleurs rhumatoïdes ; 48, rhumatisme blennorrhagique ; 49, athérome, cardiopathie ; 51, dilatation de l'estomac ; 52, arhythmie cardiaque, myocardite et hépatite scléreuse ; 53, ataxie locomotrice ; 55, albuminurie, œdème et congestion pulmonaires, dyspnée pseudo-asthmatique ; 56, état typhoïde ; 57, talonalgie blennorrhagique ; 58, hémiplégie et nécrobiose cérébrale ; 59, phthisie laryngée. — Salle des femmes, Annexe 2 : 31, rétrécissement et insuffisance aortiques, tuberculose pulmonaire ; 32, 55, rhumatisme chronique ; 36, carcinome de l'utérus, propagation au rachis, pseudo-sciatique ; 37, hémiplégie droite avec contracture ; 39, myélite ascendante chronique ; 41, pleurésie tuberculeuse ; 42, chloro-anémie, souffle anémo-spasmodique ; 43, hystéricisme de la ménopause ; 44, métro-péritonite ; 45, syphilis, iritis ; 46, mal de Pott consécutif à une fièvre typhoïde ; 47, pelvi-péritonite, rétroflexion de l'utérus ; 49, vaginite, arthrite plastique du poignet ; 53, nécrobiose cérébrale ; 54, syphilis, ulcérations du voile du palais, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 56, gangrène sénile ; 57, mal de Bright, anasarque, ascite et hydrothorax ; 58, lithiase biliaire.

Chirurgie. — Service de M. le Dr Th. Anger, suppléé par M. Marchand. — Consultations tous les jours. — Salle Cochin : 1, fracture suscondylienne du fémur ; 4, synovite fongueuse des extenseurs et des fléchisseurs de la main ; 5, tarsalgie ; 6, synovites des péroniers ; 11, prolapsus du rectum ; 13, fibro-myome de l'utérus ; 19, coxalgie hystérique ; 26, fracture bi-malléolaire par abduction. — Salle Annexe : 8, cystite tuberculeuse ; 9, orchite syphilitique ; 12, hydrocèle double ; 11, résection de deux côtes ; 15, phleg-

© BIU Santé

mon des bourses ; 16, phlegmon de la région temporale ; 17, ostéomyélite du fémur ; 18, hématome suppuré ; 27, phlébite ; 26, tarsalgie des adolescents ; 22, orchite syphilitique ; 29, mal de Pott ; 31, arthrite vertébrale traumatique.

Hôpital Lariboisière. — Médecine. — Service de M. le Dr Siredey. — Consultation le lundi. — Salle Saint-Jérôme : 7, tabes spasmodique ; 9 *bis*, insuffisance aortique ; 11, saturnin ; tuberculose ; 14, athérôme généralisé, néphrite interstitielle, tuberculose ; 19, rétrécissement aortique ; 19 *bis*, polyurie nerveuse ; 23, endo-péricardite, pleurésie double, rhumatisme ; 30, insuffisance mitrale ; 31, carcinome gastrique. — Salle Sainte-Claire : 2, pérityphlite, rein malade ; 8, carcinome péritonéal ; 12, carcinome utérin, obstruction intestinale ; 19 *bis*, absence congénitale du vagin ; 24, tumeur bénigne du rein ; 27, sclérose en plaques ; 28, asystolie, délire.

Service de M. le Dr Proust. — Consultation le mardi. — Salle Saint-Charles : 4, tabes syphilitique ; 5, syphilis cérébrale ; 8, 9, pleurésie ; 10, 11, fièvre typhoïde ; 12, pneumothorax. — Salle Sainte-Marie : 1, lésion mitrale ; 2, paralysie diphthéritique ; 14, insuffisance aortique ; 18, phlegmatia alba dolens, suite de fièvre typhoïde.

Service de M. le Dr C. Paul. — Consultation le mercredi. — Salle Saint-Henri : 1, artério-sclérose ; 2, rétrécissement mitral ; 11, cirrhose atrophique ; 14, maladie de Hogdson ; 21, néphrite syphilitique. — Salle Sainte-Elisabeth : 4, tumeur cérébrale ; 13, gangrène sénile ; 21, myélite diffuse ; 40, rétrécissement syphilitique du rectum.

Service de M. le Dr Bouchard, suppléé par M. Barth. — Consultation le jeudi. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Landry ; 4, péricardite rhumatismale, endocardite, congestion pulmonaire ; 5, pneumonie droite lobaire aiguë ; 7, néphrite, spléno-pneumonie ; 7 *bis*, insuffisance et rétrécissement mitral ; 9, pleurésie gauche ; 15, fièvre typhoïde ; 16, fièvre typhoïde (rechute) ; 17, érythème polymorphe ; 21, hémorrhagie cérébrale, hémiplégie droite ; 33, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Mathilde : 2, péricardite rhumatismale ; 9, cirrhose mixte ; 15, asthme, bronchorée ; 15 *bis*, atrophie musculaire progressive ; 19, tuberculose pulmonaire, alcoolisme ; 32, hydronéphrose suppurée.

Service de M. le Dr Duguet. — Consultation le vendredi. Salle Saint-Vincent-de-Paul : 3, paraplégie syphilitique, accidents vésicaux eschares multiples ; 6, emphysème, urticaire chez un rachitique, liséré saturnin ; 10, carcinome des parois de l'estomac ; 24, fièvre typhoïde, angine ulcéreuse. — Salle Sainte-Joséphine : 1 *bis*, ostéo-périostite syphilitique du tibia ; 4, paralysie faciale périphérique ; 21, bronchite chronique ; albuminurie, anasarque.

Chirurgie. — Service de M. le Dr B. Anger. — Salle Saint-Augustin : 1, fistule anale ; 2, fracture de côtes ; 3, fracture de jambe ; 4, fracture du maxillaire inférieur, déchirure de la trachée ; 6, fracture de cuisse et de la clavicule ; 7, fracture du radius ; 9, mal perforant double ; 15, fracture de la rotule, rétention d'urine ; 16, carcinome du rectum ; 18, ostéite du tibia droit ; 20, arthrite blennorrhagique ; 29, brûlure ; 34, abcès du pied.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

Gros : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques.

LA BOURBOULE

Affaiblissement de tous genres, voies respiratoires, Maladies des os, Diabète, Fièvres intermittentes, Rhumatisme noueux, etc.

Le Rédacteur-gérant : Bournsville

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les Capsules au *bromure de camphre* du **Dr Clin**.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou. **Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez** complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent **thérapeutique** ; **elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN**, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, **a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca**, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base **de Coca. L'Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca de J. BAIN** sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de **premier choix**, provenant des plantations de M. Bollivian, **ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les** appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*. — **Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

Peptone Catillon

Officiel adoptée dans les hôpit. de Paris.

Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 eau, 3 *gout. laudanum*, 0.30 *bicarb. de soude*.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, pas d'équivoque dans le dosage. 1 *cuill. à café représente* 45 *gr. de viande*.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 *cuill. contient* 30 *gr. de viande*.

VIN : utile complément de nutrition.

1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande*.

CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en tablettes contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner ; en croquettes, 3 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.

Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon

0,20 *de créosote du hêtre par cuillerée*.

Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs

Seul vin au quinquina ou quina ferrugineux

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Maux d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.

Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs les plus incapables de supporter les ferrugineux ordinaires

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 3 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 JANVIER 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. **TERRILLON**.
Suppléant M. GOSSELIN.

Fistule ossifluente de la marge de l'anus. Abcès froids.

Leçon recueillie par M. le Dr **ROUTIER**, chef de clinique.

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui de deux malades, dont l'un est un jeune garçon de 16 ans, couché au n° 11 de la salle Ste-Vierge, et l'autre une femme de 29 ans, couchée salle Ste-Catherine, lit n° 26.

Le premier a éprouvé, sans cause bien définie, dans la région anale, à quelque distance de l'anus, de légères douleurs, une gêne qui bientôt a été suivie d'un gonflement d'abord à peine appréciable et qui peu à peu a acquis le volume d'un gros marron. Un médecin appelé par lui à cette époque reconnut un abcès, l'ouvrit, mais il resta une fistule contre laquelle on fit peu, ou rien. Ce petit pertuis existe encore aujourd'hui et laisse écouler du pus séreux, très clair, mêlé de quelques gouttes de sang.

A côté de cet orifice fistuleux, vous pouvez voir une petite plaque violacée, formant une légère saillie, indurée, et surtout reposant sur un fond dur et douloureux à la pression. Par cette fistule, il ne sort ni gaz ni matières stercorales, et, quoiqu'on puisse penser tout d'abord à une fistule à l'anus, on arrive bientôt et aisément à se convaincre qu'il n'en est rien. Si vous explorez cette fistule avec un stylet, vous voyez tout de suite que l'instrument ne se dirige pas vers le rectum, mais qu'il pénètre à cinq centimètres au moins dans deux directions différentes, ce qui explique un décollement profond.

En même temps que vous faites cette exploration, le doigt introduit dans le rectum est séparé du stylet par une assez forte épaisseur de tissus qui semblent durs, surtout d'un côté, vers l'ischion, ce qui éclaire notre diagnostic. La pulpe du doigt tournée vers la face interne de l'ischion droit ne trouve rien d'anormal, après la souplesse du tissu on sent la dureté de l'os ; au contraire, la même recherche du côté gauche, côté où siège la fistule, vous permet de sentir une induration, celle précisément qui semble vous séparer du stylet. Si vous appuyez sur cette induration, le malade accuse de la douleur, c'est donc un point malade et ce doit être là l'origine de la fistule. Nous pouvons expliquer d'autre part cette induration cutanée voisine de l'orifice fistuleux par un prolongement ou clapier secondaire ; c'est un phénomène de voisinage.

Quelle est donc la cause de cette fistule, sinon une lésion osseuse? Mais, quelle est la nature de cette maladie de l'os ? Voilà ce qu'il est important de résoudre pour porter un pronostic raisonné. Vous savez, Messieurs, que la question des abcès ossifluents est redevenue toute moderne par les recherches sur le tubercule et le traitement à leur opposer. Qu'y a-t-il du côté de l'os ? J'ose vous affirmer que c'est du tubercule. Le tubercule osseux, toujours trouvé quand on l'a cherché, se développe sans cause traumatique ; on voit tout d'abord sous le périoste un amas de cellules embryonnaires qui détruit les trabécules osseuses, et, au bout de quelque temps, on trouve déjà des granulations opalines de tubercule au milieu de cette masse. Puis, ces granulations s'altèrent, deviennent jaunes, caséeuses, se liquéfient et forment un abcès caséeux.

Toutes les fois que pareille lésion se produit dans un os, il se fait à l'entour de l'ostéite condensante qu'on pourrait appeler providentielle, puisqu'elle limite la lésion et défend l'os voisin contre l'envahissement. L'abcès, cependant, ne se produit pas toujours, la lésion peut ne pas dépasser la caséification, et, alors, la résorption est encore possible. Mais, je dois le dire, plus souvent l'abcès se forme, le périoste soulevé s'ulcère, et le pus envahit le tissu cellulaire ; l'abcès alors augmente facilement, la poche s'étale et arrive jusqu'à la peau. A une lésion osseuse petite peut correspondre un vaste abcès qui s'y rattache comme par un goulot, et qui peut contenir plusieurs litres de pus ; car la membrane d'enveloppe a une vitalité propre.

Ce que nous voyons, nous chirurgiens, le plus souvent, c'est le reliquat de ces abcès, ce sont les fistules, comme dans le cas présent. Ces trajets fistuleux, les décollements voisins et la surface osseuse malade sont recouverts de fongosités, il y a là une sorte de membrane tomenteuse qui remplit toutes les cavités et qui sécrète le pus, de sorte que ces lésions s'éternisent.

Du reste, la constitution anatomique de cette membrane explique cette suppuration prolongée. C'est surtout aux études de Lannelongue, de Kœster, qu'on doit de la bien connaître.

Elle est formée de trois couches : 1° Surface fongueuse de bourgeons charnus; 2° Couche de granulations tuberculeuses grises ; 3° Couche fibreuse ou membrane limitante. Aussi, comprend-t-on que les injections irritantes n'arrivent pas à la détruire complètement ; c'est seulement par le fer rouge ou le grattage fait avec soin et partout qu'on arrive à la guérison ; et cette méthode doit s'appliquer à tous les abcès froids.

Ces clapiers, ces prolongements en doigt de gant de ce genre d'abcès s'expliquent même par l'anatomie pathologique, car, sur cette membrane, il y a comme des culs-de-sac qui semblent être le point de départ des prolongements futurs. Ausssi faut-il, quand on gratte un abcès, enlever tous les prolongements, sans quoi c'est à recommencer. Ces lésions sont sans conteste d'origine tuberculeuse, l'histologie l'a prouvé, la clinique le confirme; vous savez que, depuis quelques années, on y a démontré l'existence d'un bacille spécial qui serait caractéristique de la tuberculose.

Quel est le pronostic que nous pouvons porter ; et, tout d'abord, que deviendrait cette lésion abandonnée à elle-même ? Eh bien, on voit de ces abcès qui guérissent spontanément, surtout quand ils ont pris origine sur les parois du bassin ; mais, ce n'est qu'à la longue, à force de temps, et ces guérisons sont fort rares. Pour obtenir une terminaison favorable et rapide de cette fistule, il faut intervenir. Notez qu'il est mauvais de laisser un malade de ce genre trop longtemps, car il peut être

© BIU Santé

infecté par cette tuberculose locale, et alors ce sont d'habitude ou les complications pulmonaires ou les complications péritonéales qui emportent les malades.

Je ne crois pas que, chez notre jeune homme, on puisse espérer la guérison spontanée; cette dureté suivie de la fistule, cette plaque violacée et indurée nous prouvent que l'affection est loin de la période de déclin, elle semble plutôt augmenter. D'autre part, le sujet est malingre; plus que tout autre il pourrait devenir tuberculeux; il ne l'est pas encore, donc je me hâte d'intervenir.

Vu la région, nous ne pouvons pas employer le pansement antiseptique dans toute sa rigueur, mais je ferai les débridements au thermo-cautère et je cautériserai profondément toutes les parties du trajet dans le but de détruire partout la membrane qui la recouvre. Sur l'os, je me servirai de la curette pour gratter et arriver jusqu'à la zone indurée. Comme il y aura des points saignants dans notre plaie, je ferai un pansement à l'iodoforme.

Nota. Le programme opératoire a été suivi, et on a trouvé près de l'ischion une petite esquille de la grosseur d'une lentille. La plaie va très bien, et, aujourd'hui, 18 jours après l'opération, la plaie bourgeonne et a le meilleur aspect. Il reste un trajet fistuleux dans lequel on met des crayons d'iodoforme; la suppuration est très diminuée.

THÉRAPEUTIQUE

Note sur un cas d'obstruction intestinale datant de 18 jours et levée par l'électricité.

Par M. F. BOTTEY, interne des hôpitaux.

Tous les jours, de nouveaux cas d'occlusion intestinale, de causes diverses, guéris par le moyen de l'électricité, viennent s'ajouter les uns aux autres. Nous avons voulu, nous aussi, apporter notre faible appoint à cette méthode thérapeutique, si grande d'avenir, en publiant une nouvelle observation ainsi que les quelques déductions qu'elle peut suggérer.

Observation. — Mme H...., âgée de 77 ans, sans maladies antérieures, était légèrement constipée depuis quelques jours, lorsque, le 24 *mars*, elle est prise, à la suite de quelques coliques diffuses et peu intenses, d'un arrêt complet des gaz et des matières fécales. Bientôt le ventre se ballonne et surviennent des vomissements, d'abord de matières alimentaires, puis, dès le lendemain, de matières fécaloïdes.

Jusqu'au 8 *avril*, les symptômes de l'occlusion augmentèrent de jour en jour; les vomissements fécaloïdes se montrèrent d'une façon intermittente, à des intervalles de un ou deux jours, pendant lesquels la malade pouvait prendre seulement un peu de bouillon et de lait.

Le traitement institué par M. le Dr Guillou, qui soignait Mme H...., consista en purgatifs, d'abord huileux, puis salins et drastiques, et en lavements purgatifs; pommade belladonée sur le ventre. Rien ne put amender la maladie ni déterminer l'expulsion de matières fécales ni de gaz.

Le jour où nous voyons la malade (8 *avril*), la face était grippée, les yeux excavés, la voix très faible, la langue sèche et fuligineuse; il survient du hoquet de temps en temps. La température est abaissée; le pouls est petit, misérable, à peine saisissable. Le ventre est le siège d'un météorisme considérable ayant envahi toute la région épigastrique; les anses intestinales, ainsi que les côlons, se dessinent admirablement à la vue. Malgré ce tympanisme intense, on peut, en déprimant fortement la fosse iliaque droite, constater nettement qu'il n'existe pas de matières fécales au niveau du cœcum. Le toucher rectal fait constater une accumulation de matières fécales très dures dans l'ampoule rectale. Nous prescrivons deux lavements de tabac, des pilules drastiques, et nous faisons une injection sous-cutanée de un centigramme de sulfate de strychnine.

9 *avril*. Il ne s'est produit aucune évacuation. Pendant toute la soirée d'hier et ce matin, la malade a vomi des matières fécaloïdes. L'affaiblissement est de plus en plus grand; les forces sont presque éteintes.

Une intervention chirurgicale reste seule à tenter, étant donné la certitude du diagnostic: obstruction intestinale par accumulation des matières fécales dans le rectum et l'S iliaque. Mais, avant d'en arriver à pratiquer un anus contre nature, nous voulons essayer l'électricité.

Nous nous servons à cet effet d'une pile au bichromate de potasse et d'une petite bobine de Rumckorf. Une sonde de femme, représentant un des pôles, est introduite dans le rectum, tandis que l'autre pôle (rhéophore terminé par une éponge) est promené sur les différentes parties de la paroi abdominale. Nous pratiquons ainsi la faradisation (courants induits) des muscles de l'abdomen et de l'intestin; la séance dure 15 minutes.

10 *avril*. Il ne s'est encore produit aucun effet, mais la malade a éprouvé, après la séance d'électrisation et pendant la soirée d'hier, des coliques intestinales assez vives. Il semble que le ventre ait légèrement diminué de volume. Seconde séance d'électrisation de 12 minutes, pendant laquelle on voit nettement les muscles de la paroi se contracter. Après ce laps de temps, il fallut cesser, la douleur devenant un peu vive sous l'influence de l'électricité. Dans la soirée, quelques coliques de bon augure, indiquant que la sensibilité intestinale commence à se réveiller.

11 *avril* (19e jour de l'obstruction). Depuis 9 h. jusqu'à 11 heures du matin, débâcle considérable de matières fécales, d'abord dures, concrètes, puis molles et liquides, et s'accompagnant de gaz.

12 *avril*. Nouvelles selles matin et soir, à la suite de lavements froids. Le ventre a diminué de volume, est beaucoup moins tendu. Le faciès n'est plus grippé; la malade a pu prendre un peu de nourriture qu'elle a gardée.

13 *avril*. Nouvelles selles matin et soir. Le tympanisme diminue de plus en plus; l'état général se rétablit; la malade se lève.

A partir de ce jour, la guérison s'achève rapidement; les garde-robes se font régulièrement.

Voici donc un cas où l'électricité, après deux séances relativement courtes, a pu lever une occlusion intestinale datant de 18 jours, sauvant ainsi la malade d'une mort presque certaine, car, en admettant que l'opération fût acceptée de la patiente, les chances en étaient toujours douteuses, surtout à un âge aussi avancé.

Comment a agi l'électricité chez notre malade? En ranimant un organe épuisé, un intestin paralysé, mais *surtout* en excitant la paroi abdominale et en rétablissant le phénomène de l'*effort*, indispensable dans l'acte de la défécation, et qui était rendu impossible par une sorte de réflexe paralysant toute la musculature de l'abdomen.

Et c'est dans ces cas d'obstruction par accumulation des matières fécales dans le segment inférieur de l'intestin, que l'on tirera un grand parti de la faradisation. Il faut, en effet, dans cette circonstance, agir plutôt sur les muscles abdominaux que sur l'intestin lui-même; or, cette indication est absolument remplie par l'emploi des courants d'induction qui, comme l'indique la

© BIU Santé

physiologie, ont une action des plus promptes et des plus intenses sur les muscles striés.

Dans les autres cas d'occlusion intestinale (valvules, ileus, étranglement, etc...) où il faut surtout et avant tout agir sur l'intestin lui-même, on devrait employer les courants continus qui agissent d'une façon si nette sur les muscles lisses, en rétablissant pour ainsi dire les ondulations physiologiques. Toutes ces données ont du reste été parfaitement exposées par un électrothérapeute des plus distingués, M. le Dr Boudet de Pàris, dans un travail auquel nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur (1).

PATHOLOGIE MÉDICALE

La Pyurie et son traitement (*miction purulente*).

Par M. le professeur **R. ULTZMANN**. Conférence faite à la Polyclinique générale de Vienne pendant le semestre 1882-1883. Traduite par M. le Dr Henri **PICARD** (2).

A l'examen avec la sonde, on trouve l'urèthre antérieur normal : ses parois sont molles, élastiques et seulement un peu sensibles ; mais, dès que l'instrument arrive dans les portions membraneuse et prostatique, il éprouve de la résistance et ne glisse que difficilement et sous l'influence d'un effort jusque dans la vessie. Ce sont des transformations très bien expliquées par l'inflammation chronique de ces parties. On observe souvent aussi, dans ces cas, et surtout dans les catarrhes tout à fait légers, comme ceux consécutifs à l'onanisme, un spasme du muscle de Wilson que quelques auteurs nomment stricture spasmodique. Le spasme de ce muscle est analogue à celui du sphincter anal consécutif au catarrhe et à l'ulcération du rectum. Souvent, il y a simultanément spasme de ces deux sphincters alors même qu'un seul des organes est malade. Ce phénomène s'explique parce que ces deux régions sont innervées par un seul et même nerf, l'hémorrhoïdal médian et inférieur.

Comme le spasme de l'urèthre n'est jamais mieux vaincu que par de grosses sondes métalliques, il en résulte qu'on ne doit exécuter le cathétérisme qu'avec des instruments coniques ou minces et toujours avec les précautions voulues. Une pression soutenue, exercée au moyen de grosses sondes bien arrondies, vaincra le spasme du compresseur (3); un cathétérisme précipité, au contraire, surtout s'il est pratiqué avec des instruments minces, ne fera qu'augmenter la contraction du sphincter ou produira des lésions sans arriver dans la vessie.

La sensation subjective ressentie par le malade dans le catarrhe du col vésical se concentre dans le périnée, différant en cela de la cystite proprement dite, où la douleur se localise le plus souvent au-dessous de la symphyse. Les malades se plaignent tantôt d'une contraction dans le rectum, tantôt d'une sensation analogue à celle que donnerait le gonflement du périnée, ou d'une cuisson le long de l'urèthre et de picotements à l'extrémité du gland, tandis que la pression de la main sur la vessie ne leur cause aucune douleur.

Les affections du col vésical donnent assez souvent aux urines un aspect qu'un examen insuffisant de l'appareil urinaire a pour conséquence de faire considérer à tort comme étant fournie par une pyélite. Ces sortes d'urine ont, en effet, le plus souvent une réaction acide ; elles renferment du pus, et, en outre, une plus grande proportion d'albumine que ne le comporte la quantité de pus. Au microscope, on ne voit pas de cristaux de triple phosphate dans le sédiment, et les épithèles enflammés du col de la vessie se gonflent et ne se distinguent pas toujours des épithèles modifiés des reins. Comme les affections du col de la vessie s'accompagnent souvent de douleurs névralgiques s'irradiant dans la région des vertèbres, l'illusion n'est que plus complète. Cette augmentation de la proportion d'albumine dans les affections du col vésical s'explique par la difficulté qu'éprouve l'urine à s'écouler des uretères, dans lesquels elle stagne. Cet obstacle à l'écoulement peut être engendré par un gonflement inflammatoire de la prostate ou des tissus qui l'environnent (prostatite et péripostatite) ou par une péricystite, et, chez la femme, par des exsudats paramétriques, donc par une compression mécanique partielle exercée sur le pourtour des confluents des uretères dans la vessie. Le même effet se produit, sans infiltration sensible de cette région, sous l'influence d'un ténesme violent et douloureux. Dans ces cas, l'albuminurie concomitante s'explique par le refoulement partiel de l'urine vers le rein, au travers des uretères, refoulement analogue à celui de la rétention chronique consécutive à l'insuffisance vésicale ou à celui qui résulte de l'obstacle formé par l'hypertrophie prostatique ou les rétrécissements serrés.

Cette albuminurie des affections du col de la vessie, surtout de l'inflammation aiguë, est souvent très marquée dans la gonorrhée à marche anormale. Tant que la gonorrhée siège encore en avant du collet du bulbe, l'envie pressante d'uriner et l'albuminurie manquent, mais, quand la gonorrhée va plus profondément, les mictions deviennent impérieuses et l'albumine apparaît. Quand, dans ces cas, on administre un narcotique et qu'on parvient par son entremise à supprimer le besoin d'uriner, l'albumine disparaît de l'urine ou, au moins, elle diminue beaucoup. On observe en même temps que, pendant le ténesme, malgré la fréquence des mictions, il n'est expulsé qu'une quantité d'urine relativement faible; tandis qu'une fois cette fréquence apaisée, l'urine commence à couler plus abondamment.

Ceci prouve bien la coexistence d'une albuminurie sympathique aux affections du col vésical compliquées de ténesme, albuminurie n'ayant rien de commun avec la pyélite, mais que l'examen micro-chimique de l'urine confond avec cette dernière (voyez pour le diagnostic de la pyélite par Ultzmann, *Presse médicale* de Vienne, 1880). Seulement, quand la pyurie et l'albuminurie se rencontrent en même temps que la polyurie et que la miction n'est pas douloureuse, on peut, dans les cas douteux, se prononcer pour une pyélite concomitante ou même pour une pyélite isolée.

Le catarrhe du col offre donc pour caractère : 1° de provoquer de pressantes envies d'uriner et de la douleur à la fin de la miction; 2° de ne pas donner lieu à un écoulement uréthral; 3° dans l'urine divisée en deux parties, de deux choses l'une, ou la première seulement paraît trouble, ou, quand aucune des deux n'est limpide, la première l'est moins que la seconde.

III. Suppuration de la vessie. — Cystite. — Catarrhe de la vessie.

Par catarrhe vésical, on entend d'une manière générale l'inflammation de la muqueuse vésicale. Cette inflammation offre ordinairement ce caractère de former, simultanément à la sécrétion catarrhale, un ferment qui transforme l'urée en carbonate d'ammoniaque et produit, par conséquent, le ferment ammoniacal de l'urine. Le catarrhe de la vessie et le ferment ammoniacal de l'urine sont si bien reconnus comme inséparables, que jadis c'était toujours le papier de tournesol qui servait à diagnostiquer la pyélite de la cystite. Mais, aujourd'hui, on sait bien qu'il existe des catarrhes de vessie avec réaction acide de l'urine et que, d'un autre côté, certaines urines alcalines n'ont rien de commun avec le catarrhe vésical.

On peut distinguer un catarrhe de vessie *aigu* et *chronique* et *partiel* et *total*, suivant qu'une partie de l'organe seulement (celle qui avoisine l'orifice uréthral) ou sa totalité est atteinte. Le catarrhe partiel est le plus souvent un processus provenant de l'urèthre et la conséquence de tout catarrhe du col d'une certaine intensité ; le catarrhe total a,

(1) *Application de l'électricité au diagnostic et au traitement des maladies.* In. *Revue de Médecine*, 1881-1882 ; et *Note sur deux cas d'occlusion intestinale guéris par l'électricité.* In *Progrès médical* 1880. N°s 33 et 34.

(2) Voir les n°s 20, 21 et 25 de 1883.

(3) Muscle de Wilson.

© BIU Santé

par contre, ordinairement son origine dans les modifications qui atteignent uniformément la paroi vésicale tout entière (Hypertrophie excentrique de la vessie, paresse, etc.)

Si l'on considère le processus inflammatoire par rapport aux couches sous-jacentes à la muqueuse, on peut distinguer une inflammation catarrhale de la vessie et une cystite parenchymateuse, suivant que l'inflammation n'a attaqué que la muqueuse ou bien celle-ci et la couche musculaire. Enfin, si on a égard à la sécrétion, on peut distinguer une cystite *muqueuse, purulente* ou *sanieuse*.

L'inflammation catarrhale primitive de la vessie est on ne peut plus rare, grâce à sa situation qui la protège et à ses difficultés de communication avec l'extérieur, elle est à peu près soustraite aux causes ordinaires des processus catarrheux des autres muqueuses. Tandis que les éléments nuisibles peuvent être facilement introduits de l'extérieur dans les poumons ou le canal intestinal, il n'en est plus de même pour la vessie. L'urèthre, quand il n'est pas traversé par l'urine, est un long canal fermé qui empêche d'une manière absolue l'arrivée dans la vessie de tout élément nuisible. Mais, si ces éléments n'y peuvent pénétrer de l'extérieur, la muqueuse vésicale, quand elle est intacte, empêche aussi la pénétration des germes qui sont dans son voisinage immédiat. La muqueuse de la vessie, à l'état normal, n'a pas, en effet, la propriété de résorber. Quand on injecte une solution d'iode (1/2 à 1 0/0) dans la vessie, on peut se convaincre que, même au bout d'une heure, il n'y a pas d'iode dans la salive ; de même, c'est un fait connu que, dans les rétentions, l'urine peut distendre la vessie pendant des journées entières et lui donner le volume de la tête, sans qu'il y ait résorption. Seulement, quand toutes les couches de la vessie sont relâchées par l'inflammation (cystite parenchymateuse), des corps étrangers peuvent fuser dans ses parois et on trouve dans leur épaisseur une urine ayant l'odeur des matières fécales. Quand la muqueuse seule est enflammée, ce phénomène n'a jamais lieu.

Pour ce qui est des agents extérieurs pouvant, par leur action sur la peau, donner naissance à des catarrhes, il faut mentionner, en première ligne, les refroidisssements. C'est là une cause ayant son origine dans des influences atmosphériques telluriques et de température inconnues et qui doit être souvent prise en considération si la véritable est difficile à découvrir. Quand bien même on peut admettre le refroidissement comme ayant une action sur les organes plus exposés aux influences atmosphériques, cette même influence ne peut être admise pour la vessie qu'avec les plus grandes hésitations. Grâce à son isolement complet, cet organe est plus à l'abri de l'air et de ses influences nocives que l'intestin et les organes respiratoires, et c'est un fait bien connu que les catarrhes de vessie sont très rares chez les hommes qui n'ont jamais eu d'affections sexuelles, surtout la gonorrhée. Un fait remarquable aussi, c'est que l'enfant et le petit garçon sont particulièrement indemnes de catarrhe vésical, quoique les catarrhes gastriques et bronchiques, consécutifs aux refroidissements, soient communs à cette époque de la vie. C'est seulement pendant l'adolescence qu'on voit apparaître plus fréquemment le catarrhe de vessie, soit immédiatement après la gonorrhée, soit au bout de longues années. On donne précisément pour cause à ces sortes de catarrhes un refroidissement, l'absorption d'une boisson alcoolique incomplètement fermentée, un excès dans les rapports sexuels, etc.. Mais, à un examen plus attentif, on s'aperçoit que précédemment, fût-ce depuis plusieurs années, une gonorrhée d'une certaine durée, peut-être accompagnée d'orchite ou du catarrhe vésical, a existé. On constate aussi que l'urine entraine des fils blanchâtres et que souvent même elle est plus fortement troublée par une hypersécrétion muqueuse et que, de temps à autre, il survient un malaise particulier et une légère envie de pisser.

Tous ces malades se considèrent, pour le reste, comme bien portants et pensent d'autant moins que ce soit là le résultat d'une ancienne gonorrhée que, d'ordinaire, il ne persiste aucune sécrétion uréthrale et que la gonorrhée, terminée depuis des années, est considérée comme guérie. Il n'en est cependant pas ainsi, la gonorrhée et surtout celle qui a pénétré jusque dans la partie la plus profonde du canal, la portion prostatique, quitte rarement cette région, sans avoir laissé des traces de sa présence. Il persiste une réceptibilité pour les récidives et il en résulte que, tantôt un excès sexuel, tantôt l'absorption d'une bière jeune, etc., suffisent pour engendrer des poussées inflammatoires ou des catarrhes du col. Quand le processus s'étend à la vessie, une cystite apparaît.

Une autre cause du catarrhe de vessie, quoique plus rare, c'est une constitution délicate, accompagnée de scrofulose et de tuberculose. Chez ces sujets, les catarrhes vésicaux éprouvent une exacerbation l'hiver, qui disparaît l'été, quand l'organisme affaibli se remonte par un régime diététique convenable. Les gonflements chroniques et indolores des épididymes sont des phénomènes fréquents dans cette forme de catarrhe vésical. On peut observer en même temps des adénites et des ostéites scrofuleuses. On ne trouve pas toujours de tubercules dans les poumons dans les cas de ce genre et l'examen de la prostate et des vésicules séminales par le rectum, pour constater si elle n'est pas infiltrée d'induration, n'est pas toujours suivie de résultats positifs. Souvent, la prédisposition héréditaire, anatomiquement constatée, est la seule raison qui puisse faire penser à cette origine. Que de plus les affections fébriles aiguës et surtout celles qui se localisent aussi bien sur la peau que sur les muqueuses (par exemple l'exanthème) puissent donner naissance au catarrhe de la vessie, c'est ce qu'enseigne l'expérience journalière. On sait aussi que, consécutivement à la pierre, dans les néoformations de la vessie ou des organes voisins, ou par suite d'influences chimiques ou mécaniques, des catarrhes peuvent survenir ou être entretenus.

La vieillesse fournit aussi un gros contingent au catarrhe vésical. Après la soixantaine, c'est dans une action mécanique, qu'il faut attribuer aux modifications séniles de la vessie et de la prostate, qu'on doit chercher la cause du catarrhe de vessie. Tantôt c'est une hypertrophie prostatique, tantôt l'hypertrophie avec dilatation de la vessie, tantôt la paresse de cette dernière qui, en empêchant l'évacuation de l'urine, donnent lieu au catarrhe de la vessie. Enfin, il est impossible de nier que certains médicaments énergiques et dont l'action s'exerce avec une vigueur particulière sur l'appareil urinaire, comme les cantharides, les huiles fortement aromatiques, les résines et les baumes, peuvent engendrer le catarrhe vésical.

Les considérations étiologiques dans lesquelles nous venons d'entrer nous obligent à admettre qu'il n'y a pas de catarrhe primitif de la vessie, ou que c'est une affection tout à fait rare. Il en ressort aussi que le diagnostic catarrhe de vessie est insuffisant et que, chaque fois qu'on constate un catarrhe de vessie, il faut chercher d'autres causes que celles si commodes de refroidissement, de bière jeune ou de vin nouveau. En résumé, il ressort de ce qui précède qu'on ne peut mettre en usage avec succès une thérapeutique locale ou générale, qu'après avoir bien réfléchi aux causes de la maladie.

Le *diagnostic* du catarrhe vésical, outre les phénomènes caractéristiques, s'appuie sur deux symptômes communs dont l'importance ne peut être contestée, quoiqu'ils soient quelquefois trompeurs. Quand il n'examine pas attentivement l'urine, le praticien est souvent entraîné dans une fausse direction, et à voir un catarrhe vésical quand il n'en existe pas. Les deux symptômes utiles à ce point de vue sont les *pressants besoins d'uriner* et la *réaction alcaline de l'urine*.

Le *pressant besoin d'uriner* ou celui d'*uriner souvent* n'est pas exclusif au catarrhe vésical. Il existe, au contraire, un grand nombre d'affections générales, aussi bien que beaucoup d'inflammations locales avoisinant le col, produisant souvent une envie très gênante d'uriner, sans qu'ils y ait la moindre trace de catarrhe. Parmi les affections générales, ce sont ou des troubles de la nutrition accompagnés de polyurie (diabète sucré, diabète insipide, hydrurie)

© BIU Santé

ou un spasme des fibres musculaires de la vessie consécutif à une affection du système nerveux central. Parmi les affections inflammatoires locales, c'est surtout la sensibilité du col consécutive à l'onanisme, aux excès vénériens, même à la gonorrhée, qui donne lieu à la fréquence des mictions et qu'on confond avec le catarrhe vésical. Dans tous ces cas, un examen attentif de l'urine qui est claire et limpide suffit à montrer qu'il ne s'agit pas d'un catarrhe de la vessie.

La réaction alcaline de l'urine est encore plus trompeuse que la fréquence de la miction. On doit généralement distinguer deux sortes d'alcalinité de l'urine, l'une produite par des alcalis fixes, l'autre par la fermentation ammoniacale. La première existe dans la phosphaturie par exemple et se reconnaît à ce que les sels de chaux et de magnésie ne sont pas combinés à l'ammoniaque. On trouve dans le sédiment de ces urines (*fig.* 6) du carbonate de chaux, du

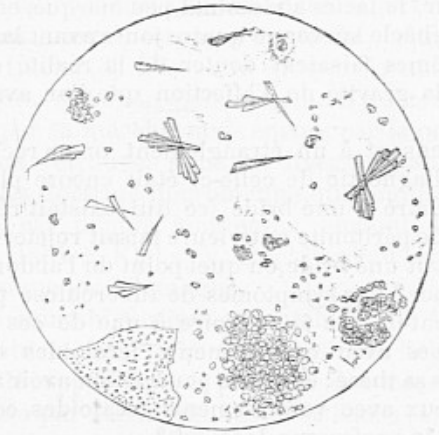


Fig. 6. — Sédiment de la phosphaturie. — Carbonate de chaux à petits grains et phosphate de chaux cristallisé.

phosphate de chaux, quelquefois même du phosphate de magnésie cristallisé, mais jamais de grands cristaux translucides de phosphate ammoniaco-magnésien. Ces urines s'observent dans les affections du système nerveux central ou périphérique, il en résulte qu'elles ne sont pas rares dans l'atonie vésicale. Dans ce cas, l'alcali fixe se sépare du sang dans le rein et l'urine reçue dans la vessie est déjà alcaline. Les urines deviennent encore artificiellement alcalines et abandonnent un abondant dépôt phosphatique, n'ayant rien de commun avec le catarrhe, quand on mange beaucoup d'aliments végétaux, qu'on boit une grande quantité d'eau minérale alcaline ou qu'on fait usage de poudres soi-disant digestives formées le plus souvent d'alcalis fixes. Dans tous ces cas, on réussit facilement d'ordinaire, avec un régime convenable et par l'administration de remèdes internes tel que l'acide phosphorique, l'acide chlorhydrique, l'acide nitrique, l'acide salicylique et surtout l'acide carbonique administré sous forme d'eau de Seltz, à rendre peu à peu l'urine acide. L'acide carbonique est surtout actif parce que, comme on le sait, il a pour propriété particulière de passer promptement dans l'urine en la clarifiant, parce qu'il transforme les sels de chaux et de magnésie du sédiment urinaire en bicarbonates solubles. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Etranglement interne. — Perforation intestinale. — Anus contre nature. — Mort. — Autopsie.

Par M. **VERCHÈRES**, interne des hôpitaux.

La nommée C... Marie, âgée de 20 ans, est entrée le 23 juin 1883 à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, n° 3 (service de M. VERNEUIL).

D'une bonne santé antérieure, cette malade a été prise il y a dix jours des accidents qui l'amènent à l'hôpital. Elle eut, il y a deux ans, une grossesse gémellaire dont les suites furent simples, aucun symptôme à cette époque ne semble annoncer qu'il y ait eu péritonite. Quelques signes de tuberculose pulmonaire ; à la perception, différence de son très nette d'un côté à l'autre ; souffle au sommet du côté droit. Aucun signe d'hystérie. Les fonctions digestives étaient normales, sauf la constipation qui était habituelle.

Il y a neuf jours, la malade fut prise brusquement de coliques violentes, siégeant surtout au niveau de l'hypogastre, s'étendant dans les flancs des deux côtés et venant converger vers l'ombilic. Ces coliques revenaient par crises violentes, intermittentes. Le ventre est peu gonflé. Même état pendant deux jours ; à ce moment, apparaissent des vomissements, d'abord bilieux, puis, le soir du deuxième jour, fécaloïdes. La constipation est absolue.

L'état reste le même jusqu'au 21 *juin*. Les vomissements fécaloïdes sont continus ; pas de selles ; pas de fièvre ; le ventre n'est pas ballonné et peu douloureux. On donne à la malade des lavements d'eau de Seltz et un purgatif.

21 *juin*. Selles abondantes, composées de matières fécales dures et de matières diarrhéiques. Le soir, les vomissements avaient cessé, les douleurs étaient moins vives.

22 *juin*. Les vomissements reparaissent, matières fécaloïdes d'odeur repoussante ; les selles ne se sont pas reproduites.

23 *juin* au soir, la malade entre à l'hôpital. Vomissements continus très abondants. Le ventre n'est pas ballonné, nullement douloureux à la pression ; le pouls est plein, les extrémités ne sont pas froides, pas de faciès abdominal. Crises de coliques violentes revenant tous les quarts d'heure. T. 38°,2. On introduit sans résultat un siphon d'eau de Seltz dans le gros intestin, avec une sonde œsophagienne.

24 *juin*. *Matin*. L'état général est peu modifié. La température est à 37° ; le faciès n'est nullement en rapport avec les phénomènes ; vomissements et constipation absolue. Le ventre n'est pas ballonné ; pas de *douleur à la pression*. Application de glace sur le ventre. Boisson glacée à l'intérieur. Le soir, la température descend à 34°,2. La peau des extrémités ne donne pas la sensation du froid. Pas de cyanose.

25 *juin*. *Matin*. T. 36°,8. Pas de météorisme ; pas de faciès abdominal ; même état général. De nouveau, on introduit deux siphons d'eau de Seltz dans le gros intestin sans plus de résultat. Le *soir*, la température s'abaisse à 35°,8.

26 *juin*. *Matin*. Très léger ballonnement du ventre. La malade est très abattue ; face anxieuse ; le nez est pincé, les yeux excavés, les joues creuses ; langue sèche. Changement considérable depuis la veille. Les crises de douleur sont provoquées par la pression ; celle-ci n'est pas douloureuse par elle-même, sauf très légèrement dans la fosse iliaque droite. Le côlon distendu se dessine au moment des crises douloureuses. Léger nuage d'albumine dans l'urine. Oligurie. Quantité considérable d'uro-érythréine. Malgré l'état presque désespéré de la malade, étant donné l'abaissement de la température, après deux injections d'éther, on pratique l'anus contre nature. Incision au-dessus de l'arcade de Fallope, du côté gauche. Couche par couche, on arrive sur une anse d'intestin grêle distendue, qui vient se présenter à la plaie aussitôt après l'incision du péritoine. La sérosité péritonéale, peu abondante, nullement fétide, ainsi que quelques gouttes de sang échappées pendant l'incision de l'intestin cousu au bas de la plaie, sont recueillies dans un tube à culture, par M. Nepveu.

Pendant la suture de l'intestin, la malade, prise de coliques violentes, fait des efforts violents, et, le long des fils s'échappent quelques matières fécales, qui, épongées immédiatement, ne pénètrent pas dans la cavité péritonéale. A l'incision de l'intestin, il sort un jet violent de matières fécales liquides analogues aux vomissements de la malade. Après l'opération, nouvelles injection d'éther toutes les demi-heures ; à 10 h. 1/2, une heure après l'opération, la température remonte à 37°. Crises violentes de coliques, injection de morphine ; à 2 heures, la température est à 37°.

© BIU Santé

Malgré les injections d'éther, la malade s'affaiblit de plus en plus et meurt à 2 h. 1/2.

Autopsie, 40 heures après la mort.—Pas de décomposition cadavérique. Le ventre n'est pas augmenté de volume. Incision sur la ligne médiane et transversale au niveau de l'ombilic. Le péritoine pariétal présente une teinte rouge, violacée, produite par une vascularisation des plus riches. Peu de sérosité dans le péritoine. Dans le flanc droit, on trouve un très léger épanchement de matières fécales; dans les anfractuosités du petit bassin, il en existe une mince couche. Le reste de l'intestin est enduit d'une matière glutineuse puriforme, faisant adhérer les anses intestinales les unes aux autres. Lésions de péritonite suppurée.

L'intestin grêle est distendu jusqu'à 1 mètre 50 à peu près du cœcum. L'anus contre nature est fait sur ce bout distendu, et, à son niveau, on ne trouve nulle trace de matières fécales. Il est donc certain qu'il ne s'en est point introduit dans la cavité abdominale pendant l'opération. Brusquement, l'intestin grêle change de volume et vient se perdre dans un peloton formé d'anses intestinales rétrécies, diminuées de volume, non plus grosses que le petit doigt et agglutinées entre elles par l'exsudat purulent de la péritonite. Ce peloton d'anses intestinales contient bien 1 mètre d'intestin. Puis, à celui-ci, succèdent 50 centimètres d'intestin grêle rétréci allant se continuer avec le cœcum. Celui-ci, ainsi que le côlon et le rectum, sont complètement ramenés sur eux-mêmes.

Si l'on cherche la cause de cet étranglement, on trouve une bride arrondie, cylindrique, régulière, partant de la connexité d'une des anses intestinales distendues, adhérente à celle-ci, véritablement insérée sur elle, puis, de là, se dirigeant transversalement pour se bifurquer et se reconstituer plus loin, formant ainsi un véritable anneau dans lequel est venu passer le mètre d'intestin formant le peloton que nous avons décrit. Cet anneau est absolument adhérent au contour de la portion serrée. Du liquide injecté dans le bout supérieur ou dans le bout inférieur ne peut pénétrer dans les anses étranglées. Au niveau du point où le bout supérieur pénètre dans l'anneau, existe une plaque de sphacèle qui laisse suinter des matières fécales, faradisée, gangréneuse, et qui a donné passage au léger épanchement constaté dans le flanc droit, peut-être pendant les efforts que fit la malade pendant l'opération. Cette bride, après s'être reconstituée, se perd peu à peu, flottant dans la cavité abdominale.

En ouvrant l'anse intestinale sur laquelle elle s'insère, on constate qu'il n'existe pas le moindre orifice faisant communiquer la cavité intestinale avec l'intérieur de la bride. La muqueuse à ce niveau est lisse et ne présente pas la moindre dépression. Il existe des cristaux dans l'épaisseur de la bride elle-même, et son aspect rappelle assez, dans sa partie flottante, celui d'un feuillet du grand épiploon. Il existe une adhérence longue et étroite partant du grand épiploon et allant s'insérer à la corne droite de l'utérus.

Si nous cherchons quelle est la nature de la bride qui a causé l'étranglement, nous nous trouvons en face de plusieurs hypothèses. Serait-ce un pédicule de la vésicule ombilicale ayant persisté? Mais l'intégrité de la muqueuse au niveau de son insertion avec l'intestin, l'absence de dépression à ce niveau, l'union intime n'existant qu'à la surface même de l'intestin, permettent de douter de cette interprétation.

Serait-ce un diverticulum ancien, oblitéré de l'intestin, ainsi qu'il en a été signalé des exemples? La présence du péritoine à la surface de la bride permettrait de le supposer. Mais la forme cylindrique, l'absence d'un cordon fibreux, l'absence de dépression du côté de la muqueuse font rejeter cette hypothèse. On ne peut penser, étant donnée la lésion que nous avons décrite, à un orifice accidentel du mésentère ou du grand épiploon; il faut donc se rattacher à l'idée d'une bride péritonéale ancienne, analogue à celle qui relie le grand épiploon à l'utérus, et due à une péritonite latente qui s'est établie doucement, a évolué sans bruit, et n'a point été reconnue. Une grossesse gémellaire peut suffire pour amener cette formation de bride péritonéale sans qu'il ait à aucun moment existé de symptômes aigus.

Les autres organes sont sains. On note, ainsi que quelques rares tubercules au sommet du poumon droit, un petit abcès gros comme un pois dans une vésicule de Graaf de l'ovaire gauche.

Réflexions. — Cette observation présente plus d'un point intéressant, que M. Verneuil fit ressortir dans la leçon clinique qu'il fit à propos de cette malade.

Au point de vue clinique, la difficulté du diagnostic était considérable, et, ainsi que nous le disions tout à l'heure, eut une grande influence sur la thérapeutique. L'absence de ballonnement du ventre, l'absence complète de douleurs à la pression, l'état général restant satisfaisant jusqu'au dernier jour, le faciès abdominal peu marqué, enfin et surtout une débâcle survenue quatre jours avant la mort, tous ces symptômes faisaient douter de la réalité ou tout au moins de la gravité de l'affection que l'on avait sous les yeux.

Et si, pensant à un étranglement, on en recherchait la cause, le diagnostic de celle-ci était encore plus délicat. Avait-on affaire à une bride (ce qui existait réellement)? L'absence de péritonite antérieure faisait rejeter cette idée; et s'il existait une bride, en quel point de l'abdomen fallait-il la chercher? Les symptômes de tuberculose pulmonaire ne pouvaient-ils pas faire croire à une de ces péritonites tuberculeuses avec vomissements fécaloïdes décrits par Leduc dans sa thèse; enfin, ne pourrait-on avoir affaire à un iléus nerveux avec vomissements fécaloïdes, comme en a observé M. le professeur Jaccoud?

Ce diagnostic impossible laissait donc incertaine l'intervention. Devait-on faire une laparotomie, opération grave, mais efficace; ou une entérotomie, moins grave, il est vrai, mais seulement palliative, dans le cas d'étranglement de cause pariétale?

Lorsque la malade est entrée à l'hôpital, lorsque le diagnostic étranglement interne put être posé, l'état général était tellement grave qu'on ne put réellement tenter la laparotomie, la malade aurait succombé pendant l'opération, ou, eût-elle résisté, l'opération eût été à peu près impraticable. Pour sortir de l'abdomen le peloton intestinal que nous a montré l'autopsie, les anses sphacélées eussent été déchirées et l'épanchement de matières fécales, inévitable, eut rapidement déterminé la mort. La laparotomie et la section de la bride eussent dû être faites huit jours avant la mort, c'est-à-dire avant l'entrée de la malade à l'hôpital; alors, elle eut eu des chances d'amener la guérison; seulement, peu de chirurgiens ont eu l'audace de la faire avec des symptômes généraux aussi peu marqués que ceux présentés par notre malade.

Il restait donc, comme dernière ressource, l'entérotomie, qui eût permis l'évacuation du bout supérieur et eût suffisamment prolongé l'existence de la malade pour que la nature, aidée de la thérapeutique, vint lever l'obstacle, ainsi qu'une fois déjà cela avait eu lieu.

Examens pour les officiers de santé et les pharmaciens dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. — Par arrêté en date du 31 décembre 1883, les professeurs des Facultés de médecine, des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des Ecoles supérieures de pharmacie désignés pour présider les examens d'officiers de santé et de pharmaciens, de sages-femmes et d'herboristes de 2e classe dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, se rendront aux époques déterminées pour les sessions dans chacune desdites écoles, quelque soit le nombre de candidats inscrits pour les examens. Les directeurs des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ne peuvent, en aucun cas, présider ces examens.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le micrococcus de l'ostomyélite aiguë et infectieuse.

L'ostéomyélite (1) se rattache par tant de points à la septicémie et à la pyémie, que nous n'aurions abordé l'étude de son étiologie qu'à l'occasion de ces maladies, si un travail récent de M. Becker ne nous avait engagé à en parler plus tôt et à lui consacrer un Bulletin spécial. Quelques indications historiques, préalables et de circonstance, nous paraissent d'abord nécessaires: elles se rapportent exclusivement à l'étiologie parasitaire de l'ostéomyélite (2).

Un des meilleurs travaux sur l'*ostéomyélite*, quoique déjà un peu ancien, est, sans contredit, celui de M. le professeur Lücke (3). Dès cette époque, la nature infectieuse de cette affection était nettement démontrée, non seulement par sa marche, mais encore par la présence de *micrococcus* retrouvés dans les divers organes lors de l'autopsie. La doctrine microbienne,qui semble nouvelle en France, est depuis longtemps, surtout depuis les travaux de Hallier, Klebs, V. Recklinghausen, etc., devenue classique en Allemagne.

Après un court historique et un tableau de la maladie tracé de main de maitre, M. Lücke aborde l'étiologie de l'affection. Il rappelle que la présence des micrococcus a été constatée par Recklinghausen et Klebs (4), et relate une observation où l'autopsie faite par l'illustre professeur de Strasbourg permit de constater la présence de ces micro-organismes dans les muscles, le cœur, le péricarde, les reins, etc. Il fait remarquer que,dans une autopsie pratiquée par Klebs, l'action de l'air n'a pu jouer aucun rôle, la mort étant survenue avant toute intervention chirurgicale, et que, dans celui dont il rapporte l'observation, l'autopsie suivit de 48 heures l'ouverture d'un abcès au côté interne du tibia. Selon Lücke, en dehors des causes spécifiques, l'étiologie de l'ostéomyélite ne peut être attribuée qu'à l'action du froid (5), surtout du froid humide, ou d'un traumatisme ; cette action ne pourrait s'expliquer que par un trouble apporté à la circulation locale, qui prépare ainsi un terrain favorable au développement d'organismes circulant auparavant impunément dans le liquide sanguin (6). Au travail de Lücke est annexé un résumé de 24 cas, sur lesquels nous notons deux morts par embolie graisseuse (1). Cette embolie graisseuse s'observe souvent du reste dans les cas graves d'ostéomyélite accompagnée de lésions pulmonaires. — M. Senn (2) a développé sur la nature de l'ostéomyélite des idées qui se rapprochent beaucoup de celles soutenues par M. Lücke.

L'ostéomyélite est-elle due à un micrococcus spécifique, tels que ceux de la scarlatine, de la variole, etc., ou, au contraire, ce micrococcus commun à d'autres affections ne produit-il la périostite phlegmoneuse diffuse que grâce à des causes occasionnelles locales? C'est ce qui est encore loin d'être résolu définitivement. M. J. Rosenbach partage la première opinion, mais, par contre, M. Kocher, le successeur de M. Lücke à la chaire de clinique chirurgicale de Berne, soutient la seconde théorie.

M. Rosenbach (3) prétend que l'on ne peut produire l'inflammation phlegmoneuse de la moelle osseuse, ni

(1) Voir, pour la synonymie, les différentes monographies. Les auteurs ont dénommé cette affection selon l'idée qu'ils se faisaient de sa nature, de son siège primitif: *périostite phlegmoneuse, typhus des os* ou *des membres, ostéomyélite épiphysaire*, etc.

(2) On consultera avec fruit, pour l'étude de l'ostéomyélite, les travaux de Chassaignac, Gosselin, E. Bœckel, Giraldès, Lannelongue, etc.,etc.—Nous renvoyons pour la bibliographie aux articles de Lücke, Kocher, Rosenbach, Busch (art. *Ostitis*. In *Realencyclopädie* d'Eulenburg, 1882), etc.

(3) Lücke. — *Die primäre infectiöse Knochenmark-und Knochenhautentzündung*. In *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, IV. Bd., 1874, p. 218 et suiv.

(4) Klebs. — *Beiträge zur Anat. der Schusswunden*, p. 120, avec figures.

(5) On sait que l'ostéomyélite, rare dans certaines contrées, (Zurich, Berlin, etc.), est très fréquente à Berne, à Strasbourg, etc.

(6) M. le professeur Verneuil développe la même idée dans un travail fort intéressant et très instructif sur *l'auto-inoculation traumatique*, publié dans le dernier numéro de la *Revue de chirurgie* (10 déc. 1883). — M. Verneuil est, comme tous les chirurgiens de notre époque, partisan des doctrines microbiennes et listérien. Nous ne citerons ici que les deux passages qui ont un rapport direct avec l'ostéomyélite :

« D'une manière générale, quand virus ou microbes circulent dans le torrent circulatoire, qu'il y a rupture vasculaire et que le tissu qui reçoit le sang contaminé se trouve être un milieu de culture favorable aux microbes échappés, l'auto-inoculation devient possible dans la profondeurs de l'organisme, en quelque point qu'ait porté le trauma inoculateur.

« Ceci explique bien des choses. D'abord la suppuration de foyers traumatiques soustraits aux contacts extérieurs chez les individus mal portants ou atteints de lésions multiples, dont l'une au moins est exposée ; puis la formation des collections septiques et infectieuses du *typhus des membres* : arthrites, ostéites, périostites à la suite d'entorses et de simples contusions portant sur les os; en un mot, tous les faits que j'ai signalés dans une note sur l'auto-inoculation interstitielle traumatique, jusques et y compris la pathogénie de certains kystes hydatiques succédant à des fractures et à des contusions (p. 932) ; puis, plus loin (p. 938), le même auteur s'exprime ainsi :

« La marche de l'infection générale semble parfois assez compliquée. Nul ne met en doute la nature infectieuse de cette maladie, désignée sous le nom de *typhus des membres*. Or, voici comment les choses se passent en certains cas. Un adolescent de bonne santé apparente reçoit un coup sur le bras ou tombe sur le grand trochanter. Au bout de quelques jours, de quelques heures même, le foyer de la contusion s'enflamme vivement. Il a subi l'auto-inoculation, puisqu'il renferme, quoique situé dans l'épaisseur du membre, des microbes en grand nombre. Mais le mal ne reste pas longtemps local. Un gonflement énorme envahit le membre, les veines voisines se thrombosent, des collections semblables aux abcès métastiques se forment dans les viscères, le rein s'enflamme et l'urine, outre l'albumine, renferme aussi quantité de microbes. Je passe sous silence les symptômes généraux de l'empoisonnement. Bref, un foyer traumatique banal devenu virulent par auto-inauculation émet à son tour l'agent toxique en tous sens et à profusion.

« Malgré sa complication apparente, ce fait rentre dans la règle ; c'est comme de coutume la blessure d'un foyer virulent qui a donné naissance aux accidents. Le virus siégeait non point dans la couche sous-périotique, mais dans le système vasculaire. Ce système blessé au point contus a laissé échapper du sang empoisonné, dans un foyer traumatique récent favorablement disposé à la culture. L'auto-inoculation s'est faite, et la maladie générale en est née. A la brutalité près, c'est un processus semblable, qui sans nul doute fait naître, chez un scrofuleux, au foyer d'une contusion ou d'une entorse, une masse tuberculeuse, laquelle au bout d'un temps variable devient le point de départ d'une dissémination, sinon d'une généralisation. A moins d'admettre qu'au point contus le tissu conjonctif ou la synoviale recélaient depuis une époque indéterminée des bacilles inoffensifs stationnaires, il faut bien croire encore que le système vasculaire était le vrai foyer de la virulence »

(1) Voir à cet égard : Flournoy. — *Contribution à l'étude de l'embolie graisseuse*. Thèse de Strasbourg, 1878.

(2) Senn. — *Original communication. Spontaneous osteomyelitis of the long Bones*. In *The Chicago medical Journal and Examiner*, vol. X, janv. 1880, p. 10-51.

(3) Rosenbach (de Göttingen). — *Beiträge zur Kenntniss der Osteomyelitis*. In *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*. Bd. X, p. 369 et suiv., 1873.

© BIU Santé

par les irritants mécaniques physiques, ni par les irritants chimiques, quand, du moins, l'on fait agir ces agents en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques désirables; c'est, en effet, ce qui semble résulter de ses expériences ainsi que de celles de Kocher. Selon le même auteur, une petite quantité de pus septique cause une inflammation putride, phlegmoneuse, qui se rapproche de l'ostéomyélite spontanée; l'ostéomyélite peut donc être considérée comme de nature infectieuse. Cette hypothèse admise, l'élément infectieux peut avoir été fourni par le sang, la cause occasionnelle étant un traumatisme ou un refroidissement ayant amené vraisemblablement un trouble local de la circulation, toutefois, ces causes occasionnelles ne peuvent expliquer tous les cas. — Quant à la nature de l'élément infectieux, il ne saurait être exactement le même que celui de l'infection putride ou septique et se différencierait de celui des autres maladies infectieuses connues, d'où il résulterait que l'ostéomyélite est une maladie infectieuse *spécifique*.

Il est encore à noter, ce qui, comme nous le verrons plus tard, est en contradiction avec les résultats obtenus par Becker, que M. Rosenbach admet, en se basant sur ses recherches expérimentales (injections sous-cutanées sur les animaux) et aussi sur un cas clinique d'ostéomyélite intra-utérine, que l'ostéomyélite n'est pas inoculable (*sie ist nicht übertragbar*). Il pense encore que les symptômes graves de cette affection sont plutôt causés par le transport direct de quantités considérables de produits inflammatoires et de décomposition et surtout par l'embolie graisseuse (MM. Klebs, Eberth, Recklinghausen, Kocher, Langhans, Nencky, etc., ont pu constater la présence de micrococcus aussi bien dans le foyer primitif que dans les foyers secondaires, les végétations des valvules du cœur, etc.). — Quoi qu'il en soit et à quelque opinion qu'on se rattache, le travail de M. Rosenbach est très intéressant et mériterait d'être analysé plus longuement; en tous cas, ses expériences ne sauraient passer inaperçues.

M. Kocher (1), dans deux bons articles publiés dans la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* affirme que « l'ostéomyélite aiguë n'est pas une maladie infectieuse spécifique comme la fièvre typhoïde, la scarlatine et la diphtérie, mais seulement infectieuse, comme toute autre maladie aiguë (2). » Quelques lignes plus loin, M. Kocher ajoute: « l'élément infectieux n'est autre que celui qui cause l'inflammation aiguë des plaies (3). »

« Le premier stade de l'ostéomyélite aiguë, dit-il encore, consiste en une infiltration inflammatoire de la moelle soit avec du pus, soit avec un mélange de sang présentant une forte teinte hémorrhagique et constituant un liquide à aspect d'émulsion parfois presque complétement composé de micrococcus sans corpuscules de pus figurés. »

Le même auteur pense que le traumatisme ne peut produire l'ostéomyélite sans infection locale ou générale. Dans les plaies extérieures communiquant avec la moelle, le germe septique provient du contact direct de celle-ci avec l'air; mais, dans les autres cas, ce germe pénètre dans la circulation par la muqueuse gastro-intestinale ou broncho-pulmonaire, et n'atteint la moelle que par l'intermédiaire des vaisseaux.

La spécificité de l'ostéomyélite est soutenue par M. le professeur König (1), qui s'exprime ainsi: « Nous considérons l'ostéomyélite aiguë comme une maladie *infectieuse spécifique* au même titre que la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, et si, comme c'est assez souvent le cas, la maladie en question succède à un léger traumatisme, à une contusion, etc., il ne faut attacher à cette dernière cause qu'une importance secondaire. Le traumatisme joue, en effet, ici, le même rôle qu'un choc sur le tibia produisant une gomme de cet os chez un syphilitique. »

Rappelons encore que M. Max Schüller (de Greifswald) (2) dans un cas d'ostéomyélite aiguë ayant nécessité l'amputation de la cuisse trois semaines après le début de la maladie (enfant de 15 ans), constata dans les tissus, de suite après l'opération (27 janvier 1881), la présence de micrococcus de forme ronde. Les coupes fraiches furent faites au moyen du microtome réfrigérant de Roy. Des coupes furent aussi pratiquées sur des pièces conservées soit dans le liquide de Müller, soit dans l'alcool. Ces micrococcus, que l'on pouvait déjà bien reconnaitre sur des préparations montées dans la glycérine, étaient encore rendus plus visibles au moyen des réactifs colorants. Ils se colorent bien, surtout par le violet de gentiane (solution aqueuse 1 0/0), mais aussi par le violet de méthyle, (solution alcoolique 1 0/0), par la solution aqueuse (1 0/0) de rosaniline, par la solution aqueuse (1 0/0) de bleu de Bismark et par un mélange de carmin ammoniacal et d'acide phénique (3 0/0). On peut également les rendre évidents en ajoutant aux préparations une goutte d'acide concentré ou de lessive de potasse. Les micrococcus furent trouvés dans la moelle, dans le périoste et dans les parties molles inflammées ou infiltrées de pus, dans les cartilages articulaires (*fig.* 7), etc. Ils forment des chaines, accolées de différentes façons, ou des amas diffus.

M. Ziemacki (3), dans un article d'une revue allemande dit (page 95) que: « Les colonies de micrococcus se rencontrent constamment dans les vaisseaux des organes

(1) Kocher. — *Die acute Osteomyelitis mit besonderer Rücksicht auf ihre Ursachen.* In *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie.*, Bd. XI, p. 87 et suiv., et p. 218 et suiv., 1878. — Ce travail est accompagné d'expériences sur les animaux et d'observations cliniques nombreuses.

(2) *Die acute Osteomyelitis ist keine specifisch-infectiose Krankheit wie etwa Typhus, Scharlach und Diphtherie, sondern nur im demselben Sinne durch Infection entstanden, wie jede acute Entzündung.*

(3) *Der Infectionsstoff der acuten Osteomyelitis ist kein anderer als derjenige, welcher die acute Entzündung auf Wunden veranlasst.*

(1) M. König est l'auteur d'un excellent Traité de chirurgie, ouvrage classique en Allemagne. Nous ne possédons encore en France aucun Manuel de ce genre, quoique le pansement de Lister n'ait pas seulement modifié le pronostic des affections chirurgicales, mais encore les indications opératoires, etc. — Nous ne saurions donc trop recommander aux étudiants français, comprenant l'allemand, ce Traité, tenu au niveau de la science par de nombreuses éditions.

(2) *Zur Kenntniss der Mikrokokken bei akuter infektiöser Osteomyelitis, Mikrokokkenherde in Gelenkknorpel.* In *Centralblatt f. chirurgie*, n° 42, 1881.

(3) Ziemacki. — *Beitrag zur Kenntniss der Micrococcuscolonien in den Blutgefässen bei septischen Erkrankungen.* In *Zeitschrift f. Heilkunde*, Bd. IV, H. II, 1883, p. 89-142.

© BIU Santé

parenchymateux des cadavres, dans la septicémie, la pyémie, la fièvre puerpérale, comme aussi dans les maladies qui peuvent en être rapprochées, telles que variole, érysipèle, diphtérie et ostéomyélite aiguë. » Le même auteur rappelle que MM. Lücke, Schüller, Friedmann (1), Birch-Hirschfeld, en ont constaté la présence dans cette dernière maladie.

Laissant de côté d'autres travaux intéressants, nous croyons utile de citer encore les lignes suivantes de M. Gussenbauer : « La marche de la suppuration, la température élevée et enfin la constatation de micro-organismes, faite par MM. Klebs, Recklinghausen,

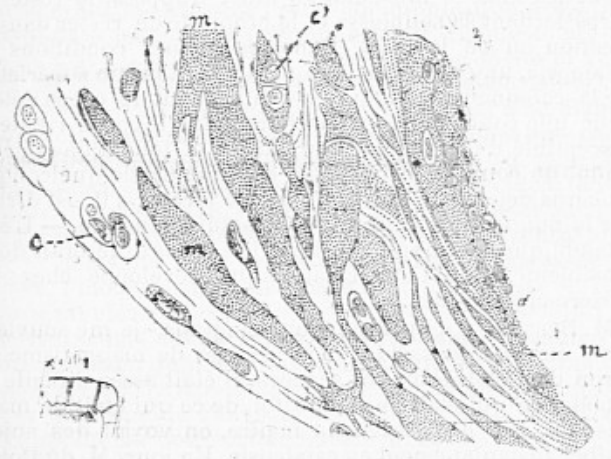


Fig. 7. — mpruntée au travail de Schüller. — *Ostéomyélite aiguë infectieuse du tibia.*—1. Coupe verticale à travers le cartilage articulaire représentant schématiquement les perforations de ce cartilage (de grandeur à peu près naturelle).—2. Invasion de micrococcus dans le cartilage articulaire de la tête du tibia dans dans les environs d'une perforation cartilagineuse—(a). Coupe verticale à l'axe du canal cartilagineux (Zeiss, 300 diam.).—C,c',cellules cartilagineuses entourées de leurs capsules; les micrococcus ont envahi les capsules primitives, surtout les capsules secondaires et même les cellules. — M, micrococcus.

Eberth (2), ne laissent aucun doute sur la nature infectieuse de la maladie. »

« J'ai moi-même, depuis trois ans, eu l'occasion, dans deux cas d'ostéomyélite aiguë du fémur et du tibia (entrés dans mon service dès le début) de rencontrer une innombrable quantité de micrococcus dans le foyer de l'exsudat qui, dans un cas, consistait en un séru m très hémorrhagique, pas encore purulent mais seulement trouble. J'ai pu constater aussi ces micrococcus dans le sang des malades fébricitants et en faire des cultures (3) »

Pour notre part, nous ne serions pas éloigné d'adopter l'opinion de M. Kocher; l'ostéomyélite est loin d'être toujours primitive, elle est souvent un épiphomène des maladies infectieuses ; aussi, pencherions-nous à croire que la périostite phlegmoneuse diffuse ne doit pas seulement être rattachée à la pyoémie, etc., mais encore aux maladies éruptives, etc.; il y aurait du reste à élucider si le phlegmon lui-même, la pyoémie, ne pourraient être produits par des micrococcus de nature différente, ce qui nous amènerait à nier la fixité de l'espèce chez les micrococcus spécifiques. Actuellement, ces questions sont insolubles. La mensuration de ces micro-organismes est très difficile ; leurs dimensions tiennent souvent aux réactifs employés, et leurs formes (1) sont souvent semblables dans les affections les plus diverses; plus tard, peut-être, arrivera-t-on à les différencier par des procédés de coloration spéciaux ; en attendant, nous devons rester dans la plus grande réserve. Nous verrons plus loin que les recherches de M. Becker viennent à l'appui de la théorie de la spécificité du pus de l'ostéomyélite.

M. Becker se proposait de rechercher le micrococcus signalé par Schüller, Rosenbach, etc., de le cultiver et enfin de reproduire avec le liquide de culture la maladie. Dans ce but, prenant les précautions antiseptiques les plus grandes et évitant avec soin tout contact avec l'air, il recueillit du pus de cinq malades atteints d'ostéomyélite ; ce pus, de couleur jaune, à odeur de levain altéré, examiné microscopiquement après coloration par le bleu de méthyle ou la fuchsine, contenait de nombreux micrococcus, isolés ou en colonies, correspondant exactement à celui qui a été figuré par M. Rob. Koch (2).

Les cultures furent faites sur des tranches de pommes de terre, le sérum stérilisé du mouton, et dans la gélatine nourricière (*Fleischwasserpeptongelatine*, gélatine de peptone traitée avec de l'eau extraite de la viande) (3). Elles reproduisirent le même micrococcus observé dans le pus, de même couleur jaune ou orangé ; il est encore intéressant de constater que le liquide provenant de culture de gélatine, exposé à l'air, prend après quelque temps une odeur de levain ou de colle de pâte en décomposition, odeur du pus de l'ostéomyélite (4).

Les premières inoculations faites avec les liquides de cultures de plusieurs générations sur des souris, des cobayes, des lapins, ne donnèrent aucun résultat ; l'inoculation avec de faibles quantités de liquide ne produisait aucun accident, tandis que l'injection dans la cavité péritonéale de plus grandes quantités (0,2 à 1,0 cent. cube) de liquide de culture suspendu dans de l'eau stérilisée produisait une péritonite violente à laquelle les animaux succombaient dès le premier jour.

L'auteur, devant cet insuccès, chercha alors à se placer dans les conditions à la suite desquelles se produit l'ostéomyélite aiguë infectieuse chez l'homme, c'est-à-dire à la suite d'un traumatisme de l'os. Le liquide de culture ne fut injecté (par voie intra-veineuse) que quelques jours après le traumatisme (contusion ou fracture sous-cutanée) ; ces dernières expériences, assez nombreuses, furent couronnées de succès ; le micrococcus fut retrouvé régulièrement dans le sang et dans le pus (5).

(1) Friedmann. — *Fall von primärer infectiöser osteomyelitis.* In *Berlin. Klin. Woch.*, XIII, 4, 5, 6, 1876.
(2) Eberth. — *Virchow's Archiv.*, Bd., 65, p. 341.
(3) Gussenbauer. — *Sephthämie, Pyohämie und Pyo-sephthämie.* In *Deutsche Chirurgie*, fasc. 4, 1882, p. 107.

(1) Ce qui ne prouve pas que leurs fonctions ne soient pas différentes. Il ne serait pas difficile de signaler, parmi des végétaux d'ordre plus élevé, une structure et une forme paraissant semblables avec des propriétés différentes.
(2) Becker. — *Deutsche med. Wochensch.*, n° 46, 1883. — La communication de M. Becker a été reproduite par différents autres journaux, entre autres par un journal viennois sous le titre : *Ein neuer Mikroorganismus* (!)
(3) Nous parlerons prochainement des liquides ou autres terrains de cultures employés par M. Koch. — Les procédés de quelques auteurs, sans être secrets, n'ont pas été vulgarisés comme ils auraient dû l'être. Il est notamment à regretter que les travaux de M. Pasteur soient disséminés de côté et d'autre, ce qui nécessite des recherches longues et fastidieuses.
(4) L'auteur nous semble s'avancer peut-être un peu trop en attribuant au pus de l'ostéomyélite des caractères spécifiques. Voir les différents auteurs qui ont traité de cette affection.
(5) A ce propos, nous rappellerons les expériences faites par

© BIU Santé

M. Becker n'est pas encore parvenu à reproduire l'ostéomyélite avec du pus d'autre provenance, mais ses recherches sont encore incomplètes à cet égard. Le pus de la pyo-septicémie, de la pyoémie, inoculé et cultivé, peut-il produire l'ostéomyélite aiguë infectieuse? C'est ce que les expériences en cours d'exécution de M. Becker viendront sans doute nous apprendre. P. Brigon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 janvier 1884. — Présidence de M. Rolland.

L'Académie nomme M. Bouley, professeur de pathologie comparée, *vice-président* pour l'année 1884. M. Bouley sera président en 1885.

Des modifications que présentent les muscles à la suite de la section des nerfs qui s'y rendent. — M. Babinsky cherche quelles sont les modifications qui se produisent dans un muscle qui n'est plus en connexion avec le système nerveux central. Y a-t-il atrophie simple ou myosite lente, comme on l'a successivement prétendu jusqu'à présent? D'après M. Babinski, il y aurait prolifération intense du protoplasma non différencié et atrophie consécutive du protoplasma strié. Les deux processus se rencontreraient dès lors en même temps. Le mot d'atrophie n'exprime donc pas mieux la lésion que celui de dégénération.

De la myopathie atrophique progressive (myopathie héréditaire) débutant dans l'enfance par la face, sans altération du système nerveux; par MM. Landouzy et Déjerine.—Dans l'atrophie musculaire primitive de l'enfance, la moelle épinière et les nerfs périphériques sont indemnes. C'est une affaire de système musculaire. Cette atrophie musculaire progressive de l'enfance diffère complètement, dans l'état actuel de la science, de la forme décrite chez l'adulte (Aran, Duchenne) et offre les caractères suivants: 1° Le début par les muscles de la face est constant; 2° Dans l'atrophie musculaire de l'enfance, le système nerveux ne joue aucun rôle dans la pathogénie de la myopathie.

Il faut donc distinguer deux atrophies musculaires: 1° L'atrophie myélopathique de l'adulte; 2° L'atrophie myopathique de l'enfance.

Recherches sur la rage.— On a beaucoup vanté la pilocarpine et même l'ail ordinaire pour le traitement de la age. M. Gibier, après avoir saturé des animaux de ces deux substances, leur injecte du virus rabique. Les animaux succombent comme s'ils n'avaient reçu aucun médicament.

Note accompagnant des photographies de grandeur naturelle de deux enfants extraits par laparotomie dans des grossesses extra-utérines; par M. Just Lucas Championnière.— Il s'agit de deux fœtus extraits par l'ouverture de l'abdomen, de deux kystes intra-péritonéaux. Les deux enfants avaient macéré dans le pus. Les photographies montrent qu'ils n'ont pas été complètement enlevés. Néanmoins, les deux opérées ont guéri sans accident. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 janvier 1884. — Présidence de M. P. Bert.

M. Brémaud communique le résultat de ses recherches sur la *contracture dans la catalepsie hypnotique*. En étudiant les phénomènes de contracture dans les différents états hypnotiques provoqués chez des sujets sains, M. Brémaud a signalé précédemment la concordance et la similitude de ces états avec ceux développés chez les hystéro-épileptiques. Il semble cependant que cette similitude cesse dans l'état cataleptique. Ainsi, MM. Charcot et Richer disent formellement que la contracture ne se manifeste point chez leurs malades placées dans l'état de catalepsie. Sur les nombreux sujets chez lesquels l'auteur a pu étudier ces phénomènes hypnotiques, la catalepsie ne lui a point semblé un obstacle à la production des contractures. En effet, sur un sujet mis en catalepsie par la fixation prolongée d'un point brillant, et sur lequel on constate une dilatation exagérée des pupilles, le ralentissement de la respiration, la légèreté particulière des membres et leur tendance à garder indéfiniment la situation dans laquelle on les place, il suffit d'un choc peu violent pour contracturer immédiatement les masses musculaires ainsi frappées, le reste du corps gardant sa souplesse et la propriété de rester dans la position où on les met. Dans les mêmes conditions de catalepsie, un choc brusque agissant à la partie supérieure de la colonne vertébrale et ébranlant tout le corps détermine une contracture générale rendant le corps rigide et susceptible d'être déplacé en masse et tout d'une pièce. Enfin, un courant d'air dirigé sur une partie quelconque du corps détermine une contracture locale: s'il est dirigé sur la nuque, il produit une contracture générale. — L'état cataleptique développé chez les sujets sains différerait donc sensiblement de l'état cataleptique développé chez les hystéro-épileptiques.

M. Bert. Il y a quelque vingt-cinq ans, je me souviens avoir été un des assidus aux séances de magnétisme du baron du Potet. Dans ces séances, il était assez difficile de démêler ce qui était de bonne foi de ce qui était de mauvaise foi. Sur le passage du maître, on voyait des sujets tomber instantanément en catalepsie. Un jour, M. du Potet, qui m'avait remarqué et s'était aperçu que j'étais un incrédule, m'appela et mit devant moi une femme en catalepsie, dans l'attitude d'une *Renommée*. Puis, étant passé derrière elle, il fit je ne sais quel mouvement à la suite duquel cette femme s'abattit sur le sol, comme une masse inerte; elle tomba avec une telle violence que toute simulation était impossible. M. Brémaud ne croit-il pas que cette contracture ait pu être détruite par une insufflation sur la nuque, qui aurait été inaperçue des spectateurs?

M. Brémaud répond que les sujets entraînés longuement, par des expériences antérieures, peuvent acquérir une impressionnabilité telle que le choc de l'air déplacé par un mouchoir ou un éventail agité à quelques mètres peut suffire pour déterminer chez eux une contracture générale. Ce phénomène est connu des magnétiseurs de profession, et ils s'en servent pour établir leur puissance devant le public.

M. Rabuteau. Il s'agit d'observations très curieuses. M. Brémaud ne pourrait-il nous présenter les sujets sur lesquels il opère?

M. Brémaud. Je regrette de ne pouvoir faire cette présentation à la prochaine séance, mais je suis médecin de marine et dans l'obligation de rejoindre mon poste dans quelques jours. Cependant, je fais ce soir au cercle St-Simon une conférence dans laquelle j'expérimenterai sur deux sujets (sous-officiers de marine) qui m'ont accompagné à Paris. J'ai déposé sur le Bureau des lettres d'invitation et je serai heureux si quelques membres de la Société me font l'honneur d'y assister.

M. Rabuteau. Cette non-présentation est très regrettable, car nous ne serons pas éclairés et il va se passer dans cette occasion ce qui s'est déjà passé pour Millie-Christine (*Exclamations et marques de désapprobation*).

M. Bert. C'est moi qui ai parlé de Millie-Christine à la Société. Je ne comprends pas l'allusion de M. Rabuteau et je le prie de s'expliquer.

M. Rabuteau. Cela est facile. Je veux dire que, à mon grand regret, notre Société se transforme en Société de magnétiseurs. On nous parle de pneumothérapie, de métallothérapie, de xylothérapie, et....

M. Köstlin, *Experimentelles über die akute infektiöse Osteomyelitis, Inaug.-Dissert.*, Halle, 1880. Cet auteur injectait du pus provenant d'abcès ostéomyélitiques par voie hypodermique ou intra-veineuse, ou le faisait avaler (avec les aliments) à des animaux chez lesquels il avait produit une fracture sous-cutanée. Une seule de ses expériences fut suivie de succès.

© BIU Santé

M. Bert. Je vous demande de préciser l'allusion à Millie-Christine.

M. Rabuteau. Je précise. J'entends dire qu'il y a deux ans vous avez parlé de Millie-Christine. Or, vous ne l'avez pas vue ou ne l'avez vue qu'à travers un corset. D'autre part, votre communication n'a pas été publiée dans les Bulletins de la Société (*Dénégations sur plusieurs bancs*).

M. Bert. Je regrette la malheureuse association d'idées qui s'est produite chez M. Rabuteau. Lorsque MM. Charcot, Dumontpallier, Richer, etc., sont venus exposer leurs idées, personne n'a songé à réclamer; j'aurais aimé qu'il en eût été de même pour M. Brémaud. Mais je laisse ce point et j'arrive à un fait personnel, celui de Millie-Christine. Il y a deux ans, j'ai fait non seulement à la Société de Biologie, mais encore à la Société d'Anthropologie, une communication sur Millie-Christine; cette communication a été imprimée dans les Bulletins. Maintenant, M. Rabuteau me dit que je n'ai pas vu ces deux sœurs, ou que je les ai vues avec un corset. Qu'en sait-il? J'ai vu Millie-Christine, je l'ai examinée, et je donne un démenti formel à M. Rabuteau. Mon examen, sans avoir été aussi complet que celui de M. Wirchow, a été suffisant pour que j'aie pu parler en connaissance de cause. Je déplore qu'un incident aussi pénible ait été soulevé, mais je ne pouvais laisser émettre des doutes sur la véracité des faits que j'avais avancés.

A la demande d'un grand nombre de membres de la Société, l'incident si malheureusement soulevé par M. Rabuteau est clos.

M. Grancher, sur la demande du président, résume la communication qu'il a faite à l'Académie de médecine sur l'*épidémie de trichinose d'Emersleben*. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer au compte rendu précédemment publié par notre collaborateur M. Josias (1).

M. Grimaux entretient la Société des recherches qu'il a entreprises depuis quelque temps relativement à la *coagulation des matières albuminoïdes*.

Election. — Au cours de la séance, il avait été procédé à un vote pour l'élection dun membre titulaire. Etaient présentés: En 1re *ligne*, M. Gellé; en 2e *ligne* et *ex-æquo*, MM. Beauregard, Blanchard, Bloch, Cadiat, Déjerine et Vidal; en 3e *ligne*, MM. Balzer, Chouppe, Féré et Leloir. Le dépouillement du scrutin donne les résultats suivants: Votants, 39; majorité, 20. M. Gellé, 21 voix; M. Vignal, 15; M. Déjerine, 2; M. Blanchard, 1. En conséquence, M. Gellé est proclamé membre titulaire de la Société.

Deux communications sont encore inscrites à l'ordre du jour, et l'on voit M. Burq se diriger gravement vers le Bureau avec un volumineux dossier sous le bras. Il se produit un sauve-qui-peut général. M. Bert, que sa grandeur retient ..... à la présidence, dit à M. Burq que, vu l'heure avancée, il serait bien bon de remettre sa communication à huitaine. M. Burq, toujours très grave, acquiesce à cette demande et la séance est levée.

A. Blondeau.

(1) V. n° 2 de 1884, p. 26.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 janvier 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Dieulafoy a essayé de simplifier l'opération de la *transfusion du sang;* et, afin de la rendre plus facile et plus accessible, a fait construire par M. Colin un instrument spécial. La transfusion est pratiquée de bras à bras, à l'aide d'un petit corps de pompe en verre, et par l'intermédiaire de petits trocarts de un millimètre et demi de diamètre, préalablement introduits dans les veines des deux sujets. L'instrument de M. Dieulafoy est construit de telle sorte qu'on évite toujours l'introduction de l'air dans les veines. Dans ces conditions, la transfusion réunit les avantages suivants: 1° L'opération qui consistait à dénuder la veine du sujet à transfuser, et la saignée faite chez le sujet qui donne le sang, ces opérations sont remplacées par deux piqûres insignifiantes et absolument inoffensives. Ces piqûres, en ménageant les veines et la peau de la région, permettent de recommencer l'opération à bref délai, et aussi souvent qu'on le juge nécessaire. Il y a néanmoins des cas où il sera nécessaire de mettre à nu la veine du sujet à transfuser; c'est quand, à la suite d'hémorrhagie, ou par suite d'infiltration œdémateuse, il ne serait pas possible d'obtenir une veine assez saillante, assez volumineuse, ou assez superficielle pour y pénétrer d'emblée d'un coup de trocart; 2° La transfusion se fait à l'abri du contact de l'air, puisque le vide est fait dans l'appareil et dans le récipient où le sang vient de passer avant d'être transfusé; 3° Il est impossible d'injecter dans la veine la moindre bulle d'air; car, en supposant que quelques bulles d'air passent à travers une des pièces de l'appareil, cet air monte et s'accumule à la partie supérieure du récipient, tandis que le sang est pressé à sa partie inférieure.

M. Chatin, à l'occasion du procès-verbal, déclare que si, dans la discussion relative à la *trichinose*, il a invoqué le témoignage de plusieurs savants, c'était dans le but de donner une plus grande portée à son opinion, relativement à la trichinose contractée par l'homme et ce, par le fait des rats.

M. Brouardel ne conteste nullement les excellentes intentions de M. Chatin, mais estime que, dans la discussion actuelle, les noms invoqués par ce dernier ne sauraient amoindrir ce qui a été dit sur le diagnostic de la trichinose, puisque ces noms illustres appartiennent à des hommes qui ne sont pas des cliniciens.

M. Germain Sée, à l'occasion du procès-verbal, vient répondre à M. Colin, qui, on s'en souvient, avait déclaré que sa communication sur les *bacilles de la tuberculose* n'était nullement fondée. Or, M. Colin n'a jamais étudié le bacille tuberculeux, puisqu'il ne l'a jamais recherché avec les réactifs de coloration qu'on emploie quotidiennement dans les hôpitaux de Paris. On ne s'étonnera donc pas si M. Colin se trouve dans l'impossibilité matérielle de ratifier ses dénégations. En clinique, tout le monde admet maintenant que là où on trouve le bacille, il y a du tubercule, et réciproquement que, là où existe le vrai tubercule, il y a des bacilles. Un exemple emprunté à la clinique de M. Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, sera plus éloquent que toutes les dissertations et va plaider, avec persuasion, la cause du bacille tuberculeux. Cet exemple vise un malade qui présentait tous les signes physiques de la tuberculose pulmonaire, mais chez lequel l'examen des crachats, autrement dit la recherche du bacille, resta infructueux. L'autopsie vint confirmer l'importance qu'il convient de donner à l'existence ou à la non-existence du bacille dans le diagnostic de la tuberculose; l'autopsie, en effet, a démontré qu'il ne s'agissait nullement de tubercules pulmonaires, mais de dilatations bronchiques.

M. Colin maintient qu'il est parfaitement compétent dans les questions bacillaires, et persiste à vouloir étudier le bacille de Koch sans recourir à la méthode des colorations.

M. Villemin fait une communication sur la *virulence de la tuberculose*. M. Villemin ne veut pas aborder en ce moment la question relative aux microbes de la tuberculose, et tient surtout à combattre les idées qui ont été émises par M. Colin (d'Alfort), dans une des précédentes séances, sur cette virulence de la tuberculose. Toutes les fois qu'on a pratiqué l'expérimentation, on a eu soin d'inoculer le tubercule sous la peau, à l'aide d'une lancette. Il importe tout d'abord de ne pas confondre les lésions de la vraie tuberculose avec celles qu'engendre la fièvre traumatique. Cette confusion, cependant, a régné longtemps avec Dupuytren, Blandin, Cruveilhier, etc. Aujourd'hui, on sait que la contamination de la tuberculose peut s'effectuer soit par l'intermédiaire d'instruments malpropres, soit par la vie en commun avec des personnes tuberculeuses. Bien plus, les expériences récentes de MM. Landouzy et H. Martin ont prouvé que le sang lui-même renferme les principes de la tuberculose. En un mot, tous les savants, sauf M. Colin, se montrent d'accord pour déclarer que les matières tuberculeuses, recueillies sur des sujets tuberculeux, sont seules susceptibles de produire la tuberculose. Les expériences du

© BIU Santé

Dr H. Martin sont, en effet, des plus convaincantes. M. Colin commet donc une erreur en voulant identifier la phtisie vermineuse et la tuberculose ordinaire. En ce qui concerne les inoculations des produits virulents, des principes microbiens, les résultats varient à l'infini, quelque minime que soit la quantité introduite sous la peau. A ce sujet, M. Colin se contredit souvent, car ses déclarations récentes contrastent avec ses expériences de 1879. A cette époque, en effet, M. Colin a présenté à l'Académie un lapin à qui il avait inoculé un tubercule microscopique, et qui, néanmoins, succomba avec des tubercules dans tous les organes de l'économie.

M. Colin (d'Alfort) reconnait avoir présenté un lapin tuberculeux, à qui il avait inoculé une très petite quantité de tubercules. Néanmoins, il persiste à penser que M. Villemin, dans ses expériences, a toujours injecté sous la peau des matières tuberculeuses en proportions trop considérables. Dans ces circonstances, M. Villemin a déterminé de vastes foyers caséeux dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les points où le tubercule a été inoculé. La matière caséeuse s'engage alors dans les vaisseaux lymphatiques pour aller constituer des tubercules ou des pseudo-tubercules dans les divers organes.

M. Villemin n'accepte pas l'interprétation que M. Colin se croit en droit de donner sur ses propres travaux, car elle ne répond nullement aux faits. M. Villemin maintient énergiquement son opinion sur la virulence de la tuberculose, telle qu'il l'a établie dans ses travaux antérieurs, dans ses écrits.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 12 janvier 1884. — Présidence de M. Cornil.

Bureau pour 1884.

La Société anatomique de Paris, dans sa séance annuelle du 11 janvier, a renouvelé son Bureau, qui se trouve ainsi constitué pour l'année 1884.

Président : M. Cornil.
Vice-présidents : MM. Balzer et Quénu.
Secrétaires : MM. A. Mathieu et Charrin.
Trésorier : M. Josias.
Archiviste : M. Marie.
Membres titulaires du Comité : MM. Ballet, Brault, Talamon. — *Membres adjoints du Comité* : MM. Chantemesse, Derignac, G. Marchant.

Séance du 4 mai 1883. — Présidence de M. Cornil.

10. Rupture spontanée du cœur. — Dégénérescence graisseuse du cœur. — Athérome, caillot ancien de l'artère coronaire antérieure, cirrhose cardiaque. — Néphrite interstitielle ; par MM. Albert Josias, chef de clinique de la Faculté, et Bétremieux, interne des hôpitaux.

Le nommé Duverne, âgé de 52 ans, employé, entre le 28 janvier 1883 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, lit n° 16, dans le service de M. le professeur Hardy.

Cet homme déclare être souffrant depuis un mois environ. Dans ses antécédents, on ne trouve rien de spécial ; il n'aurait jamais eu de rhumatisme articulaire. Il a subi des privations, vit dans des conditions d'hygiène déplorables et raconte qu'il éprouve une difficulté notable à monter son escalier. Son médecin, qui le soigne pour une maladie de cœur, lui a fait aujourd'hui même des pointes de feu sur la région précordiale. Le médecin qui l'envoie à l'hôpital déclare, sur un certificat, qu'il est atteint d'angine de poitrine et que ses urines contiennent une quantité considérable d'albumine et quelques traces de sucre. Les urines contiennent, en effet, beaucoup d'albumine, mais pas la moindre trace de sucre.

Le malade accuse alors une sensation d'oppression, de gêne en arrière du sternum, à laquelle il ne semble pas attacher une grande importance ; il prétend que, la nuit, il est oppressé, mais ne paraît pas avoir eu un accès de suffocation. La face est congestionnée ; légère anhélation. Au cœur, on ne constate pas de bruits pathologiques, ni souffle, ni dédoublement. Rien non plus dans les poumons, sinon une respiration rude. Le malade n'a pas remarqué que ses jambes aient été enflées ; en effet, il n'y a pas d'œdème des jambes, le doigt ne laisse pas de godet appréciable sur la face interne du tibia. Dans la soirée, le malade se lève, cause à ses voisins et paraît seulement un peu gêné pour respirer, mais, la nuit, l'oppression l'empêche de rester au lit et il passe presque toute la nuit sur un fauteuil. T. 40°.

29 *janvier*. Ce matin, le malade ne profère aucune plainte, descend pour aller à la cantine du concierge et, à peine revenu dans la salle, il veut se coucher. A ce moment, il est pris d'une oppression épouvantable, fait quelques efforts d'inspiration et meurt sans avoir pu proférer un seul mot, vers huit heures du matin, et sans hémoptysie.

Autopsie. — *Cœur*. Poids du cœur et de l'origine des gros vaisseaux : 650 gr. Péricarde surchargé de graisse.

Dès l'ouverture du péricarde, on constate que le cœur est noyé au milieu d'une mare de sang noir. Le sang le masque complètement. Ce sang, qui a une couleur rouge groseille foncé, est coagulé ; aussi, il est aisé de l'enlever avec la main. Un courant d'eau lancé sur le cœur, de façon à le nettoyer, permet de remarquer l'existence d'une plaie longitudinale à la face antérieure du ventricule gauche. Cette plaie est aussi nette en apparence que celle qui serait produite avec un instrument tranchant. La plaie mesure 42 millimètres ; son extrémité supérieure est à 38 millimètres de l'artère pulmonaire ; son extrémité inférieure est à 52 millimètres de la pointe du cœur. La plaie est linéaire, parallèle à la cloison interventriculaire ; l'écartement des lèvres de cette plaie montre une partie supérieure graisseuse, jaune, et une partie inférieure ou fond, d'un rouge brun ; ce fond est constitué par le muscle cardiaque. Le doigt pénètre facilement à travers cette plaie et arrive ainsi dans la cavité ventriculaire gauche. La plaie ventriculaire, ou orifice interne du trajet, est irrégulière et est constituée aux dépens du muscle cardiaque ; le petit doigt la pénètre aisément. Un stylet s'introduit par l'orifice externe, après avoir pris une direction oblique de bas en haut et de gauche à droite. Cet orifice externe est situé à la partie supérieure de la plaie que nous avons mentionnée à la face antérieure du ventricule gauche et se trouve à 13 millimètres au-dessus de l'angle inférieur de cette plaie. A l'extrémité inférieure de cette même plaie, se trouve une petite artère béante, athéromateuse.

La pointe du cœur est effacée, arrondie. La paroi externe du cœur est surchargée de graisse. Au niveau de la pointe, on voit sous le péricarde et par transparence quelques suffusions sanguines. La graisse est surtout abondante au niveau de l'infundibulum, autour de l'origine de l'aorte, sur le ventricule droit et l'oreillette droite.

Une section transversale du cœur, faite au niveau de la pointe, à un centimètre au-dessous de l'extrémité inférieure de la plaie ventriculaire, montre que le ventricule gauche, dont les parois sont amincies, est rempli de sang et notablement dilaté. Le sommet du ventricule est comblé par un caillot fibrineux, rougeâtre, adhérant aux fibres charnues ; ce caillot, ainsi sectionné, se continuait avec un caillot semblable, également rougeâtre, pulpeux, lequel occupait l'orifice interne du trajet de la plaie et le trajet lui-même. Tout d'abord, nous pensons que nous avons affaire à la fibre cardiaque ramollie, déchiquetée ; mais, un nettoyage délicat de la région ne tarde pas à nous convaincre que nous sommes bien en présence d'une masse sanguine fibrineuse, s'étant déposée entre les fibres du cœur. Cette masse s'enlève facilement, en effet, pour mettre à nu les piliers charnus du cœur, non dépolis. En outre, il existait dans l'intérieur de ce même ventricule des caillots récents, les uns noirâtres, gelée de groseilles, les autres couenneux, jaunâtres.

Epaisseur.	Paroi postérieure du ventricule gauche. .	8 millimètres.
	Paroi interventriculaire	7 —
	Paroi antérieure du ventricule gauche. .	5 —
	Paroi externe du ventricule gauche. . .	10 —

© BIU Santé

Le ventricule droit est très effacé. Les valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont suffisantes. La valvule mitrale est normale. L'aorte est athéromateuse. Toute la surface interne de la crosse est parsemée de plaques d'athérome. Les valvules sigmoïdes de l'aorte, les artères coronaires, principalement l'artère coronaire gauche ou antérieure, sont athéromateuses. Le muscle cardiaque a une couleur brune.

Poumons congestionnés. Pas d'infarctus. Pas d'adhérences pleurales.

Foie hypertrophié : 2 kilogr. 425. Le couteau crie légèrement lorsqu'on pratique des coupes. La surface de la coupe est granuleuse, les îlots hépatiques apparaissent comme des points rougeâtres, étranglés par une périphérie grise. L'examen histologique montre que le parenchyme est sclérosé.

Reins très congestionnés, se décortiquant difficilement ; les glomérules de Malpighi sont saillants. Le rein droit pèse 140 grammes ; le gauche 175 grammes. L'examen histologique révèle les lésions de la néphrite interstitielle et la présence, dans un certain nombre de tubuli, de cylindres hyalins.

Rate hypertrophiée. Hauteur, 19 centimètres ; largeur, 9 centimètres. Le grand épiploon est chargé de tissu adipeux. Le tissu cellulaire sous-cutané est remplacé par une épaisseur notable de graisse.

Examen microscopique du muscle cardiaque, le 31 janvier 1883. — Les fibres musculaires, prises au niveau de l'orifice interne de la plaie et dans d'autres endroits de la face interne du cœur, sont dissociées dans le picro-carminate d'ammoniaque et traitées ensuite par la glycérine. Ces fibres sont pâles, granuleuses, granulo-graisseuses. Quelques-unes paraissent indemnes de granulations, mais le plus grand nombre sont manifestement granuleuses.

Examen histologique, pratiqué au laboratoire de la Clinique, par M. le Dr Dubar. — *Muscle cardiaque*. Des portions du muscle cardiaque placées dans l'eau alcoolisée, puis dissociées, ont été colorées au picro-carminate neutre d'ammoniaque. Ces fibres musculaires sont très altérées. Examinées à un très fort grossissement, on y constate la présence de petites gouttelettes graisseuses, rangées parallèlement aux divisions longitudinales du faisceau primitif, ce qui explique que la striation longitudinale est beaucoup plus accusée à l'état normal. Des gouttelettes plus volumineuses se voient entre les divers groupes de faisceaux primitifs. La striation transversale est conservée.

Artère coronaire antérieure. Cette artère présente, dans son trajet, un caillot qui l'obture complètement. Ce caillot est adhérent par sa circonférence à la membrane interne et est formé par un réseau de fibrine renfermant dans ses mailles des globules sanguins très granuleux. La paroi artérielle est très épaissie. La tunique interne est au moins six fois plus épaisse que la couche musculeuse qui, on le sait, est, à l'état normal, beaucoup plus développée que la membrane interne.

Au grossissement de 250, on voit que la tunique externe ou adventice est enflammée par place. Il existe, en effet, une accumulation assez notable de globules blancs entre les mailles du tissu conjonctif. Dans la tunique moyenne, la couche élastique externe existe sans modification. La couche musculeuse a son épaisseur normale, mais ses fibres lisses ont subi la dégénérescence graisseuse. Rien à signaler du côté de la membrane élastique interne. C'est du côté de la tunique interne que l'on rencontre les altérations les plus considérables. Cette tunique, d'une grande épaisseur, est infiltrée, dans toute son étendue, de granulations graisseuses. En quelques points, ces granulations se sont rassemblées en îlots ou sous forme de grosses gouttelettes huileuses. Les cellules allongées de la tunique interne sont remplies de granulations graisseuses réfringentes. En d'autres points, on remarque la présence d'amas d'acide gras.

Foie. Les lésions du foie sont celles d'une cirrhose cardiaque. Les capillaires intralobulaires sont très dilatés et renferment une grande quantité de globules rouges. Les cellules hépatiques sont rangées par bandes de cellules juxtaposées, placées sur une seule rangée. Chaque bande de cellules est comprise entre deux capillaires très dilatés. Ces cellules renferment des granulations graisseuses. Leur noyau est encore très apparent et fortement coloré par le picro-carminate d'ammoniaque. A côté de cette congestion intense des capillaires hépatiques, on trouve d'autres lésions intéressantes. Des faisceaux de tissu fibreux et des amas de cellules embryonnaires sillonnent le tissu hépatique en tous sens. On en rencontre entre les lobules et dans leur épaisseur.

Dans les espaces-portes, on trouve un grand nombre de pseudo-capillaires biliaires. Les veines sus-hépatiques sont entourées d'une couche épaisse de tissu fibreux dans lequel se voient des capillaires biliaires dilatés.

Reins. Les reins offrent les lésions de la néphrite interstitielle. La capsule qui entoure les glomérules de Malpighi est très épaissie. Les *tubuli contorti* et ceux des pyramides de Ferrein et de Malpighi sont entourés par une couche épaisse de tissu fibreux. Un grand nombre de glomérules ont subi la transformation fibreuse et ont diminué beaucoup de volume. D'autres sont assez volumineux et l'on y y constate la présence d'un grand nombre de noyaux colorés en rouge. En même temps, existent des altérations des cellules des tubuli. Celles-ci sont devenues granuleuses ; on n'aperçoit plus que difficilement leur noyau.

11. Cancer de l'estomac.— Cancer secondaire des capsules surrénales du foie, du pancréas, congestion et inflammation des corps cérébraux. — Vomissements bilieux. — Teinte pigmentée de la peau ; par M. le Dr Albert Josias, chef de clinique de la Faculté.

La nommée Joffroy (Clémentine), âgée de 38 ans, repasseuse, est entrée le 8 décembre 1882 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne, lit n° 21, dans le service de M. le professeur Hardy.

Pas d'antécédents héréditaires, bonne santé habituelle. — Début : Il y a 15 mois, la malade a commencé à éprouver des crises gastralgiques, consistant en sensations de brûlure au niveau de l'estomac, avec irradiations semblant partir de l'ombilic pour remonter le long de l'œsophage.

Ces crises revenaient sept ou huit fois par jour ; la douleur cessait brusquement, cinq minutes après. A la même époque, la malade a commencé à vomir, elle rendait des mucosités et ses aliments qui, plusieurs heures après leur ingestion, étaient encore reconnaissables. Pendant une année, la malade a continué son travail, sans suivre aucun traitement, et la maladie est restée stationnaire. Au commencement de novembre 1882, la malade, très affaiblie, est obligée de garder le lit et de se soumettre au régime lacté. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs diminuent, mais elle continue à vomir le lait qu'elle prend. Depuis le mois d'août, elle éprouve des douleurs dans les reins et dans toute la région lombaire.

A partir du mois de novembre, elle a commencé à souffrir du membre inférieur gauche, dans lequel elle éprouvait des engourdissements. Vers le mois d'octobre, la malade remarque que sa jambe gauche est moins volumineuse et moins forte que l'autre ; et, d'après son dire, elle aurait également un affaiblissement du bras gauche.

Etat actuel. Au moment où nous l'examinons, la pression sur tous les points de la cuisse et de la jambe exaspère la douleur ; et il n'est guère possible de préciser un point névralgique spécial.

La malade entre à l'hôpital le 8 décembre. A ce moment, les douleurs gastriques sont très vives ; elle vomit des mucosités et ses aliments. Vers le 13 décembre, elle rend une petite quantité de matières noires, provoquant au passage dans la bouche une sensation d'amertume assez prononcée et offrant une coloration noire comme celle de la suie. Ces hématémèses, peu abondantes, se sont reproduites plusieurs fois (trois fois environ). Depuis ce moment, la malade est soumise au traitement par le lait glacé, sous l'influence duquel les vomissements et les douleurs d'estomac diminuent.

© BIU Santé

Examen de l'abdomen. L'abdomen est aplati, excavé. La palpation abdominale n'est pas aussi douloureuse que les jours précédents. On constate au-dessus de l'ombilic une tumeur dure, mobile, se déplaçant sous la paroi abdominale, suivant les mouvements de la respiration, et offrant les dimensions d'une pièce de cent sous environ. Cette tumeur, manifestement appréciable, est douloureuse à la pression. *Foie* : Débordant les fausses côtes, dur, à surface polie, non douloureux. *Rate* : Normale. Circulation collatérale légère. *Poitrine* : Les poumons et le cœur sont sains.

Etat général. La malade est très amaigrie, profondément cachectique. La face présente un teint jaunâtre, terreux, bronzé; cette teinte, véritable teinte cancéreuse, se généralise à tout le tégument externe; la peau est sèche, couverte de rides. *Pouls* : Le pouls est très petit. — Pas d'ictère, ni d'ascite.

4 *janvier.* Depuis deux jours, la malade a de la *diarrhée*; elle a rendu aujourd'hui la valeur d'un demi-verre de mucosités verdâtres qui, traitées par l'acide nitrique, ne décèlent pas la présence de la bile. Le toucher vaginal et le toucher rectal ne révèlent rien d'anormal.

7 *janvier.* Ce matin, nous assistons pour la première fois à un vomissement de bile. La malade se plaint de son ventre, mais a toujours de la diarrhée.

8 *janvier.* Vomissements verdâtres, porracés. Néanmoins, le ventre n'est pas douloureux, sauf au niveau de la tumeur. Les douleurs sciatiques sont moins vives. Badigeonnages de l'abdomen avec de la teinture d'iode.

10 *janvier.* Hier au soir, T. 39°; la malade s'est plainte toute la nuit de douleurs très vives au niveau de l'épigastre. Elle a eu le matin du 8 janvier, après la visite, une diarrhée très abondante qui a cessé brusquement pour faire place à des vomissements verdâtres; à partir de ce jour, elle n'a pas été à la garde-robe. Obtusion des facultés intellectuelles. T. 39°. P. 105. Elle est très affaissée.

11 *janvier.* Elle se plaint constamment. Pouls très petit, à peine perceptible.

12 *janvier.* La malade est dans un état d'abattement complet. Les yeux grandement ouverts, la bouche entr'ouverte, elle jette continuellement des cris. Elle paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais ne répond pas. Constipation. Mictions et défécations involontaires. T. 38°, elle boit très peu et paraît avoir de la dysphagie. Pouls très faible, très petit et difficile à compter. Elle a encore vomi de la bile.

13 *janvier.* Depuis hier au soir, la malade rend un peu de pus par le rectum, et, du côté de l'anus, on remarque de l'œdème anal. Amaigrissement considérable et cachexie de plus en plus avancée. Teinte bronzée de plus en plus marquée.

14 *janvier.* Elle est couchée sur le côté gauche, les jambes pliées. Emaciation considérable, le moindre attouchement provoque de la douleur. Ventre peu ballonné, non douloureux à la palpation, pas de sensation de tumeur. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Légère eschare sur la région sacrée. Non seulement il existe un bourrelet hémorrhoïdal, mais la grande lèvre gauche est œdématiée et couverte d'un pus verdâtre. Les deux petites lèvres sont œdématiées. Depuis quelques jours, injection de morphine tous les soirs, de un centigramme.

15 *janvier.* La malade est morte ce matin.

Autopsie, le mardi 16 janvier. — Rigidité cadavérique. Abdomen aplati; avant l'ouverture de l'abdomen, le palper ne dénote pas la présence d'un néoplasme. Dès l'ouverture de l'abdomen, il est aisé de constater qu'il n'existe aucune trace de péritonite ; les anses intestinales sont légèrement vascularisées et ne sont recouvertes par aucun exsudat. La simple inspection révèle un néoplasme blanchâtre au niveau de l'orifice pylorique, où le toucher dénote une dureté réelle. Pas de pus dans le petit bassin.

Œsophage non variqueux. *Estomac* peu dilaté, renfermant un verre environ de matières jaune d'ocre, semi-consistantes. Les matières, traitées par l'acide nitrique, le chloroforme et l'acide nitrique, donnent une coloration rosée semblable à celle qu'on obtient avec les urines hémaphéiques. Pas de biliverdine. L'examen microscopique montre de gros filaments cellulaires et des cristaux.

La surface muqueuse de l'estomac, blanchâtre, n'est ulcérée en aucun point. Au niveau de l'orifice pylorique, les parois de l'estomac sont manifestement épaissies, dures au toucher; la surface est d'un blanc mat, non ulcérée, non vasculaire. Cette tumeur est annulaire, rétrécit l'orifice pylorique, à tel point qu'il est impossible de le traverser avec le petit doigt; un courant d'eau ne semble pas le franchir. C'est à peine si on peut découvrir ce qui reste d'orifice pylorique. A la coupe, cette tumeur offre un aspect lardacé. Ce cancer est bien limité au pylore et ne s'étend ni sur la petite courbure, ni sur les faces de l'estomac.

Repli gastro-hépatique. Quelques adhérences. *Foie*, poids, 1504. La partie antérieure du lobe droit contient quelques noyaux blancs, ayant les dimensions d'une lentille ou d'un gros pois. Ces noyaux sont absolument opaques et lisses à la coupe, ayant tous les caractères macroscopiques des noyaux cancéreux. Adhérences diaphragmatiques. La vésicule biliaire, affaissée, renfermait un liquide consistant, épais, grisâtre.

Ganglions hépatiques et stomacaux peu hypertrophiés. *Rate*, poids 225, diffluente. *Reins.* Les deux reins sont munis de leur capsule, qu'il est facile de délimiter. Les capsules coiffent d'une manière d'autant plus appréciable l'extrémité supérieure des reins qu'elles sont notablement hypertrophiées. La capsule gauche est la plus volumineuse. Rein gauche avec sa capsule, 190 gr. Rein droit avec sa capsule, 145 gr.

Capsules surrénales. A la coupe, les surfaces se caractérisent par des noyaux blancs circonscrits par des traînées rouges vasculaires. Quelques noyaux blancs sont parsemés de points vasculaires. L'écorce est notablement épaissie. La surface de coupe a l'aspect du nougat.

Reins. A la coupe, aucun noyau cancéreux. Décortication facile, les surfaces corticale et centrale sont décolorées, anémiées. Les *ganglions prévertébraux* sont hyperémiés. La région lombaire de la colonne vertébrale est saillante, mais sans aucune exostose. La section de la colonne vertébrale, à ce niveau, permet de reconnaître une infiltration rouge des corps vertébraux et quelques îlots grisâtres, ramollis.

Utérus. Normal. *Annexes de l'utérus.* Normaux. *Poumons.* Au sommet du poumon gauche, trois petites excavations à contenu caséeux. Le reste est congestionné. *Cœur.* Petit. Aucune altération valvulaire.

Examen histologique, pratiqué au laboratoire de la clinique, par M. le Dr Dubar. — Les pièces, d'abord placées dans l'alcool, ont été transportées ensuite dans le liquide de Müller. Elles ont été durcies par la gomme et l'alcool. Les portions du corps des vertèbres ont été décalcifiées par l'acide picrique. Les coupes ont été colorées par le picro-carminate d'ammoniaque.

Estomac. A un faible grossissement, on constate que les glandes muqueuses (glandes à mucus) sont très hypertrophiées. Au-dessous d'elles, et venant presque jusqu'au contact de leurs culs-de-sac, on voit des îlots de coloration brunâtre, allongés dans le sens de la coupe. Ces îlots sont nombreux dans toute l'épaisseur de la couche sous-glandulaire de la muqueuse. Ils sont séparés les uns des autres par d'épais faisceaux de tissu fibreux. A un fort grossissement (300 D), on constate que les îlots sont formés par des cellules de dimensions et de formes variables, la plupart cependant globuleuses. Ces cellules ont un noyau volumineux et un nucléole. Les grosses travées qui séparent les îlots cellulaires les uns des autres sont constituées par des faisceaux de tissu conjonctif parsemés de noyaux. *Diagnostic histologique*, carcinome squirrheux.

Foie. Sur une coupe pratiquée au niveau d'un noyau de généralisation du cancer, on distingue facilement, à un faible grossissement, la partie malade de la partie saine du foie. La partie malade a une coloration générale rosée, tandis que la partie saine est jaunâtre. Dans cette partie rosée, on

© BIU Santé

aperçoit de petits amas cellulaires au milieu d'un stroma fibreux.

A un fort grossissement, le stroma se montre constitué par du tissu fibreux parsemé de noyaux. Ce tissu fibreux est disposé en faisceaux, qui circonscrivent des alvéoles. Dans ces alvéoles existent des cellules globuleuses ou aplaties, munies d'un noyau et d'un nucléole. Elles ressemblent en tous points à celles que nous avons vues dans l'estomac, sauf qu'elles paraissent un peu plus petites. Le foie, dans le voisinage, est fortement congestionné.

Capsules surrénales. On y rencontre des noyaux disséminés dans toute l'épaisseur de l'organe, aussi bien dans la substance corticale que dans la partie centrale. Ces noyaux sont de volume très variable ; certains sont très petits et très rapprochés les uns des autres, en sorte que le parenchyme de la capsule en paraît criblé. Tous ont une structure nettement alvéolaire. Les parois sont formées de tissu fibreux et de noyaux. Le contenu des alvéoles est représenté par des cellules semblables au contenu des alvéoles du foie.

Os. Du côté de l'os, examiné après décalcification, nous ne constatons dans les points qui paraissaient malades, à l'œil nu, que des congestions intenses, et, par places, des hémorrhagies. Les vaisseaux sont bourrés de globules rouges. Çà et là, des globules rouges et des globules blancs se rencontrent en dehors des vaisseaux, au milieu des tissus interposés aux lamelles osseuses et formés en grande partie de cellules embryonnaires.

En résumé, l'os est enflammé dans certains points, très congestionné dans d'autres. Il y a des hémorrhagies qui se sont produites au milieu des tissus enflammés. Mais nous n'avons pas rencontré trace de cancer.

12. ELECTIONS. — M. HÜE est nommé membre correspondant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 janvier 1884. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait deux *laparotomies* pour grossesses extra-utérines datant de 17 et de 27 mois; les deux opérées ont guéri rapidement et sans fièvre, bien qu'elles fussent avant l'opération dans un état d'épuisement très prononcé. Il présente à la Société les photographies (grandeur nature) des deux fœtus.

M. DESPRÉS rappelle à la Société qu'il lui a présenté, dans une de ses dernières séances, un malade atteint de *genu valgum* par paralysie musculaire. Il présente aujourd'hui ce même malade, complètement guéri par l'électrisation et le repos.

L'avis unanime à la Société de chirurgie, lors de la présentation de M. Després, fut que le malade n'était pas atteint de genu valgum, mais d'une paralysie musculaire donnant lieu à la même déformation que le *genu valgum*. Il n'est donc pas étonnant que ce malade ait guéri. M. Després est convaincu qu'il a eu affaire à un début de genu-valgum. Tous les genu-valgums, dit-il, commencent par une paralysie musculaire, la déformation osseuse n'est que consécutive, et la théorie purement osseuse est fausse. Si l'on n'avait pas électrisé ce malade, il aurait maintenant un vrai genu valgum.

M. GUYON fait un rapport sur une observation de *calcul uréthral* envoyée à la Société par M. FOLLET (de Lille). Ce cas, très rare, se présenta chez un jeune garçon de 15 ans ; pendant près de huit années, on n'observa que des troubles de la miction et particulièrement des envies fréquentes et impérieuses d'uriner. Il n'y eut jamais de rétention d'urine et ce n'est que dans les dernières semaines qu'il est survenu un peu de cystite. Le calcul, qui pesait trente grammes et avait quatre centimètres de long, était placé transversalement dans la région membraneuse ; on le rencontrait facilement par le toucher rectal et la palpation périnéale. M. Follet l'a extrait par la taille périnéale ; le malade a guéri. L'observation sera déposée aux Archives et M. Follet inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant.

M. DESPRÉS prie M. le secrétaire de rappeler, dans le procès-verbal, qu'il a présenté à la Société en 1867 une observation analogue.

M. TERRILLON fait une intéressante communication sur une variété de *valgus pied-plat avec phénomènes particuliers du côté de la malléole externe et de l'articulation péronéo-tibiale inférieure*. Dans la tarsalgie ordinaire, le début est marqué, comme l'a démontré Duchenne (de Boulogne), par une impotence des péroniers latéraux ; puis le pied s'aplatit ; et enfin les phénomènes douloureux de la tarsalgie surviennent. Telle est l'évolution généralement admise. Sur trois malades, M. Terrillon a observé les deux premières phases de l'affection, impotence musculaire, aplatissement et renversement du pied en dehors ; puis il a vu les phénomènes douloureux et articulaires se localiser non plus dans l'articulation médio-tarsienne, mais dans l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Il a constaté que la mortaise tibio-péronière était forcée, qu'il existait des mouvements de latéralité, et, une fois même, de l'arthrite fongueuse.

Le mécanisme de ces désordres est facile à saisir, le calcanéum renversé venant presser par sa face externe contre la malléole externe. M. Terrillon attribue cette variante dans la localisation des phénomènes articulaires à ce que la paralysie des péroniers se complique d'une paralysie du jambier antérieur. Il incline à penser que l'origine première de ces affections doit être cherchée dans le système nerveux et particulièrement dans la moelle, car la déformation est bilatérale, et l'électrisation de la moelle donne de meilleurs résultats que l'électrisation locale. C'est aussi l'avis de M. Boutet de Monvel, qui a rencontré deux cas analogues.

M. TRÉLAT remarque qu'il serait nécessaire d'ajouter, aux trois phases d'évolution de l'affection, une quatrième phase dite de déformation ou de subluxation. Ces affections sont fort complexes, leur étude est difficile, pleine d'obscurités, et réclame une observation minutieuse. M. Trélat a observé avec grande attention bien des cas de ce genre et il a vu que le siège de la douleur était variable et que l'on rencontrait souvent, à côté de l'impotence de certains muscles, des contractures dans d'autres groupes. Les déformations peuvent disparaître immédiatement par le massage, mais elles ne guérissent définitivement que par le repos et l'électrisation.

M. MONOD observe en ce moment une malade qui présente, avec un pied-plat, des phénomènes de tarsalgie; mais, chez elle, la douleur siège surtout au niveau de l'articulation calcanéo-astragalienne. Dans la théorie toute mécanique de M. Terrillon, la douleur devrait siéger au point précis où s'exerce la pression, c'est-à-dire au sommet de la malléole et sur la face externe du calcanéum.

M. DESPRÉS ne voit là qu'un épiphénomène de la tarsalgie, que tous les chirurgiens considèrent avec raison, depuis Duchenne (de Boulogne), comme résultant d'une impotence musculaire. C'est la même histoire pour le genu valgum.

M. LANNELONGUE, qui a observé bien des pieds-plats, n'a jamais vu les lésions remonter jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne ; en revanche, il a vu souvent des pieds-plats survenir à la suite d'une arthrite tibio-tarsienne. Or, dans un de ses cas, M. Terrillon a parlé d'une arthrite fongueuse tibio-tarsienne qui serait survenue consécutivement à la paralysie du péronier et à la déformation du pied, et les fongosités ne se développent guère sous des influences mécaniques. Il ne doute en rien de la parfaite exactitude des observations de M. Terrillon, mais il faut bien prendre garde de renverser l'ordre d'évolution des phénomènes.

M. BERGER tient à constater que tous les valgus pied-plat n'ont pas leur origine dans une impotence musculaire ; il est d'autres causes ; M. Lannelongue vient d'en citer, et la théorie articulaire de M. Gosselin n'est pas toujours fausse.

M. LE FORT ne croit pas que le point de départ de l'affection

© BIU Santé

soit la paralysie musculaire. Il a beaucoup étudié cette question et possède un grand nombre d'observations qu'il produira à la prochaine séance, l'heure étant trop avancée.

M. Trélat ajoute, aux causes déjà citées, les déformations osseuses primitives et répète que cette étude est difficile et complexe.

M. Terrillon n'a établi la filiation des accidents qu'après une étude longue et attentive des cas qu'il a rencontrés. Il est à croire que, dans le cas où il a observé des fongosités articulaires, le malade présentait des conditions diathésiques dont l'irritation mécanique détermina l'explosion.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance, à moins que la discussion sur l'opération d'Estlander, pour laquelle plusieurs orateurs sont inscrits, n'oblige à remettre à quinzaine.

Séance du 16 janvier 1884. — Présidence de M. Guéniot.

M. Le Fort, à propos de la discussion sur le *pied plat valgus douloureux* commencée à la précédente séance, pense que, dans la plupart des cas observés par M. Terrillon, il s'agissait de contractures musculaires consécutives à une arthrite tarsienne ou tibio-tarsienne. M. Le Fort n'accepte pas les théories régnantes sur le mode de production du *pied plat valgus douloureux*; ni la théorie de Duchenne, ni celle de Gosselin ne lui paraissent confirmées par l'observation attentive des faits; et dans une très intéressante communication, il expose ses idées sur la pathogénie de l'affection. Pour M. Le Fort, le pied plat valgus douloureux doit être attribué à l'absence de chaussures ou à des chaussures insuffisantes pour soutenir et maintenir la voûte plantaire; c'est pourquoi on le voit survenir chez des sujets jeunes en général, adolescents de 16 à 18 ans, au moment où ils commencent l'apprentissage d'une profession qui exige la station debout pendant de longues heures, le pied n'étant point maintenu par une chaussure suffisamment forte. Dans ses nombreuses observations, où la profession est toujours soigneusement notée, M. Le Fort trouve que la plupart de ses malades étaient des garçons marchands de vin ou épiciers, ou des valets d'hôtel, ou des garçons de café, tous porteurs habituellement de petits souliers, d'escarpins ou de pantoufles. La station debout fatigue la voûte plantaire qui, n'étant pas étançonnée par la cambrure d'une chaussure forte, s'affaisse. Alors apparaissent la déformation, puis les douleurs, qui sont de deux sortes : une douleur au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, qui n'est guère sensible qu'à la pression, et d'autres douleurs, qui surviennent spontanément dans les muscles de la jambe, tiraillés par suite de la déformation du pied. Ces dernières douleurs sont aussi le fait de la fatigue, le malade cherchant à suppléer à l'insuffisance de ses ligaments plantaires par la contraction de certains muscles de la jambe et notamment du long péronier. A la longue, ces muscles fatigués se contracturent. La justesse de cette pathogénie a été confirmée par les bons effets d'un traitement qu'elle avait inspiré. Convaincu que le pied plat valgus douloureux avait pour cause un allongement par distension des ligaments plantaires, M. Le Fort, après avoir essayé le repos avec ou sans appareils inamovibles et l'électricité, a cherché à rétablir artificiellement, mécaniquement, la voûte plantaire affaissée, et il y est arrivé par le procédé suivant : Il fait l'étançonnage de la voûte avec une plaque de liège, taillée exactement sur le moule de la voûte plantaire; cette plaque est d'abord maintenue contre la voûte par un appareil silicaté; au bout de peu de temps, il suffit de la placer dans la chaussure; plus tard, enfin, on peut la remplacer par une de ces plaques métalliques que les bottiers introduisent entre deux feuillets de la semelle pour exagérer la cambrure du pied. Ce traitement lui a toujours donné les meilleurs résultats.

M. Verneuil ne pense pas qu'on puisse ranger tous les pieds-plats valgus dans une même catégorie, au point de vue de la pathogénie. Il admet trois variétés d'origine; dans une première catégorie, se rangent les valgus d'origine spasmodique, dûs à la contracture primitive des muscles péroniens; on les observe surtout chez les jeunes filles; ils sont d'origine purement spasmodique et souvent une simple pulvérisation d'éther les fait disparaître. Une deuxième variété est le fait de la paralysie des muscles jambiers et non des péroniers; au lit, le pied est normal, mais, lorsque le malade vient à se lever, la voûte s'aplatit par le défaut de contraction des muscles adducteurs; au début, cette variété peut exister sans douleur; puis les ligaments sont tiraillés et la douleur survient. Enfin, il y a le varus par arthrite primitive amenant des contractures; cette dernière variété est causée par l'action du froid humide sur les pieds; on l'observe fréquemment chez les jeunes sujets qui travaillent debout dans un endroit humide, chez les laveurs de vaisselle particulièrement. Il convient de remarquer que ces arthrites ne deviennent jamais fongueuses. Ces pieds-bots sont des rhumatisants et non des scrofuleux.

M. Trélat n'attache pas la même influence que M. Le Fort à la chaussure, parce qu'il a souvent remarqué la rareté des pieds plats dans certains pays où les enfants marchent toujours pieds-nus, parce qu'il a souvent aussi trouvé de gros souliers à des adolescents porteurs d'un pied-plat, parce que certaines professions dans l'exercice desquelles on ne porte que des pantoufles, apprentis imprimeurs et autres, ne sont jamais notées comme prédisposant au pied-plat. Il croit cependant à l'influence de la profession, par la fatigue qu'elle amène, et à celle du froid humide, qui intervient fréquemment.

M. Tillaux admet avec M. Verneuil plusieurs variétés de valgus; mais, au sujet de ce pied-plat valgus douloureux que l'on appelle encore tarsalgie des adolescents, ses idées se rapprochent beaucoup de celles de M. Le Fort. Il les a déjà indiquées dans la première édition de son Traité d'anatomie : fatigue des ligaments plantaires par la station debout prolongée et affaissement de la voûte par défaut de résistance de ces ligaments. Plus tard, il survient souvent un peu d'arthrite, et à une troisième période de la contracture musculaire qui, d'abord temporaire, devient bientôt permanente. M. Tillaux ne croit pas qu'il s'agisse là d'une arthrite primitive, comme le veut M. Gosselin, pour cette raison que les douleurs cessent aussitôt que le malade prend du repos. Il ne croit pas davantage à l'impotence du long péronier et est partisan convaincu de la théorie ligamenteuse.

M. Marc Sée est aussi de l'avis de M. Le Fort. Le pied plat est fréquent surtout dans les races du Nord, et on le trouve chez des individus de haute taille, peu musclés, avec un gros squelette et de grands pieds.

M. de Saint-Germain appuye ce qu'a dit M. Le Fort au sujet de la thérapeutique qu'il convient d'appliquer au pied plat. Les bottines à semelles en dos d'âne qu'il délivre à la consultation du Bureau central réussissent généralement. M. de Saint-Germain croit également à l'influence de la chaussure sur la production du pied plat; cette affection est fréquente chez les rapasseuses qui travaillent debout et en chaussons; elle devient plus rare chez ces mêmes repasseuses, quand elles ont trouvé le moyen d'acheter des bottines.

M. Desprès pense que M. Le Fort a été conduit à adopter la théorie qu'il vient d'exposer parce qu'il n'a point vu les malades au début de leur affection, mais à une période déjà avancée, alors que le rôle prépondérant joué par les muscles ne pouvait plus être apprécié. M. Desprès regarde ce que Duchenne a écrit à ce sujet comme l'expression absolue de la vérité.

M. Le Fort répond qu'il a vu, comme tous les chirurgiens, des malades qui portaient leur pied plat déjà depuis un certain temps, et d'autres chez lesquels l'affection débutait.

M. Guermonprez (de Lille) lit un travail sur les *résultats de l'intervention tardive dans les mutilations de la main*.

M. Périer présente une *canule trachéale* très heureusement modifiée par un malade pour faire le tamponnement de la trachée.

Elections. — Au cours de la séance, la Société a nommé :

© BIU Santé

Membres associés étrangers : MM. Coradi (Milan), Soupart (Gand). — *Membres correspondants étrangers* : MM. Sulliard (Genève), Clément Lucas (Londres). — *Membres correspondants nationaux* : MM. Dieu (Blidah), Queirel (Marseille), Follet (Lille). P. POIRIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 janvier 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

M. BUCQUOY, élu président, remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant.

M. DIEULAFOY fait une communication sur la *transfusion du sang dans le mal de Bright*. Il cite un cas intéressant d'urémie observé dans son service et qu'il a traité avec succès par la transfusion. Il a imaginé, pour cette opération, un appareil fort simple et d'un maniement plus facile que les autres appareils. Chez cette malade, après la transfusion de 125 grammes de sang, on vit les accidents s'amender et l'albuminurie diminuer notablement. Jusqu'au jour de la sortie de la malade, on a pu assister à la décroissance graduelle de l'albuminurie ; l'albumine était tombée de 3 gr. 50 à 18 centigrammes. Au bout de quelques semaines, la malade revint, présentant plus d'un gramme d'albumine. Le 3 novembre, elle fut rapportée dans le service dans un état urémique comateux très grave. Nouvelle transfusion de 110 grammes de sang ; les vomissements cessèrent, et la malade put prendre du lait. Le lendemain, la quantité d'urine avait doublé et l'urée était également plus abondante. En quelques jours, la température remonta à la normale et la malade put manger. Plus tard, se montra une dyspnée intense avec épanchement pleural double et la malade mourut. A l'autopsie, cœur énorme (480 gr.), liquide dans les deux plèvres, athérome sigmoïdien, reins petits (90 grammes), granuleux, atteints de néphrite interstitielle. Comment expliquer, avec des lésions aussi colossales, les deux améliorations qu'a présentées cette malade ? C'est que, dans le mal de Bright, la lésion organique n'est pas tout, et que la *dyscrasie* joue un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne l'a admis jusqu'à ce jour.

Récemment, M. Dieulafoy a eu l'occasion de pratiquer la transfusion chez un *brightique* du service de M. Sevestre. Cette transfusion *in extremis* n'a pas été suivie de succès. Dans un troisième cas, la transfusion de 100 grammes de sang amena une amélioration rapide, mais le malade fut perdu de vue. La transfusion du sang (au dire de Bartels) aurait été pratiquée quelquefois avec un plein succès.

Conclusions : Il n'y a pas de danger à pratiquer la transfusion chez les brightiques ; on peut obtenir par la transfusion des résultats très remarquables, comme le prouvent les observations de M. Dieulafoy. L'auteur se demande si, employé plus tôt, ce moyen ne permettrait pas d'obtenir la guérison. — Dans une prochaine séance, M. Dieulafoy présentera son appareil (1.)

M. DUJARDIN-BEAUMETZ croit que la transfusion est contre-indiquée dans les cas de lésions organiques. C'est la conclusion qu'il a professée dans sa *clinique thérapeutique*. La transfusion ne serait vraiment utile que dans les cas d'hémorrhagie. Il s'étonne que la transfusion ait pu améliorer une maladie du rein.

M. DIEULAFOY s'est contenté d'apporter des faits ; plus tard, on en tirera des conclusions. Il a simplement voulu démontrer qu'il n'y avait pas de danger à faire la transfusion aux brightiques et qu'il pouvait y avoir avantage pour eux.

M. ROBIN a trouvé très intéressante l'observation d'*hémophilie* guérie par la transfusion présentée tout d'abord par M. Dieulafoy. Comment l'introduction d'une petite quantité de sang a-t-elle pu ainsi changer la composition chimique du sang chez l'hémophilique ? Il est possible que cet effet soit dû à l'introduction d'un ferment soluble. Cette hypothèse expliquerait le succès relatif obtenu par des transfusions de faible quantité de sang. Il y aurait, à ce point de vue, des recherches cliniques intéressantes à provoquer.

M. DUMONTPALLIER lit un rapport sur la *revaccination obligatoire*. Il n'a pas de peine à réfuter les théories de MM. Ancelon et autres qui ont protesté contre l'arrêté ministériel pris sur la requête autorisée de la Société médicale des hôpitaux. Au Lycée Louis-le-Grand, M. Dumontpallier a obtenu 47 p. 0/0 de *revaccinations utiles*. Il est donc parfaitement établi que la revaccination a été légitimement rendue obligatoire dans les lycées et collèges. De plus, il est prouvé que l'insertion vaccinale n'entraîne aucun danger, dans les conditions où elle est faite dans les collèges de Paris. La syphilis vaccinale sera évitée par l'emploi du vaccin animal, car c'est le seul danger sérieux inhérent à la vaccination. Dans l'armée prussienne, soumise à la revaccination obligatoire, il n'y a plus de décès par variole depuis 1876 ; il n'en est malheureusement pas ainsi dans l'armée française (1). — Les conclusions du rapport de M. Dumontpallier, tendant au maintien de l'obligation de la revaccination dans les lycées, sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

M. TENNESSON croit que la syphilis vaccinale n'est pas si rare qu'on le dit, et qu'il faut préconiser la vaccination animale.

M. DESNOS pense qu'on peut toujours être sûr d'un vaccinifère ; il suffit de le choisir dans certaines conditions d'âge et de santé (4 ou 5 mois).

M. TENNESSON croit que la syphilis héréditaire peut éclater après 4 ou 5 mois.

M. DUMONTPALLIER ne croit pas au danger de la syphilis vaccinale qui, pour lui, est une grande rareté. A son avis, l'histoire des prétendues épidémies de syphilis vaccinale contient une grande part d'erreur.

M. TENNESSON fait remarquer que beaucoup de cas de syphilis vaccinale ne sont pas publiés ; pour son compte, il en connait deux qu'il ne peut publier. J. COMBY.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 janvier 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

Au début de la séance, il est prononcé deux allocutions : l'une par M. le Dr Dujardin-Beaumetz, président sortant ; l'autre par M. Delpech, président pour 1884.

M. CAMPARDON présente un *appareil* destiné à produire de l'*acide carbonique*, et qui, à l'aide d'un ajutage particulier, permet à ce gaz de se mêler intimement à l'air pendant l'inspiration, de sorte que son emploi est beaucoup moins irritant, surtout chez les jeunes enfants. A l'aide de cet appareil, il a obtenu d'excellents effets dans le traitement de la coqueluche ainsi que dans la phtisie pulmonaire, où les crachats sont devenus beaucoup plus spumeux et moins opaques.

M. C. PAUL, au point de vue de l'application de l'acide carbonique dans la phtisie pulmonaire, dit qu'il n'a jamais obtenu de grands résultats. Dans la phtisie laryngée, seule, il a eu quelques bons effets, et encore bien moins qu'avec l'inspiration de vapeurs d'acide phénique mêlées à l'air.

M. DURAND-FARDEL a constaté plusieurs fois que le coryza chronique, avec perte de l'odorat, était amélioré par les inhalations d'acide carbonique (deux fois par jour, pendant un quart d'heure et au bout de trois semaines de traitement.)

M. C. PAUL rappelle l'action calmante de ce gaz sur les névralgies et les myalgies superficielles, ainsi que sur toutes les douleurs superficielles en général.

Un membre de la Société a eu également l'occasion d'observer à Royat plusieurs cas de torticolis, guéris par des douches d'acide carbonique. Les résultats étaient obtenus au bout de deux séances d'un quart d'heure ; la peau était préalablement humectée et la douche de gaz était mélangée à l'air.

(1) Cet appareil sera décrit dans notre prochain numéro.

(1) Nous croyons cependant savoir que les jeunes soldats, en arrivant au Corps, sont revaccinés d'office (A. B.).

© BIU Santé

M. Limousin présente un rapport sur le *matériel employé dans la tannerie.*

M. Dailly présente une brochure, qui n'est que la reproduction de son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, sur les *causes* et le *traitement* des *malformations*, des *déformations* et des *difformités*, qu'il propose de comprendre sous le nom général de *dysmorphies.*

M. Séjourney sollicite le titre de membre correspondant de la Société. Il envoie deux mémoires à l'appui de sa candidature ; l'un sur la *guérison de deux cas de méningite tuberculeuse*, l'autre sur la *toux coqueluchoïde.* Après quelques observations critiques présentées par M. Moutard-Martin, les conclusions du rapport sont adoptées et M. Séjourney nommé membre correspondant.

M. Dujardin-Beaumetz annonce qu'il a expérimenté dans son service la *paraldéhyde* comme hypnotique (1). Ce médicament, qui avait déjà donné d'excellents résultats entre les mains de quelques médecins italiens et belges, lui a paru également être bien supérieur au chloral chez tous les malades, à part un seul, auxquels il l'a administré. A la dose de 2 gr., il ne provoque pas la même excitation que le chloral, le sommeil est plus calme, la période d'ivresse est généralement très courte ; il n'y a jamais de vomissements ni de troubles du côté de l'estomac. Le réveil n'est pas pénible, il n'y a aucune douleur de tête.

M. Campardon demande s'il y a eu des rêves à la suite de ce sommeil factice.

M. Dujardin-Beaumetz répond que les uns ont eu un sommeil de plomb, les autres un sommeil agréable avec rêves.

La paraldéhyde n'étant pas miscible à l'eau, doit être émulsionnée. M. Yvon en prépare une solution très agréable au goût et qui correspond à 1 gr. par cuillerée. Dans la prochaine séance, du reste, M. Yvon viendra faire, devant la Société, l'histoire chimique de ce médicament, en même temps qu'il donnera la composition de la formule qu'il emploie.

F. Bottey.

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

I. De la démence mélancolique. — Contribution à l'étude de la périencéphalite localisée et à l'étude des localisations cérébrales d'ordre physique ; par M. le Dr Mairet. Paris, 1883. G. Masson, libraire-éditeur.

II. Maladies de la moelle épinière ; par M. Byrom-Bramwel. Traduit de l'anglais par MM. Poupinel et Thoinot. Paris, 1883. H. Lauwereyns, libraire-éditeur.

III. De l'hystérie gastrique ; par M. L. Deniau. Paris, 1883. O. Doin, libraire-éditeur;

I. Sous le nom de démence mélancolique, M. Mairet décrit un type morbide qui, d'après lui, a son autonomie, et a été jusqu'à ce jour indûment confondu avec des formes cliniques analogues mais non identiques. Ce type se caractérise de la façon suivante : après une période prodromique plus ou moins longue, apparaît rapidement, souvent même brusquement, un délire à forme mélancolique pouvant occuper pendant un certain temps toute la scène pathologique, ou être accompagné, dès le début, quelquefois même précédé par des signes révélateurs d'un affaiblissement radical de l'intelligence et d'une lésion organique du cerveau. Ces symptômes de lésion organique, de démence, de délire, s'associent dans des proportions variables ; les deux premiers s'affirment généralement de plus en plus ; la maladie suit une marche progressive, soit continue, soit rémittente ; parfois, au contraire, il semble qu'elle puisse rétrocéder en partie ; enfin, elle se termine de manières diverses. Tantôt elle poursuit sa marche jusqu'à la mort en tant que démence mélancolique ; tantôt des complications emportent le patient pendant le cours de la maladie ; tantôt le travail anatomique se généralise et donne lieu à une paralysie généralisée ; tantôt, enfin, la guérison se produit, guérison incomplète, le malade conservant toujours plus ou moins de débilité intellectuelle.

Les lésions cérébrales qui correspondent au type clinique dont il s'agit sont les suivantes : on trouve à l'autopsie un ramollissement de la substance grise périphérique de même nature que celui de la paralysie générale et localisé aux régions suivantes : aux circonvolutions qui forment les lèvres inférieures de la scissure de Sylvius, aux circonvolutions temporales en arrière de cette lèvre, aux sphénoïdales, et enfin aux circonvolutions de l'hippicocampe. En lésant, chez des chiens, la substance corticale sur les points correspondant aux régions précitées, M. Mairet aurait déterminé des symptômes analogues à ceux dont l'ensemble constitue pour lui le type *démence mélancolique.*

II. MM. Poupinel et Thoinot ont eu l'heureuse idée de traduire pour les lecteurs français le Traité de M. Byrom-Bramwel, sur les maladies de la moelle épinière. Ce livre est moins un Traité magistral qu'un Manuel assez habilement conçu et destiné à rendre aux élèves de réels services. La physiologie pathologique de la moelle est aujourd'hui assez connue pour qu'on puisse tenter une sorte de synthèse des affections spinales et esquisser une séméiologie médullaire. Aussi, applaudissons-nous à la conception du livre de M. Byrom-Bramwel. L'auteur, en effet, a fait précéder la description des diverses affections organiques de la moelle d'un premier chapitre consacré à l'anatomie et à la physiologie du *segment médullaire*, et d'un second où sont étudiés l'anatomie pathologique de ce segment et les troubles fonctionnels produits par les lésions de ses différentes parties. Le chapitre III, l'un des plus importants et l'un des plus longs du livre est intitulé : Méthode pour prendre les observations ; Sommaire des symptômes observés dans les maladies de la moelle épinière ; Examen clinique d'un cas de maladie de la moelle ; Marche à suivre pour le diagnostic, le pronostic et le traitement. — Les étudiants qui débutent dans l'étude de la pathologie et de la clinique spinale trouveront des renseignements précieux dans cette partie de l'ouvrage. En somme, le Traité dont il s'agit est surtout un Manuel de pathologie générale et de séméiologie de la moelle, qui eût été à peu près complet si l'auteur n'avait omis un chapitre, à notre sens essentiel dans un livre conçu sur le plan de celui de M. Bramwel, c'est le chapitre relatif à l'étiologie générale des affections médullaires.

L'ouvrage est orné d'un assez grand nombre de figures, dont plusieurs sont bien venues et ingénieusement conçues. Ajoutons qu'il est écrit dans un style sobre, clair et souvent élégant qui fait le plus grand honneur aux traducteurs. Ces derniers auront certainement contribué pour beaucoup au succès que nous semble appelé à avoir parmi les étudiants français le Traité de M. Byrom-Bramwel.

III. M. Deniau, dans sa thèse sur l'hystérie gastrique, passe en revue les diverses manifestations stomacales de la névrose. Il étudie d'abord l'anorexie hystérique qu'il divise heureusement en gastrique et mentale. L'anorexie gastrique est celle qui résulte de l'arrêt plus ou moins complet de la nutrition. Les malades ne mangent pas parce qu'elles n'éprouvent pas le besoin de manger, et elles n'éprouvent pas ce besoin parce que chez elles le taux de la désassimilation est à son maximum. Chez les hystériques atteintes d'anorexie mentale il y a bien aussi une diminution plus ou moins notable de la nutrition, mais un élément nouveau, psychique celui-là, intervient. Les hystériques ne mangent plus non seulement parce qu'elles ne sentent pas le besoin de manger, mais parce qu'elles ne veulent pas manger et mettent un singulier amour-propre à jeûner. — Le deuxième chapitre est consacré à l'étude des vomissements. M. Deniau en admet sept variétés : 1° vomissements qu'on pourrait appeler urémiques, parce que les matières vomies renferment de l'urée. Ce sont des vomissements qui suppléent à l'insuffisance de la sécrétion rénale ; 2° vomissements par spasmes des fibres musculaires de l'estomac ; 3° par paralysie de ces mêmes fibres ; 4° vomissements dus à une hyperesthésie œsophagienne et

(1) Voir n° 1 p. 16.

© BIU Santé

gastrique ; 5° vomissements par pneumogastralgie ou névralgie du pneumogastrique ; 6° vomissements par troubles secrétoires, résultant d'une perturbation dans la sécrétion des liquides de l'estomac ; 7° enfin les vomissements nerveux proprement dits, résultant de l'influence d'une volonté pervertie, c'est-à-dire les vomissements simulés.—L'auteur décrit à part les vomissements de sang et ceux de matières stercorales. Le 3e et le 4e chapitre sont relatifs à la gastralgie et à la dypepsie gastro-intestinale.

Chemin faisant et à propos de chacun des accidents qu'il envisage, M. Deniau s'attache à en préciser le diagnostic et à déterminer le traitement à employer dans chaque cas. C'est ainsi qu'à propos des vomissements il insiste sur les heureux et curieux effets du gavage. En deux mots : bonne et très complète monographie. G. Ballet.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire de la Médecine, d'Hippocrate à Broussais et ses successeurs ; par M. J. M. Guardia. 1 vol. in-18 de 552 pages. Paris, 1884. O. Douin, libraire-éditeur.

Il n'est certes pas facile d'écrire l'histoire tout entière de la médecine, de faire tenir cette histoire dans un volume relativement modeste, et d'intéresser en plus le lecteur. M. Guardia semble avoir accompli ce triple tour de force : nous dirons à quel prix.

Prendre la médecine à son origine, la suivre pas à pas dans son évolution, nous faire assister à ses grandeurs, nous montrer ses défaillances, eût été bien long et eût nécessité de gros volumes ; d'autre part, écrire un précis sec et sommaire, sorte d'ossature historique, convenait encore moins à l'auteur. Aussi, qu'a-t-il fait? Armé d'un style frappé au meilleur coin, il nous fait pénétrer dans un musée — c'est son expression — il nous arrête devant une série de portraits des mieux troussés pour la plupart, et dont il se sert pour caractériser les diverses périodes de notre histoire médicale. Prendre un homme pour caractériser une époque, c'est choisir, et, qui choisit, fait en histoire tout au moins de la critique ; ce n'est donc pas le livre du maître, dont l'esprit doit être déjà fixé, qu'a voulu écrire M. Guardia. Serait-ce plutôt celui de l'élève ? Nous ne le croyons pas : qu'on en juge.

Un mot d'abord du bâtiment ; le musée dans lequel nous promène M. Guardia est un local assez spacieux puisqu'il doit contenir les bustes des célébrités médicales, vraies ou fausses, d'Hippocrate jusqu'à nos jours ; ses proportions sont bien gardées. Cependant, l'aménagement intérieur laisse à désirer quelque peu ; le promeneur se fatigue vite malgré les qualités de son cicerone, car, c'est à peine si, très rarement, il aperçoit une division qui lui permette de reposer son esprit. Il est vrai que tout au bout du musée, nous allions dire du livre, se trouve une table analytique fort complète, mais, lorsqu'on quitte une galerie de tableaux, on s'en retourne à ses affaires et l'on ne songe plus à consulter son catalogue. Dans ce musée se voient bien des grands hommes ; les uns ont les honneurs du bronze : Hippocrate, Aristote, Hérophile, Celse et Galien sont un peu pressés les uns contre les autres devant un superbe bas-relief de l'école d'Alexandrie. Les Arabes n'ont, paraît-il, pas mérité les honneurs du marbre ; mais, à dater de leur disparition, les figures grandissent et sont plus largement traitées, surtout à partir de Paracelse, bien que Guy de Chauliac eût bien mérité qu'on commençât par lui.

Nous ne pouvons suivre M. Guardia, même son livre à la main, dans toutes les salles de ce vaste musée ; aussi bien devons-nous nous arrêter devant les inscriptions qui comblent les intervalles laissés entre les portraits. M. Guardia, qui doit toucher de près à l'école de Montpellier, a adopté son vitalisme, qui n'est en somme qu'un spiritualisme déguisé. La vie pour lui peut bien être une cause, mais elle ne sera jamais un effet ; aussi, faut-il voir comme il fustige d'importance les expérimentateurs qu'il défie bien de trouver ce *quid divinum* qui fait mouvoir la machine humaine. « L'empirisme, dit-il, contre lequel se récrient tous les esprits présomptueux, est au fond toute la philosophie, et il n'y a que ce terrain sur lequel on puisse bâtir, si l'on veut rester dans les conditions humaines, à moins qu'on ne démontre empiriquement l'origine céleste des idées. » Vous aurez beau faire, téméraires que vous êtes, s'écrie M. Guardia, vous tous désireux de connaître le pourquoi des choses, vous ne ferez jamais de la médecine une science, vos expérimentations sont stérilisées d'avance, elle est et restera, quoique vous fassiez, un art.

Nous disions bien que ce n'était pas le livre de l'élève. Aussi, alors que Stahl, Barthez et Broussais sont en pleine lumière, placés sur de magnifiques piédestaux, Cruveilhier et Laënnec ont tout juste une petite place dans un coin obscur ; Laënnec n'a-t-il pas « émis cette prétention singulière qu'Hippocrate était le chef de l'anatomie pathologique. » Fi! l'organicien!

A qui s'adresse donc le livre de M. Guardia? A tous ceux qui désirent de temps en temps savourer une bonne page, contempler un beau portrait, souvent ressemblant, toujours supérieurement traité, mais bien plutôt en philosophe qu'en médecin. G. Gilles de la Tourette.

THÉRAPEUTIQUE

Du peptonate de fer pepsique et diastasé ;

Par M. le Dr P. Desmarets.

Dans notre pratique journalière et courante, nous ne saurions jamais trop nous bien pénétrer de ce fait : que l'assimilation d'un élément de nutrition de nature organique ou minérale est tributaire en fin de compte des lois de l'organisme vivant, que cet élément, avant de devenir *histologique, organe vivant*, doit subir une longue série d'élaborations qu'il nous importe de ménager et favoriser avec soin dans tous ses termes. Cette dernière obligation, toujours nécessaire en principe, nous paraît devoir s'imposer de la façon la plus impérieuse quand nous nous trouvons en présence de ces cas pathologiques qui réclament une médication martiale, car alors elle vise des organismes déprimés, plus ou moins délabrés.

Certes, il y a longtemps que la chimie pathologique nous a appris que c'est à la diminution des globules et de l'hématine, élément ferrugineux qui en fait partie intégrante, que remontent en dernière analyse les phénomènes de la chlorose et de l'anémie essentielle ; longtemps aussi que la thérapeutique a solennellement confirmé ces données de l'analyse chimique et microscopique. Oui, le fer nourrit le sang, l'épaissit, lui donne une belle couleur vermeille, augmente sa capacité respiratoire, mais, chose non moins vraie, c'est que, pour obtenir ces résultats, il ne suffit pas, bien entendu, que le fer soit présenté aux orifices de l'absorption, ni même versé dans le torrent circulatoire, il faut encore qu'il y soit accepté, oxydé, élaboré pour ses combinaisons nouvelles avec l'élément globulaire. De là, pour nous, répétons-le, l'obligation de tenir compte, dans le traitement des anémies par aglobulie, de la diminution d'énergie des grandes fonctions et la nécessité de provoquer une stimulation appropriée. Nous ne saurions perdre de vue cette notion première sans nous exposer à des mécomptes et à des déceptions de toute nature.

Les deux observations que nous relatons ci-dessous contribueront à faire mieux saisir l'importance de ces principes généraux.

Obs. I. — Louise C..., 17 ans, couturière, nous est amenée le 8 *septembre* dernier. Cette malade offre tous les attributs de la chlorose et de ses troubles concomittants ; elle en a le teint couleur vieille cire, avec légère bouffissure ; palpitations, essoufflements, étourdissements. Forces musculaires très diminuées.

© BIU Santé

Appétit nul ou capricieux, crampes d'estomac, digestions pénibles. Le soir, léger gonflement des malléoles. Bruit de souffle à la base du cœur et au premier temps; bruit de souffle continu avec redoublement dans les vaisseaux du cou.

Cette jeune fille, qui fait remonter sa maladie à sept ou huit mois, a vu ses règles disparaître depuis cinq mois.

Lorsque nous la voyons, elle prend, depuis trois mois environ, sans bénéfices appréciables, avec assez peu de continuité il est vrai, des pilules de fer et rhubarbe.

Nous faisons cesser l'usage des pilules; la malade couchera au premier étage, dans une chambre plus saine que la sienne, ensoleillée. Pendant les huit premiers jours et pour toute médication, 100 grammes de viande crue hachée, en plusieurs fois; pour boisson, de l'eau légèrement alcoolisée avec une liqueur aromatique; lotions fraîches sur tout le corps.

15 *septembre*. Matin et soir, immédiatement avant un potage, une cuillerée à soupe d'Elixir cordial au peptonate de fer, à la pepsine et à la diastase (*Elixir Hampton*).

22 *septembre*. L'appétit est meilleur, les digestions se font bien.

29 *septembre*. Plus d'étourdissements ni de palpitations; les forces reviennent, la pâleur des joues a déjà fait place à une légère teinte rosée; bruit de souffle des vaisseaux du cou à peine perceptible.

Cette malade, que nous ne revoyons que quelques semaines plus tard, est tout à fait bien; les règles viennent de reparaître. Sur notre conseil, elle continuera l'usage de l'Elixir pendant plusieurs mois, avec intermittences indiquées.

Nous avons eu la curiosité de faire l'examen du sang chez cette malade. Au commencement du traitement ferrugineux, nous avons constaté, nous servant des méthodes chromométriques de M. Malassez :

Nombre de globules.	2,680,000.
Richesse en hémoglobine. . .	0m,056 par mm. c.

Trois semaines après :

Nombre de globules.	3,820,000.
Richesse en hémoglobine. . .	0m,069 par mm. c.

Obs. II. — Mme B..., 27 ans, vient à notre consultation le 18 *août* dernier. D'un tempérament lymphatique, cette dame est affligée d'une leucorrhée abondante qui en a fait une chloro-anémique; essoufflements, palpitations, douleurs musculaires, faiblesse excessive. La malade, qui se traîne péniblement, est profondément découragée et d'une tristesse insurmontable.

L'examen ne révèle rien de particulier qu'un léger engorgement du col et les différences de couleur et d'aspect de la muqueuse vaginale dues à la leucorrhée. Injections d'eau de son et d'eau de goudron alternées, régime fortifiant.

28 *août*. L'état est sensiblement le même, avec appétit presque nul. Nous prescrivons une cuillerée d'*Elixir Hampton* deux fois par jour. Réclamations de la malade : le fer la gonfle, lui donne des tiraillements, etc. Sur notre insistance et l'assurance que nous lui en donnons, que cette fois rien de pareil ne se produira, elle finit par nous promettre de se conformer à notre prescription.

15 *septembre*. Le mieux est remarquable, l'appétit tout à fait revenu, le moral complètement remonté. Non seulement l'élixir a été admirablement toléré, mais c'est à lui seul qu'on fait remonter tous les bénéfices de ce retour à la santé.

De ce moment, le mieux a toujours été en s'affirmant. Mme B... qui, offrant toutes les apparences d'une santé parfaite, ne se plaignait plus que de quelques traces de leucorrhée, a, sur notre indication, fait usage d'injections de feuilles de myrthe et est allée passer le reste de la saison sur une plage normande. Aujourd'hui, cette dame est entièrement rétablie.

Dans ces deux cas, nous voyons le fer administré en premier lieu, sans préparation préalable, sans adjonction de stimulants appropriés, trouver des estomacs réfractaires qu'il moleste encore jusqu'à l'intolérance absolue, à tel point que, dans l'obs. I, un de nos confrères, d'abord consulté, avait cru, en présence des résultats négatifs du fer, à un rétrécissement aortique et à une insuffisance mitrale. L'obs. II, qui vient corroborer les mêmes faits, nous rappelle de plus combien il est urgent, dans les affections de l'utérus et de ses annexes, et concurremment au traitement local, de modifier profondément, à l'aide d'un traitement approprié, le terrain sur lequel a germé la lésion.

VARIA

Admission et avancement des médecins et des pharmaciens civils dans le cadre des officiers de la réserve et de l'armée territoriale.

M. Campenon, ministre de la guerre, à la date du 10 janvier 1884, a adressé le rapport qui suit au Président de la République :

Monsieur le Président,

« A part quelques médecins militaires en retraite ou provenant de l'armée active à la suite de démissions et pourvus, dans l'armée territoriale, d'un grade supérieur à celui d'aide-major de 2e classe, le Corps de santé de cette armée ne possède que des médecins de ce dernier grade.

Afin de pouvoir, sans retard, organiser ce Corps et assurer, en cas de mobilisation, le bon fonctionnement du service de santé dans l'armée territoriale ainsi que dans les formations sanitaires de campagnes auxquelles ces médecins sont appelés à concourir et dans les hôpitaux de l'intérieur et de l'Afrique, il m'a paru nécessaire, en attendant le vote de la loi sur l'avancement dans l'armée, de préparer le projet de décret ci-joint, que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute approbation. »

Ce décret, promulgué à la date du 10 janvier, est ainsi conçu :

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de la guerre; Vu la loi du 24 juillet 1873 sur l'organisation de l'armée; Vu la loi du 13 mars 1875 relative à la constitution des cadres et des effectifs de l'armée active et de l'armée territoriale; Vu la loi du 22 juin 1878 sur les pensions de l'armée de terre; Vu le décret du 31 août 1878 portant règlement sur l'état des officiers de réserve et des officiers de l'armée territoriale; Vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée, Décrète :

Art. 1er. — Jusqu'à la promulgation de la loi à intervenir sur l'avancement dans l'armée, l'admission et l'avancement des médecins et des pharmaciens civils dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale seront réglés transitoirement conformément aux dispositions ci-après énoncées.

Art. 2. — Nul ne pourra obtenir de prime abord que le grade d'aide-major de 2e classe dans le cadre des officiers de réserve ou dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. L'aptitude à ce grade sera constatée par un examen dont les matières seront déterminées par un règlement ministériel. Seront dispensés de cet examen, les docteurs en médecine qui l'auront déjà subi avec succès comme étudiants, au moment où ils se seront portés candidats à l'emploi de médecin auxiliaire, et les pharmaciens de 1re classe qui l'auront également subi avec succès pendant la période de leur scolarité.

Art. 3. — Les conditions d'ancienneté imposées aux médecins et aux pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, pour passer d'un grade à un autre, seront déterminées par la loi sur l'avancement actuellement encore en vigueur. Toutefois, l'avancement aura lieu par ancienneté et par corps d'armée, sur des listes de choix constatant l'aptitude des intéressés à passer au grade supérieur. Ces listes seront établies d'après des propositions dont l'initiative appartiendra aux directeurs du service de santé et qui seront approuvés par les généraux commandant les corps d'armée.

Art. 4. — Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de major de 2e classe dans le cadre des officiers de réserve et au grade de major de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de 2e classe, les médecins et les pharmaciens appartenant à l'une des catégories suivantes : Médecins-professeurs titulaires des chaires de clinique, de pathologie, de médecine légale, de médecine opératoire et d'anatomie dans les facultés de médecine et les facultés mixtes. Pharmaciens-professeurs titulaires dans les écoles supérieures de pharmacie et dans les facultés mixtes.

Art. 5. — Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au

© BIU Santé

F. Geraldy : Progrès récents de la téléphonie. — *Samedi* 23 *février*. M. Maurice Albert : Une lecture à Rome sous l'empereur Trajan. — *Samedi* 1er *mars*. M. A. Bouquet de la Grye : Les mouvements de la mer. — *Samedi* 8 *mars*. M. Revillout : De la famille en Egypte. — *Samedi* 15 *mars*. M. Faye : La figure de la terre. — *Samedi* 22 *mars*. M. Laurent de Rillé : L'œuvre de Charles Gounod. — *Samedi* 29 *mars*. M. A. Bertrand : Tableau de la civilisation des tribus aryennes dans la vallée du Danube et dans la vallée du Pô, antérieurement à l'époque de la fondation de Rome. — *Samedi* 5 *avril*. M. Dieulafait : Origine et mode de formation des phosphates de chaux en amas dans les terrains secondaires employés en agriculture.

Les cartes, dont la présentation est nécessaire pour entrer à l'amphithéâtre, sont délivrées par M. Cottin, au secrétariat de la Faculté des sciences, à la Sorbonne, escalier n° 3. Ce bureau est ouvert tous les jours, de 1 heure à 4 heures. — Les membres perpétuels qui en feront la demande pourront avoir des places numérotées qui leur seront réservées, mais dont on disposera dix minutes avant l'ouverture de la séance, si elles ne sont pas occupées. Les personnes qui désireraient faire partie de l'Association et à ce titre avoir leur entrée aux conférences, devront en faire la demande par écrit.

Corps de santé militaire.

Par décision ministérielle du 11 janvier 1884, ont été nommés à l'emploi de médecin ou de pharmacien stagiaires, les 31 élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de 1re classe, et le médecin civil dont les noms suivent :

Candidats en médecine. — MM. Dupré, Bich, Breton, Carton, Kocher, Bilouet, Murie, Lapasset, Saint-Macary, Herck, Boudet, Fasquelle, L'Héritier de Chezelles, Minière, Viger, Robin, Camentron, Gauvin, Knohl, Landry, Lozerat, Barreau, Micault, Monique, Folliason, Féhau, Ohier, Chauzeix, Lassègue.

Candidats en pharmacie. — MM. Allain, Dominique, Boutineau.

Nominations et mutations. — Par décision ministérielle du 11 janvier 1884, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

Médecins : M. Sommeillier, médecin principal de 2e classe, pour l'hospice mixte d'Orléans. — M. Grandjean, médecin-major de 1re classe, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou. — M. Hennequin, médecin-major de 1re classe, pour le dépôt de convalescents de Forqueroles. — M. Guimberteau, médecin-major de 1re classe, pour l'hôpital militaire de Versailles. — M. Augarde, médecin-major de 1re classe, pour le 49e régiment d'infanterie. — MM. Ferron et Jolly, médecins-majors de 1re classe, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — M. Journié, médecin-major de 1re classe, pour le 91e régiment d'infanterie. — M. Bercher, médecin-major de 2e classe, pour l'hôpital militaire de Marseille. — M. Vuisac, médecin-major de 2e classe, pour le 82e régiment d'infanterie. — M. Charropin, médecin-major de 2e classe, pour le 12e escadron du train des équipages militaires. — M. Alleau, médecin-major de 2e classe, pour le 29e bataillon de chasseurs à pied, détaché en Tunisie. — M. Bories, médecin-major de 2e classe, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — M. de Ferré, médecin-major de 2e classe, pour le 17e escadron du train des équipages militaires. — M. Villary, médecin-major de 2e classe, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. — M. Baudin, médecin-major de 2e classe, pour le 1er régiment de zouaves. — M. Rouvie, médecin aide-major de 1re classe, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou. — M. Milliès dit Lacroix, médecin aide-major de 1re classe, pour l'hôpital militaire Saint-Martin. — M. Wissemam, médecin aide-major de 1re classe, pour le 12e régiment d'artillerie. — M. Toussaint, médecin aide-major de 1re classe, pour l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. — M. Frilet, médecin aide-major de 1re classe, pour le 3e régiment d'infanterie. — M. Bénac, médecin aide-major de 1re classe, pour les escadrons du 6e régiment de hussards détachés en Tunisie. — M. Prat, médecin aide-major de 1re classe, pour le 3e régiment de tirailleurs algériens. — M. Poucy, médecin aide-major de 1re classe, pour le 14e régiment d'artillerie. — M. Spite, médecin aide-major de 1re classe, pour le 2e régiment de tirailleurs algériens. — M. Lafille, médecin aide-major de 1re classe, pour le 43e régiment d'infanterie.

Pharmaciens : M. Gallimard, pharmacien-major de 1re classe, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons. — M. Bonnard, pharmacien-major de 1re classe, pour l'hôpital militaire de Perpignan. — M. Dauphin, pharmacien-major de 2e classe, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou. — M. Simon, pharmacien-major de 2e classe, pour l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. — M. Dulud, pharmacien aide-major de 1re classe, pour l'hôpital militaire de Belfort. — M. Cornu, pharmacien aide-major de 1re classe, pour l'hôpital militaire de Marseille.

Banquet offert à M. Damaschino.

Le 11 janvier, se réunissaient au café Riche, dans un banquet de 110 couverts, les élèves et amis du sympathique professeur Damaschino, récemment promu à la chaire de Pathologie interne. Un grand nombre de médecins des hôpitaux assistaient à cette fête. Après le dîner, pendant lequel la plus grande cordialité n'a cessé de régner, le Président du banquet, M. le professeur Gavarret, prit la parole et en quelques mots dit, ce qui était la pensée de tous, avec quelle joie avait été accueillie cette nomination et quel heureux choix la Faculté avait fait dans la circonstance.

M. Letulle, un de nos plus jeunes et des plus distingués médecins des hôpitaux répondit à M. le professeur Gavarret au nom des élèves : il trouva des accents touchants pour peindre leur reconnaissance.

M. Damaschino se leva alors, et, dans un discours dans lequel il avait mis tout son cœur, répondit avec émotion ; il dit combien il se sentait fier et heureux de tous ces témoignages de profonde sympathie. Ces paroles soulevèrent les applaudissements de tout l'auditoire désireux de témoigner une fois de plus au maître combien il était heureux de son succès.

Après quelques mots de M. Liouville, au nom des anciens collègues d'internat du professeur, M. Barboux, l'ancien ministre de l'instruction publique, ami particulier de M. Damaschino depuis de nombreuses années, dans une improvisation brillante et des plus spirituelles, rendit hommage aux qualités de cœur et d'esprit du professeur.

Enfin, M. Gilles de la Tourette, l'interne sortant du service, l'un des organisateurs de cette fête avec M. Letulle, au nom des derniers élèves, *des petits*, remercia son maître. La chaleur communicative de l'orateur gagna l'auditoire qui termina le repas par une salve d'applaudissements.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité.

Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a entendu un rapport de M. le Dr Lancereaux sur l'*utilité de la revaccination dans les écoles communales*. Conformément à son avis, le Conseil a émis le vœu que les médecins inspecteurs des écoles soient chargés de revacciner les enfants de ces écoles dans les trois premières semaines qui suivent la rentrée, ainsi que cela se pratique actuellement pour les lycées.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz a ensuite donné au Conseil communication d'un rapport concernant un cas de *décès par rage*. Il ne voit dans cette observation, en dehors des symptômes habituels de la rage, qu'un seul fait intéressant à signaler, c'est la présence de l'albumine dans les urines. En admettant que cette albuminurie soit apparue en même temps que les symptômes rabiques, ce qui n'est pas démontré dans l'observation, on pourrait la ranger dans le groupe de ces néphrites infectieuses sur lesquelles récemment le professeur Bouchard a appelé notre attention et qui résulteraient, suivant lui, du passage à travers le filtre rénal des protoorganismes qui constituent, par leur présence dans le sang, la lésion primordiale de ces affections microbiennes. C'est là un point qui mérite d'être étudié à nouveau. — Ce fait de rage porte à six ceux que l'on a observés durant l'année 1883. Ce chiffre de six montre une décroissance très notable dans les cas de rage humaine, lorsqu'on compare cette année à la précédente, où le nombre des cas de rage avait été de douze. Cette diminution ne saurait faire faiblir la rigueur avec laquelle on doit poursuivre la suppression des chiens errants. Il importe plus que jamais de tenir la main à la sévère application des règlements à ce sujet.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 21. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Hayem, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 4e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Rendu, Straus. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Fournier, Pinard, Segond ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Charcot, Tillaux, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 22. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Sappey, Laboulbène, Bouilly. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Raymond. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Pajot, G. Sée, Humbert ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Gosselin, Jaccoud, Charpentier.

Mercredi 23. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Tillaux, Segond. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Guyon, Reynier. — 3e *de Doctorat* : MM. Gariel Hanriot, Blanchard. — 4e *de Doctorat*. MM. Fournier, Hayem, A. Robin. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Trélat, Potain, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Charcot, Pinard, Kirmisson.

Jeudi 24. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Panas, Cornil, Peyrot. — 2e *de Doctorat* : MM. Hardy, Peter, Campenon. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) 1re *Série* : MM. Pajot, Le Fort, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Gosselin, Richet, Charpentier. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Bouchard, Hutinel.

Vendredi 25. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Bouchard, Tillaux, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Béclard, Trélat, Terrillon. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Guyon, Rendu, Ribemont-Dessaignes ; — (N. R. 1re partie) (Charité) : MM. Verneuil, Pinard, Kirmisson.

© BIU Santé

Samedi 26. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Cornil, Rémy. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, Richet, Richelot. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Le Fort, Ball, Hanot; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Bouilly.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 22. — M. Ollivier : Contribution à l'étude des tumeurs du creux poplité et en particulier du nerf sciatique et des veines jumelles. — M. Boularan : Compression des nerfs du membre supérieur à la suite des fractures. — *Mercredi* 23. M. Olive : Des formes cliniques de la colique hépatique. — M. Gautier : Contribution à l'étude des spasmes, du cou.

Enseignement médical libre.

Accouchements. — MM. Bar, accoucheur des hôpitaux et Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, commenceront le 5 février un cours complet d'accouchements en cinquante leçons. Ce cours aura lieu tous les jours, à 4 heures 1/2, 20, rue Dauphine. Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser tous les jours, à 4 heures 1/2, 20, rue Dauphine.

Ophtalmologie. — M. le Dr Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophtalmologie à l'Ecole pratique, le mardi 5 février, à 8 h. (Amphithéâtre n° 3), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Projections lumineuses. Reproductions graphiques.

FORMULES

3. Tisane benzoïque. Laboulbène.

Dans les affections des reins ou de la vessie, lorsque les urines sont bourbeuses et qu'il y a indication d'éliminer les matières extractives en excès dans le produit de la sécrétion rénale, M. Laboulbène prescrit la tisane benzoïque qu'il formule de la manière suivante :

Acide benzoïque.	1 à 2 grammes.
Eau distillée aromatique. . .	50 —
Eau de fontaine	900 —
Sucre	100 —

Faites dissoudre. — L'eau distillée aromatique peut être celle de tilleul, ou de canelle, ou de fleurs d'oranger. Elle peut être remplacée par une teinture appropriée, mais, dans ce cas, la tisane prend un aspect louche.

4. Emploi de l'alun dans la coqueluche. Warfwinge.

L'administration de l'alun à l'intérieur a donné d'excellents résultats au Dr Warfwinge dans les cas de coqueluche. Il fait usage d'une solution aluminée à 2 0/0, qu'on peut prescrire ainsi :

Alun	2 grammes.
Eau.	50 —
Sirop d'oranges	50 —

Mêlez. Une cuillerée à dessert quatre fois par jour. — Les enfants acceptent volontiers ce médicament; il est rare qu'il occasionne de la constipation et il n'amène aucun symptôme gênant. L'auteur n'a employé ce médicament que dans les cas tout à fait nets, et il a constaté que les accès diminuent rapidement en intensité et en fréquence et ne tardent pas à disparaître complètement (*Revue Médicale*).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expirait à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* un franc *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1883 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 4 janvier au jeudi 10 janvier 1884, les naissances ont été au nombre de 1260, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 493; illégitimes, 162. Total, 655. — *Sexe féminin* : legitimes, 435 ; illégitimes, 170. Total, 605.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 4 janvier au jeudi 10 janvier 1884, les décès ont été au nombre de 1055 savoir : 612 hommes et 443 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 7. T. 21. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 11, F. 8, T. 19. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 5, F. 7. T. 12. — Diphthérie, Croup M. 27, F. 14, T. 41. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 1, F. ., T. 1. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 22, F. 21, T. 43. — Phthisie pulmonaire : M. 122, F. 75. T. 197. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 4. T. 21. — Autres affections générales : M. 33, F. 39, T. 72. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 30, F. 27, T. 57. — Bronchite aiguë : M. 24, F. 16, T. 48. — Pneumonie : M. 48, F. 29, T. 77. — Athrepsie : M. 34, F. 25. T. 59. — Autres maladies des divers appareils : M. 182. F. 154, T. 336. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 34, F. 5, T. 39. — Causes non classées M. 6, F. 3, T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36 ; illégitimes, 16, Total : 52. *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 14. Total : 39

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour l'adjuvat et le prosectorat.* Par arrêté en date du 2 janvier 1884, les articles 3 et 9 du règlement du 10 juin 1879 concernant l'adjuvat et le prosectorat à la Faculté de médecine de Paris sont modifiés ainsi qu'il suit : Art. 3. Les aides d'anatomie sont nommés au concours. La durée de leurs fonctions est limitée à 4 ans. Les aides d'anatomie titulaires peuvent seuls concourir pour le prosectorat et seulement pendant ces quatre ans. Ils ne peuvent prendre le grade de docteur en médecine ; — Art. 9. Le renouvellement des aides se fera par quart. Il ne pourra être nommé au concours de chaque année que six aides d'anatomie titulaires. Lorsque le nombre des places vacantes excédera ce chiffre, il pourra y être pourvu par la nomination, dans le même concours, d'aides d'anatomie provisoires, nommés pour une année.

Chaire d'accouchements. — Les candidats à la chaire d'accouchements vacante par suite du transfert de M. le professeur Pajot à la chaire de clinique d'accouchements sont au nombre de cinq. Ce sont, par ordre alphabétique : MM. Budin, Charpentier, Guéniot, Pinard et Tarnier (*Gazette des Hôpitaux*).

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté du Ministre en date du 14 janvier 1884, la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante. Un délai de 20 jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le Dr Vincent est institué, pour une période de neuf années, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, en remplacement de M. Stéphan, dont le temps d'exercice est expiré. Il est chargé, à titre provisoire, du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Spilmann, décédé.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Bellier, licencié ès sciences physiques, est délégué, à titre provisoire, dans l'emploi de chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Robert, démissionnaire.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Alezais est nommé prosecteur en remplacement de M. le Dr Cousin, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Longe est nommé aide d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Camoin, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Vizern, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Aubert, démissionnaire.

Ecole de médecine de Reims. — M. Moret, suppléant d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie en remplacement de M. Decès, appelé à d'autres fonctions.

Assistance publique. — *Conseil de surveillance.* Dans sa séance du 10 janvier 1884, le Conseil de surveillance a procédé à la nomination de son vice-président, le président de droit étant M. le Préfet de la Seine. M. E. Ferry a été nommé.

Ecole de pharmacie de Paris. — M. Meillère, licencié ès-sciences est chargé des fonctions de préparateur des travaux pratiques de 2e année, en remplacement de M. Sonnié-Moret, démissionnaire.

Hôpitaux de Marseille. — *Concours pour l'externat.* Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Pagliano, Arnaud, Bossano, Gravière, Laugier, Icard, Tasso et Galibert.

Hôpitaux de nantes. — M. le Dr Biaute, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Blois, est nommé médecin en chef du quartier des

© BIU Santé

aliénés, à l'hôpital Saint-Jacques à Nantes, en remplacement de M. le Dr Petit, décédé.

Muséum d'histoire naturelle. — M. de Quatrefages, professeur d'anthropologie au Muséum, est nommé directeur suppléant de cet établissement pour une période de cinq ans.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 15 janvier 1884, ont été promus dans le Corps de santé de la marine : *Au grade de Directeur* : M. Bérenger-Féraud, médecin en chef ; — *Au grade de médecin en chef* : M. Fabre, médecin principal ; — *Au grade de médecin principal* : 2e tour (choix) : M. Le Grand, médecin de 1re classe.

Médecins de l'armée territoriale. — Par décret en date du 10 janvier 1884, M. Crel Duverger, médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité, a été nommé au grade de médecin-major de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (Emploi vacant par organisation).

Médecins des lycées. — M. le Dr Maichal est nommé médecin adjoint du lycée de Brest, en remplacement de M. le Dr Aubry, démissionnaire. — M. le Dr A. Lecadre, médecin adjoint au lycée du Hâvre, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de son oncle, M. Lecadre, décédé. — M. le Dr Lauziès est nommé médecin adjoint du lycée du Hâvre, un remplacement de M. A. Lecadre, appelé à d'autres fonctions. — M. le Dr Samalens, médecin adjoint du lycée d'Auch, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le Dr Boutan, décédé. — M. le Dr Subert est nommé médecin du lycée de Nevers, en remplacement de M. le Dr Ranque, démissionnaire.

Universités roumaines. — M. le Dr Negel, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé professeur suppléant à la Faculté de médecine de Jassy.

Société française d'ophtalmologie. — La prochaine réunion scientifique de la Société française d'ophtalmologie aura lieu lundi 28 janvier prochain, à 9 heures du matin, dans le local de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye.

Société de pharmacie de paris. — La séance annuelle de cette Société a eu lieu le 19 décembre 1883. Le prix de thèse a été décerné à M. Anthoine et des mentions honorables à MM. Boutineau et Delattre. Le Bureau a ensuite été constitué de la manière suivante pour 1884 : *Président* : M. Marty ; — *Vice-président*, M. Sarradin, — *Secrétaire général*, M. Planchon ; — *Secrétaire annuel*, M. Raymond ; — *Trésorier*, M. Desnoix ; — *Archiviste*, M.F. Würtz.

La crémation. — La Société pour la propagation de la crémation en France a décidé l'ouverture d'un pétitionnement tendant à appuyer les vœux successifs du Conseil municipal de Paris et la proposition de loi sur la crémation facultative déposée à la Chambre des députés par M. Paul-Casimir Périer.

Les résultats d'un exorcisme. — Un journal suisse raconte le fait suivant, qui s'est passé dans le canton de Saint-Gall : « Une jeune fille, âgée d'environ dix-huit ans, souffrait depuis quelque temps d'une maladie mentale. Au lieu d'appeler un médecin, les parents consultèrent un prêtre qui leur conseilla de faire procéder à un exorcisme en règle, afin de chasser le démon qui, selon lui, s'était évidemment emparé de la jeune aliénée. Rendez-vous fut pris et un soir, — ceci se passait tout récemment, — la malheureuse fut traînée à l'église. Par le froid vif qui règne à cette saison, la pauvre fille grelottait sous l'eau bénite que répandait sur elle le fanatique, et bientôt elle fut dans un tel état qu'on dut bon gré mal gré interrompre la burlesque et criminelle cérémonie. Transportée à l'auberge voisine, la victime de cette odieuse superstition expira au bout d'une heure ou deux. » (*La Lanterne*, 12 janvier 1884).

Journaux. — Le *Progrès français*, revue populaire des conférences et des cours scientifiques et littéraires, paraissant tous les dimanches, sous la direction de M. Philippon, vient d'entrer dans sa deuxième année. Nous sommes heureux de constater le succès si mérité de cette utile publication. — Nous avons également reçu dans ces derniers temps *the Planet*, journal mensuel de médecine et de chirurgie, paraissant à New-York.

Un nouveau cas de cow pox spontané a cérons (Gironde). — Un nouveau cas de cow pox spontané vient d'être observé à Cérons par MM. Barbe, vétérinaire, et Pichausel, médecin à Podensac. M. Layet, professeur à la Faculté de médecine et directeur du Service municipal de la vaccine, et M. Baillet, ont constaté l'existence de nombreuses pustules sur le pis de cette vache. Ils ont fait avec le liquide recueilli sur ces pustules non ombiliquées des inoculations multiples. Sur la première génisse, il survint des rougeurs au point d'inoculation et une seule pustule ; une nouvelle inoculation de cette génisse à une autre génisse donna de très beaux résultats : 13 succès sur 13 inoculations. Ce fait vient confirmer l'opinion que M. Layet avait émise à propos du second cow-pox d'Eyzinès. L'éruption vaccinogène *d'origine spontanée* se présenterait sans caractères classiques ; les boutons ne sont pas *ombiliqués*. L'ombilication serait seulement le caractère essentiel d'une éruption vaccinogène *transmise*. On peut ajouter que le cow-pox dit *spontané* ne doit pas être aussi rare qu'on l'a cru. Un service municipal de vaccine bien institué sera donc toujours à même de ne laisser échapper aucune des occasions qui peuvent s'offrir à lui de renouveler son vaccin (*Gaz. hebd. de Bordeaux.*)

Un cas de sécrétion de lait chez un garçon de dix mois. — M. le Dr Lesnewich a examiné un garçon de 10 mois, dont les mamelles secrétaient du lait depuis la naissance. La pression des mamelles fait sortir le lait par poussées ou en jet. Sans pression, le lait sort en gouttelettes. Les mamelles ont la grosseur d'une noisette ; l'enfant lui-même se porte bien. La réaction du lait est neutre et le lait ne diffère en rien du lait ordinaire de femme (*Paris médical*).

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le Dr H. Raymond, décédé le 6 décembre dernier à Sainte-Florine, à l'âge de 74 ans. — M. le Dr Soucasse vient de mourir à Toulouse dans les derniers jours du mois de décembre. — Le *Concours médical* nous apprend la mort de M. le Dr Cangrain, décédé à l'âge de 69 ans, à Faugarolles (Mayenne). — M. le Dr Mendez Alvaro, directeur du journal *el Siglo medico*, et l'un des médecins les plus distingués de l'Espagne, est mort à Madrid le 19 décembre dernier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

Revue philosophique, dirigée par M. Th. Ribot. — Sommaire du n° de janvier 1884. *Passé et avenir de la Religion*; par Herbert Spencer. — *Critique de la loi de Weber* ; par Paul Tannery. — *L'Esthétique musicale en France* ; par Ch. Lévêque. — *Les aberrations de l'Instinct sexuel*; par le Dr E. Gley. — Analyses et comptes rendus. — Revue des Périodiques étrangers. — Variétés. — Livres nouveaux. — Abonnements. Paris, 30 fr., Départements et Etranger, 33 fr. La livraison, 3 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Orgeas (J.) — La colonisation de la Guyane par la transportation. Etude historique et démographique. Brochure in-8 de 120 pages, avec 2 cartes. — Prix : 4 fr.

Variot (G.) — Développement des cavités et des moyens d'union

Peptone Catillon
Officiel adoptée dans les hôpit. de Paris.
Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.
Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 eau, 3 *gout. laudanum*, 0.30 *bicarb. de soude.*
POUDRE : peptone pure à l'état sec, combole facile, pas d'équivoque dans le dosage.
1 *cuill. à café représente* 45 *gr. de viande.*
SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 *cuill. contient* 30 *gr. de viande.*
VIN : utile complément de nutrition.
1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande.*
CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en tablettes contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner ; en croquettes, 8 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.
Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon
0,20 *de créosote du hêtre par cuillerée.*
Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs.

Seul vin au quinquina ou quina frappé de
MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878.

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA
Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Maux d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.
Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs non capables de supporter les ferrugineux ordinaires.
Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

des articulations. Brochure in-8 de 84 pages, avec 3 planches hors texte. — Prix : 3 fr.

Salenni-Dace (B.). — Le cardiopatie nei pazzi loro patogenisi e studi anatomo patologici. Une brochure in-8 de 80 pages, avec 9 planches en chromo-lithographie. Palerme, 1883. — Carini, Caronna e Maccoclain.

Sociedad espanola de hygiene. — Seccion provincial de Cadiz. Acta de la seccion inaugural de los trabajos academicos de 1883 à 1884. Brochure in-8 de 26 pages. Cadiz, 1883. — Tipografico de J. Benitez Estudillo.

Tucker Wise (A. T.). — Wiesen as a health resort in early phtisis, with directions for clothing, dict. and exercise in the Siviss Alps during winter. Un volume in-18 cartonné de 68 pages, avec une planche et 12 tableaux. London, 1883. — Baillière, Tindall et Cox.

Villard (F.). — Adherent and contracted prepuce commonly called congenital phimosis. Broch. in-8 de 7 pages. — Philadelphia. — *The Philadelphia medical times.*

Villard (F.). — Ambulance service in Philadelphia. Broch. in-8 de 240 pages, avec 15 figures dans le texte. — Pensylvanie (University of). — The Newport natural history society. Broch. in-8 de 15 pages. — Newport, 1883. — David et Pitman.

Warfringe (F.-W.). — Arsberattelse (Den fjerde) fran Sabbatsbergs Sjukhus i Stockholm för 1882. Brochure in-8 de 208 pages. Stockholm, 1883. — Kongl. Boktryckeriet.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital des Enfants-malades. — Clinique infantile. M. le Dr Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, à l'hôpital des Enfants, le vendredi 25 janvier, à neuf heures, à l'amphithâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Il s'occupera spécialement des *fièvres éruptives.* Visite et examen des malades, à 8 h. 1/2, à la salle St-Augustin, et le mardi, à la consultation.

Hôpital Laënnec. — Clinique médicale. M. le Dr Legroux reprendra ses lecons cliniques à l'hôpital Laënnec le mercredi 23 janvier 1884, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. Il traitera des *maladies d'évolution.*

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale : M. G. Sée, lundis et vendredis, à 9 h. ; — M. Gallard, mardis et samedis, à 9 h. — *Clinique chirurgicale :* M. Humbert, mardis, jeudis, samedis, à 9 h. — *Clinique ophthalomologique :* M. Panas, lundis et vendredis, à 9 h.

Hôpital de la Pitié. — Clinique médicale : M. Jaccoud, mardis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale :* M. Verneuil, lundis et vendredis à 9 heures 1/2.

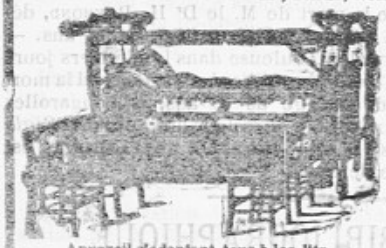
Hôpital Necker. — Clinique médicale : M. Potain, lundis et vendredis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale :* M. Trélat, mardis et jeudis, à 10 heures.

Hôpital de la Charité. — Clinique médicale : M. Hardy, mardis et samedis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale :* M. Terrillon, lundis, mercredi, vendredis, à 10 heures.

LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES POUR MALADES ET BLESSÉS.

Appareil adopté par l'Académie de médecine de Paris en 1847. — 19 médailles aux Expositions franç. et angl. Académies et Sociétés savantes. Dipl. d'honn., Exp. int. de Paris 1875 ; Méd. de 1re classe, Exp. int. Bruxelles 1876 ; Méd. d'Argent Paris, 1878 ; Méd. d'Or Paris, 1879 ; *Hors concours* Paris, 1880.

DUPONT, Paris, rue Hautefeuille, 10 (près de l'École de médecine).



Appareil s'adaptant tous à les lits.



Voiture de promenade avec tablier et capote.



Fauteuils à grandes roues caoutchoutées. Mû par 2 manivelles.



Fauteuil à manivelles, dossier articulé.



Automoteur avec porte-pieds à 2 articulations.



Portoirs de différents systèmes.

HYDROTHÉRAPIE SCIENTIFIQUE DU Dr FLEURY

Institut Hydrothérapique de Passy-Paris

22, rue Franklin (Trocadéro).

Fondé en 1871, par le docteur Fleury et N. Pascal, son élève, cet établissement est particulièrement consacré au traitement des maladies chroniques. Il reçoit des pensionnaires et des externes. Il est situé près du Palais du Trocadéro, au milieu d'un jardin de huit mille mètres

Service médical : Dr A. Rambaud. — *Service hydrothérapique* : N. Pascal.

EXTERNAT : 11, boulevard Malesherbes, à côté de la Madeleine.

Ouvert de 8 heures à 11 heures du matin, et de 1 heures à 6 heures du soir.

LA CRÈME DE BISMUTH QUESNEVILLE

est un merveilleux médicament et un des plus sûrs de la thérapeutique. Il s'emploie contre les dérangements intestinaux, douleurs d'entrailles, diarrhées, dysenteries, cholérine ; contre les maux d'estomac, mauvaises digestions, la dyspepsie en un mot.—Prix : flacon, 9 fr. ; 1/2 flac. 5 fr.

NOUVEAU VINAIGRE DE SANTÉ DU Dr QUESNEVILLE

contre la contagion, aromatique phéniqué, antipestilentiel et parfum hygiénique par excellence pour la toilette. — Flacon : 2 fr. 50.— Chez le Dr QUESNEVILLE, 12, *rue de Buci*,

Le Rédacteur-gérant : Bourneville

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue Derennes, 71

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

Efficaces contre *Affections pulmonaires, Bronchites, Emphysème, Asthme, Phthisie, Scrofule, Rachitisme.*

Dose : 3 à 6 grains avant chaque repas.—Administration facile. — Rapide dissolution dans l'estomac.— Pas d'action caustique ou irritante.

DÉPOT : 3, Rue de Choiseul, Paris, et Pharmacies.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la Diastase, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION
MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 4. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 26 JANVIER 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

ASILE SAINTE-ANNE. — **M. MAGNAN.**

De la dipsomanie.

Leçons recueillies par M. le Dr Marcel **BRIAND** et revues par le professeur.

Messieurs,

C'est Hufeland qui, le premier, a employé le mot dipsomanie pour désigner un entraînement irrésistible poussant par intervalles l'homme à boire avec excès des liqueurs enivrantes. M. Foville rappelle cette origine dans son excellent article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. En 1817, Salvatori, médecin italien exerçant à Moscou, donnait la description d'une maladie qu'il désignait sous le nom d'oinomanie; deux ans après, un médecin allemand, Bruhl-Cramer, pratiquant aussi en Russie, publiait à Berlin un mémoire ayant pour titre : *Ueber die Trunksucht* (de la manie des boissons fortes) et traitait non pas d'une habitude et d'un vice d'ivrogne ou d'un trouble mental produit par l'abus invétéré des spiritueux, mais d'un penchant à boire, insurmontable et paroxystique. C'est dans la préface de cet ouvrage qu'Hufeland propose d'appeler dipsomanie une affection comparable, dit-il, à la nymphomanie.

Mais, si nous conservons cette expression, nous verrons bientôt que nous ne pouvons pas lui laisser le sens étendu que lui attribue cet auteur. Quelques années plus tard, en 1825, le Dr Erdmann, se basant sur des observations recueillies encore en Russie, dépeignait avec beaucoup de vérité l'accès dipsomaniaque; et Marcé, qui en a fort bien étudié la phase prodromique, emprunte à ce dernier travail une observation très curieuse d'un ouvrier Russe, ordinairement sobre, qui, après certaines périodes de tristesse, se mettait à boire de l'eau-de-vie pendant plusieurs jours. Carpenter, Esquirol, Magnus-Hus, Forbes-Winslow, Morel, Trélat, Marcé, Griesinger, Foville, Delasiauve et quelques autres encore, ont décrit la maladie à divers point de vue, tout en différant d'opinions sur sa nature nosologique.

Quant à nous, disons-le dès maintenant, nous ne considérons pas la dipsomanie comme une entité morbide, comme une maladie distincte, mais bien comme un syndrome, très important, du reste, et méritant une étude spéciale.

Ce besoin irrésistible de boire se reproduit à des époques indéterminées, sous forme de paroxysmes, affectant les dehors d'un court accès de mélancolie impulsive. Il en est de cette disposition maladive comme de beaucoup d'autres syndromes tels que les impulsions au vol et à l'incendie, la crainte des poussières, la terreur des épingles ou des débris de verre, la peur des espaces, l'inversion du sens génital, etc., qui, dans l'ordre psychique, sont des tares dont la valeur n'est pas moindre que celle des vices de conformation parmi les troubles somatiques. Leur seule présence milite, aux yeux du clinicien, en faveur d'une prédisposition native; ils forment cortège à la folie héréditaire.

Etiologie.— Ce qui domine dans l'étiologie de la dipsomanie, c'est l'hérédité. Tous les malades que nous aurons à voir étaient, par leurs ascendants, prédisposés à la folie. Cependant, il faut l'avouer, les causes occasionnelles peuvent aussi avoir une certaine action sur l'accès, mais cette influence est secondaire, ne s'adresse qu'à la manifestation elle-même et n'a pas sur le fonds maladif l'importance qu'on est tenté de lui attribuer.

Quelques auteurs, Bruhl-Cramer, Erdmann, Magnus-Hus, au lieu de voir dans l'impulsion à boire un épisode, une phase, une manifestation d'un état général plus profond, pensaient que les impulsions ne se développaient seulement que chez les individus adonnés depuis longtemps aux excès alcooliques; ce phénomène n'était pour eux qu'une conséquence aggravée de l'ivrognerie.

Cette opinion, de même que celle qui fait de la dipsomanie une maladie distincte, ne résiste pas à une étude complète des faits. Esquirol (1), qui ne voit dans la dipsomanie, maladie distincte, que ce symptôme, le besoin de boire, rapporte sept observations, sans remonter dans aucune d'elles aux antécédents. Il prend les malades au moment où se montre la monomanie de l'ivresse, l'entraînement irrésistible à boire, il décrit l'accès, sans se préoccuper des phénomènes qui l'ont précédé ou de ceux qui le suivent, sans tenir aucun compte des antécédents; c'est une page détachée de l'histoire pathologique du malade, qu'on est impuissant à bien comprendre si on l'étudie isolément.

Quelle que soit l'admiration qu'inspire ce maître illustre, on ne peut s'empêcher de regretter ces lacunes. Si ses observations peuvent servir à la description du symptôme, elles ne nous apprennent rien au point de vue de la nature et du fonds même de l'état maladif; il faut donc, de toute nécessité, remonter aux antécédents des malades, et l'on s'aperçoit alors, qu'à différentes époques de la vie, ils ont présenté des bizarreries de caractère ou des troubles intellectuels, bien avant d'être poussés à boire. Ces troubles sont l'indice d'un état mental plus profondément atteint qu'on ne pourrait le supposer, si l'on s'en tenait à des symptômes isolés.

En fragmentant l'observation d'un aliéné, quel qu'il soit, il deviendrait facile de trouver chez lui plusieurs monomanies distinctes.

D'autres auteurs ont confondu des symptômes de la dipsomanie avec des causes qui l'auraient déterminée; les troubles fonctionnels de l'estomac par exemple, tels que la dyspepsie, qu'on a regardée comme cause de l'impulsion à boire, doivent être envisagés tout autrement; ils sont en effet, au contraire, l'une des conséquences de la maladie dont ils finissent par faire, pour ainsi dire, partie constituante. Il en est de même de certains états bizarres, mal définis, auxquels on applique trop volontiers le terme d'états hystériques et qui ne sont en réalité que la manière d'être habituelle des dipsomanes. On peut en dire autant de l'abattement et de la tristesse qui, loin d'être cause de l'accès, n'en sont que la première manifestation.

On a aussi accordé à la menstruation et à la méno-

(1) *Traité des maladies mentales*. Tome II, p. 72.

© BIU Santé

pause une très grande place dans l'étiologie de la dipsomanie. Sans enlever aux règles toute influence sur la maladie qui nous occupe, on doit dire que leur action ne se manifeste guère que sur l'accès, dont elle favorise parfois le retour. Ceci pourrait d'ailleurs s'expliquer par l'ébranlement que subit la femme pendant la phase cataméniale. Chez une malade que je vais vous présenter, il sera facile de voir que, si la menstruation a une certaine action sur la périodicité des accès, il serait exagéré de prétendre qu'elle soit la cause de la maladie elle-même. Nous allons l'interroger dès maintenant, car elle sera pour vous une esquisse sur laquelle vous pourrez suivre les différents phénomènes caractéristiques dont nous avons à nous entretenir.

Marie D..., aujourd'hui âgée de 45 ans, est mélancolique depuis la mort de son mari ; cette mort remonte à 4 ans. Parfois, mais surtout depuis dix-huit mois, elle se sent prise, par intervalles, d'un violent besoin de boire ; une plus grande tristesse, du découragement, un sentiment d'impuissance précèdent alors chacun de ses accès ; elle se plaint d'une constriction à l'estomac et au cou, qui se renouvelle chaque fois que les impulsions vont se manifester. D'abord, elle s'efforce de surmonter ce besoin, elle se fait des reproches, mais, incapable cependant de résister, elle court chez le marchand de vin où elle achète furtivement du vulnéraire qu'elle cache pour le monter dans sa chambre, où elle se renferme pour boire.

Bientôt, la tristesse augmente et les accidents alcooliques apparaissent; le sommeil se perd, il survient des hallucinations pénibles ; elle voit des figures grimaçantes, des têtes de mort qui remuent les yeux, des flammes, des étincelles ; les objets qui l'entourent prennent des teintes rouges, bleues, vertes, et se mettent à danser ; elle voit des papillons de toute couleur qui voltigent çà et là, elle entend des voix menaçantes et des injures ; enfin, elle sent sur la peau des picotements qu'elle attribue à de la vermine.

Tous ces phénomènes assez rapidement atténués disparaissent insensiblement. La malade reste sobre ensuite pendant deux ou trois mois, sans même penser à s'enivrer, et, phénomène très instructif, l'odeur du vulnéraire ou de toute autre liqueur l'incommode alors au point de lui donner des nausées. C'est à peine si elle peut boire de l'eau rougie. Quand on fait allusion à ses excès, elle se défend d'aimer à boire. C'est contre sa volonté qu'elle se grise : « Ce n'est pas, dit-elle, une passion, c'est malgré moi que je bois. »

Au moment des époques, elle devient irritable, impressionnable, elle éprouve des bouffées de chaleur à la tête, et, toutes les fois que le besoin de boire se fait sentir dans ces conditions, l'impulsion est plus pressante et la lutte moins longue. Telle est l'influence des règles sur son état, elle ne se manifeste pas autrement, pas plus chez cette femme que chez les autres malades.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer le développement de la dipsomanie sur une malade depuis longtemps portée à la mélancolie ; d'autre part, on voit aussi des accidents alcooliques se produire après des abus répétés de boisson ; mais, nous en verrons d'autres exemples.

Il a été impossible d'avoir des renseignements sur les antécédents de cette femme, et pourtant c'est surtout dans les prédispositions héréditaires qu'il faut, d'une façon générale, chercher la cause des impulsions à boire. Nous allons en puiser la preuve dans les faits que nous examinerons ensemble. Sur les huit dipsomanes que je pourrais vous présenter, deux sont entachés d'une double hérédité convergente, cinq offrent une hérédité simple. Pour le dernier cas, les renseignements sont incomplets.

M. Foville, dans l'article déjà cité, après avoir considéré la dipsomanie comme une forme particulière de délire partiel, se ravise plus loin sur la valeur nosologique de cette disposition maladive et avec raison, selon nous, il n'en fait plus alors une affection à part. Ne dit-il pas en effet : « Aussi, au lieu de la considérer (la dipsomanie) comme une véritable monomanie comme l'ont fait Esquirol et Marcé, il nous paraît plus juste de l'envisager, avec plusieurs auteurs modernes, notamment Morel, Griesinger, Skaë, Forbes-Winslow, Trélat, comme un symptôme dépendant d'une affection générale. » Les faits que nous observerons ne vous permettront pas de penser autrement. Du reste, la monomanie en général, introduite dans la science par Esquirol, pour exprimer « une espèce d'aliénation mentale, caractérisée par une lésion partielle de l'intelligence, des affections ou de la volonté » perd de jour en jour ses partisans. Falret père éleva des doutes sur son existence, déclarant que cette doctrine reposait sur des principes philosophiques erronés, sur une observation clinique superficielle et défectueuse et sur une fausse interprétation des phénomènes morbides.

Pour ma part, je repousse absolument d'une façon générale la doctrine des monomanies ; sans nier que l'impulsion ne soit le phénomène le plus saillant dans certaine forme de folie, je ne puis lui attribuer qu'une valeur symptomatologique secondaire, l'état mental au milieu duquel l'acte impulsif se manifeste devant être seul considéré comme la chose essentielle. Mais, il faut l'avouer, avec les illustres défenseurs des monomanies, l'impulsion devient dans certains cas tellement impérieuse et prédominante, absorbe et subjugue si fortement l'esprit de l'aliéné, qu'elle imprime au délire une physionomie spéciale qui semblerait leur donner raison. Les malades qui font l'objet de notre étude nous démontreront d'une manière évidente que, si le besoin de boire est, chez le dipsomane, l'acte le plus saillant, il ne constitue pas à lui seul la maladie. Il n'est qu'un syndrome épisodique d'un état mental plus profond, que l'hérédité tient sous sa dépendance.

Je vous présenterai plus tard une femme, dont l'histoire est fort intéressante, et qui s'est d'abord montrée à nous comme une mélancolique suicide ; puis, après un accès mystique et un accès de nymphomanie, nous l'avons trouvée dominée par des impulsions dipsomaniaques, auxquelles sont bientôt venues s'ajouter des impulsions homicides. On ne doit voir, là encore, que des manifestations différentes d'un même fonds pathologique. Chez cette femme, un accès de dipsomanie s'est produit sous nos yeux pendant l'un de ses passages dans le service. Rien n'y a manqué : tristesse, découragement, sentiment d'impuissance, accablement, insomnie, anorexie, anxiété précordiale, ardeur à la gorge, enfin besoin impérieux et irrésistible de boire ; mais, heureusement pour la malade, elle était protégée contre son impulsion et dans l'impossibilité de donner à son accès la satisfaction habituelle. Aussi, en l'absence de boissons, l'accès a-t-il été plus court, moins pénible, et n'a pas été suivi de cet anéantissement profond qui est la conséquence ordinaire des abus alcooliques. Ce paroxysme sans l'abus de boissons est, on le voit, et doit être considéré comme une ébauche d'un court accès mélancolique.

(*A suivre*).

© BIU Santé

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

Hernie congénitale de la région inguino-crurale chez une enfant née au 7me mois. — Guérison.

Par M. le Dr CH. SABOURIN.

Nous avons observé récemment le fait suivant, qui nous semble digne d'être mentionné, ne fût-ce qu'à cause de sa rareté, si tant est que d'autres analogues aient été signalés.

Il s'agit d'une petite fille née à 7 mois, parfaitement conformée, bien que de dimensions si minuscules que les parents ne supposaient guère qu'on pût jamais la faire vivre. Elle n'a pas été pesée à sa naissance. Quoiqu'il en soit, elle finit par prendre le sein maternel, et, après diverses alternatives, se nourrit parfaitement et profita rapidement.

Au dire de la mère, ce n'est que quinze jours ou trois semaines après la naissance que l'on aperçut dans l'aine droite de l'enfant une petite grosseur roulant sous le doigt. Il est à remarquer que la petite fille criait remarquablement peu, et qu'elle n'a point eu de toux.

On ne s'en occupa guère autrement, l'enfant continuant à profiter et paraissant ne souffrir en aucune façon. Mais, la petite tumeur grossissant peu à peu, on se décida à consulter. C'est alors, vers le 15 juillet, six semaines environ après sa naissance, que nous voyons l'enfant, et nous faisons les observations suivantes :

Dans l'aine droite, il existe deux petites saillies juxtaposées, mais sans connexion entre elles. La plus petite, externe et supérieure, un peu allongée dans le sens du pli de l'aine, est facilement isolable, roule sous le doigt, et a tous les caractères d'un petit ganglion lymphatique augmenté de volume. Nous ne voyons pas du moins à quelle autre chose nous pourrions la rapporter.

L'autre est plus grosse, située en dedans et un peu en bas, elle a le volume d'une petite noisette. Elle roule sous la peau superficiellement, et cède sous le doigt ; elle est molle, élastique, et s'affaisse par la pression ; enfin, et surtout, elle se réduit complètement avec un léger gargouillement des plus nets, donnant ainsi la sensation ordinaire des hernies intestinales que l'on réduit. Le doigt tombe alors sur une dépression nettement perceptible, faisant partie d'un plan plus résistant. Dès que la compression cesse, la tumeur reparait avec tous ses caractères, au moindre cri, à la moindre agitation de l'enfant. Son volume n'est pas invariable. Il est manifeste que le volume s'en accroit si le bébé crie plus fort, et les parents l'ont eux-mêmes maintes fois remarqué.

En somme, il s'agit d'une hernie intestinale. Il est intéressant de rechercher la topographie exacte du pédicule de cette hernie.

1° Elle se réduit directement et verticalement sous le doigt, ne donnant nullement la sensation de la hernie inguinale par exemple, qui, pendant sa réduction, fournit un certain trajet perceptible au doigt et à la vue jusque dans l'abdomen. — 2° Elle est située manifestement au-dessous de la ligne qui réunit le pubis à l'épine iliaque, et un peu plus bas que le pli de l'aine. — 3° Les battements de l'artère crurale sont sentis à son côté externe.

Nous pouvons certifier l'exactitude des notions qui précèdent, après une série d'examens méthodiques, bien que l'enfant, à cette époque, fût déjà très grasse et que la racine de la cuisse et la paroi abdominale fissent au niveau du pli de l'aine des bourrelets saillants. Dans l'aine gauche, il n'existe rien d'anormal, et l'enfant paraît bien conformée.

La mère et le père sont jeunes, de bonne santé, et ne présentent rien autre qu'un état bien accentué de nervosisme, d'ailleurs commun à tous les membres de la famille. C'est leur troisième enfant. Les deux autres n'ont rien présenté d'anormal après la naissance.

Il s'agissait, en présence de ce cas si particulier, de tâcher d'obtenir la guérison de la hernie. Nous devons dire que nous avions bon espoir, justement à cause de ce fait que l'enfant était née avant terme. Car, bien que peu édifié sur la pathogénie de cette hernie, nous étions tenté de la rapporter à un défaut de développement quelconque, et nous pouvions espérer que, dans ce cas, le même travail de réparation se ferait que pour l'omphalocèle, si la hernie était maintenue de façon permanente.

Un petit appareil de contention fut immédiatement appliqué, qui se composait : 1° D'une petite pelote formée d'une boulette d'ouate enveloppée et fortement comprimée dans un linge fin, dont les chefs réunis en un pédicule furent solidement serrés par un fil. Le pédicule fut coupé très court, et la pelote ainsi confectionnée, dure et élastique, s'aplatissant un peu par la pression, avait environ le diamètre d'une pièce d'or de 10 fr. ; 2° D'une bandelette de diachylum de un centimètre de large sur un mètre de long.

La pelote fut collée par son pédicule au milieu de la bande, et appliquée sur la hernie réduite. Les chefs de la bandelette furent conduits fermement appliqués et collés autour des lombes d'une part, et de la racine de la cuisse d'autre part, formant ainsi le 8 de chiffre du pli de l'aine, chaque tour venant converger sur la pelote qui se trouva ainsi cachée et maintenue absolument fixe, sans que les mouvements de la hanche fussent gênés en rien.

Par dessus ce bandage, on maintint deux tours d'une bande ordinaire, en 8 de chiffre semblable, qu'on devait changer facilement, et aussi souvent qu'il serait nécessaire, pour éviter que le bandage sous-jacent ne fût sali par les liquides. Cet appareil fut d'abord changé tous les trois jours, afin de surveiller l'état de la peau. La hernie était absolument maintenue réduite, et reparaissait dès qu'on défaisait le bandage.

A la fin de la première semaine la peau, au pourtour de la pelote, s'humecta, et prit l'aspect muqueux. Bien qu'il n'y eût rien d'inquiétant, nous cédâmes aux instances des parents que cette modification de la peau tourmentait visiblement, et nous supprimâmes l'appareil pour un jour ou deux, en essayant de maintenir la pelote avec la simple bande ordinaire.

Dès le lendemain l'enfant était prise de coliques, criait sans discontinuer, et, tout en continuant à prendre le sein, avait plusieurs garde-robes diarrhéiques. On nous l'apporta au bout de 36 heures. La hernie était plus grosse que nous ne l'avions jamais vue, l'enfant s'agitait fortement, avait la peau chaude. Le bandage fixe fut immédiatement réappliqué, et tous les accidents cessèrent comme par enchantement.

Depuis ce jour, l'appareil, resté en permanence, fut changé deux fois par semaine d'abord, puis une fois seulement. La tolérance de la peau s'établit rapidement, et en peu de temps nous constatâmes, en changeant la pelote, que la hernie ne sortait plus que si l'enfant criait fort. Dans les premiers jours du mois de septembre, nous changions encore le bandage une fois la semaine, mais la hernie ne se montrait plus pendant le pansement.

© BIU Santé

L'appareil fut supprimé définitivement dans les premiers jours d'octobre, et la hernie ne reparut plus. Le petit ganglion lui-même était à peine perceptible. Depuis ce moment, l'enfant n'a cessé de profiter à merveille.

PATHOLOGIE MÉDICALE

La Pyurie et son traitement (*miction purulente*).

Par M. le professeur **R. ULTZMANN**. Conférence faite à la Polyclinique générale de Vienne pendant le semestre 1882-1883. Traduite par M. le Dr Henri **PICARD** (1).

L'alcalinité de l'urine produite par le carbonate d'ammoniaque est un peu différente. Dans ce cas, on trouve, dans le sédiment urinaire, à côté du phosphate de chaux encore amorphe, du phosphate ammoniaco-magnésien amorphe avec de l'urate d'ammoniaque, combinaisons ammoniacales prouvant clairement que ces urines sont rendues alcalines par le carbonate d'ammoniaque. Quoique la constatation de composés ammoniacaux doive empêcher d'attribuer l'alcalinité de l'urine à la présence des alcalis fixes, il n'en résulte pas qu'il s'agisse toujours, dans ces cas, d'un catarrhe de la vessie. On observe, en effet, aussi dans le cours des inflammations aiguës fébriles, quand la fièvre tombe, et, quelquefois, dans la convalescence, des urines troubles et alcalines qui doivent leur réaction au carbonate d'ammoniaque (urine critique, urine de résorption). Les anciens médecins pensaient, qu'avec cette urine trouble, bourbeuse et d'odeur désagréable, les éléments morbides étaient chassés de l'économie et regardaient son apparition comme un signe d'amélioration.

De ce que nous venons de dire, il ressort donc que l'alcalinité de l'urine produite par le carbonate d'ammoniaque n'est pas toujours la confirmation d'un catarrhe vésical. Pour que celui-ci existe, il faut que l'on constate une sécrétion catarrhale de l'urine. Les cristaux de phosphate triple et les combinaisons ammoniacales, en général, ne constituent pas la sécrétion catarrhale. Cependant, d'un autre côté, il faut dire que le ferment urinaire ammoniacal complique le catarrhe de la vessie dans la majorité des cas et que, par conséquent, on ne peut contester à ce moment sa valeur diagnostique.

Le catarrhe vésical, ainsi que cela a déjà été dit dans l'introduction, se subdivise, suivant la composition de la sécrétion, en catarrhe *muqueux*, *purulent* et *sanieux*.

Le catarrhe muqueux est le plus léger. Son urine ne renferme ni albumine, ni pus. Cette dernière a sa couleur normale jaune vin et paraît troublée uniformément par un nuage muqueux. La réaction est légèrement acide ou neutre, suivant qu'elle renferme ou non une petite quantité de ferment urinaire ammoniacal. Le poids spécifique de l'urine est normal. Au microscope, on trouve, dans le sédiment nuageux, à côté de beaucoup de globules de mucus et des épithéliums de la vessie, de nombreuses bactéries. On observe fréquemment ces urines dans la paresse vésicale, dans son hypertrophie excentrique, dans l'hypertrophie prostatique et dans beaucoup de cas analogues où il est nécessaire d'appliquer le cathétérisme d'une manière suivie.

Le catarrhe purulent est le type du catarrhe vésical et c'est le mieux connu. L'urine en est colorée en jaune vineux et sent manifestement l'ammoniaque ; le trouble en est homogène et intense ; le poids spécifique normal. Comme élément anormal, elle charrie une grande quantité de carbonate d'ammoniaque et de l'albumine en proportion correspondante au sérum du pus. Le sédiment est ordinairement jaune verdâtre, filant, visqueux et adhère fortement aux parois du vase. Ce sédiment est en grande partie formé de pus alcalin. Au microscope (*fig.* 8) on trouve, outre le phosphaté ammoniaco-magnésien et les épithèles de la vessie, une notable quantité de globules de pus et de bactéries. Les globules de pus semblent souvent fortement gonflés, de sorte qu'en certains cas on n'est plus du tout en état de constater leurs contours.

Le catarrhe purulent de la vessie est donc caractérisé par la présence du pus, de l'albumine, et, en outre, par la fermentation ammoniacale. On l'observe dans les affections les plus diverses de l'appareil sécrétoire de l'urine, souvent dans l'inflammation chronique de la vessie consécutive à la gonorrhée.

Le catarrhe sanieux est caractérisé par la couleur vert-brun de l'urine et par son odeur fétide et pénétrante. Cette odeur est surtout prononcée quand l'urine est mélangée à un acide minéral. Elle rappelle tout à la fois celle de la viande pourrie, des matières fécales et de l'ammonium sulfureux. L'urine est tout à fait trouble et son poids spécifique a diminué. Comme éléments anormaux, on y constate beaucoup de carbonate d'ammoniaque, d'ammonium sulfureux, puis de la matière colorante du sang et de l'albumine en assez notable quantité. Le sédiment qui n'a pas l'aspect filamenteux, mais celui d'une masse gélatineuse, est constitué par d'innombrables bactéries, des

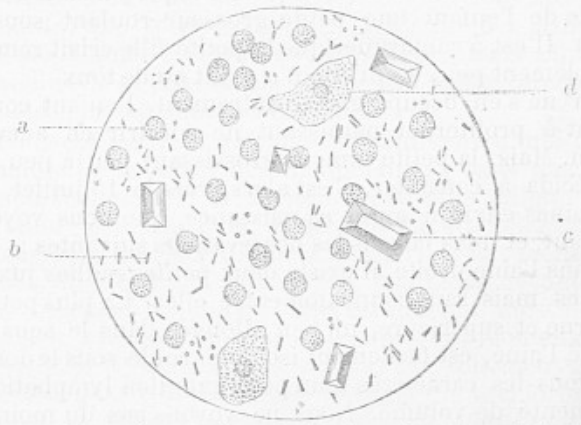


Fig. 8. — Sédiment d'un catarrhe purulent de la vessie avec ferment urinaire ammoniacal. — *a*. Globules de pus. — *b*. Épithèles de la vessie. — *c*. Cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. — *d*. Bactéries (Gross. 300 f.)

cristaux de triple phosphate, du phosphate de chaux amorphe et des détritus cellulaires. Les éléments cellulaires, comme les globules de sang et les épithéliums, ont disparu. Ils ont été dissous par la puissante alcalinité de l'urine et détruits par elle. Parfois seulement, on reconnaîtra encore distinctement sous le microscope les restes de certains tissus (dans les cas de néoplasmes, par exemple). Les urines de cette espèce se rencontrent dans toutes les ulcérations étendues de la vessie ; néoplasmes ulcératifs, tuberculose végétante, diphtérie.

La fermentation urinaire ammoniacale, telle qu'on l'observe si souvent dans le catarrhe vésical, se produit, contrairement à la phosphaturie, dans la vessie elle-même. Le rein sécrète encore une urine acide qui est transformée pendant son séjour dans la vessie, de sorte qu'elle devient peu à peu ammoniacale. On peut, dans certains cas, se convaincre immédiatement de l'exactitude de la chose. En effet, quand on lave une vessie affectée de catarrhe et contenant de l'urine ammoniacale avec une solution d'acide carbolique ou avec des sels neutres comme le sulfate de soude, le chlorate de soude, le salicylate de soude, jusqu'à ce que l'eau de lavage revienne pure et sans réaction, on trouve, en bouchant le cathéter de caoutchouc pendant dix minutes, que l'urine tombée du rein dans la vessie pendant ces quelques minutes est encore acide, ce qui prouve que, dans le catarrhe de la vessie, c'est dans cette dernière que se produit la fermentation ammoniacale.

La fermentation ammoniacale provient, on le sait, de ce que l'urée, sous l'influence d'un ferment, se transforme en carbonate d'ammoniaque, en fixant de l'eau. Quelle est l'espèce de ce ferment, c'est difficile à dire, jusqu'à présent. Un grand nombre d'auteurs admettent la théorie des

(1) Voir le n° 3.

© BIU Santé

bactéries et accusent ces micro-organismes dont le développement et la pullulation transformeraient l'urée en carbonate d'ammoniaque. En effet, on ne peut nier que toutes les urines alcalines contiennent un grand nombre de bactéries, surtout quand elles renferment en même temps des globules d'albumine, du pus ou de la sécrétion catarrhale ammoniacale. On peut pourtant objecter à cette manière de voir que des urines très acides contiennent aussi bien de très grandes quantités de petites bactéries articulées que de longues chaînes de ces bactéries. Ainsi, par exemple, les urines du diabète sucré, quand il y a simultanément catarrhe vésical, ne sont jamais alcalines, mais, au contraire, très acides et renferment cependant une telle quantité de bactéries qu'elles leur communiquent un aspect scintillant et brillant semblable aux vieux liquides kystiques contenant de la cholestérine. Les urines des malades qu'une prostate hypertrophiée ou une parésie vésicale contraint d'employer souvent le cathéter sont la plupart du temps acides et renferment pourtant beaucoup de bactéries. Comme les bactéries et les micro-organismes, en général, se développent, se multiplient et se modifient en raison de leurs liquides nourriciers, il ne paraît pas improbable que, dans la fermentation ammoniacale, ils ne soient pas toujours la cause, mais un résultat. Cette manière de voir acquière d'autant plus de probabilité que Musculus a réussi à démontrer cliniquement, dans des urines catarrhales ammoniacales, un ferment tout à fait dépourvu de bactéries, ferment qui, ajouté à la température du corps, a la propriété de transformer rapidement l'urine en carbonate d'ammoniaque. Comme, dans cette expérience de Musculus avec le ferment on constate au microscope, bientôt après, la transformation en carbonate d'ammoniaque des bactéries qui n'y étaient pas auparavant, il semble probable que, dans la fermentation ammoniacale de l'urine, il ne faut accorder aux bactéries qu'une importance secondaire. La fermentation ammoniacale est donc, selon toute probabilité, produite par un ferment fourni par la muqueuse même de la vessie enflammée ou malade, et ne paraissant pas toujours de nature organique. Ce sont probablement les glandes muqueuses de la vessie qui produisent le ferment.

Quand la vessie est affectée dans sa totalité, les malades se plaignent d'une sensation douloureuse au-dessus de la symphyse, douleur rayonnant souvent dans les directions les plus diverses. A la pression sur le sommet de la vessie, la souffrance augmente et un douloureux besoin d'uriner se fait sentir. Si la vessie n'est que partiellement affectée et dans la région du col, la douleur sus-symphysienne n'existe pas. Il y a sensation de gêne au périnée, dans le rectum et le long de l'urèthre, comme pour le catarrhe du col.

Dans les catarrhes aigus de la vessie, il y a souvent un mouvement fébrile; cependant, dans la plupart des cas, il n'y a ni élévation de la température, ni fréquence du pouls. Dans les catarrhes vésicaux chroniques, les douleurs de la miction s'apaisent en général, quand ils ne sont produits ni par la pierre, ni par un néoplasme; pourtant, l'intolérance de la vessie et la fréquence de la miction persistent.

Les *lésions anatomiques* sont très différentes, suivant le degré d'inflammation. Dans la cystite aiguë de courte durée, les tissus reviennent très vite à leur état normal. Mais, quand elle est prolongée, on trouve ordinairement la muqueuse vésicale hypertrophiée et ses veines gorgées. Dans la cystite aiguë, la muqueuse n'est que légèrement rouge et gonflée. La rougeur semble tantôt provenir de l'injection de tous les petits vaisseaux, tantôt d'un pointillé extravasé. Cet aspect est surtout prononcé autour du col et dans le voisinage du trigone. Parfois, le processus inflammatoire prend le caractère croupal ou diphthéritique. On trouve alors par places, sur la muqueuse très rouge, des pseudo-membranes blanches grisâtres, formées tantôt par de la fibrine, tantôt de portions de la muqueuse sphacélée. L'étendue de ces pseudo-membranes peut souvent dépasser celle d'une soucoupe, mais elle est ordinairement beaucoup moindre. Elles semblent jaspées de rouge, comme ecchymosées sur la surface adhérente à la paroi vésicale et atteignent souvent une épaisseur de plusieurs millimètres.

Dans la cystite parenchymateuse, on trouve parfois, en outre, dans les parois vésicales, des abcès pouvant atteindre un gros volume. Consécutivement à l'inflammation, la couche musculaire de la vessie perd son élasticité et se racornit. Une pareille vessie, désignée par les Français sous le nom de vessie cicatrisée, n'ayant plus qu'une très faible capacité, il en résulte un fréquent besoin d'uriner, alors même que le catarrhe semble à peu près guéri.

Les traumatismes, la tuberculose et enfin les néoformations peuvent encore imprimer à la vessie des modifications spéciales.

Le catarrhe du corps de la vessie se distingue donc de celui du col en ce que : 1° Il y a ordinairement fermentation ammoniacale de l'urine; 2° La douleur est localisée au-dessous du pubis, dans le corps même de la vessie; 3° L'urine, divisée en deux, est aussi trouble dans l'une que dans l'autre. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'hémoglobinémie.

Depuis la remarquable observation d'hémoglobinurie présentée par M. Mesnet à l'Académie de médecine (1), l'attention fut attirée en France sur cette curieuse affection.

Ce n'est pas que des faits analogues n'eussent été rapportés avant cette date, surtout en Allemagne. Mais, dans aucune des observations publiées antérieurement, on ne trouve réunis une étude plus complète des symptômes et un examen plus parfait du sang et des urines. M. le professeur Hayem avait, en effet, dans cette circonstance, prêté à M. Mesnet le concours de son expérience et de son habileté en hématologie. Nous ne rappellerons pas les cas déjà nombreux qui ont été publiés depuis cette époque, voulant insister simplement sur quelques points de pathogénie.

Il est évident que l'*hémoglobinurie* n'est qu'un symptôme, comme serait l'albuminurie ou la glycosurie. De même que la glycosurie implique la glycémie, l'hémoglobinurie implique l'*hémoglobinémie*. Il est inutile de discuter l'opinion qui attribuait l'hémoglobinurie à la destruction des globules et à leur dissolution dans les voies urinaires.

Déjà M. Hayem avait soutenu que l'hémoglobine était dissoute dans le sang et Kuessner (2) vient de le prouver par l'examen du sang frais retiré à l'aide d'une ventouse scarifiée. Il a vu que le sérum, séparé du caillot, offrait une couleur *rubis* au lieu de sa légère teinte habituelle. A l'examen spectroscopique, il constata la formation des raies de l'hémoglobine. Il est donc démontré, si cette expérience est exacte, que, dans l'hémoglobinurie, il y a dissolution de l'hémoglobine dans le sang, c'est-à-dire *hémoglobinémie*.

M. Ponfick (3) cherche à fixer les traits principaux de cette hémoglobinémie. Pour lui, il y a trois degrés : dans un premier degré, le plus léger, l'hémoglobinémie serait faible, latente, et ne s'accompagnerait pas d'hémoglobinurie. On peut très bien admettre cette assertion, comme on admet la glycémie sans glycosurie (Cl.

(1) *Académie de médecine*, 15 mars 1881.
(2) *Berlin. Klin. Woch.* 25 juin 1883.
(3) *Berlin. Klin. Woch.* 1883, p. 389.

© BIU Santé

Bernard). Dans une seconde forme ou dans une seconde phase plus avancée, l'hémoglobinurie se produirait, mais elle serait passagère et ne durerait pas plus de 2 ou 3 jours. Continuant la comparaison citée précédemment, nous mettrions cette forme en regard des glycosuries passagères survenant dans certains états morbides. Enfin, dans un troisième degré admis par Ponfick, l'hémoglobinurie serait mortelle, et la mort résulterait dans ce cas de l'oblitération des tubuli du rein.

Faut-il admettre cette classification comme définitive, et considérer dès à présent, à l'exemple de Ponfick, l'hémoglobinémie comme une maladie du sang assez grave pour entraîner la mort par urémie ou anurie? Nous ne croyons pas qu'on soit autorisé, à l'heure actuelle, à suivre l'auteur sur un terrain aussi mal assuré. Les théories ingénieuses qu'il émet ne sont pas, en effet, appuyées par des observations et par des faits convaincants; elles ne reposent que sur des expériences de laboratoire.

M. Litten (1), tout récemment, a repris la question expérimentalement, et les résultats qu'il a obtenus ne manquent pas d'intérêt. Il a tout d'abord cherché à séparer l'hémoglobine de la globuline dans le sang des animaux. De nombreux agents chimiques, au nombre desquels il faut compter le naphtol, l'acide pyrogalique, et surtout l'aniline, dissocient les globules rouges en amenant la dissolution de l'hémoglobine dans le sérum et l'isolement des globules, qui apparaissent alors comme des anneaux incolores.

Quand on emploie le naphtol ou l'acide pyrogalique, on voit les globules se fragmenter ; avec l'aniline, les globules restent entiers, mais incolores, nageant dans le plasma qui représente une solution plus ou moins concentrée d'hémoglobine. Les animaux, paraît-il, résistent assez bien à ces expériences ; ils maigrissent et s'affaiblissent, mais ne présentent pas cette dyspnée et ces troubles de l'hématose qu'on s'attendrait à observer dans une lésion qui atteint si profondément les organes vecteurs de l'oxygène.

L'hémoglobine, mise ainsi en liberté, ne passe pas toujours dans les urines ; le sang peut en contenir de grandes quantités sans qu'il y en ait des traces dans l'urine. Un animal qui avait subi une injection de moins d'un gramme d'aniline, rendit le premier jour des urines normales, quoique le plasma sanguin contint de l'hémoglobine dissoute en proportion notable. Un peu plus tard, il rendit des urines brun foncé qui contenaient de l'hémoglobine ; puis les urines redevinrent normales, quoique le sang contint toujours de l'hémoglobine en dissolution.

Cette expérience prouve donc nettement que l'hémoglobinurie peut être intermittente, alors que l'hémoglobinémie est permanente. Les rémissions, les intermissions sont d'ailleurs signalées dans la plupart des observations d'hémoglobinurie. Dans un cas de M. du Cazal (2), l'intermittence était telle que le sulfate de quinine fut prescrit. Que ces intermissions, que ces paroxysmes surviennent spontanément, sous l'influence du froid, d'une fatigue, d'une émotion, ils n'en constituent pas moins un des phénomènes principaux de la maladie.

D'après Litten, avant que l'hémoglobinurie s'établisse, il y a déjà d'autres organes atteints d'hémoglobinémie. Ponfick avait relevé l'hypertrophie de la rate chez des chiens ; cette tuméfaction résulterait de l'accumulation dans cet organe des globules privés de leur hémoglobine. Si l'empoisonnement des animaux a été plus intense, le foie pourra aussi contenir des débris et des cadavres de globules rouges; il pourra même s'imprégner d'hémoglobine. La moelle, les reins s'imprégneraient ensuite, et des symptômes graves viendraient traduire cet ordre de lésions. En passant à travers les reins, du moins chez les animaux, l'hémoglobine formerait des cylindres qu'on retrouverait ensuite dans les urines mêlés à des cylindres albumineux. C'est à l'oblitération des tubuli du rein par un grand nombre de ces cylindres que Ponfick attribue la gravité des cas de son troisième degré. Mais, ce ne sont que des faits de laboratoire, et une autopsie humaine aurait sans doute beaucoup plus de valeur.

Voulant savoir si le passage de l'hémoglobine à travers les reins peut causer une néphrite, Litten injecte de l'hémoglobine pure à un animal ; il provoque ainsi une albuminurie plus persistante que l'hémoglobinurie, mais il ne croit pas cependant à l'existence d'une inflammation véritable du rein. Il croit que l'hémoglobine est éliminée par les tubes contournés et non par les glomérules de Malpighi.

La communication de M. Litten a soulevé des objections au sein de la Société de Berlin (1). M. Liebreich croit que les injections d'aniline n'ont pas produit l'hémoglobinémie, mais bien une néphrite toxique. Litten répond que, dans les cas qu'il a observés, la néphrite est légère, l'albuminurie peu abondante, et il persiste à croire que cette irritation est bien le fait du passage de l'hémoglobine plutôt que de l'action toxique de l'aniline. La survivance des animaux prouve encore la faible intensité de la néphrite provoquée. Si Ponfick a produit des lésions et des accidents plus graves, c'est qu'il s'est servi de substances beaucoup plus irritantes que celles employées par Litten. M. Leyden se demande s'il y a un rapport entre l'hémoglobinémie et l'ictère hématogène ; il ne semble pas que ces deux états morbides soient en connexion l'un avec l'autre, car Litten, cherchant à obtenir la transformation de l'hémoglobine en hématoïdine par la ligature des uretères, n'a pas observé l'ictère hématogène ou hémaphéique de Gubler. Sur les animaux soumis à l'expérimentation, il n'a pas non plus relevé les paroxysmes fébriles qui accompagnent chez l'homme les poussées hémoglobinuriques.

Si ces expériences éclairent quelques points de la pathogénie de l'hémoglobinurie, si elles mettent hors de doute l'*hémoglobinémie* et quelques-unes de ses conséquences, elles sont loin de faire la lumière complète sur cette question encore à l'étude.

D'où vient cette hémoglobinémie que vous provoquez chez les animaux et qui, chez l'homme, paraît bien être la condition préalable de l'hémoglobinurie? Où est la cause de ce symptôme bizarre, où est la maladie ? La

(1) *Soc. de méd. int. de Berlin*, 2 déc. 1883. (*Semaine méd.* 1883, p. 358).

(2) *Société médicale des hôpitaux*, 9 déc. 1881.

(1) 17 *décembre* 1883.

© BIU Santé

pathologie expérimentale, pas plus que la clinique, ne peuvent encore nous donner une réponse satisfaisante. La syphilis, l'impaludisme, qu'on a incriminés, ont manqué à l'origine de beaucoup de cas d'hémoglobinurie. Le froid, s'il peut influencer les paroxysmes, ne paraît pas à lui seul capable d'engendrer la maladie. Il convient donc d'attendre les résultats de nouvelles observations et de nouvelles expériences. J. COMBY.

La contraction paradoxale.

Sous le nom de contraction paradoxale, M. Westphal décrit un phénomène qui se produit chez certains sujets, consistant en ce que, lorsque l'on imprime au pied un mouvement énergique et brusque de flexion dorsale, le tibial antérieur se contracte en produisant l'adduction et un certain degré de flexion dorsale du pied, qui reste fixé dans cette position pendant un temps assez long, vingt minutes par exemple. M. Westphal appelle ce phénomène *contraction paradoxale*, parce qu'il explique la contraction permanente des muscles par le fait du relâchement brusque dans lequel on a mis brusquement ces muscles.

Un phénomène analogue, comme l'a montré M. Charcot dans une de ses récentes leçons, se retrouve chez quelques hystériques, dans des conditions spéciales qui peuvent permettre de donner une explication du phénomène. Lorsque, chez une hystérique de la catégorie de celles qui offrent l'hyperexcitabilité neuro-musculaire à l'état de veille, on fléchit brusquement et fortement la main sur l'avant-bras, le membre garde cette position, et il peut la garder pendant des heures. C'est la reproduction de la contraction paradoxale de M. Westphal. Mais, si au lieu de fléchir brusquement et avec force la main, on la met doucement dans la même position et que l'on excite fortement les muscles *extenseurs*, la main reste fixée en contracture dans la flexion. Cette expérience peut donner la clef du mode de production de la contraction soi-disant paradoxale de M. Westphal. Duchenne (de Boulogne) avait déjà fait remarquer que, dans un mouvement harmonieux quelconque, les muscles extenseurs ne peuvent entrer en action sans que leurs antagonistes soient aussi à l'état de tension. Il résulte de cette observation très juste que l'on ne peut provoquer la contraction d'un muscle sans que son antagoniste entre lui-même en jeu; c'est-à-dire que toute excitation portée sur les extenseurs retentit nécessairement sur les fléchisseurs. Lorsque l'on produit le phénomène de M. Westphal, c'est le tiraillement, l'excitation des extenseurs qui se réfléchit sur les fléchisseurs; ceux-ci répondent, chez certains sujets jouissant d'une hyperexcitabilité neuro-musculaire spéciale, en entrant en contracture. Cette expérience tend à faire rejeter l'explication de M. Westphal et à faire accepter celle de M. Erlenmeyer, qui propose de substituer à l'expression de contraction paradoxale celle de *contracture par distension des antagonistes*.

Notons, toutefois, que dans les cas auxquels nous faisons allusion, il s'agit d'hystériques, tandis que les sujets de M. Westphal n'appartenaient pas à cette catégorie; il n'y a donc pas similitude parfaite dans les conditions d'expérimentation.

Cette propriété qu'ont les muscles de se contracturer sous l'influence d'un mouvement brusque explique comment il peut arriver, à certains sujets, aux hystériques en particulier, de garder une position forcée résultant d'un effort brusque; de demeurer par exemple le bras tendu, lorsqu'ils viennent de jeter une pierre; les muscles, fortement excités par la contraction brusque, sont entrés en état de contracture. Ch. FÉRÉ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 janvier 1884.—PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Anesthésie par la méthode des mélanges titrés de vapeur et d'air, son application à l'homme pour les vapeurs de chloroforme. — M. Paul BERT communique ses expériences sur le dosage des substances anesthésiques. Ces expériences sont très connues de nos lecteurs; des articles spéciaux ayant été publiés sur elles dans le *Progrès médical*, nous n'insisterons donc pas beaucoup. L'auteur commence par faire remarquer qu'un mélange anesthésique agit par la tension des vapeurs dans l'air et non par la quantité réelle de vapeur anesthésique. Trente grammes de chloroforme dans 100 litres d'air tueront un chien à coup sûr, dilués dans 1,000 litres d'air, ils produiront un sommeil paisible et durable.

Cette notion résulte des nombreuses expériences de M. Bert sur l'éther, le chloroforme, le protoxyde d'azote, etc. Or, elle ne saurait être utilisée par le procédé de la compresse, seul usité par le chirurgien. On sait que les accidents ne sont pas fréquents, et il en est autrement des inquiétudes de l'opérateur qui sont continuelles. M. Bert remplace cette compresse par le gazomètre de M. de Saint-Martin, où le chloroforme est introduit en poids connu, se mélange avec l'air dont le volume est mesuré. Un masque amène le mélange à la bouche du malade. Dans ces conditions, pas de répulsion, peu d'agitation, insensibilité complète en peu de temps, pouls et respiration calmes; pas de nausées ni de vomissements, réveil facile, sans suite; enfin, économie réelle de chloroforme.

De la préparation en grandes masses des cultures atténuées pour l'inoculation préventive du sang de rate. — M. CHAUVEAU fait connaître le procédé qu'il emploie pour obtenir d'un seul coup assez de virus atténué pour vacciner 8,000 moutons. Il met à l'étuve, à 40° environ, deux litres de bouillon de poulet stérilisé. Il y ajoute quelques gouttes (une pour 10 grammes) de liquide contenant des spores. Pendant cinq à six jours, le vase est laissé à l'étuve, on y fait passer un courant d'air. On obtient ainsi un excellent liquide atténué, un peu inférieur à celui des petites cultures, parce qu'il est moins homogène. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 janvier 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. F. FRANCK expose le résultat d'expériences qui lui semblent de nature à modifier les idées admises jusqu'à présent relativement au *lieu d'action de l'atropine*. Lorsque l'atropine est donnée à dose suffisante, elle supprime l'action des nerfs d'arrêt sur le cœur. Sur une grenouille préalablement atropinisée, par exemple, la ligature de Stannus ne produira plus l'arrêt du cœur. Pour expliquer ce fait, on admet généralement que le poison a paralysé, dans l'intérieur du cœur, les ganglions auxquels aboutit le pneumogastrique. Cependant, chez un animal atropinisé, lorsque l'on introduit un appareil pour opérer des sections des valvules du cœur, il se produit toujours un arrêt mo-

© BIU Santé

mentané de cet organe. La théorie émise ci-dessus n'est donc pas rigoureuse. Après avoir passé en revue les autres théories mises en avant pour expliquer l'action de l'atropine, M. Franck arrive à conclure que cette action doit être assimilée à celle du curare. L'atropine agirait sur les nerfs modérateurs du cœur de la même façon que le curare sur les nerfs moteurs, mais elle respecterait les appareils ganglionnaires intra-cardiaques.

M. Laborde accepte cette conclusion et cite diverses expériences qui, d'après lui, viendraient confirmer la manière de voir de M. Franck.

M. Franck désire ajouter quelques mots concernant les malades atteints de *pouls lent permanent*. On admet généralement que cette affection est sous la dépendance soit d'une lésion du cœur, soit d'une lésion du système nerveux central. Peut-être trouvera-t-on la solution de la question en observant chez les malades le mode d'action de l'atropine ? S'il s'agit du centre, le cœur devra marquer une tendance à l'accélération des battements après administration d'atropine; s'il s'agit au contraire du cœur, il n'y aura aucune modification dans le nombre des battements. M. Franck observe actuellement un malade dont le pouls ne bat que 32 fois à la minute et qui présente des attaques syncopales et épileptiformes ; chez lui, l'atropine n'a produit aucune modification du rhythme cardiaque, bien qu'elle ait été donnée à dose assez considérable pour obtenir des effets physiologiques. Dans ce cas, le cœur seul semblerait donc en jeu. M. Tripier (de Lyon) a, de son côté, publié récemment dans la *Revue de médecine* un travail sur les causes du pouls lent permanent. Cet auteur l'attribue à la succession des systoles cardiaques, avortant de deux en deux, et qui dès lors ne seraient pas assez énergiques pour donner lieu à la production du pouls. Chez le malade de M. Franck, il n'en serait pas ainsi : il n'y a pas insuffisance de pulsations, mais systole d'oreillettes, c'est-à-dire que le malade a tous ses pouls veineux, mais qu'il lui manque une systole ventriculaire sur deux. En terminant, M. Franck ajoute qu'il croit cependant que, dans la plupart des cas, le pouls lent est sous la dépendance du système nerveux central.

M. Dastre, qui s'intéresse beaucoup à l'action de l'atropine et l'expérimente en ce moment, dit que cette substance agit non seulement sur les nerfs modérateurs du cœur, mais encore sur les nerfs accélérateurs, ainsi que l'a montré M. Morat. De plus, elle a une action sur les fibres lisses de la vie organique. Prochainement, M. Dastre présentera une théorie générale de l'action de l'atropine.

M. Burq a la parole pour répondre à M. Bochefontaine. Plus grave que jamais, il se dirige vers le Bureau à pas comptés, toujours muni de son dossier qui devient de plus en plus volumineux. Il débute par une déclaration de principes : « Je poursuivrai toujours et malgré tout mes recherches sur l'*action professionnelle du cuivre!* » Puis il devient provocateur : « M. Bochefontaine a fait des objections sur les résultats de l'enquête que j'ai entreprise sur les ouvriers de Villedieu. Je l'ai invité à venir devant moi soutenir ses objections : il n'est pas venu. Je le regrette, mais je vais faire comme s'il était là ! » et d'un geste énergique, M. Burq ouvre son dossier.

A ce moment, quelques membres de la Société, peu désireux d'entendre pour la quinzième fois la même communication, prennent la fuite ; les autres, plus aguerris, se livrent aux douceurs d'une conversation vive et animée. En cela, ils ont eu tort, car M. Burq a su trouver pour cette fois des choses bien intéressantes et que l'on nous saura certainement gré de reproduire.

M. Burq nous a appris tout d'abord que les expériences de laboratoire ne prouvent rien ; il avoue ingénument n'être pas compétent pour les apprécier, mais cela importe peu dans le cas présent, car M. Bochefontaine ne peut conclure de l'action d'un sel sur un microbe à tous les microbes en général. Or, il y a bactéries et bactéries, et personne jusqu'à présent ne paraît s'en être douté. — Puis, M. Burq arrive aux cas de mort par épidémie chez les cuivriers de Villedieu ; il commente les faits avancés d'après la lettre de M. Tétrel et les « réduit à néant » avec d'autres faits qui lui sont communiqués par le même M. Tétrel. Et successivement il établit : 1° Qu'il n'y a pas eu de choléra à Villedieu en 1849. Les 5 cas de morts observés ne doivent pas compter, car un seul ouvrier en cuivre a succombé et l'on ignore s'il était suffisamment imprégné. 2° Qu'aucun véritable cuivrier n'est décédé de la variole en 1870. Ceux qui sont morts avaient chômé depuis quelque temps et ils s'étaient désimprégnés. Utile avertissement, soit dit en passant, pour les ouvriers qui fêtent trop le lundi. 3° Que le fameux cas de charbon n'était qu'un vulgaire anthrax. 4° Que l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Villedieu en 1882 ne prouve rien encore. En effet, tous les cas observés chez les cuivriers l'ont été sur des ouvriers qui habitaient près de bouches ou de canaux d'égout. « Or, dit M. Burq, pour que la préservation cuprique s'établisse, il ne faut pas que d'autres causes viennent la combattre ! » ce qui revient à dire que l'on ne contracte une maladie contagieuse que lorsque l'on s'y expose, et personne, nous l'espérons, ne contestera l'importance de cette nouvelle découverte.

Et il en a toujours été ainsi chaque fois que lui, M. Burq, a été au fond des choses. Aussi, continuera-t-il ses enquêtes. Il ira à Durfort (Tarn), et il prouvera que MM. Houlès et de Pietra Santa ont mal observé. Il visitera toutes les usines de France où l'on travaille le cuivre : il se rendra chez MM. Jappy comme il s'est rendu chez MM. Christophe et consorts, et des nouvelles preuves qu'il apportera jaillira une lumière si vive que les aveugles même en seront éblouis. M. Burq annonce donc prochainement une nouvelle communication.

M. Mégnin. J'ai habité le pays où se trouvent les usines de MM. Jappy. Je sais qu'en 1864 et 1866 il y a eu des épidémies de choléra qui ont ravagé ces usines.

M. Burq. J'ai dit que j'irais vérifier les faits et que j'apporterais les résultats de mon enquête. Ces épidémies me semblent impossibles « car, dans toutes les usines, dès qu'un ouvrier devient vert, il s'écrie : tant mieux, je n'aurai pas le choléra. » Il ne dirait pas cela s'il n'était pas de notoriété que le cuivre préserve du choléra. D'ailleurs, avez-vous observé vous-même ces épidémies ?

M. Mégnin. Je les ai observés.

M. Burq. Si cela est, M. Jappy a dû les observer lui aussi. J'irai le voir, et il dira la vérité. — La discussion est close.

M. Dubois fait une communication sur l'*action prolongée de l'anesthésie par le chloroforme sur les milieux réfringents de l'œil et sur la sécrétion lactée*. En examinant à l'ophtalmoscope des sujets anesthésiés par le chloroforme, M. Dubois a constaté qu'au bout d'un certain temps on voyait apparaître, dans les milieux réfringents de l'œil, des troubles assez accentués pour rendre l'image du fond de l'œil très irrégulière et parfois même impossible à distinguer. Il a observé tout d'abord des reflets moirés qui, après un examen attentif, lui ont paru produits par une altération particulière de la cornée, que l'on peut facilement mettre en évidence au moyen de l'astigmoscope à disque. Cet instrument permet de reconnaître, dans ces cas, l'existence d'un astigmatisme irrégulier, parfois très prononcé. Recherchant si ce défaut de régularité ne tenait pas à des mucosités déposées à la surface de la couche externe de la cornée, M. Dubois, à cet effet, a lavé la surface de l'œil au moyen d'un jet d'eau légèrement salée. L'astigmatisme irrégulier n'a été en rien modifié. Ces observations ont toutes été faites chez le chien. Mais, dans un cas observé sur un homme, maintenu en état d'anesthésie depuis un assez long temps par la méthode des mélanges titrés de M. Paul Bert, et qui appartenait au service de M. Péan, cet astigmatisme était si évident qu'il pouvait être constaté à l'œil nu. La pulpe du doigt, très légèrement promenée à la surface de la cornée, montrait qu'il n'était pas produit par des amas de mucosités. Cette altération n'est pas permanente et disparaît avec le retour de la sensibilité. Du côté des parties plus profondes, on voit survenir également des modifications importantes. Avec M. Bertrand, l'auteur a pu de même observer chez un chien, après disparition de tout réflexe pupillaire, une diminution de la réfraction des milieux de

© BIU Santé

l'œil évaluée, au moyen de l'examen ophtalmoscopique à l'image droite, à quatre ou cinq dioptries. Ces modifications sont d'ordinaire accompagnées d'une diminution très accentuée de la tension du globe de l'œil.

D'autres faits, qui feront l'objet d'une communication ultérieure, ont été également découverts au moyen de l'examen ophtalmoscopique. Chez une chienne en état de lactation, sur laquelle on observait les modifications ci-dessus décrites, les mamelles, qui étaient très gorgées de lait au début de l'anesthésie, étaient devenues tout à fait flasques au bout d'un certain temps, et, contrairement à ce que l'on observe dans les anesthésies à longue durée, après lesquelles la vessie est ordinairement vide, l'animal avait abondamment uriné. Ces faits pourront peut-être intéresser, par leur rapprochement, ceux qui considèrent l'œil comme analogue sous certains rapports à une glande. Pour M. Dubois, toute explication physiologique paraît au moins prématurée, et il croit devoir se borner à signaler les faits observés.

M. Bloch expose quelques expériences relatives aux *sensations de contraction musculaire*. A. Blondeau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 janvier 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Verneuil, à l'occasion de la récente discussion sur la *tuberculose*, croit utile de produire un fait intéressant à divers titres : il s'agit, en effet, d'une *inoculation tuberculeuse* chez un étudiant en médecine. Dans le cas actuel, l'histoire clinique et la cause de la tuberculose méritent de fixer l'attention des médecins. Si la tuberculose est commune, il faut avouer qu'on ne sait pas toujours pourquoi elle s'est développée, ni par où elle s'est introduite dans l'économie. La contagion est universellement reconnue. L'influence du traumatisme doit être également admise. La tuberculose, à la vérité, peut pénétrer dans l'organisme à la faveur d'un trauma. On ne saurait établir un parallèle entre la tuberculose des animaux et celle de l'homme. L'expérimentation permet de déterminer, de provoquer la tuberculose chez les animaux; tout le monde connaît les résultats de cette méthode. Il n'en est pas de même chez l'homme, où l'expérimentation et l'inoculation ne peuvent se pratiquer. Et cependant, il y a deux faits qui ont cours dans la science; l'un concerne Laënnec lui-même, l'autre a été relevé dans une commune et par un médecin dont il convient de taire les noms. Aujourd'hui, M. Verneuil relate l'observation d'un étudiant en médecine, ancien externe à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Cadet de Gassicourt. Au mois de juillet 1877, cet externe, en pratiquant une autopsie, se fit une piqûre anatomique; quatre à cinq jours après, il ressentit une légère douleur dans le point correspondant à la piqûre. Une papule apparut et présenta à son sommet un point jaunâtre, blanchâtre, qui donna issue à quelques gouttelettes de pus. Durant un mois, les mêmes phénomènes se produisirent et s'accompagnèrent de douleurs considérables. La papule se fendilla plus tard et offrit toutes les apparences du tubercule anatomique, de 1877 à 1880. Cette affection de la peau ne cessa de progresser et de s'étendre. Après trois ans de tortures physiques et morales, durant lesquels tout le doigt fut successivement envahi, M. Verneuil fut appelé à lui donner ses soins. L'ulcération que le malade présentait, ressemblait à un ulcère tuberculeux par quelques-uns de ses caractères, notamment par la couleur. C'est alors qu'au commencement de 1880, une nouvelle papule apparut sur la face dorsale de la main correspondante. Tous les traitements furent employés et ne donnèrent lieu à aucune amélioration. A cette époque, cependant, l'étudiant devint docteur et alla s'installer en province où il mena une vie très active et très fatigante. Une année plus tard, ce malheureux médecin se plaignit de douleurs lombaires et présenta deux abcès froids au niveau du dos. Par une coïncidence étrange, le moignon du doigt reçut un traumatisme, sous l'influence duquel une plaie ulcéreuse ne tarda pas à se montrer et à démasquer un séquestre. L'ulcération avait tous les caractères de l'ulcère tuberculeux et s'accompagna de phénomènes généraux sérieux. Ce n'est pas tout. Au mois de novembre 1883, le malade se plaignit de douleurs atroces le long du rachis, présenta une hyperesthésie cutanée et des mouvements cloniques du côté des membres inférieurs; tous ces phénomènes furent attribués à une méningite tuberculeuse du rachis, consécutive à des abcès ossifluents. Comme on le voit, la situation déjà pénible s'est considérablement aggravée. Bien que ce médecin ne puisse préciser le cadavre à l'autopsie duquel il s'est piqué, il n'en est pas moins évident qu'on ne peut avoir eu affaire qu'à la tuberculose. Le cancer, la syphilis, le tubercule anatomique ne se caractérisent nullement par les symptômes qui ont été observés dans le cas actuel. M. Verneuil ne veut pas être affirmatif sur la détermination de la porte d'entrée de la tuberculose, mais n'est pas très éloigné d'incriminer les glandes de la peau.

M. Blanche lit un volumineux rapport relatif à la *révision de la loi sur les aliénés*. Ce rapport devant être imprimé et faire l'objet d'une discussion générale, nous nous réservons de l'analyser à l'occasion d'une séance prochaine.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 11 mai 1883. — Présidence de M. Cornil.

17. Rupture de l'intestin par le passage d'une roue de voiture sur le corps sans lésion des parois abdominales; par M. Tissier, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., coiffeur, est apporté le 4 mai dernier, vers dix heures du soir, à l'hôpital Saint-Antoine, et placé dans le service de M. le Dr Périer, au n° 44 de la salle Broca.

C'est un garçon fort et vigoureux, qui, trois heures auparavant, vers 7 heures, avant qu'il eût dîné, a été renversé sur la voie publique par une voiture dont la roue lui a passé sur le corps. Cette voiture était une sorte de tapissière, non très lourde, servant ordinairement à transporter des paquets, mais vide lors de l'accident. Quant à la roue, à ce que put rapporter le blessé, elle aurait passé sur le ventre, entre les côtes et le bassin.

Ce blessé, au moment de son arrivée, était dans un état très peu rassurant. Il était secoué de frissons, avait les extrémités froides, la peau horripilée, le pouls très faible, mais non fréquent (quatre vingt-quatre pulsations); l'intelligence était parfaitement conservée et l'anxiété très vive.

Sur le ventre, pas la moindre ecchymose ou éraflure de la peau pour indiquer le point où le traumatisme a porté; les vêtements, tout souillés de poussière, ne peuvent non plus fournir d'indice. Tout ce que l'on peut constater pour l'instant, c'est qu'il n'y a fracture ni des côtes ni du bassin. Le ventre n'est pas distendu; il n'y a pas rétention d'urine. La palpation abdominale modérée n'est pas douloureuse; mais, par instants, le patient se plaint de violentes coliques et se tord en proie aux souffrances les plus vives. Pas de vomissement; seulement quelques nausées. Nous avons vu que le blessé était à jeun. — *Traitement* : Potion de Todd; boules d'eau chaude; immobilisation du ventre par la morphine et vessie de glace en permanence. Recommandation de garder les selles et les urines.

5 *mai*. Le lendemain, au matin, même état aussi inquiétant. La température, prise dans l'aisselle, est de 36°,4; le pouls, presque insaisissable, tant il est faible, bat 144 pulsations par minute. Les extrémités sont froides et cyanosées. Du côté du ventre, on trouve, de plus que la veille, une matité absolue occupant l'hypogastre, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, et se terminant à peu près horizontalement. Les urines, rendues en petite quantité, sont normales, et le cathétérisme ne donne issue qu'à deux ou trois gouttes de liquide. Pas de selles depuis l'arrivée. Rien dans le rectum, malgré les épreintes dont se plaint le blessé. Le ventre est peu sensible et ne pré-

© BIU Santé

sente toujours aucune trace appréciable de violence. Même traitement. Mort à midi.

Autopsie, le lundi 7 *mai*, quarante heures après la mort.— Sur la paroi abdominale antérieure, à droite, au niveau de l'ombilic, nous constatons une légère ecchymose, de fort peu d'étendue, qui n'apparaissait pas durant la vie. Dans la gaine des muscles, aucun épanchement de sang. A l'incision de la cavité péritonéale, il s'écoule une grande quantité, environ deux litres, de liquide sanguin sans caillot. Pas trace de péritonite.

Les viscères qui s'offrent les premiers à l'examen sont intacts. Le foie, l'estomac, la rate, le grand épiploon, sont dans un état d'intégrité absolue. En relevant le tablier épiploïque, nous apercevons le côlon transverse, qui n'a pas été non plus atteint par le traumatisme. Mais, à la partie postérieure et inférieure du repli épiploïque qui rattache le côlon transverse à la paroi postérieure, dans le point qui répond à l'interstice séparant le côlon transverse de la grande courbure stomacale, se voit une suffusion sanguine, des dimensions d'une pièce de deux francs, sans régularité de contour, qui signifie que c'est à cette hauteur qu'ont dû se produire les lésions. En effet, en regardant en arrière, contre la colonne vertébrale, du côté gauche, nous voyons que l'intestin est entièrement sectionné dans toute sa circonférence, avec deux à trois centimètres de mésentère, et cette section est aussi nette que si elle avait été faite avec des ciseaux. La muqueuse fait très légèrement hernie et montre les deux bouts coupés un peu boursouflés et plissés à l'extrémité. Pas de matière alimentaire ni de bile répandue autour de cette déchirure.

Cette portion de l'intestin ainsi déchirée est l'origine même du jejunum ; la solution de continuité siège à 3 millimètres après la délimitation inférieure du duodénum, dans le point où l'intestin se dégage sous le méso-côlon transverse, dans une direction à peu près verticale. L'artère mésentérique supérieure n'est pas intéressée, au moins dans son tronc. Il n'en est pas tout à fait de même de l'aorte, qui, à ce niveau, c'est-à-dire en face la troisième lombaire, à 4 millimètres environ de sa bifurcation, est contuse et montre sa paroi antérieure déchirée dans sa couche externe et infiltrée de sang extravasé.

Tout l'espace rétro-péritonéal est infiltré de sérosité sanguinolente. Les reins, la vessie, n'offrent rien de particulier. Dans l'intestin, ni caillot de sang, ni matière alimentaire. Les deux bouts opérés ne montrent pas la moindre apparence de réaction inflammatoire.

Réflexions. — Ainsi, la relation de cette observation est intéressante à plusieurs titres. Nous trouvons d'abord, avec une intégrité entière de la paroi abdominale, une déchirure importante de l'intestin qu'aucun signe objectif ne laissait soupçonner. Ce fait n'a d'ailleurs rien d'absolument exceptionnel. Aucun signe ne permettait de la soupçonner, puisque le météorisme, bien probable avec une telle lésion, faisait défaut, et puisque, après plus de quarante heures, il ne restait pas le moindre vestige d'inflammation péritonéale.

Notre malade est donc mort d'hémorrhagie uniquement, et sans doute aussi du schock intestinal. Ce n'est pas le mode le plus ordinaire de terminaison après ces traumatismes, les blessés succombant généralement à de la péritonite.

Il est à noter que l'épanchement de sang dans la cavité séreuse ne paraît pas avoir été influencé dans sa direction par l'obliquité de l'insertion mésentérique, nous avons vu que la fosse iliaque gauche était remplie à l'égal de la fosse iliaque droite.

Enfin, nous pouvons constater que l'intestin grêle a été saisi par le corps vulnérant au seul point peut-être de tout son trajet où il est presque complètement immobilisé : à l'origine du jejunum. Cependant, dans des observations récentes et tout à fait comparables à la nôtre, M. Gendron a montré que l'intestin peut être déchiré dans une portion très mobile, vers le milieu de l'iléon (*Société anatomique*, 24 février 1882), et MM. Ollive et Bouicli, dans une communication à la Société clinique (*France médicale*, 7 décembre 1882), ont fait voir que la perforation occupait l'iléon à 1 mètre du cœcum.

Nous ne parlons pas, bien entendu, de la pathogénie. L'éclatement de dedans en dehors de l'intestin, par refoulement des matières alimentaires ou des gaz, n'est plus admis depuis le mémoire de Longuet. On ne reconnaît qu'un mécanisme : l'attrition de l'anse intestinale entre l'agent vulnérant et la colonne lombaire. La preuve en est donnée dans le cas présent par les lésions de contusion présentées par l'aorte, au niveau de la rupture de l'intestin.

18. M. le professeur Lépine (de Lyon) a eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un individu atteint d'*atrophie* très prononcée de l'*œil*. Cette atrophie remontait à une variole de l'enfance. Le nerf optique, très aminci, était filiforme. La racine blanche du chiasma du nerf optique du même côté était également atrophiée ; il en était de même du corps genouillé correspondant. Chose remarquable, la racine grise était atrophiée elle aussi. M. Lépine a fait des recherches bibliographiques : il n'a trouvé nulle part mention d'une semblable atrophie de la racine grise. La chose doit donc être très rare, de là l'intérêt particulier du fait précédent. Il n'y avait dans le cerveau non plus que dans les circonvolutions aucune modification appréciable.

19. M. Ballet rapporte l'histoire d'un homme de 40 ans, qui présentait une *sciatique* accompagnée de troubles vaso-moteurs très prononcés. Cette sciatique a été soumise à l'observation pendant une période de 5 à 6 ans. Peut-être y avait-il névrite ? L'autopsie fut faite. On trouva dans la moelle de la sclérose unilatérale des faisceaux postérieurs. Cette sclérose était limitée à la bandelette externe, à la zone radiculaire du cordon postérieur. Peut-être y avait-il, par ce voisinage, irritation des racines postérieures ? Peut-être aussi s'agissait-il là d'une névrite ascendante qui s'était propagée du tronc nerveux au cordon médullaire ? Malheureusement, l'examen du cordon nerveux n'a pas pu être pratiqué.

20. M. Lejard présente un cas de *fracture de la colonne vertébrale* et d'écrasement des calcanéums des deux côtés, dus à une chute d'un lieu élevé.

21. M. Castex lit un *rapport* sur la candidature de M. Giraudeau au titre de membre adjoint.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 janvier 1884. — Présidence de M. Guéniot.

M. Périer, revenant à la discussion sur l'*opération d'Estlander*, exprime son opinion et apporte les résultats de sa pratique. Il considère cette opération comme relativement bénigne, car on n'a encore jamais vu mourir un opéré du fait même de l'opération. M. Périer l'a pratiquée deux fois ; une première fois, il réséqua deux côtes chez un malade atteint de suppurations multiples à la suite d'une piqûre anatomique ; la suppuration pleurale diminua, mais le malade succomba quelque temps après aux progrès de l'état général. La seconde fois, ce fut sur un malade, âgé de 43 ans, porteur depuis un an d'une fistule pleurale à la suite d'un empyème, et qui ne présentait aucun signe de tuberculose ; la capacité de la cavité pleurale était de 750 c. cub. M. Périer, assisté de MM. Bouilly et Berger, réséqua six côtes, sur une longueur de 10 à 8 centimètres, en diminuant de la neuvième à la quatrième. Le lambeau fut suturé ; il n'y eut pas la moindre fièvre.

Cette opération a été faite le 28 octobre dernier ; depuis, la cavité a été en diminuant progressivement ; actuellement, elle n'admet plus guère que 100 gr. de liquide ; la paroi thoracique s'est affaissée. Le malade engraisse.

M. Lucas-Championnière, persuadé que c'est en accumulant les observations que l'opinion pourra se faire et le manuel opératoire se perfectionner, complète l'observation dont il a déjà entretenu la Société. Sur un malade dont la plèvre suppurait depuis 21 mois, par une cavité qui pou-

© BIU Santé

vait contenir 500 gr. de liquide et admettait un drain de 18 centimètres, le malade étant atteint de fièvre hectique et porteur de sommets douteux, il a réséqué cinq côtes le 13 décembre dernier. Après avoir retiré un drain perdu dans la plèvre et qui avait été l'occasion de l'opération, M. Lucas-Championnière réappliqua le lambeau sans drainer les petites alvéoles périostiques que laissent les côtes réséquées ; ce fut un tort, car leur peu de pus s'accumula à la partie supérieure du lambeau et l'opéré eut un accès de fièvre léger qui cessa quand on eut donné issue au pus. Depuis, le malade a marché régulièrement vers la guérison ; la paroi thoracique s'est affaissée et a durci, la cavité pleurale n'admet plus que très peu de liquide. L'opéré reprend des forces et *sa toux a complètement cessé*. En somme, l'opération a donné des résultats excellents.

M. Monod, qui a déjà rappelé la part prise par Letiévent à la découverte de cette opération, ce que M. Berger avait d'ailleurs déjà fait dans son rapport, a reçu de M. Letiévent une lettre dans laquelle ce chirurgien établit que, dès 1875, il avait fait trois de ces opérations qu'il désignait alors sous le nom de *fenestration*, terme qu'il remplaça plus tard par celui de *résection costale multiple;* et, pour les élèves de l'école de Lyon, la *résection costale multiple* est devenue depuis longtemps l'*opération de Letiévent*. M. Letiévent ajoute que la priorité appartient à la France dans la découverte de cette opération, et c'est aussi l'avis de M. Delore, qui a protesté dans ce ce sens à la Société de médecine de Lyon.

M. Sée a pratiqué une opération d'Estlander. Il s'est contenté d'une simple incision longitudinale par laquelle il a pu, sans difficulté, réséquer quatre côtes sur une longueur de cinq centimètres chaque ; après quoi, il a pansé à plat, sans sutures ; il n'y a pas eu de fièvre, l'appétit, qui avait disparu, est revenu ; la suppuration a notablement diminué.

M. Trélat, qui n'a jamais fais d'opération d'Estlander, mais qui a vu et suivi trois opérés, pense qu'il y aurait avantage à substituer au lambeau en U, à base supérieure, une incision en = ou à deux volets. Souvent, le lambeau en U ne se recolle pas sur tout son pourtour, on y voit apparaître des fistules qui seraient plus rares avec l'incision qu'il propose, si l'on prolongeait la branche verticale assez pour que les deux branches transversales fussent en dehors du champ opératoire en contact avec le pus qui coule de la plèvre.

M. Monod appuie volontiers ce que vient de dire M. Trélat, car, sur un de ses opérés, une fistule s'est faite sur le lambeau et une autre vient d'apparaître à son centre. Cependant l'opéré qui, de Necker, a été transporté à Ivry, est en excellent état et guérira certainement.

M. Berger, dont le remarquable rapport a été l'origine de cette discussion, apporte l'affirmation du premier cas malheureux dû à l'opération d'Estlander. Il est vrai qu'il s'agissait d'un malade voué à une mort fatale dans un délai très court, que l'intervention chirurgicale a encore diminué, il faut le reconnaître. Le malade, âgé de trente ans, né d'une famille tuberculeuse et tuberculeux lui-même, portait une pleurésie purulente depuis deux ans, lorsque M. Debove lui fit l'empyème. Trois litres de pus furent évacués; l'amélioration fut subite, la suppuration diminua beaucoup, mais la cavité de l'abcès resta béante et le malade, qui avait repris après l'empyème, déclina rapidement. Son état devint grave et la mort paraissait probable à très courte échéance, quand M. Berger se détermina à intervenir, mais seulement après de grandes hésitations. D'une part, la mort menaçait, et, d'autre part, l'auscultation ne révélait aucun signe de tuberculose du côté sain, bien qu'il y eût des bacilles dans les crachats. L'opération fut faite le 15 janvier. M. Berger, aidé par M. Bouilly, réséqua huit côtes ; l'opération, faite dans la matinée, ne dura guère plus d'une heure ; le malade fut reporté dans son lit et mourut vers quatre heures de l'après-midi. L'autopsie a montré que le côté sain était le siège d'une pneumonie chronique occupant sa moitié supérieure et que le reste de ce poumon était semé d'un grand nombre de granulations tuberculeuses. La mort s'explique par l'insuffisance du champ respiratoire, insuffisance que l'auscultation n'avait pas révélée, bien qu'elle eût été pratiquée et à maintes reprises par des oreilles exercées.

M. Berger répond ensuite à quelques-unes des observations que son rapport à suscitées. Il pense que quelques-uns de ses collègues ne sont pas suffisamment convaincus de l'incurabilité des fistules pleurales existant depuis un certain temps. Or, le relevé des observations prouve que l'on n'observe que très rarement la guérison, quand la fistule est établie depuis quatre ou cinq mois. Reste à examiner si ces fistules sont compatibles avec une existence supportable. Oui, certainement. Cependant, les malades porteurs de ces fistules sont sujets à de nombreux accidents ; la fistule se rétrécit, le pus est retenu ; alors survient de la fièvre et une débâcle purulente. Et c'est fini, jusqu'à ce que le même accident se reproduise, et le malade va s'affaiblissant, exposé à des accidents qui pourront être plus graves une autre fois, et à tous les dangers de la suppuration prolongée. — Il est des malades qui portent leurs fistules et qui n'en souffrent aucun dommage, ce sont ceux qui ont de petites fistules aboutissant à une cavité très étroite, et chez eux il est inutile d'intervenir.

Mais, chez les malades porteurs de grands abcès pleuraux, donnant une suppuration continue, l'intervention, qui substitue une paroi mobile, rétractile, à une paroi solide, et qui permet la guérison, l'intervention est légitime. Il faut toutefois attendre pour opérer que la tendance de la paroi thoracique à la rétraction se soit manifestée. A côté de ces cas à indications franches, il y aura toujours les cas extrêmes qui, là comme à propos de toute opération, seront différemment résolus.

A propos du manuel opératoire, M. Berger pense que la forme de l'incision n'a pas grande importance, et que les plus simples sont les meilleures. Il est peu partisan de la résection du périoste proposée par M. Monod, pour empêcher la reproduction partielle des côtes qui a été observée, parce que cette résection est difficile sans risquer d'ouvrir la plèvre pariétale.

M. Sée note trois contre-indications à l'opération : *a*) le peu de profondeur et l'étroitesse de la fistule ; *b*) la gravité de l'état général ; *c*) l'étendue même de la cavité suppurante, si grande parfois qu'il n'est pas de résection qui puisse arriver à la combler. P. Poirier.

Séance annuelle. — La séance annuelle de la Société de Chirurgie aura lieu le mercredi 30 janvier 1884, à 3 heures et demie. Ordre du jour : 1° Allocution de M. Guéniot, président ; 2° Compte-rendu des travaux de l'année 1883, par M. Ch. Périer, secrétaire annuel ; 3° Eloge de M. le professeur Broca, par M. Horteloup, secrétaire général ; 4° Proclamation des prix pour l'année 1883.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance de décembre 1883. — Présidence de M. Proust.

Sur les Kalmoucks du Jardin d'acclimatation. — M. J. Deniker a pu étudier en détail les Kalmoucks qui ont séjourné cet automne au jardin d'acclimatation. Venus du gouvernement d'Astrakan, ils appartenaient, en effet, à une tribu dont le chef Koutousoff étudiait la médecine avec M. Deniker à St-Pétersbourg, il y a une dizaine d'années.

La caravane se composait de 21 personnes, dont deux prêtres et une femme lettrée sachant très bien lire et écrire le Russe et le Kalmouck. Tous appartenaient à l'*Oulouse* ou clan *Malo-Derbète*, composé de 21.000 sujets et faisant partie de la tribu des *Derbètes*, qui, avec les *Torgotes*, les *Khochottes* et les *Tchoross*, constitue le groupe Kalmouck.

L'auteur a pu recueillir 500 mesures et observations sur 6 hommes et 8 femmes ; ces données confirment l'opinion de Metchnikoff, qui avait fait remarquer combien ces populations présentaient de caractères embryonnaires, surtout dans la disposition des yeux et les proportions du corps. Le

© BIU Santé

milieu du corps, en effet, se trouve au niveau du pubis, tandis que, chez les blancs, il est beaucoup plus bas ; le rapport des dimensions des membres inférieurs aux dimensions totales du corps rappelle ce qu'on trouve chez les enfants Européens, etc.

Leur peau est d'une couleur cuivre clair, brunie par le soleil, le jaune y prédomine ; au moment de la naissance, les enfants sont de la même couleur que les enfants blancs, ils ne commencent à foncer que vers le 10e jour. Les yeux sont obliques, petits, bridés ; on remarque un renversement du bord libre de la paupière supérieure vers le globe de l'œil ; les yeux sont généralement très obliques, c'est là, du reste, un caractère variable qui peut se rencontrer chez nous, c'est un caractère phylogénique, la fente palpébrale est fort étroite et le diamètre bicaronculaire est très grand, ainsi que cela se rencontre chez beaucoup d'enfants de notre pays. Le nez est court, écrasé, les pommettes saillantes, la bouche petite, les lèvres minces, le visage losangique.

Les Kalmoucks fondèrent au XVIe siècle un puissant Empire dont l'histoire a été fort brillante. Leur intelligence d'ailleurs n'est pas au-dessous de celle des paysans de chez nous. Plusieurs Kalmoucks même ont été les condisciples de l'auteur au collège d'Astrakan, et n'étaient pas inférieurs à leurs camarades malgré les difficultés que présentait pour eux un enseignement fait dans une langue qui n'était pas la leur ; l'un d'eux s'est fait recevoir docteur en médecine.

Indifférents en matière de religion, ils se contentent de quelques pratiques superstitieuses. Les Kolmousses sont bouddhistes de la secte des bonnets jaunes ; ceux du Jardin avaient avec eux des prêtres ou *gelimy* qui portaient un sceptre et une cloche. C'est chez eux que l'on rencontre très répandu le singulier usage des moulins à prières de diverses espèces : à main, à vent ou même à eau. Parmi les images de leurs saints, on remarque celle d'*Aria-Bala*, pourvu de 11 têtes et de 8 bras. Leur costume se compose d'une toque de fourrure, du *bechmet*, sorte de longue redingote, d'une culotte, puis de bottes en cuir jaune. Les femmes ont un bonnet en drap jaune, sorte de barette, puis un bonnet analogue à celui des Polonais ou de forme cylindrique et couvert de broderies et de galons. Ils portent des ornements d'argent, des boucles d'oreilles. Ils se nourrissent de lait et d'une sorte de fromage fabriqué avec du vieux lait. Ils ne connaissent pas la poterie, se servent d'ustensiles de bois, de cuivre et d'objets en cuir.

De la symétrie dans les anomalies des membres et du rôle que l'on pourrait attribuer à l'atavisme dans ces anomalies.—M. le Dr Verrier fait une communication à la Société sur le rôle que l'on pourrait attribuer à l'atavisme dans l'ectrodactylie, lorsque cette anomalie est symétrique. A propos d'une main tridactyle et d'un pied palmé appartenant au même sujet qu'il a présentés à la Société de chirurgie, M. Verrier recherche quels sont les animaux tridactyles (les insectes exceptés) et ne les trouve que dans l'ordre des oiseaux dont les ailes, représentant les membres antérieurs, n'ont en effet que trois doigts.

Mais les oiseaux ont pour la plupart 4 doigts au membre postérieur, quelques-uns moins cependant ; ainsi, l'autruche n'en a que deux. Ils sont donc des tridactyles irréguliers. Cela n'empêche pas qu'on ne puisse trouver parmi eux un ancêtre, excessivement éloigné, pour les tridactyles. Quant à la palmature, les recherches seraient moins complexes, puisqu'on trouve des palmipèdes parmi les oiseaux.

Dans les deux cas, l'auteur insiste pour n'admettre dans la filiation ornithologique que l'ectrodactylie symétrique, car souvent, dit-il, l'ectrodactylie siégeant à un seul membre s'accompagne d'une autre monstruosité, comme l'acéphalie par exemple ou d'autres encore.

L'ectrodactylie symétrique, pour être moins fréquente que la polydactylie, n'en est pas moins réelle, et comme à l'état normal aucun animal ne présente plus de cinq doigts, il s'ensuit, d'après M. Verrier, qu'il n'est pas invraisemblable d'admettre, au moins pour les tridactyles humains, une parenté antérieure avec un être présentant un nombre égal de doigts à deux au moins de ses membres, d'après les lois du Darwinisme.

M. Verrier ajoute que le nombre de transformations nécessaires pour amener un oiseau au rang des primates, tout considérable qu'il puisse être, n'est pas en désaccord avec la longue et incalculable période des temps géologiques et qu'il est peut-être inférieur à celui qui serait nécessaire à l'oiseau pour remontrer à la période Laurantienne ou au germe primordial créé ou né spontanément au début des âges. L. Capitan.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

V. A Traumaticina ; per il Dr Schivardi. (*Gazzetta degli ospitali*, 23 décembre 1883 et *Wiener med. Woch*, 1883).

VI. Du traitement de l'eczéma par l'acide picrique ; par Masini (*Imparziale*, n° 15, 20 août, 1883.)

VII. Uber die Wirkung des Agaricin gegen die Nachtschweisse der Phthisiker ; par Seifert, (*Wien. med. Woch.*, n° 38, 1883).

VIII. Sull'uso ipodermico della cairina ; par le Dr J. R. Queiroło (*Gazzetta degli ospitali*, n° 101, 19 décembre 1883.)

IX. De l'action révulsive de la méduse ; par S. Wells (*Rivista clinica e terapeutica*, juillet 1883, p. 535.)

V. La *traumaticine* est le nom donné à la solution d'une partie de gutta-percha pure dans dix parties de chloroforme. Elle sert de véhicule à diverses substances médicamenteuses appliquées sur la peau. Elle forme sur la peau une pellicule dure, résistante et persistante. La solution peut être faite un peu avant le moment de l'application. La volatilisation lente du chloroforme permet d'associer au traitement la friction. La traumaticine n'est pas irritante et a en outre l'avantage d'être d'un prix peu élevé. Elle a surtout, jusqu'ici, été préconisée par M. Auspitz (de Vienne). Dans le traitement du psoriasis, ce professeur fait usage d'une solution à 10 0/0 de traumaticine et de chrysarobine (1) ; après avoir détaché la plus grande partie des squames par un bain de savon, la solution est étendue au moyen d'un pinceau fin et court, sur les plaques. On imprime en même temps au pinceau des mouvements de friction.

Chaque friction est précédée d'un bain de savon et répétée plus ou moins souvent, selon l'intensité du psoriasis. Dans quelques cas peu étendus, le traitement pratiqué seulement une fois par jour suffit, sans bain ni lavage aucun, à guérir en trois à six jours le psoriasis ; ce serait du moins ce qu'affirmerait Auspitz. Jamais cette médication ne produirait la plus petite irritation. Elle a été encore appliquée par Auspitz au traitement de l'herpès tonsurant, de l'eczéma marginatum et du prurigo. Dans cette dernière affection, la solution est à 10 0/0 pour les adultes et à 5 0/0 pour les enfants ; on observerait ordinairement la disparition subite du prurigo. Si les faits avancés par Auspitz se trouvent confirmés, il y aurait lieu de s'en féliciter ; toutefois, il va sans dire que ce traitement ne met pas à l'abri des récidives.

La traumaticine serait encore un bon excipient pour l'acide pyrogallique et l'acide salicylique. M. Schivardi utilise la traumaticine dans le traitement des engelures et la propose pour le traitement de l'orchite aiguë.

VI. M. Masini, dans une communication publiée dans l'*Imparziale* de Florence (n° 15, 20 août 1883), recommande l'acide picrique dans le traitement de l'eczéma impétigineux ; sur 30 cas, il aurait obtenu 29 succès, et encore attribue-t-il son seul insuccès soit à l'impureté du produit, soit à l'intolérance de l'organisme. Cet enfant présenta des signes d'intoxication : urine rare, rouge sombre, légèrement jaunâtre ; pouls lent, petit ; diarrhée abondante, abattement général. Il prétend que l'acide picrique est le meilleur remède contre l'eczéma impétigineux des enfants. Après avoir fait tomber les croûtes au moyen d'une pommade inerte quelconque, il fait pendant six à sept jours de

(1) Voir, pour le traitement du psoriasis par la chrysarobine, Kaposi. *Leçons sur les maladies de la peau*. Trad. Besnier et Doyon. T. 1, p. 312, 1881.

© BIU Santé

suite (deux fois par jour) des badigeonnages avec de la glycérine saturée d'acide picrique, ou encore il emploie une pommade composée de vaseline et d'acide picrique. La guérison se produirait du 8e au 10e jour. L'auteur rappelle que M. Bufalini (1) fut le premier, en 1879, à conseiller l'acide picrique, et qu'à la suite MM. Tassi, Olieron, Breve, Di Lorenzo (2) s'accordent à admettre l'efficacité de ce médicament dans diverses maladies éruptives, mais plus spécialement dans l'eczéma impétigineux.

VII. L'*agaricine*, extraite de l'agaric blanc, a été employée par M. Seifert pour combattre les sueurs. Les doses nécessaires pour arrêter les sueurs des phtisiques varient de 0 gr. 004 milligr. à 0 gr. 02 centigr. Il est important de noter que l'agaricine ne produit son maximum d'action que cinq à six heures après son administration. Chez les malades chez lesquels les sueurs se produisent un peu avant minuit, puis le matin de bonne heure, il est donc nécessaire d'administrer le médicament une première fois vers cinq heures du soir, et ensuite vers minuit, si l'on veut obtenir un résultat satisfaisant.

Agaricine.	0 gr. 05.
Alcool absolu.	4 gr. 50.
Glycérine.	5 gr. 50.

Une seringue entière chaque fois.

L'agaricine s'est encore montrée efficace dans un cas d'hyperhydrose due à des troubles du grand sympathique du cou. Elle ne produit ni nausées, ni diarrhée, semble diminuer les accès de toux; le sommeil est plus tranquille et moins interrompu. M. Seifert déconseille l'emploi de l'agaricine en injections hypodermiques, à cause de la vive brûlure qu'elle produit et aussi parce que son administration hypodermique ne présente aucun avantage sur l'administration par la voie stomacale.

VIII. L'auteur est le premier qui ait employé la voie hypodermique pour l'administration de la *cairine*. Les solutions contenaient de 10 à 50 centigr. par gramme d'eau distillée. A ces doses, la cairine n'est pas soluble à froid, aussi est-il nécessaire de chauffer les solutions; l'injection doit être pratiquée avec le liquide maintenu à la température de 30 à 35°. Ces injections ne causeraient ni troubles généraux, ni accidents locaux. Des doses plus élevées ne produisent localement qu'une légère douleur, disparaissant promptement sans donner lieu ultérieurement à des accidents.

L'injection de 10 centigr. de cairine ne produit qu'un abaissement de température de quelques dixièmes de degrés, et cela seulement pendant l'espace d'une heure. L'injection de 20 centigr. produit un maximum d'abaissement de la température de 7 dixièmes, abaissement dont le début se produit une demi-heure après pour cesser environ deux heures plus tard.

L'abaissement de la température produit par une injection de 30 centigr. varie entre quelques dixièmes et 1 degré 1/2; son début commence une demi-heure après et la durée en est de 2 heures. Mais ces doses peuvent ne donner aucun résultat ou ne produire qu'un abaissement insignifiant et fugace. L'injection de 50 centigr. donne une diminution de la température qui oscille entre 1 degré et 2 degrés 4 dixièmes; le début en est très rapide et la durée de deux à trois heures. Un gramme de cairine injecté hypodermiquement abaisse la température de 2 degrés 7 dixièmes à 3 degrés 3 dixièmes. L'auteur obtint une fois un abaissement de 5 degrés (de 40°,5 à 35°,5). Cet abaissement se produit rapidement, atteint son maximum en deux heures environ et persiste pendant cinq heures en moyenne.

M. Queirolo, dont les recherches ont été faites dans le service clinique de M. Maragliano, en conclut que la cairine, employée hypodermiquement, produit une diminution de la température plus rapidement, d'une façon plus durable et plus intense que par la voie gastrique; que, par cette méthode, les doses nécessaires sont plus faibles, et qu'enfin, la méthode hypodermique est exempte de tout inconvénient tant général que local.

IX. La *medusa aurita* est, selon Spencer Wells (*Brit. med. Journ.*), employée en Norvège comme révulsif dans les névralgies et les douleurs rhumatismales; selon cet auteur, Thaulow, en 1837, en aurait le premier fait l'emploi. On tient la méduse par sa surface supérieure lisse et non irritante, et l'on touche légèrement avec l'autre surface la partie malade. L'irritation qui s'ensuit serait assez forte, la peau deviendrait rouge et tuméfiée en quelques heures; l'érythème persiste pendant quelques jours. Le malade accuse des douleurs fulgurantes dans les différentes régions du corps; la céphalée est assez fréquente. Les douleurs névralgiques et rhumatismales rebelles céderaient rapidement à un semblable traitement. En tous cas, voilà un remède peu coûteux, et dont nos médecins des bords de la mer peuvent vérifier facilement l'efficacité. P. BRICON.

(1) Voir *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. 2e série, t. IV, n° 1, 25 janvier 1883, p. 57. Analyse de Jullien.

(2) M. Masini ne donne, à propos de ces auteurs, que des indications incomplètes; il serait bon que les journaux italiens, voire même les journaux espagnols, prissent plus de soin à citer les sources et donnassent des indications plus complètes et plus exactes.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur l'albuminurie physiologique; par M. de la CELLE DE CHATEAUBOURG. Paris, 1882. Delahaye et Lecrosnier, libraires-éditeurs.

Suivant l'exemple de M. Capitan, l'auteur, avec l'autorisation du général de Gressot, a examiné les urines de nombreux fantassins et cuirassiers de la garnison de Paris. Il a également recherché l'albuminurie chez les enfants assistés, et les conclusions auxquelles il est arrivé diffèrent peu de celles des auteurs précédents. L'albuminurie physiologique est fréquente; elle varie suivant la fatigue cérébrale ou corporelle, la digestion, les bains et excitations cutanées, etc. Elle est très légère, transitoire, diminuant ou disparaissant par le repos au lit.

Si l'auteur n'a pas produit de résultats nouveaux, il a du moins confirmé les résultats acquis sur une question obscure et encore à l'étude.

Guérison de la rage. Réponse à M. Bouley; par M. le Dr DARTIGUES. Paris, 1883. O. Doin, libraire-éditeur.

M. Dartigues, auteur d'un ouvrage sur la *procréation volontaire des sexes*, prend à partie M. Bouley à l'occasion du rapport académique défavorable de ce dernier sur le cas de guérison de la rage présenté par M. Dartigues. Il prétend guérir la rage à l'aide d'un traitement basé sur l'emploi simultané de l'hyoscyamine, de la strychnine, du camphre monobromé, de la pilocarpine et de l'étuve poussée jusqu'à 52, 53 et 54 degrés. Cette association d'alcaloïdes aurait donné *un succès* à l'auteur; malheureusement, l'observation qui sert de base à son travail n'est rien moins que concluante. Sans opposer une fin de non recevoir absolue à toutes les tentatives sérieuses ou non, entreprises dans ce sens, il faut bien reconnaître avec M. Bouley que le traitement de la rage n'est pas encore trouvé.

De la périty phlite primitive; par M. Louis DAUKEL. Paris, 1882. Delahaye et Lecrosnier, libraires-éditeurs.

Cette inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque droite doit être séparée des autres phlegmons iliaques, à cause des rapports qu'elle affecte avec le cœcum. Elle existe primitivement, spontanément, sans lésion préalable de l'intestin. Son début est brusque, et succède souvent à un refroidissement, à un effort, à une violence quelconque. La résolution est la terminaison actuelle, mais les récidives sont fréquentes. C'est le traitement antiphlogistique qui doit être préconisé ici comme dans dans la typhlite: saignées locales, cataplasmes, purgatifs. Ce travail contient un grand nombre d'observations. J. C.

© BIU Santé

VARIA

Opinion de la Presse étrangère.

Nous avons eu le soin à diverses reprises, depuis bien des années, de donner des extraits des journaux de médecine des pays étrangers montrant l'opinion qu'ils se faisaient et des hommes et des institutions de notre pays. L'an dernier, les journaux américains, allemands, autrichiens, ont publié des correspondances très sévères sur l'état de la médecine à Paris, surtout en ce qui concerne les chirurgiens. Diverses circonstances nous ont empêché d'en placer la traduction sous les yeux de nos lecteurs. Le *Progrès médical* ayant été violemment attaqué par les chirurgiens des hôpitaux, surtout par ceux qui étaient particulièrement visés dans les correspondances auxquelles nous faisons allusion, nous avons pensé inutile d'irriter encore un débat que nous voulions laisser limité sur son véritable terrain: l'intérêt des malades. Aujourd'hui, les esprits sont plus calmes et nous tiendrons désormais nos lecteurs au courant des appréciations de la Presse étrangère.

Voici, pour commencer, une correspondance du *Maryland medical Journal*, publiée sous ce titre : « *De la décadence de la France.* »

« On a beaucoup écrit et parlé dans ces derniers temps sur la dégénération du peuple Français ; mais de tout ce qu'on a dit à ce sujet, il est hors de doute que bien des appréciations sont dénuées de fondement et seront, dans un temps voulu, réduites à néant. Ce n'est pas chose rare que de voir les nations traverser des périodes de ralentissement dans leur essor, sous des influences d'ordre purement temporaire et accidentel. La défaite aussi soudaine qu'écrasante que la France a essuyée dans sa dernière guerre avec l'Allemagne, l'a plongée dans un état de prostration et de désespérance qui n'était que trop propre à entraver son développement.

Quoi qu'on puisse dire en faveur des Français, les indices de la décadence de leur race s'imposent trop manifestement aux yeux pour qu'on puisse les méconnaître, et eux-mêmes actuellement ne sont pas sans les apercevoir. Dans une récente étude sur la prostitution, par le professeur A. Malherbe, de Nantes (c'est là un sujet qui a le don de captiver tout particulièrement l'intérêt des Français), quelques-uns de ces symptômes sont mis en lumière. Un des principaux chefs de cette décadence réside dans le défaut de propension à la vie de famille, défaut qui tire son origine de raisons multiples ! Une des principales est l'inaptitude au mariage pendant le jeune âge, pour les individus des deux sexes. Ce n'est qu'à une période avancée de leur vie que les hommes sont en état de prendre charge de famille, empêchés qu'ils sont dans la jeunesse, par les exigences d'un service militaire rigoureux, par la coutume qui prohibe le mariage avec une maîtresse, et aussi par la libre satisfaction qui se trouve offerte aux passions par la prostitution. Cette dernière condition se rencontre surtout dans les villes, où sont développées au plus haut point les habitudes de mœurs faciles. Les femmes, de leur côté, se trouvent dans l'impossibilité de recourir au mariage légitime, et, pour subvenir aux besoins de leur existence, sont de toute nécessité obligées de se faire les maîtresses des hommes. Est-il besoin, après cela, de faire remarquer à quel degré de relâchement en vient la moralité ? En France, il semble qu'on regarde la prostitution d'un œil complaisant, et que, loin d'en faire une plaie sociale, on l'envisage comme une heureuse institution.

Le mariage se pratique donc sur le tard ; les fonctions génitales sont sur leur déclin, quand les excès antérieurs ne les ont pas réduites à néant, aussi, demeure-t-il fréquemment stérile. Suivant M. Després, un ménage sur trois dans les villes ; de 10 à 50 pour cent dans les campagnes, demeurent improductifs ; de là, une raison puissante de dépopulation. Dans les familles, d'autre part, on prend grand soin de restreindre la progéniture ; on veut conserver aux enfants sans partage, avec la richesse, la considération et le prestige ; c'est là une chose fréquente dans les villes et chez les gens aisés de la campagne. A côté de la stérilité, un facteur puissant de dépopulation réside dans l'excessive mortalité des nouveau-nés dans les classes pauvres lesquelles, chose étrange à dire, ne connaissent pas de limites dans la reproduction. Suivant M. Després, ce serait à la syphilis paternelle qu'il faudrait attribuer cette mortalité ; il est plus probable, à notre avis, que la mauvaise alimentation et les déplorables conditions d'hygiène en sont les principaux facteurs.

Est-ce à dire, en présence de ces symptômes manifestes de décadence, que la France est un pays usé, fini, qui n'a plus qu'à disparaître du cadre des nations ? Sans vouloir porter nos vues aussi loin, nous ne pouvons cependant nous empêcher de confesser que ces fâcheux indices ne sont pas faits pour nous donner une bien haute idée de sa vitalité à venir. Ce peuple est-il encore capable de se relever ? Est-il quelque réforme susceptible de le tirer du mauvais pas où il est engagé ? Ou bien au contraire le mal est-il au-dessus de tout remède ? Le temps seul peut nous le dire. Ce qu'il y a de certain, c'est que les conditions qui soutiennent la vigueur et contribuent au développement des autres nations modernes — l'Angleterre, l'Amérique, l'Allemagne, par exemple — c'est-à-dire la diversité des éléments nationaux et l'appui continuel de forces extrinsèques, font totalement défaut à la France. »

Nos lecteurs feront la part des erreurs et des exagérations contenues dans cette lettre qui renferme cependant quelques appréciations à peu près exactes. Toutefois, nous devons dire que, à côté de correspondants disposés à tout voir en mal, il y en a, et ils sont nombreux, qui se montrent équitables et même très sympathiques.

Médecins et pharmaciens civils de la réserve et de l'armée territoriale.

Dans notre dernier numéro (p. 56), nous avons publié un décret réglant l'admission et l'avancement des médecins et pharmaciens civils dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale. Nous donnons aujourd'hui la teneur du règlement ministériel relatif à la mise à exécution de ce décret.

Le Ministre de la guerre arrête, au sujet de l'application du décret du 10 janvier 1884, relatif à l'admission et à l'avancement des médecins et des pharmaciens civils dans le cadre des officiers de réseve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, les dispositions suivantes :

Art. 1er. — A partir du 1er janvier 1885, les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe, appartenant à la disponibilité, à la réserve de l'armée active, à l'armée territoriale ou à la réserve de l'armée territoriale, ne pourront être nommés au grade d'aide-major de 2e classe qu'à la condition d'avoir subi avec succès un examen d'aptitude.

Art. 2. — Pour les docteurs en médecine, cet examen est le même que celui imposé par l'article 17 du règlement du 22 juillet 1883 aux étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat et aspirant à l'emploi de médecin auxiliaire. Il porte sur les matières suivantes :

Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaires ; Notions sur l'organisation du service de santé à l'intérieur et en campagne. — *Infirmeries régimentaires.* Composition des sacs et sacoches d'ambulance, de l'approvisionnement d'infirmerie régimentaire de campagne. Postes de secours, infirmiers et brancardiers régimentaires. Hôpitaux militaires. — *Ambulances.* Infirmiers et brancardiers d'ambulance. Hôpitaux mobiles et sédentaires de campagne. Ambulances d'évacuation : trains d'évacuation, ambulances provisoires de gare. Secours à donner aux blessés sur les champs de bataille : bandages et appareils improvisés, relèvement et transport des blessés, brancards et voitures. Convention de Genève.

Art. 3. — Pour les pharmaciens de 1re classe, l'examen comprend les matières suivantes :

Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaires ; Notions sur l'organisation et le fonctionnement du service de la pharmacie, à l'intérieur et en campagne ; Composition en médicaments et en objets de pharmacie des approvisionnements d'infirmeries régimentaires d'ambulances, d'hôpitaux de campagne et d'hôpitaux temporaires. Convention de Genève.

Art. 4. — L'examen des docteurs en médecine et des pharmaciens de 1re classe aspirant au grade d'aide-major de 2e classe est passé devant un jury composé : *Pour les docteurs en médecine* : D'un médecin-major de 1re classe, président, et de deux médecins-majors de 2e classe. — *Pour les pharmaciens* : D'un médecin-major de 1re classe, président, et de deux pharmaciens-majors de 2e classe. L'un de ces deux pharmaciens peut être remplacé par un médecin-major de 2e classe.

Art 5. — Un jury fonctionne pour les médecins et les pharmaciens dans chaque ville, siège d'une faculté ou d'école de médecine. Les examens ont lieu chaque année, à des époques fixées par les directeurs du service de santé.

Art. 6. — Sont dispensés de se présenter aux épreuves dont il s'agit, les docteurs en médecine qui les ont déjà subies avec succès, à l'époque où ils se sont présentés comme candidats à l'emploi de médecin auxiliaire.

Art. 7. — Les membres du jury sont désignés par MM. les généraux commandant les corps d'armée, sur la proposition des directeurs du service de santé. Les candidats doivent demander à prendre part à ces examens par une lettre adressée au directeur du service de santé du corps d'armée où ils résident. Ils font connaître dans cette lettre, d'une manière très précise, leurs noms et prénoms, et l'adresse à laquelle la convocation doit leur être envoyée par le directeur du service de santé.

Art. 8. — Au début des épreuves, les candidats médecins doivent

© BIU Santé

présenter au président du jury le certificat qui leur a été remis par le secrétaire de la Faculté, en attendant la délivrance du diplôme de docteur en médecine. Les candidats pharmaciens ne pourront prendre part aux épreuves qu'à la condition de présenter au président du jury, soit le certificat qui leur a été remis par le secrétaire de l'école de pharmacie en attendant la délivrance du diplôme, soit un certificat attestant qu'ils sont pourvus de toutes les inscriptions nécessaires pour l'obtention du diplôme. Les candidats pharmaciens qui ont déjà satisfait à cet examen comme étudiants sont dispensés de s'y présenter de nouveau lorsqu'ils ont obtenu leur diplôme.

Art. 9. — Les examens terminés, le président du jury fait parvenir au directeur du service de santé du corps d'armée la liste des candidats qui les ont subis avec succès ; elle est ensuite transmise au ministre. Cette liste doit mentionner l'adresse très exacte du domicile des candidats admis, afin que l'autorité militaire puisse procéder, sans retard, aux formalités exigées pour leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe.

Art. 10. — Après constatation de leur situation au point de vue du recrutement, il est délivré un titre de nomination provisoire aux candidats admis. Ce titre est destiné à les dispenser de répondre aux appels qui pourraient être faits des hommes de leur classe, et doit être renvoyé ultérieurement au ministre, par la voie hiérarchique, aussitôt après la délivrance de la nomination définitive. Les candidats sont en même temps signalés à MM. les généraux commandant les corps d'armée, qui établissent en leur faveur, si toutefois rien ne s'y oppose, des mémoires de proposition conformes au modèle n° 46, annexé à l'instruction ministérielle du 28 décembre 1879 sur l'administration des hommes de tout grade de la disponibilité, de la réserve et de l'armée territoriale.

Art. 11. — Les examens prescrits par l'article 1er du présent règlement ne sont obligatoires qu'à partir du 1er janvier 1885. Jusqu'à cette époque, les nominations au grade d'aide-major de 2e classe auront lieu, pour les médecins et les pharmaciens, conformément au mode actuellement en vigueur et sur la proposition de MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Art. 12. — Conformément aux dispositions du décret du 10 janvier 1884, les médecins et les pharmaciens de tout grade de la réserve de l'armée active et de l'armée territoriale pourront être promus au grade supérieur. A cet effet, dès qu'ils auront été mis en possession du présent règlement, les directeurs du service de santé dans chaque corps d'armée devront, sans attendre l'époque de l'inspection générale, établir l'urgence des propositions en faveur de ces médecins et pharmaciens qui remplissent les conditions spécifiées dans le décret précité. Ces mémoires de proposition seront transmis au ministre après avoir été approuvés par MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Art. 13. — Les directeurs du service de santé ne perdront pas de vue que les proposions devront être faites non seulement en faveur des médecins et des pharmaciens appartenant à leur corps d'armée et domiciliés sur le territoire de ce corps d'armée, mais encore en faveur de ceux qui, attachés, en cas de mobilisation, aux formations de leur corps d'armée, sont domiciliés sur le territoire d'un autre corps d'armée. Ils signaleront ceux qui se trouveront dans ce dernier cas à leurs collègues des autres corps d'armée, en leur transmettant très exactement les noms et les adresses des intéressés. Les directeurs du service de santé qui recevront ces listes devront procéder à l'établissement des mémoires de propositions absolument comme si les intéressés appprtenaient à leur corps d'armée. Après les avoir soumis à l'approbation du général commandant le corps d'armée, ils les transmettront à leurs collègues qui prendront note des propositions faites et les feront parvenir au ministre le plus promptement possible.

Exposition internationale d'Hygiène à Londres. 1884.

Une exposition internationale d'hygiène comprenant tout ce qui est relatif à l'alimentation, l'habillement, le logis, les écoles et les ateliers, s'ouvrira en mai prochain, à Londres. Nous extrayons du règlement et de la classification les articles qui nous paraissent plus directement intéresser nos lecteurs.

Règlement. — Art. 1. Une exposition internationale d'hygiène, sous le patronage de Sa majesté la reine et présidée d'honneur par S. A. R. le prince de Galles, aura lieu à Londres en 1884.

Art. 2. — L'ouverture de l'exposition aura lieu le jeudi, 1er mai, pour une durée de pas moins de six mois.

Art. 3. Les principaux produits qui seront exposés sont compris dans le tableau de classification ci-joint, organisé surtout pour montrer le rapport intime entre la santé et l'alimentation, l'habillement, le logis, l'école et l'atelier ; ainsi que le matériel le plus nouveau adopté dans l'enseignement élémentaire, dans les écoles d'application, dans celles des arts et métiers.

Art. 4. Des médailles d'or, d'argent, de bronze ainsi que des diplômes d'honneur seront décernés sur la recommandation de jurys internationaux.

Art. 5. La place réservée se donne gratis, mais les exposants supporteront tous les frais de transit, livraison, installation et déménagement de leurs produits, monture d'étalage. Ils devront surveiller personnellement, ou par leur agent la réception, déballage, transmission, installation, etc.,et, à la fermeture de l'Exposition,le déménagement de leurs produits ; à défaut de quoi le conseil exécutif se réserve le droit de faire le nécessaire aux frais de l'exposant. Dans le cas où des marchandises seraient livrées à l'exposition dans l'absence de l'exposant ou de son représentant, le conseil exécutif ne sera pas responsable d'aucune perte, d'aucune avarie, quelle qu'en soit la cause.

Art. 6. Les demandes de place réservée devront se faire sur des imprimés, fournis sur demande par le secrétaire de l'exposition internationale d'hygiène, South Kensington, Londres, S. W. Ces imprimés devront être remplis et délivrés pas plus tard que le 1er février, 1884. A partir de cette date, aucune demande ne sera admise.

Art. 7. La nature des produits que l'on voudra exposer devra être indiquée sur le bulletin de demande de place réservée.

Art. 8. Les demandes seront soumises au conseil, et le secrétaire s'empressera de faire savoir aux exposants quelle est la dimension de la place qu'on pourra leur céder.

Art. 9. Le conseil se réserve le droit absolu de refuser tout produit.

Classification. — Division I. Hygiène. Groupe I. Alimentation.—1. Etalage de substances animales et végétales non-préparées, servant de nourriture dans divers pays. Des spécimens d'animaux, oiseaux, etc., empaillés. Modèles, dessins et illustrations. — 2. Substances végétales préparées servant de nourriture, y compris les fruits et légumes en boites d'étain, comprimés et conservés, pain, gâteaux et biscuits de tous genres. — 3. Substances animales préparées, servant de nourriture en état de conserves, mises en boites d'étain, fumées, salées, aliments de provenance animale préparés en tous genres, Les aliments produits par les insectes, tel que miel, etc. — 4. Boissons, tous genres : *a*) Alcooliques ; *b*) non-alcooliques ; *c*) infusions (thé, café, cacao, chocolat, etc.)— 5. Nouvelles espèces d'aliments. Nourriture pour enfants, nourriture pour malades. Aliments nouveaux concentrés, en tous genres. — 6. La cuisine. Explications pratiques. Cuisine économique, cuisine bourgeoise, etc. Restaurants à prix modérés, rôtisseries, cafés, cuisine étrangère, etc. Comme la nourriture et la boisson rentrent dans la classification de cette exposition, la manière de les préparer, soit à la cuisine ou autrement, ainsi que leur étalage et vente, feront l'objet d'un traité spécial avec ceux qui désireraient figurer dans cette section de l'exposition. — 7. Chimie et physiologie des aliments et des boissons. Moyen de reconnaitre les falsifications, les substances servent à la falsification, analyses, constituants et équivalents de substances alimentaires. Tables, dessins, etc. — 8. Les maladies causées par les aliments malsains et impropres. Dessins et modèles de parasites d'origine animale et végétale, etc. — 9. Diététique pratique. Rations dans l'armée et la marine, régime de diète dans les prisons, hospices, work-houses, etc. Régimes étrangers etc. — 10. Publications et littérature, modèles et dessins relatifs au groupe n° 1. — 11. Appareils et procédés pour la conservation, emmagasinage, transport et distribution de toute espèce de produits alimentaires frais. — 12. Matériel et ustensiles pour la préparation des articles compris dans le groupe n° 1.

Groupe II. Habillement. — 13. Collections explicatives de l'histoire de l'habillement, costume national, etc. — 14. Vêtements Waterproof, caoutchouc, gutta percha, etc. — 15. Fourrures, peaux et plumes. Habillement pour climats extrêmes, etc. — 16. Costume de Sport, vêtements de chasse, etc. — 17. Costume de sauvetage. Costume de plongeur, scaphandre. Vêtements incombustibles. — 18. Publications et littérature. Patrons, statistiques, dessins, modèles, etc., relatifs au groupe n° 2. — 19. Matériel et outils pour travailler des articles compris dans le groupe n° 2. (*A suivre*).

Une réforme nécessaire.

L'hôpital Saint-Louis possède deux services de chirurgie, confiés l'un à M. Péan, l'autre à M. Le Dentu. Tandis que, dans les hôpitaux ordinaires, les services sont tout à fait distincts, à Saint-Louis, ils sont confondus. En effet, la salle des hommes (salle Cloquet), comprend deux salles perpendiculaires l'une sur l'autre, sans aucune séparation, et ayant deux rangées de lits : chacun des chirurgiens a une moitié de la grande salle : à l'aide d'une ou deux cloisons, il serait très facile de séparer les deux services.

Quant à la grande salle des femmes (salle Denonvilliers), offrant d'ailleurs la même disposition que la salle des hommes, elle n'est pas partagée de la même façon entre les deux chirurgiens: ils ont chacun une rangée de lits dans toute la longueur de la salle.

Les chirurgiens qui se sont succédé depuis une dizaine d'années dans ces services, ont adressé des réclamations à l'Administration. L'intérêt des malades exige impérieusement une séparation des deux grandes salles. La situation actuelle favorise le développement des

© BIU Santé

maladies infectieuses, l'érysipèle, etc. Espérons que l'Administration daignera enfin tenir compte de réclamations aussi légitimes.

Faculté de Médecine de Paris.

Limites des consignations pour examens probatoires. — 1° Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées: Ancien régime d'études : pour le 1er examen de doctorat, jusqu'au mardi 8 avril inclusivement; Pour le 2e examen de doctorat, jusqu'au mardi 22 avril inclusivement.— Nouveau régime d'études : pour le 2e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 8 avril, inclusivement; Pour le 3e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 22 avril inclusivement. — Pour le 3e examen de doctorat (ancien régime), jusqu'au 27 mai inclusivement; Pour le 4e examen de doctorat (ancien et nouveau régime), jusqu'au 10 juin inclusivement; Pour le 5e examen de doctorat (ancien et nouveau régime), jusqu'au 24 juin inclusivement; — Pour le 3e examen d'officiat et les examens de sages-femmes, jusqu'au 24 juin inclusivement; Pour les thèses, jusqu'au mardi 15 juillet inclusivement.

2° Les élèves ajournés, après le 15 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances ;

3° Passé le 15 juillet, MM. les Professeurs n'accepteront plus de présidence de thèse, et ne signeront plus de manuscrits (Décision de la Commission scolaire en date du 14 janvier 1884.)

N. B. Les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en séries d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser, par écrit, la demande à M. le Doyen (Décision de la Commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883.)

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 28. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Rendu, Henninger. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Fournier, Tillaux, Ribemont-Dessaignes. — 1er *Officier de santé* : MM. Trélat, Damaschino, Segond.

Mardi 29.— 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Pajot, Richet, Richelot. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Troisier. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Gosselin, Laboulbène, Charpentier.

Mercredi 30. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Hanriot, Blanchard ; — (N. R. 1re partie) : MM. Trélat, Pinard, Reclus. — 2e *Officier de santé* : MM. Charcot, Tillaux, Landouzy.

Jeudi 31. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Hardy, Peter, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Cornil, Hanot ; — 3e *Série* : MM. G. Sée, Proust, Richelot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Peter, Hutinel.

Vendredi 1er. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Tillaux, Terrillon. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Rendu, Pinard, Reclus.

Samedi 2. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Sappey, Laboulbène, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Richet, Cornil, Bouilly. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Brouardel, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 29. M. Artigues : Essai sur la valeur séméiologique du rêve. — M. Ch. Bosset : Du traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction. — *Mercredi* 30. M. Marry : De l'action antiseptique du sulfate de cuivre en obstétrique, prophylaxie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches. — M. Baumfeld : L'acide borique et ses applications thérapeutiques. — *Vendredi* 1er. M. Lallement : De la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme né à Baire-le-Chatel (Côtes d'Or). — M. Divernesse : Traitement des fractures transversales de la rotule par la suture osseuse avec ouverture de l'articulation du genou. — *Samedi* 2. M. Bourgougnon : Sur l'état du cœur à la fin de la grossesse et dans les suites de couches — M. Hurtret : Contribution à l'étude du pansement ouaté.

Enseignement médical libre.

Accouchements.— M. le Dr Doléris, chef de clinique, recommencera son cours d'accouchements, le lundi 4 février prochain, à 4 h. 1/2 du soir. Ce cours, composé de leçons théoriques et pratiques, sera complet en deux mois. On s'inscrit tous les jours, 29, rue d'Assas.

Accouchements. — MM. Bar, accoucheur des hôpitaux et Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, commenceront le 5 février un cours complet d'accouchements en cinquante leçons. Ce cours aura lieu tous les jours, à 4 heures 1/2, 20, rue Dauphine. Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser tous les jours, à 4 heures 1/2, 20, rue Dauphine.

Ophtalmologie. — M. le Dr Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophtalmologie à l'Ecole pratique, le mardi 5 février, à 8 h. (Amphithéâtre n° 3), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Projections lumineuses. Reproductions graphiques.

FORMULES

5. De l'emploi des bromures de potassium, de sodium et d'ammonium associés dans le traitement de la dysménorrhée avec troubles congestifs. J. Chéron.

On observe fréquemment, chez de jeunes femmes, plus souvent encore chez des jeunes filles, des troubles de la menstruation caractérisés par des retards qui arrivent à se compter par des 2, 3, 4 mois et quelquefois davantage. Ces malades accusent une sensation de poids au niveau de l'épigastre, des digestions lentes, un cerveau paresseux, de la chaleur au visage, de l'insomnie la nuit et des fréquents besoins de se livrer au sommeil dans la journée, de l'oppression, des palpitations, un alourdissement général, quelquefois des étourdissements, des tintements d'oreilles, etc.

Tous ces symptômes surviennent lorsque les retards dans l'apparition régulière des règles commencent à s'accentuer. Ils résultent des poussées congestives du côté de l'estomac, du cerveau, parfois du côté du cœur et des poumons. L'action favorable du bromure de potassium, employé seul, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, est incontestable, mais il produit en même temps une grande dépression, aussi, il est préférable d'associer les trois bromures d'après la formule suivante :

Bromure de potassium.	10	grammes.
Bromure de sodium.	6	—
Bromure d'ammonium.	4	—
Sirop d'écorces d'oranges amères . .	100	—
Teinture de rhubarbe	10	—
Eau distillée	220	—

Prendre une cuillerée à soupe, avant chaque repas, dans un peu d'eau rougie. Chaque cuillerée à soupe contient 50 centigrammes de bromure de potassium, 30 centigr. de bromure de sodium et 20 centigr. de bromure de sodium. — On produit par l'emploi de cette association une modération dans la tendance congestive vers les organes d'en haut et une détente du côté de l'appareil utéro-ovarien (*Revue méd. chir. des mal. des femmes*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 11 janvier au jeudi 17 janvier 1884, les naissances ont été au nombre de 1212, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 459; illégitimes, 178. Total, 637.— *Sexe féminin* : legitimes, 420 ; illégitimes, 155. Total, 575.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 11 janvier au jeudi 17 janvier 1884, les décès ont été au nombre de 1093 savoir : 606 hommes et 487 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 21, F. 9, T. 30. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 12, F. 5, T. 17. — Scarlatine : M. ., F. ., T. .. — Coqueluche : M. 9, F. 4, T. 13.— Diphthérie, Croup M. 23, F. 25, T. 48. — Dyssenterie : M. 1, F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 3, F. 3, T. 6. — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. ..— Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 28, F. 26, T. 54. — Phthisie pulmonaire : M. 131, F. 74, T. 205. —Autres tuberculoses : M. 11, F. 5, T. 16.—Autres affections générales : M. 36, F. 40, T. 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 32, F. 30, T. 62.— Bronchite aiguë : M. 21, F. 15, T. 36. — Pneumonie : M. 45, F. 32, T. 77. — Athrepsie : M. 32, F. 24, T. 56. — Autres maladies des divers appareils : M. 162, F. 172, T. 334. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 36, F. 12, T. 48. — Causes non classées M. 3, F. 3, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 108, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 42 ; illégitimes, 19, Total : 64. *Sexe féminin* : légitimes, 36 ; illégitimes, 11. Total : 47.

Faculté de médecine de Paris. — Dans sa séance du jeudi 17 janvier dernier, l'assemblée des professeurs, à l'unanimité, a décidé de proposer en première ligne, pour la place vacante de professeur d'accouchements, M. le Dr Tarnier. — Sont présentés en 2e et 3e ligne, MM. Guéniot et Charpentier.

Faculté de médecine de Lille. — M. Blanckaert vient d'être nommé aide-préparateur de pharmacie, en remplacement de M. Huart, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Roustan, agrégé, est chargé, pour le 2e semestre de l'année scolaire 1883-84, d'un cours complémentaire de pathologie externe, en remplacement de M. Tédenat, appelé à d'autres fonctions.

© BIU Santé

Faculté de médecine de Nancy. — M. Ehrmann, aide d'anatomie pathologique, est institué chef des travaux d'anatomie pathologique en remplacement de M. Baraban, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Reims. — Par arrêté en date du 2 janvier 1884, un concours s'ouvrira le 15 juillet 1884, à la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avnt l'ouverture dudit concours.

Hôpitaux de paris. — *Concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux.* Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 10 mars 1884, à une heure précise, dans l'Amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, depuis le samedi 2 février jusqu'au samedi 16 février inclusivement, de onze heures à trois heures.

Hôpitaux d'Alger. — *Concours.* Le concours pour l'internat en médecine s'est terminé par la nomination de MM. Pellerin, Combes, Chalancon, Renault, internes titulaires; Gèghre, Fourchault, internes provisoires. — Ont été nommés au concours de l'externat : MM. Labbé, Poncin, Castelli, Hanoune, Vo-Levan, Fassina, Cluzel et Kadda-oul-Morsly. — Le concours pour l'internat en pharmacie a donné les résultats suivants : M. Joubert, interne titulaire; MM. Colozzi, Court, Geoffroy, internes provisoires.

Hôpitaux de marseille. — M. le Dr Léon d'Astros vient d'être nommé médecin adjoint des hôpitaux de Marseille.

Hôpitaux de reims. — Le concours pour une place de médecin suppléant à l'Hôtel-Dieu de Reims vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Hoël.

Faculté des sciences de paris. — M. Puiseux, ancien élève de l'Ecole polytechnique, est nommé préparateur adjoint du laboratoire d'enseignement de la physique (emploi nouveau). — M. Conches, contre-maître au laboratoire d'enseignement de la physique, est chargé, en outre, des fonctions d'aide des travaux pratiques dudit laboratoire.

Collège de france. — M. Suchard, répétiteur près le laboratoire d'histologie de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, est délégué dans les fonctions de préparateur de la chaire d'anatomie générale au Collège de France, pendant l'absence de M. Weber, titulaire de l'emploi, en congé pour raison de santé.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — En exécution de l'arrêté préfectoral du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par M. le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'Administration générale de l'assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du Ve arrondissement que, le dimanche 10 février 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

Universités espagnoles. — *La Epoca* annonce que les étudiants des Facultés de droit et de médecine de Valladolid ont fait une manifestation contre les récents décrets relatifs à la réforme de l'enseignement universitaire. Les étudiants ont brûlé plusieurs exemplaires du numéro de *la Gaceta* contenant ce décret. — Les étudiants de Santiago ont également protesté contre ces décrets.

Laïcisation de l'Assistance publique. — Nous avons annoncé que la municipalité de Marseille avait décidé la laïcisation de l'Assistance publique dans cette ville et commencé à la mettre à exécution. Voici la teneur des vœux émis à ce propos. 3 *Janvier* 1881 : 1° Vœu pour le remplacement par des élèves pharmaciens nommés au concours des religieuses desservant actuellement la pharmacie des hôpitaux; 2° Vœu pour l'emploi dans les hospices d'un personnel exclusivement laïque. — 19 *Mai* 1881. Sur la proposition de M. Catta, le Conseil émet le vœu que le personnel des hôpitaux et du Bureau de bienfaisance soit laïcisé au plus tôt.

Erection d'une statue au Dr Guislain. — Un Comité, qui compte bon nombre d'illustrations médicales de la Belgique, vient de se créer dans le but d'élever une statue au Dr Guislain, à Gand, dans sa ville natale. Il est inutile de rappeler la réputation universelle de ce savant aliéniste, dont les écrits jouissent d'une autorité scientifique incontestée et qui fut en Belgique un des promoteurs de la réforme apportée au régime des aliénés. — Les personnes qui seraient désireuses de souscrire peuvent s'adresser à M. le Dr Ingels, médecin de l'hospice Guislain, à Gand.

Académie médico-chirurgicale espagnole. — *Concours.* Cette Académie met au concours les deux questions suivantes : 1° Influence des notions de la physique moderne sur nos connaissances actuelles en biologie; 2° Indiquer les limites que l'existence des dyscrasies peut apporter à l'intervention chirurgicale. — Les mémoires, écrits en espagnol, en latin, en portugais ou en français, devront être envoyés suivant les formes académiques avant le 30 septembre 1884, date de la clôture du concours.

Institut odontotechnique de France. — Cet institut, qui vient d'être tout récemment fondé, comprend : 1° Une école d'enseignement supérieur professionnel, dite Ecole dentaire de France; — 2° Une clinique dentaire; — 3° Une société odontologique. — A l'école dentaire, est annexée la clinique dentaire, ouverte tous les jours, et où il se fait : 1° Des consultations gratuites; — 2° Des opérations simples également gratuites; — 3° Des démonstrations sur les divers modes d'anesthésie et leurs applications. — Cet institut, en outre de son Conseil d'administration, possède un Conseil scientifique composé de douze professeurs de la Faculté de médecine de Paris. Dans le corps enseignant, figurent deux anciens internes des hôpitaux de Paris. — Les cours ont commencé le 7 janvier 1884; ils ont lieu tous les jours, de 8 à 10 h. du matin et de 8 à 9 h. du soir.

Société médico-psychologique. — Cette Société se réunira, en séance ordinaire le lundi 28 janvier, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3.

Société de médecine de Paris. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le samedi 26 janvier, 3 rue de l'Abbaye, local de la Société de chirurgie. — Ordre du jour : 1° M. de Beauvais (au nom de M. Godlewski) : Pseudo cancer de l'estomac; — 2° M. Apostoli (au nom de M. Pasquier) : Emploi thérapeutique des courants continces. — 3° M. Delefosse : Deux observations de pierre dans la vessie. — 4° Communications diverses.

Nouveaux journaux. — Nous recevons le premier numéro du *Bollettino delle Cliniche*, qui paraît hebdomadairement à Naples sous la direction de M. Maglieri. — Il nous est également parvenu le premier numéro de la *Rivista internazionale di medicina e chirurgia*, paraissant à Naples le premier de chaque mois, sous la direction de M. Antonio Raffaele, professeur de toxicologie expérimentale. — Une nouvelle revue d'orthopédie vient de paraître en Italie (janvier 1884) sous le titre *Archivio di Ortopedia*. Elle est publiée à Milan sous la direction de MM. les Dr P. Panzeri et F. Margary.

Nécrologie. — M. le Dr Vignard, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Nantes, est mort dans la nuit du 24 au 25 décembre dernier, à l'âge de 52 ans, d'une bronchite chronique avec emphysème. — On annonce la mort de MM. les Drs Comte, médecin-major de 1re classe en retraite, décédé à l'âge de 62 ans, et Chevrel, médecin-major de 1re classe, en retraite, décédé à Bastia, à l'âge de 73 ans. — L'Ecole de médecine de Marseille vient de subir une nouvelle perte : M. le Dr Fabre, professeur de clinique médicale, vient de mourir subitement. Il était âgé de 47 ans. — M. le Dr Morel, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Nancy, est mort le 18 janvier dernier, à l'âge de 61 ans. Ancien professeur d'anatomie à Strasbourg, il était venu à Nancy en cette même qualité en 1872 et n'avait été transféré dans la chaire d'histologie, nouvellement créée, qu'en 1879. Nous citerons parmi ses principaux ouvrages, son *Manuel de l'anatomiste* et son *Traité élémentaire d'histologie*. — M. le Dr Lesseliers, assistant de clinique interne à l'Université de Gand, est mort le 15 décembre dernier. Il venait d'entrer dans sa trentième année.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. — Goudron fressinge. Liqueur concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

AVIS. — *La Société française de produits pharmaceutiques* Adrian et Cie, bien connue pour la pureté de ses produits, recommande d'une façon toute particulière à MM. les Médecins ses *granules médicamenteux mathématiquement dosés* au moyen du pilulier mécanique, qui a obtenu à l'Exposition universelle de 1878 la plus haute récompense accordée à ce genre d'appareils.

Elle les délivre en flacons de 100 granules ou en boîtes de 10 tubes, contenant chacun 20 granules. — Les prescrire sous le nom de *Granules Adrian*.

Chronique des hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — *Clinique médicale* : M. G. Sée, lundis et vendredis, à 9 h.; — M. Gallard, mardis et samedis, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Humbert, mardis, jeudis, samedis, à 9 h. — *Clinique ophthalomologique* : M. Panas, lundis et vendredis, à 9 h.

Service de M. le Dr Gallard. — Salle Sainte-Marie (F.) : 3, métrite parenchymenteuse aiguë; 11, rétroflexion, épithélioma, 19, amputation du col de l'utérus; 22, métrite interne; 23, épithélioma, amputation du col; 26, hématocèle rétro-utérine; 28, métrite chronique, rein flottant; 35, ovarite, alhuminurie; 39, métrite interne; 42, ovarite. — Salle Saint-Louis (H.) : 2, néphrite interstitielle; 9, rhumatisme articulaire subaigu; 27, épilepsie traumatique.

© BIU Santé

Hôpital Tenon. — *Médecine.* Service de M. le Dr Straus. — Salle Andral : 3, saturnisme chronique; 11, insuffisance mitrale; 14, érysipèle; 22, ataxie. — Salle Claude Bernard : 4, chlorose; 6, insuffisance mitrale; 21, fistule pleurale; 22, cancer de l'utérus. — Salle Béhier : 2, syphilis; 7, tuberculose cérébrale; 16, fièvre typhoïde, rechute; 17, cancer de l'estomac.

Service de M. le Dr Thoisier. — Salle Rayer : 1, ataxie syphilitique; 2, érysipèle, grossesse; 5, insuffisance et rétrécissement mitral, hémiplégie droite; 11, cyanose; 19, 22, insuffisance mitrale. — Salle Gerando (H.) : 2, 3, fièvre typhoïde; 5, pseudo-paralysie générale syphilitique; 7, cancer de l'œsophage; 4, albuminurie; 9, chorée.

Service de M. le Dr Hanot. — Salle Axenfeld : 1, pleurésie; 2, rétrécissement mitral; 3, hypertrophie scléreuse du cœur; 4, rétrécissement aortique, tuberculose pulmonaire; 6, carcinome stomacal; 7, sclérose en plaques à forme hémiplégique; 8, cardiaque, cirrhose, ascite. — Salle Collin : 1, chlorose; 8, pleurésie; 10, fièvre continue; 17 *bis*, paralysie générale.

Service de M. le Dr Ducastel. — Salle Parrot (H.) : 2, névropathie, dilatation aortique; 7, albuminurie, purpura; 13, bronchopneumonie chronique; 16, hypochondrie; 21, pleurésie; 22, pneumonie; 23, syphilis cérébrale, hépatique et linguale; 24, pneumonie caséuse; 32, néphrite interstitielle, cœur rénal. — Salle Lorain (H.) : 5, albuminurie aiguë, bronchite albuminurique; 14, rhumatisme, insuffisance et rétrécissement mitral, insuffisance aortique; 19, pneumonie du sommet; 21, tuberculose, stomatiet, néphrite interstitielle; 24, 25, 26, fièvre typhoïde; 32, cancer de l'œsophage, tuberculose pulmonaire. — Salle Raynaud (F.) : 1, rein flottant; 2, 12, mal de Bright; 13, 26, lésion cardiaque; 15, angine pultacée, otite moyenne suppurée; 17, ulcère simple; 18, rhumatisme, blennorhagie, syphilis; 28, kyste de l'ovaire; 30, tuberculose, albuminurie, œdème; 33, syphilis, iritis, syphilides papulo-squameuses.

Chirurgie. — Service de M. Gilette. — Salle Dupuytren : 1, carie du calcanéum; 4, fracture de la jambe; 5, adénite du pli de l'aine et angioleucite descendante; 7, phlegmon de la fosse iliaque, ouvert; 12, fracture de jambe au tiers inférieur. — Salle Seymour : 1, abcès froids du coude et du pied; 3, épithélioma du plancher de la bouche; 10, blessure pénétrante de poitrine; 11, synovite fongueuse; 13, fistule à l'anus; 15, fracture de la rotule; 21, fracture des côtes.

Service de M. Lucas-Championnière. — Salle Nélaton : 1, fracture de l'olécrâne; 6, coxalgie; 10, fracture du col du fémur; 11, abcès ossifluent; 14, ostéomyélite; 15, opération d'Estlander; 17, périostite du maxillaire inférieur; 22, anévrysme cirsoïde de la jambe. — Salle Lisfranc : 1, coxalgie; 2, lymphadénome du bras; 3, tumeur blanche du poignet; 15, phlegmon du coude; 17, fracture du péroné; 19, abcès du sinus maxillaire. — Salle Velpeau : 1, rétrécissement de l'urèthre; 11, fracture bi-malléolaire; 12, mal de Pott. — Salle Richard-Wallace : 5, polype de l'utérus; 7, abcès sous-périostiques; 15, lymphangite gangréneuse. — Salle Boyer : 1, 2, ophtalmie purulente; 7, abcès du sinus; 12 *bis*, hermaphrodisme.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

Gros : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—Détail : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre — Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles. Lymphatisme. Maladies de la peau et des os, Voies respiratoires, Asthme. Diabète, Fièvres intermittentes.

Le Rédacteur-gérant : Bournéville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

Clientèle médicale à céder à Paris.

S'adresser à M. Colas, 45, rue Richer.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou,

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. Bollivian, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—Le **Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.

Peptone Catillon

Officiel adoptée dans les hôpit. de Paris.

Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 *eau*, 3 *gout. laudanum*, 0.30 *bicarb. de soude*.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, pas d'équivoque dans le dosage. 1 *cuill. à café représente* 45 *gr. de viande*.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 *cuill. contient* 30 *gr. de viande*.

VIN : utile complément de nutrition. 1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande*.

CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en tablettes contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner; en croquettes, 8 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.

Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50; 1/2 Boîte, 3 f. 50; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50; 1/2 Boîte, 3 f.; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon

0,20 de créosote du hêtre par cuillerée.

Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs.

Seul vin au quinquina ou quina ferrugineux.

Médaille à l'Exposition universelle de 1878.

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Maux d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.

Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs non capables de supporter les ferrugineux ordinaires.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 5 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 2 FÉVRIER 1884.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

Les Bromures.

Leçon recueillie par M. Paul LE GENDRE, interne du service, et revue par le Professeur.

Messieurs,

Parmi les médicaments que notre siècle a vu naître, il n'en est pas dont la vogue ait été plus rapide et plus complète que celle du bromure de potassium. Chimiquement connu depuis la découverte du brome par Balard en 1826, il apparaît d'abord dans la thérapeutique, vers 1856, comme antisyphilitique, à l'hôpital du Midi, sous le patronage de Puche et de Ricord. Deux internes de ces maîtres, Rames et Huette père, consignent dans leurs thèses inaugurales le tableau des propriétés physiologiques multiples de ce nouveau médicament, et, dès lors, de toutes parts, on l'essaye contre les maladies les plus diverses. Leucock, Brown-Séquard, Gubler, Martin-Damourette, Voisin, Legrand du Saulle mettent en lumière son efficacité incontestable contre les névroses et surtout contre l'épilepsie ; mais, en même temps, l'engouement du public tend à l'ériger en panacée contre tous les symptômes morbides dépendant du système nerveux, si bien que Fonssagrives, en 1869, croyait devoir modérer cette enthousiasme exagéré et raillait spirituellement cet *fièvre bromique* qui s'emparait du public et des médecins.

Il ne semble pas que cette vogue ait diminué depuis lors : la statistique nous apprend que la consommation annuelle du bromure de potassium, à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, après avoir été de 3 kilogrammes en 1855, était de 389 kil. en 1870, de 730 en 1875, et n'a pas cessé de croître dans les mêmes proportions.

Quel est son emploi dans la thérapeutique infantile ? Faut-il l'appliquer indistinctement à tous les symptômes nerveux que nous pouvons désirer combattre ? C'est ce que je vais examiner aujourd'hui. Quand on possède un bon médicament, il ne faut pas le prodiguer, au risque de lui faire perdre son crédit en cas d'échec. Ce n'est pas tout que d'avoir entre les mains une arme excellente, il faut en connaître le maniement.

C'est en se basant uniquement sur la thérapeutique des symptômes que tant de médecins abusent du bromure de potassium, comme si le même symptôme, dépendant de causes opposées, était justiciable du même médicament. Je prends un exemple : L'anémie du cerveau peut se traduire par le symptôme céphalalgie ; mais la congestion également. Peut-on raisonnablement espérer guérir par le même traitement la céphalalgie dans les deux cas ?

Mais d'abord, examinons sous quelles formes et à quelles doses on emploie les bromures. Parmi les bromures alcalins, les trois plus usités sont les *bromures de potassium, de sodium* et *d'ammonium*. Je n'ai pas l'habitude d'employer ces deux derniers, dont l'un, le bromure de sodium, est un produit chimique instable et difficile à conserver. Les *trois bromures* entrent dans la composition de la *solution polybromurique* d'Yvon, qui contient environ, pour 300 grammes de sirop, 20 grammes de bromure de potassium, 10 grammes de bromure de sodium et 5 grammes de bromure d'ammonium ; et dont une cuillerée à bouche contient 1 gramme de médicament. On emploie encore le *bromure de potassium et de fer*, le *bromhydrate de quinine*.

Voici les règles que j'observe, relativement aux doses et suivant l'âge des enfants.

Au-dessous d'un an, 20 centigrammes en deux doses, au moment de la tétée. Mais, me direz-vous, récemment, nous vous entendions proscrire, à peu près, tout médicament avant deux ans. Je vous répondrai que je maintiens ma loi générale, je ne fais d'exception que pour certaines affections, par exemple la syphilis, qui réclame les préparations mercurielles et iodées, les maladies du système nerveux, les attaques de convulsions violentes, que le bromure, donné passagèrement à la dose indiquée ci-dessus, modifie avec avantages, et pour la diarrhée, contre laquelle je ne m'interdis pas, comme vous le savez, de prescrire une demi-goutte ou une goutte de laudanum.

A partir d'un an, 40 centigrammes en deux doses, aux repas, dans du sirop ou en poudre, mais toujours dilués dans une suffisante quantité de liquide et à l'heure des repas ou des boissons pour éviter d'irriter la muqueuse gastrique.

A partir de deux ans, je donne 1, 2, 3 grammes, jusqu'à ce que j'obtienne l'effet physiologique très marqué, et, *à partir de trois ou quatre ans*, je commence à 1 gramme et je pousse jusqu'à atténuation du symptôme que je veux combattre. Jai pu administrer ainsi jusqu'à 10 grammes de bromure de potassium en 24 heures à un garçon de 12 ans, atteint d'une céphalalgie migraineuse, congestive, ayant toutes les apparences d'un début de maladie grave, et qui a cédé au bout de trois jours sous l'influence de ces doses excessives, graduellement augmentées. Telle est la méthode des *doses massives*, que je fais prendre en deux ou plusieurs fois par vingt-quatre heures. Il m'arrive souvent aussi de donner le bromure à *doses progressives* croissantes, pendant 5 à 10 jours, puis décroissantes ; après quoi, je suspends complètement pendant quelque temps, pour recommencer un peu plus tard. C'est à cette dernière méthode que j'ai recours dans l'épilepsie.

Passons aux *effets physiologiques* du bromure de potassium. Sa saveur amère et salée est assez désagréable. Il diminue la *sensibilité réflexe* de la muqueuse pharyngienne et de l'isthme du gosier, propriété qu'on utilise pour faciliter l'examen laryngoscopique chez les sujets qui supportent mal le contact du miroir laryngien. A dose légère, l'excitation locale de la muqueuse gastrique provoque une stimulation de l'appétit ; mais, à doses élevées, cette irritation va jusqu'à une gastralgie assez intense. L'usage habituel des doses moyennes détermine un état anormal des premières voies digestives, de la constipation. Mais, à doses élevées, il provoque très aisément de la lienterie et de la diarrhée, sur-

© BIU Santé

tout chez les petits enfants. C'est une action commune d'ailleurs à tous les alcalins. Mme de Sévigné raconte dans une de ses lettres qu'à Vichy, de son temps, après avoir pris les eaux, on se disait tout bas comment on les rendait. L'idiosyncrasie favorise cette action relâchante.

Après l'absorption, le bromure de potassium modifie diversement les principales fonctions de l'économie. Il ralentit et régularise le pouls, comparable ainsi à la digitale, mais moins dangereux qu'elle. Pourtant, on ne peut l'employer longtemps de suite dans les affections cardiaques ; il peut augmenter les infiltrations hydropiques chez les cardiaques, en diminuant la densité du sérum. On doit donc le suspendre dès qu'on a obtenu la régularisation du pouls. J'ai connu des sujets grands et petits qui étaient toujours atteints d'hémorrhagies nasales à chaque reprise du bromure. Le bromure fait contracter les artérioles de la peau et des centres nerveux ; aussi, d'une part, produit-il une décoloration des téguments, et, de l'autre, il décongestionne l'œil et l'encéphale. Mais, par suite de seconde main, il émousse la sensibilité de la peau et des muqueuses gastrique, urétrale, vésicale ; de là son utilité contre la cystite, la blennorrhagie aiguë à prédominance de symptômes douloureux ; par ce fait s'explique que les bromurés vomissent moins facilement sous l'influence de l'émétique.

Le ralentissement de la circulation encéphalique rend le sommeil plus profond, la mémoire moins fidèle. Le système musculaire s'affaiblit par l'usage du bromure ; expérimentalement, on a déterminé des paraplégies chez les chiens par de hautes doses. La fonction génitale est ralentie, et cet affaiblissement peut aller jusqu'à l'impuissance, ce qui cause, de la part des hommes, une grande résistance à l'emploi prolongé du bromure.

Les sécrétions sont plutôt exagérées que diminuées, notamment l'urination.

L'élimination se fait par diverses voies : par l'haleine qui devient fétide, par les glandes de la peau. Il en résulte des éruptions cutanées, érythémateuses, vésiculeuses, acnéiques, ou même des lésions plus profondes, furoncles, anthrax, phlegmons. La sensibilité individuelle est très variable à ce point de vue ; certains sujets ne présentent, même après l'usage prolongé de doses assez élevées, que des manifestations cutanées insignifiantes ; d'autres sont au contraire si rapidement martyrisés par ces accidents sous l'influence de doses modérées, qu'il en résulte une entrave presque insurmontable à la médication bromurique.

Quelles sont les maladies contre lesquelles on doit utiliser les remarquables propriétés du bromure ?

Nous trouvons d'abord le groupe des *manifestations éclamptiques, l'irritabité cérébrale* de certains petits enfants issus de parents névropathes, alcooliques ou syphilitiques, irritabilité qui est un appel incessant à la congestion et qu'on peut modérer utilement en leur donnant, pendant quatre à cinq jours, le bromure aux doses indiquées précédemment. Après un temps de suspension égale de quatre à cinq jours, on reprend le bromure et ainsi de suite jusqu'à cessation de l'irritabilité cérébrale.

L'*épilepsie*, qui apparait quelquefois de bonne heure chez les enfants, mais qui n'est rhythmée dans la périodicité de ses manifestations convulsives que vers 4 à 5 ans, est justiciable du bromure. On commence par la dose d'un gramme et l'on augmente jusqu'à ce que l'effet soit obtenu ; on continue, même après la suspension des attaques, à faire prendre le médicament quinze jours par mois.

Les épileptiques qui résistent au bromure peuvent être quelquefois amendés par l'atropine ; il est alors nécessaire de recourir alternativement à plusieurs médicaments. J'ai pu m'en convaincre en donnant des soins à un vieillard de 84 ans, épileptique depuis son enfance, d'une intelligence très remarquable et qui s'observait fort bien. Il fut traité comparativement par le bromure, l'arséniate de strychnine, le valérianate d'ammoniaque et l'atropine. Les *attaques épileptiformes* symptomatiques des lésions cérébrales chroniques (méningo-encéphalite ou sclérose) réclament aussi les bromures. Il vaut mieux, dans ces cas, associer l'iodure de potassium au bromure, ou les donner alternativement.

Dans l'*hystérie*, le bromure ne produit pas des effets constants ; c'est à l'hydrothérapie, à l'hygiène surtout qu'il faut s'adresser. Dans la *chorée*, maladie essentiellement rhumatismale, dont la durée n'est guère abrégée, quoi qu'on fasse, le bromure n'agit que contre les troubles cérébraux congestifs.

Je l'emploie dans l'*éclampsie pure des enfants* (convulsions), concurremment avec un certain nombre d'autres moyens, parmi lesquels se placent en première ligne les évacuants du tube digestif, les bains et le chloral. Je vous renvoie au traitement des convulsions.

Il est un groupe de *symptômes morbides de la croissance* qui me paraissent modifiés quelquefois, mais non toujours, par le bromure ; ce sont la céphalalgie et l'irritation cardiaque.

La *céphalalgie* des enfants de 8 à 10 ans, qui grandissent beaucoup, et des adolescents, traduit la fatigue d'un organisme appelé à fournir avec excès des matériaux pour l'accroissement physique, dans un moment où le cerveau est également surmené par la nécessité des études.

Cette céphalalgie à forme migraineuse, tenace, avec des recrudescences et des paroxysmes quotidiens, peut en imposer pour le début de la tuberculose des méninges. Elle pourra quelquefois être avantageusement combattue par le bromure, mais à la condition de le donner peu de jours, de le suspendre, et de le reprendre par intervalles, d'y associer des douches, d'abord tièdes, puis fraiches ; du fer ; des toniques variés ; de l'exercice en plein air.

L'*irritation cardiaque*, en l'absence de toute lésion valvulaire sans maladie du cœur, apparait chez des adolescents de 14 à 15 ans, surtout quand ces jeunes gens se livrent avec trop d'ardeur aux exercices violents (course, jeux, gymnastique). Elle se traduit par de la constriction précordiale et des palpitations ; elle peut être suivie d'une hypertrophie transitoire et ne s'accompagne pas de bruits de souffle. On la combat par le bromure et la scille, l'extrait de muguet, qu'on fait alterner suivant que prédominent la douleur précordiale ou les palpitations ; mais surtout on interdit les excitants alimentaires, café, vin pur, etc., et les exercices violents.

On peut influencer heureusement un certain nombre d'affections dans la genèse desquelles l'irritabilité du système nerveux joue un rôle important, telles sont ces *éruptions cutanées d'origine nerveuse*, pemphigus à répétition, prurigo, strophulus des enfants névropathes.

On a essayé l'*emploi local* du bromure de potassium contre la diphtérie, mais le résultat n'est pas encourageant, et les succès qui ont été rapportés sont probablement relatifs à de simples angines pultacées, diagnosti-

© BIU Santé

quées, de bonne foi sans doute mais à tort, comme diphthériques.

J'en aurai fini avec cette revue rapide des principaux cas dans lesquels on a utilisé les diverses propriétés du bromure, en vous rappelant qu'on l'a heureusement associé à d'autres sels alcalins, tels que l'iodure et le chlorure de sodium, contre l'éréthisme qui accompagne les poussées circum-tuberculeuses congestives du poumon.

CLINIQUE MENTALE

ASILE SAINTE-ANNE. — M. MAGNAN.

De la dipsomanie(1).

Leçons recueillies par M. le Dr Marcel BRIAND et revues par le professeur.

Symptômes. — Le délire alcoolique, qui finit par compliquer l'accès de dipsomanie quand celui-ci dure assez longtemps ou se répète assez fréquemment pour que le patient emmagasine des doses d'alcool suffisantes au développement des manifestations toxiques, ce délire, dis-je, ne doit pas être confondu avec la dipsomanie, car il en est une complication et non pas un symptôme.

Trélat (2), dans son livre sur la folie lucide, a insisté sur la différence qui sépare les deux états : « Les ivrognes, dit-il, sont des gens qui s'enivrent quand ils en trouvent l'occasion ; les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. » En d'autres termes, tout le monde peut devenir alcoolique, mais n'est pas dipsomane qui veut.

La dipsomanie, avons-nous dit, a pour caractère principal de se traduire par des accès essentiellement intermittents et paroxystiques, ils laissent, après leur disparition, un malaise cérébral qui s'atténue peu à peu, et les malades, reprenant leurs habitudes de sobriété, regrettent les abus auxquels ils se sont momentanément livrés.

L'accès est précédé de prodromes toujours à peu près les mêmes : d'abord un sentiment vague de tristesse que les occupations ou les distractions sont incapables de surmonter; les malades, déprimés et découragés, renoncent bientôt au travail auquel il leur est désormais impossible de penser ; des idées noires les obsèdent, tout semble changer autour d'eux, ils se sentent comme menacés d'un prochain malheur, leur caractère s'aigrit ; leurs sentiments affectifs sont altérés, les êtres les plus chers leur deviennent indifférents. A ces symptômes d'ordre intellectuel et moral s'ajoutent plus tard d'autres symptômes physiques. D'abord de l'anorexie avec anxiété précordiale, un serrement de l'épigastre et parfois de la gorge, puis du dégoût pour les aliments solides. Enfin, des troubles de la sensibilité générale surviennent ; ces malades se plaignent d'une brûlure à l'estomac, d'ardeur au gosier ; ont une soif intense, non pas une soif qu'une boisson quelconque pourrait calmer, mais une soif particulière avec désir, tendance irrésistible à boire quelque chose d'excitant.

Désormais, rien ne les arrête, il leur faut à tout prix une liqueur alcoolique; quand l'argent leur manque pour l'acheter, ils ne reculent devant aucun expédient; les plus honteux ne les arrêtent pas; le vol, la prostitution, le crime même, tous les moyens leur sont bons pour se procurer une boisson excitante. C'est alors qu'on voit le père de famille, portant au cabaret les dernières ressources du ménage, rester sourd aux supplications de la mère qui lui montre les enfants sans pain ; qu'on voit la mère, oublieuse de ses devoirs et perdant toute pudeur, se prostituer pour quelques verres d'eau-de-vie ou vendre sa fille, comme les journaux en ont rapporté un récent exemple en Angleterre.

Voici, du reste, une malade qui nous racontera comment les choses se passent:

Louise B..., âgée de 33 ans, est une aliénée héréditaire ; c'est la fille d'un alcoolique dont le père s'est suicidé. Sa mère paraît avoir été assez intelligente, mais un frère de la malade est mort hydrocéphale, à l'âge de 5 ans ; enfin, un cousin est aliéné.

A 8 ans, Louise eût une fièvre typhoïde qui laissa des traces persistantes d'obtusion de l'intelligence avec diminution telle de la mémoire, qu'ayant oublié tout ce qu'elle savait auparavant, elle dut recommencer à apprendre à lire et à écrire ; elle y parvint du reste assez facilement.

Vers l'âge de vingt ans, elle eut des périodes de tristesse et de découragement. Elle sentait des douleurs vagues, des tiraillements à l'estomac et se plaignait de pesanteur dans l'hypogastre ; ces phénomènes s'exagéraient à l'époque des règles, sans se traduire par aucune autre manifestation ; elle avait cependant déjà remarqué qu'un peu de vin sucré faisait disparaître le malaise de l'estomac.

Louise ... se maria en 1873, à 24 ans. Son mari, qui la connaissait depuis plusieurs années, l'aimait beaucoup, elle, de son côté, avait également une grande affection pour lui. Les premiers signes d'une grossesse qui apparurent au bout de quelque temps vinrent encore resserrer leur union ; rien ne semblait donc devoir troubler la tranquillité du ménage lorsque, vers le troisième mois de la grossesse, Louise devint progressivement triste sans motif; toute société, toute distraction l'obsédait, les moindres obligations de la vie lui étaient à charge, elle recherchait la solitude et partout le même sentiment d'ennui et de lassitude la poursuivait. Elle éprouvait, en même temps, du dégoût pour les aliments solides et commençait à ressentir, au contraire, une soif incessante que rien ne pouvait éteindre ; une sécheresse dans le gosier. Elle employa d'abord pour se désaltérer des infusions de menthe, puis du vin, mais son désir de boire était inassouvi, elle se décida bientôt à prendre un peu d'eau-de-vie. Le soulagement qu'elle éprouva tout d'abord la poussa à boire davantage ; la première excitation de l'ivresse dissipa son malaise ; elle but encore et absorba en peu de temps une demi-bouteille d'alcool et s'enivra complètement.

Après quinze jours d'une vie régulière, elle se sent redevenir triste et s'abandonne avec excès à son penchant, qui est suivi des mêmes conséquences. Son mari, sa famille attribuent cette *envie* à la grossesse et emploient tous les moyens, reproches, conseils, surveillance, pour faire renoncer Louise à son goût dépravé ; elle promet et tient parole pendant un mois, mais la tristesse et le besoin de boire de l'eau-de-vie l'envahissent de nouveau ; c'est une idée fixe qui l'obsède, la poursuit sans qu'elle ait la force de l'écarter. Après une courte lutte, se voyant sur le point de succomber et pour se soustraire aux reproches qu'elle prévoit, elle disparaît de chez elle, emportant des hardes qu'elle vend à qui les veut, pour des prix infimes. Puis elle achète de l'eau-de-vie, et, seule dans une chambre d'hôtel, elle boit jusqu'à ce qu'elle

(1) Voir le n° 4.
(2) Trélat. — *Folie lucide*. Paris, 1861, p. 151.

© BIU Santé

roule privée de sentiment. Le lendemain, son mari, qui l'a cherchée toute la nuit, la retrouve hébétée et les vêtements souillés. Il la ramène à la maison où l'on redouble de vigilance, mais sans meilleurs résultats ; de nouvelles rechutes se produisent jusqu'à l'époque de l'accouchement survenu, du reste, à terme et sans accidents.

A peine relevée de couches, Louise ressent de nouveaux symptômes de tristesse et de découragement, toujours accompagnés de malaise avec constriction à l'épigastre et sécheresse de la gorge, et suivis du désir impérieux de boire. Elle résiste d'abord, car elle a conscience qu'une fois sur la pente elle sera entraînée jusqu'au dernier degré de l'abjection. Les avertissements ne lui manquent pas, on fait bonne garde autour d'elle et cependant elle succombe à la lutte, tous ses efforts concourent à la satisfaction des besoins irrésistibles. Dès lors, les accès se multiplient, ils arrivent à périodes irrégulières, mais peut-être plus particulièrement vers l'époque des règles. Aux excès d'eau-de-vie se joint l'abus de l'absinthe, dont l'effet ne tarde pas à se produire sous forme de secousses musculaires et de vertiges. La famille désolée ne peut s'expliquer l'état de la malade. Cette femme, chaste et réservée dans ses intervalles de sobriété, n'a pas plus tôt commencé à boire qu'elle perd toute pudeur, toute retenue. Pour un verre d'alcool, elle se donne au premier venu. Les cabarets de dernier ordre lui servent de refuge et c'est au milieu de la population dégradée qu'elle fréquente qu'elle s'abandonne, avec les prostituées du lieu, aux débauches les plus honteuses. Parfois, elle est obligée de laisser jusqu'à ses vêtements pour solder la dépense qu'elle ne peut payer en argent, et les agents de police doivent la ramasser au milieu de la chaussée, gisant à terre dans un état de nudité presque complet.

La crise passée, elle rentre en possession d'elle-même, honteuse et désolée de ce qu'elle a fait, elle promet de ne plus se laisser entraîner. Les résolutions sont sincères et elle se prête docilement à tous les essais qui ont pour but de la détourner de son penchant. On la place dans une maison de commerce, espérant qu'entourée toute la journée d'une affectueuse surveillance, elle n'aura pas la facilité de boire et rentrera chaque soir tranquillement chez elle où l'attendent son mari et son enfant. Mais, toutes ces précautions sont vaines ; quand l'impulsion se fait sentir, elle invente mille moyens pour boire et recommence à s'enivrer. Après le premier verre, ses plus belles résolutions disparaissent pour faire place à l'assouvissement brutal de ses appétits.

Plus tard, on décide de la conduire chez un oncle, médecin à la campagne. Elle accepte volontiers, comptant trouver une protection plus efficace. Là, en effet, tout est mis en œuvre pour la mettre à l'abri de nouvelles rechutes ; on emploie la persuasion, l'intimidation, la contrainte même, mais sans aucun résultat ; dès que l'accès la prend, elle trompe toute surveillance et recommence à s'enivrer. A un certaine époque, cependant, elle paraît s'amender et l'on obtient un répit de trois mois. Son mari, la croyant guérie, la ramène à Paris où tout le monde la félicite. Mais, dès le premier jour, elle se sent triste et sans entrain, s'occupe sans goût de son ménage et passe une nuit sans sommeil ; le lendemain soir, son mari, revenant de ses occupations, la trouve étendue à terre, souillée par ses déjections et dans l'ivresse la plus profonde. On la replace encore quelque temps chez son oncle, mais sans obtenir d'amélioration appréciable. Revenue à Paris, elle reprend son existence, pour ainsi dire à double face, se conduisant tantôt comme une épouse digne d'estime, soignant avec affection son mari et son enfant, tantôt retournant fatalement aux orgies les plus abjectes.

En janvier 1877, elle part un matin, sans manifester aucun autre désir que celui de travailler, elle se rend à sa maison de commerce ; prise en route du désir de boire et n'ayant pas d'argent, elle entre au Mont-de-Piété, engage une bague et ne quitte pas les cabarets de deux jours. Ramassée deux fois par la police, elle couche au poste, où son mari la retrouve la seconde nuit, à moitié nue. Tous ses bijoux et la plupart de ses vêtements étaient encore restés en gage pour solder sa dépense.

Au mois de mai suivant, le même fait se renouvelle. Cete fois, elle reste hors de son domicile quatre jours, pendant lesquels elle s'enivre d'absinthe, sans prendre de nourriture, se rendant furtivement chez les marchands de vin pour y demeurer jusqu'à l'heure où les boutiques se ferment ; poussée à la porte la dernière, elle erre toute la nuit dans les rues, épiant l'ouverture du premier cabaret afin de demander à sa boisson favorite un peu d'apaisement pour la soif ardente qui la dévore. Le scandale qui se produit autour d'elle amène son arrestation. Quand son mari la retrouve à la Préfecture de police, elle est de nouveau presque nue. Son corset même a disparu, laissé, elle ne sait, où en nantissement de quelques consommations. Son manteau était également resté engagé pour deux verres d'absinthe pris à cinq heures du matin sur la place St-Sulpice. Une autre fois, vers la fin de juillet, prise de tristesse, elle sort avec l'intention de se distraire un peu en se promenant au square des Batignolles et prend soin de se faire accompagner par son petit garçon, afin d'avoir plus de fermeté pour résister à ses impulsions ; malgré ces précautions, elle boit chemin faisant quelques verres de vin, et, arrivée au jardin déjà troublée, elle confie son enfant à un ivrogne qu'elle a rencontré. Son mari, ne la trouvant pas à la maison, part inutilement à sa recherche, et, vers onze heures du soir, il la voit revenir accompagnée par un ouvrier complètement ivre comme elle et qui la ramène de force. Elle craignait en rentrant à son domicile d'être mal reçue et avait arrêté l'ouvrier pour qu'il l'emmenât chez lui. Le lendemain, on la plaçait chez des amis qui pensaient pouvoir la surveiller, mais l'accès venu elle s'échappa pour aller boire dans un quartier éloigné où on l'arrêta deux fois en deux jours.

Aujourd'hui, les excès laissent des traces plus profondes et plus durables. Louise boit jusqu'à ce qu'elle tombe sans connaissance et sans mouvement, elle reste ensuite plusieurs heures dans la prostration et conserve pendant 5 ou 6 jours une hébétude qui la rend incapable de tout travail.

C'est dans ces conditions qu'on l'a conduite à Ste-Anne, où, une semaine après son arrivée, elle était calme, raisonnable et donnait sur son état des renseignements très précis.

Vous la voyez déplorer sa funeste tendance à boire. Elle sait qu'elle aurait pu être très heureuse dans son ménage et qu'au contraire ses dérèglements y ont fait entrer la désolation et la misère, son mari ne pouvant suffire seul aux besoins de la maison et aux dépenses exagérées que nécessitent ses excès. Elle indique avec assez de netteté les prodromes qui précèdent les impulsions et l'inutilité de ses efforts pour y résister. Plusieurs fois, se sentant déjà sous l'influence de l'accès, elle est sortie avec son fils, espérant, dit-elle, trouver dans sa présence une garantie contre les tentations, mais c'était

© BIU Santé

en vain ; elle ne pouvait s'empêcher d'entrer, son enfant à la main, dans les débits de vins.

A diverses reprises, elle a eu l'idée de se suicider, de se précipiter dans la Seine ; elle buvait même pour se donner du courage, mais l'eau-de-vie avait pour effet de lui enlever toute énergie. Au lieu de s'en tenir à la faible quantité nécessaire pour produire un peu d'excitation, elle en buvait jusqu'à l'ivresse et l'abrutissement.

(*A suivre*).

PATHOLOGIE MÉDICALE

La Pyurie et son traitement (*miction purulente*).

Par M. le professeur **R. ULTZMANN**. Conférence faite à la Polyclinique générale de Vienne pendant le semestre 1882-1883. Traduite par M. le Dr Henri **PICARD** (1).

IV. Suppuration du bassinet et du rein. — Pyélite et pyélo-néphrite.

La pyélite, le catarrhe purulent du bassinet est en quelque sorte une affection rénale, car la portion des papilles du rein qui débouche dans les calices est ordinairement malade en même temps. Il en résulte que le mot pyélite peut être remplacé avec raison par celui de pyélo-néphrite. Quelques auteurs font une distinction entre ces deux affections et n'admettent l'existence de la pyélo-néphrite que quand on rencontre des cylindres dans le sédiment urinaire. Mais, comme on peut trouver soit des cylindres, soit du pus dans une seule et même affection, comme ces cylindres ne se montrent le plus souvent que dans les exacerbations de la pyélite et comme, enfin, ordinairement, une néphrite interstitielle complique la suppuration du bassinet et que cette néphrite ne donne pas toujours lieu à un dépôt de cylindres, il paraît rationnel de laisser cette distinction de côté et de considérer toujours la pyélite comme s'étendant jusqu'au rein ; par conséquent, comme une pyélo-néphrite.

L'étiologie de la pyélite est très variable. On en peut cependant distinguer deux formes. L'une primitive, dont l'origine est dans le bassinet même du rein ; l'autre secondaire, consécutive à d'autres modifications pathologiques de l'appareil urinaire ou des organes voisins. La pyélite primitive n'est jamais accompagnée d'impérieux besoin d'uriner ; la miction n'est ni sensible, ni douloureuse, tandis que la pyélite consécutive à une affection de la prostate ou de la vessie provoque d'ordinaire le besoin d'uriner, parce que le col vésical est atteint simultanément.

La pyélite primitive provient de la rétention de l'urine dans le bassinet. Elle est produite par les rétrécissements de l'urèthre, le rein mobile, les plis que forme la muqueuse à la jonction de l'urèthre et des bassinets, c'est-à-dire par les causes qui donnent lieu à l'hydronéphrose. La pyélite primitive est souvent la conséquence de la lithiase rénale, de la tuberculose et quelquefois des entozoaires (échinocoques) et des néoformations rénales. La pyélite se montre aussi parfois passagèrement dans la période aiguë des fièvres les plus diverses (typhus) ; de même qu'elle complique parfois les perturbations chroniques de la nutrition (diabète sucré). Dans toutes ces formes primitives, on ne constate pas le besoin d'uriner ; celui-ci ne se présente que quand le processus s'est étendu peu à peu du bassinet, du rein à la vessie et à son col, et disparaît immédiatement quand il abandonne ces régions. La pyélite calculeuse est celle qui met le mieux en lumière cette manière d'être. On n'y observe pas le besoin d'uriner tant que les pierres du rein séjournent tranquillement dans le bassinet ; mais quand, avec ou sans colique, elles sont parvenues dans la vessie, elles excitent cet organe par leur présence et provoquent immédiatement un besoin d'uriner qui persiste jusqu'à l'élimination des calculs. A partir de ce moment, il n'y a plus de besoin, malgré la persistance de la pyélite. Il en est de même pour toutes les autres formes de pyélite primitive, quand le processus inflammatoire s'étend du bassinet à la vessie.

La pyélite secondaire, par contre, comprend toutes celles qui sont nées de l'appareil sécréteur de l'urine ou celles qui sont le résultat d'une affection d'une région avoisinant le rein, le bassinet ou la vessie. La pyélite produite par une affection de la prostate et de la vessie se distingue toujours, parce qu'elle s'accompagne sans exception du besoin d'uriner, tandis que ce n'est pas constamment le cas quand l'inflammation siège au pourtour de l'appareil urinaire. Cette sorte de pyélite s'observe souvent dans la gonorrhée et ses suites, les strictures et la prostatite. On la rencontre encore dans l'hypertrophie de la prostate et dans la paresse vésicale, quand surtout il existe des difficultés de cathétérisme. Elle se montre aussi quelquefois dans la périnéphrite, la péricystite et les exsudats paramétriques et dans toutes les affections ayant pour conséquence la compression prolongée des uretères. Enfin, les catarrhes vésicaux purulents et sanieux consécutifs à la présence d'une pierre, d'un néoplasme ou de la diphtérie, s'étendent au bassinet et au rein lui-même.

Les lésions anatomiques de la pyélite diffèrent beaucoup suivant la cause qui lui a donné naissance. Cependant, dans sa forme catarrhale, les vaisseaux sanguins de la muqueuse sont gorgés et celle-ci colorée en rouge foncé ; quand elle est passée à l'état chronique, elle est colorée en gris et recouverte de la sécrétion catarrhale purulente. Dans la forme diphthéritique, par contre, on voit, en outre, sur la muqueuse du bassinet, des taches jaunes consistant en tissu nécrosé. Les reins eux-mêmes, dans l'état aigu, semblent hyperémiés et volumineux. On constate souvent des raies blanchâtres qui, de la substance corticale, rayonnent vers les papilles. Quand la maladie est plus avancée, on trouve sur ces raies des petits points constitués par des petits foyers purulents qui, par place, se réunissent pour former un abcès. C'est là la néphrite interstitielle suppurée, cette forme de néphrite qui cause si fréquemment la mort après les opérations sur les voies urinaires. Mais, dans beaucoup de cas de pyélite, on trouve aussi le bassinet très dilaté et les papilles du rein en suppuration. De cette façon, quand la suppuration du rein s'est étendue, se forment de vastes abcès dont les parois sont constituées par les débris du parenchyme rénal et par le bassinet dilaté. Ces modifications se rencontrent dans les formes de pyélite qui, par suite de suppurations persistantes de la vessie, doivent en être considérées comme une conséquence. La dilatation du bassinet apparaît d'autant plus vite qu'il y a simultanément rétention d'urine.

Dans certains cas, on trouve les canalicules urinaires et surtout les tubes collecteurs remplis de bactéries et de micrococcus. Il n'y a pas de doute que ces micro-organismes, dans la plupart des cas, proviennent de la vessie, car il existe en même temps une cystite sanieuse. Klebs a donné à cette forme, dans laquelle on rencontre des embolies de micrococcus dans les canicules urinaires, le nom de pyélo-néphrite parasitaire. Quand des pierres, des entozoaires ou des pseudo-plasmas existent en même temps que la pyélite, les lésions anatomiques sont modifiées en conséquence ou notablement différentes.

Les symptômes de la pyélite sont peu caractéristiques. Mais, parmi eux, l'examen micro-chimique occupe encore la première place, et, dans la plupart des cas, il est décisif pour le diagnostic. Dans la pyélite aiguë, de la fièvre et du frisson se montrent au début. Dans la pyélite chronique, tout mouvement fébrile fait défaut. La douleur dans la région rénale n'existe le plus souvent que dans l'état aigu ou dans la pyélite chronique unilatérale accompagnée de colique néphrétique, d'accumulation de l'urine ou de suppuration du bassinet (pyélite calculeuse, pyélite du rein mobile). La pyélite chronique consécutive à une affection de la vessie ne donne que rarement lieu à de la sensibilité de la région rénale. La sensibilité de la région lombaire est très souvent considérée, mais le plus souvent à tort, comme une dou-

(1) Voir les nos 3 et 4.

© BIU Santé

leur du rein. On sait que les affections des organes contenus dans le bassin sont souvent accompagnées de douleurs lombaires. Ainsi, les affections de l'utérus, les hémorrhoïdes, les maladies de la prostate et de l'urèthre s'accompagnent souvent de violentes douleurs lombaires. Ces douleurs toutefois ne se constatent pas dans le rein, mais elles siègent beaucoup plus profondément et s'étendent du sacrum le long de la crête iliaque droite ou gauche ou des deux côtés. Les régions rénales sont, dans ces cas, tout à fait insensibles à la pression. Ce sont d'ordinaire des douleurs nerveuses réflexes partant des organes malades contenus dans le bassin et rayonnant vers la colonne vertébrale.

Dans les abcès des reins, le frisson, un mouvement fébrile continu, un pouls rapide et petit, le délire, sont les symptômes ordinaires. Tous ces phénomènes disparaissent toutefois immédiatement quand le pus se vide dans l'appareil urinaire, et ne se montrent à nouveau que si le pus vient à être retenu en un point. Ces alternatives d'exacerbation et de rémission peuvent persister des semaines et conduire soit à la guérison, soit à la mort. Quand la pyélo-néphrite doit être suivie de mort, la quantité d'urine diminue jusqu'à l'anurie. Les extrémités deviennent froides, le teint livide, le pouls rapide et filiforme. La langue se sèche, se couvre d'escarrhes brunâtres, son pourtour est bordé d'un liséré rouge vif. Une crise de hoquet apparaît dont l'intensité augmente jusqu'à la mort. En même temps, on constate de la somnolence ou de l'égarement et parfois un assoupissement profond. En même temps que la sécrétion urinaire diminue, des vomissements opiniâtres de matières colorées en vert brun par des hémorrhagies stomacales apparaissent. Souvent aussi on remarque des tressaillements musculaires. Il n'y a jamais d'hydropisies; seulement, dans les cas de longue durée, on observe parfois un léger œdème autour des malléoles, œdème s'étendant tout au plus le long de la face interne de la jambe jusqu'au genou. Ces phénomènes s'expliquent en partie par la rétention des éléments urinaires (de l'urée dans le sang), en partie par la résorption d'une urine ammoniacale saturée de matières septiques par l'ulcération de la vessie. Dans certains cas, les symptômes urémiques dominent, dans d'autres, ce sont ceux de l'ammoniémie, et, dans certaines circonstances, ceux de la pyémie et de la septicémie. Quelques auteurs désignent cet état sous celui d'urosepsie.

Les bases les plus sérieuses du diagnostic de la pyélite et de la pyélo-néphrite sont néanmoins fournies par l'urémie. Dans la pyélite aiguë, il y a le plus souvent oligurie ; la polyurie est un signe caractéristique de la pyélite chronique. Cette polyurie s'explique soit par une hypertrophie du cœur, comme dans le rein contracté, soit parce que, dans la pyélite, la substance médullaire et les papilles du rein étant également affectées, l'urine, après sa sortie du sang, n'est plus transformée par le pouvoir osmotique et réducteur des canalicules rénaux. La polyurie dans la pyélite chronique est donc constante, et, dans une journée de 24 heures, elle peut atteindre six litres et plus, la quantité moyenne étant de trois à quatre litres. Dans la pyélite aiguë, il y a ordinairement un peu de sang dans l'urine, mais il n'en existe pas dans la pyélite chronique, si ce n'est dans les cas de pierre ou de néoplasme. Dans la forme catarrhale ordinaire de la pyélite chronique, il n'y a jamais de globules sanguins dans le sédiment urinaire. Le poids spécifique de l'urine diminue proportionnellement à la polyurie. Quelquefois, quand il y a polyurie, le poids spécifique est si léger qu'on peut affirmer qu'il y a rétention des éléments de l'urine. Ce liquide a une coloration jaune et il est troublé par un nuage homogène formé de globules de pus. Sa réaction est généralement acide dans la pyélite primitive ; mais, quand elle est la conséquence d'une suppuration de la vessie, alors elle est neutre ou même très alcaline. L'urine de la pyélite renferme toujours de l'albumine en quantité assez considérable et plus que ne l'indique la proportion de pus qui y est contenu. Ceci s'explique quand on considère que la pyélite, grâce à l'affection simultanée des papilles du rein, représente toujours une affection de ce viscère. Si l'urine, dans la cystite, contient du pus, dans la pyélite elle renferme, en outre, de l'albumine, mais sa quantité dépasse celle du dépôt purulent. Pour un novice, cette distinction n'est pas très facile ; mais, pour le praticien, la constatation de la quantité d'albumine n'offre pas de difficulté. Cette quantité, dans la pyélite chronique, n'atteint pas ordinairement 1/4 0/0.

Le sédiment urinaire consiste en flocons purulents. Au microscope (*fig.* 9) on trouve les globules de pus agglomérés en bouchons cylindriques volumineux et courts, provenant des conduits papillaires du rein et ayant beaucoup d'importance pour le diagnostic. On rencontre aussi quelquefois de rares cellules épithéliales renfermées dans les bouchons purulents et des cellules épithéliales isolées provenant des tubes collecteurs. Dans la pyélite calculeuse on trouve, avec les globules de sang, de petites agglomérations, ayant la forme de petites bulles caractéristiques des hémorrhagies parenchymateuses, ou très légères de l'intérieur de l'appareil

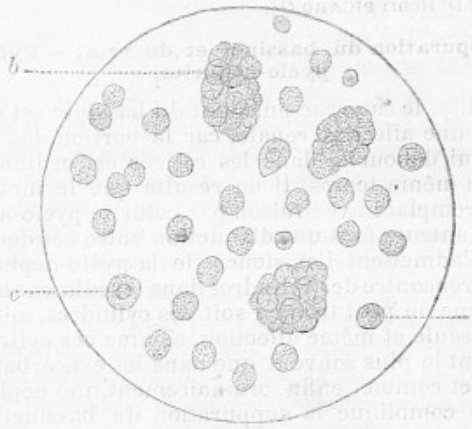


Fig. 9. Sédiment d'une pyélite purulente. — *a*, Globules de pus ; *b*, Bouchons purulents provenant des papilles ; *c*, Epithélioïme rénal.

urinaire, forme qui est le résultat de la décomposition du sang par l'urine. On trouve souvent aussi au-dessous des éléments cellulaires ces sédiments cristallins qui inaugurent la lithiase tels que l'acide urique, l'oxalate de chaux, la cyasine, le carbonate de chaux ou le phosphate de chaux cristallisé.

Dans la pyélite tuberculeuse, on trouve aussi des globules de sang, puis beaucoup de détritus moléculaires et des bactéries ; les sédiments ne contiennent des cristaux que rarement. Dans la pyélite produite par les néoplasmes et les entozoaires, il y a beaucoup de sang ; mais, en dehors de lui, le diagnostic n'a pas de base, si ce n'est quand on trouve dans l'urine un débris de néoformation ou d'entozoaire (échinocoques).

Quand une pyélite chronique apparaît pendant une fièvre, on trouve pendant les premiers jours, dans le sédiment, des cylindres courts et isolés légèrement granuleux et provenant des tubes collecteurs du rein. Mais, dès qu'il y a amélioration, ces cylindres disparaissent de nouveau complètement. Quand il y a simultanément un catarrhe sanieux de la vessie, on trouve souvent dans les sédiments urinaires ces cylindres épais consistant en bactéries et micrococcus qui proviennent des tubes collecteurs du rein, et que Klebs a décrits comme caractéristiques de la pyélo-néphrite parasitaire. (*A suivre*).

Médecins des Bureaux de bienfaisance.

Une élection pour une place de médecin du Bureau de bienfaisance du Ve arrondissement a eu lieu dimanche dernier. Le scrutin a été ouvert de midi à 4 heures, suivant l'habitude. — Sur 98 médecins de l'arrondissement, 29 ont pris part au vote. Deux candidats étaient en présence, MM. les Drs Delisle et Lardiley. M. Delisle a obtenu l'unanimité des suffrages. — Nous n'aurions pas insisté sur cette élection si, comme un trop grand nombre d'autres, elle ne montrait l'indifférence regrettable des médecins à prendre part aux élections, en un mot, à s'occuper de leurs affaires professionnelles.

© BIU Santé

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL BICHAT. — M. TERRIER.

Décollement épiphysaire des deux radius. — Fracture de la cuisse droite. — Rupture du rein gauche. — Contusions multiples. — Suppuration des foyers traumatiques. — Néphrite interstitielle ;

Par M. H. HARTMANN, interne des hôpitaux.

C..., garçon, 12 ans, entré le 8 juin au n° 15 de la salle Jarjavay, service de M. le Dr TERRIER, hôpital Bichat. Cette après midi, à 3 heures, cet enfant est tombé en jouant du haut des fortifications. A 5 heures, nous le trouvons dans l'état suivant :

Malade un peu abruti, répondant cependant assez bien aux questions. Il raconte la manière dont il est tombé : il promenait au bord du fossé une petite sœur qu'on lui avait confiée. Il n'a cependant pas une notion exacte de tout ; il est convaincu qu'il est jeudi, 2 heures, alors qu'il est vendredi, 5 heures. Le faciès est un peu tiré, les yeux un peu excavés. T. 35°,5 ; P. 96 ; R. 31. — Ecchymose palpébrale à gauche. Plaie contuse superficielle, siégeant à la limite du front et du cuir chevelu. Pansement diachylon. Légère contusion de la nuque. Bosse sanguine. Fracture de l'avant-bras gauche, siégeant à la partie inférieure, avec déplacement de la main qui est portée sur un plan postérieur à celui de l'avant-bras. Réduction facile. Attelle plâtrée postérieure. Fracture de la cuisse droite à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs ; déplacement angulaire à sommet externe. Extension continue par l'appareil à diachylon.

A la partie interne de la région antérieure de l'avant-bras droit, existe une plaie par laquelle sort un os ayant la forme de l'extrémité inférieure du radius déplacé en avant et en dedans, tranchée en rave, offrant une surface un peu mamelonnée, sans qu'on puisse apercevoir en aucun point de tissu spongieux ou d'aspérité osseuse, sans qu'il y ait le moindre écoulement sanguin par cette extrémité déplacée. Il s'agit là bien évidemment d'un décollement épiphysaire, car, s'il est vrai que l'on n'ait pas une apparence de fragment osseux, on n'a pas non plus à nu de surface articulaire et l'apophyse styloïde paraît en place. La plaie cutanée étrangle le radius, que nous ne pouvons remettre en place. Nous faisons un petit débridement cutané qui suffit à montrer que l'irréductibilité est due à une interposition de tendons.

A 9 heures du soir, miction volontaire, urines sanglantes. Todd avec 30 gr. de cognac ; 0,01 centigr. extrait gommeux d'opium.

9 *juin*. A vomi deux fois hier au soir. Langue sèche. P. à 144. Cependant, est mieux ce matin. Les yeux sont un peu excavés, le ventre légèrement ballonné. Miction volontaire. Urines jumenteuses, couleur écume de pot au feu, contenant de nombreux globules sanguins, des leucocytes, quelques cellules épithéliales et des cylindres. Anesthésie. Large débridement cutané. Réduction assez difficile ; un tendon, le fléchisseur profond du médius, reste un moment interposé, tandis qu'on pouvait étendre tous les autres doigts sans difficulté, on ne pouvait étendre le médius retenu en flexion. Le tendon est accroché et dégagé. Le radius peut alors être réduit. Pansement de Lister. — Attelle plâtrée postérieure. Quelques vomissements dans la journée. Le soir, un peu de délire, urines claires. T. 39°,8 ; P. 154 ; R. 58.

10 *juin*. T. 39°,5 ; 39°,7. Délire. Le malade arrache son pansement. Il ne vomit plus. Urines claires, albumineuses. Potion avec musc, 0,10 cent. Pour maintenir la cuisse en place, attelle externe avec coussinet.

16 *juin*. La température est de 38°,6, le matin ; 40°,6, le soir. La courbe jusqu'ici a été assez régulière, présentant des oscillations variables de 38°,4 à 40°,3. Vomissements bilieux. La langue est sèche, couverte d'un enduit jaunâtre, en son centre, présente sur ses bords un exsudat blanchâtre, adhérent, ressemblant à des aphthes desséchés. A la face interne des joues, on trouve quelques places blanches exulcérées, limitées par un contour formé d'une série de petits cercles. Les urines contiennent un nuage d'albumine. Toujours un peu de délire. Injection de morphine le soir ; 0,50 centigr. quinine. Des escharres commencent à s'éliminer de la plaie de l'avant-bras..

18 *juin*. T. 38°,3 ; 39°,8. On constate sur la fesse droite une escharre noirâtre, de la grandeur de la paume de la main, entourée d'une auréole rouge. Encore une trace d'albumine. Le ventre est ballonné ; les veines sont cutanées, dilatées. La plaie de l'avant-bras va bien ; aucun empâtement périphérique. Dans l'après-midi, hémorrhagie par la cubitale, probablement due à la chute d'une escharre. Ligature des deux bouts de la plaie.

22 *juin*. Délire. Le malade a arraché ses pansements. On constate à la partie interne et supérieure du poignet, au niveau de la tête du cubitus, une plaie irrégulièrement arrondie au niveau de laquelle se présente l'extrémité du cubitus fracturé, taillée en dedans en pointe très aiguë. Le malade se plaint de souffrir du flanc gauche. Œdème de la paroi abdominale de ce côté. Ventre ballonné. T. 39°,4 ; 39°,8.

27 *juin*. Depuis quelques jours, douleur à la partie supérieure de la nuque, au niveau d'un point contus. Petite collection purulente ouverte aujourd'hui. T. 39° ; 39°,8.

28 *juin*. Depuis l'accident, la cuisse droite était toujours restée gonflée. Ces jours derniers, la tuméfaction a augmenté ; aucune altération de couleur de la peau ; mais, au palper, sensation de clapotement, sonorité à la percussion. Ponction : issue de gaz et de deux palettes d'un pus séreux, brunâtre, d'une odeur infecte. T. 39°,2 ; 40°,8.

29 *juin*. Ouverture d'un petit abcès développé au niveau de la plaie frontale. T. 40°,4 ; 41°,3.

30 *juin*. La plaie commence à prendre un aspect phlegmoneux au-dessus de l'arcade crurale du côté gauche. Incision à ce niveau. Issue d'une quantité très abondante d'un pus séreux un peu brunâtre. T. 40°,2 ; 40°,8.

1er *juillet*. La fracture de cuisse n'est pas bien réduite ; mobilité, crépitation. Appareil plâtré embrassant la partie latérale du tronc et de la cuisse. Extension continue. A l'avant-bras droit, le déplacement du premier jour s'est reproduit et l'extrémité inférieure du radius vient de nouveau faire saillie entre les muscles antérieurs. L'eschare de la fesse droite est détachée ; on a là une vaste plaie qu'on bourre de poudre de quinquina. L'avant-bras gauche n'est pas consolidé. Silicate. L'abcès de la cuisse droite ne suppure plus beaucoup ; le ventre s'est affaissé. Le délire a diminué, mais le malade mange toujours très peu. Amaigrissement. Langue sèche. Yeux excavés. T. 40°,6 ; 38°,6.

4 *juillet*. La température oscille entre 39° et 40° ; le délire recommence. L'incision située au-dessus de l'arcade crurale gauche donne toujours lieu à un écoulement purulent très abondant, qui traverse le pansement et inonde le lit.

8 *juillet*. Œdème de la main gauche.

12 *juillet*. Depuis quatre jours, la température s'est élevée graduellement à 41°,3 ; est retombée hier à 40°,5. Depuis trois jours, le malade vomit tout ce qu'il prend. Délire continuel. Altération du faciès. Mort.

AUTOPSIE. — *Avant-bras droit*. Large plaie à la région antérieure, par laquelle sort la partie inférieure du radius. Cet os, dirigé obliquement en bas, en avant et en dedans, se termine immédiatement au-dessus du pisiforme. A son côté externe, se trouve tout le paquet des tendons fléchisseurs qui l'empêche de reprendre sa place. Son aspect est celui de la partie inférieure d'un radius qu'on aurait sectionné en rave au-dessus de l'apophyse styloïde. Son extrémité est un peu mamelonnée, noirâtre. L'os se trouve dénudé dans une étendue de près de trois travers de doigt ; toute la partie dénudée présente un pointillé rougeâtre et est légèrement rugueuse. Coupant les tendons antérieurs et les relevant, on voit en place l'extrémité épiphysaire du radius ; l'apophyse styloïde a conservé ses rapports ; cette

© BIU Santé

épiphyse présente l'aspect d'une lame épaisse d'un millimètre et demi environ, se renflant à sa partie externe pour constituer l'apophyse styloïde. Les cartilages sont détruits.

Le cubitus est fracturé un peu au-dessus de son extrémité inférieure; la fracture est dentelée, offre un trait dirigé en bas et en dedans; le fragment supérieur offre par suite une pointe à sa partie interne. Il est déplacé, se dirige obliquement en dedans et en bas, chevauchant en arrière et en dedans du fragment inférieur. Celui-ci occupe sa situation normale, les extrémités osseuses bourgeonnent, offrent un bourgeon mou, grisâtre, mais ne sont nullement réunies. Le fragment supérieur est dénudé dans une étendue de 2 centimètres à sa partie interne, qui sort à travers les téguments. Suppuration limitée au foyer de la fracture.

Les cartilages de l'articulation médio-carpienne ont disparu, de même ceux des articulations carpo-métacarpiennes des 2e et 3e métacarpiens. Au contraire, l'articulation trapézo-métacarpienne et celles des deux derniers métacarpiens sont saines. La synoviale carpienne des tendons fléchisseurs, oblitérée à sa partie supérieure immédiatement au niveau de la plaie par une masse de coloration ardoisée, se présente avec son aspect nacré, resplendissant à la paume. A la partie postérieure, les tendons extenseurs sont dans toute leur étendue nets et brillants.

Avant-bras gauche. Vaste foyer purulent, s'étendant entre les muscles qu'il sépare et qui ne paraissent pas très altérés. Les os sont dans leurs rapports normaux. L'épiphyse radiale est décollée; l'extrémité du fragment supérieur présente une coupe générale transversale; elle est un peu mamelonnée; le fragment inférieur présente exactement le même aspect que celui du côté droit. Le cubitus n'est pas fracturé; il occupe sa situation normale, mais sa petite tête dénudée se trouve circonscrite par un sillon profond par suite de la destruction partielle du cartilage de conjugaison par la suppuration. Les cartilages de l'articulation médio-carpienne sont détruits. Intégrité des synoviales des fléchisseurs et de celle des extenseurs.

Cuisse droite. Fracture sous-trochantérienne, dentelée, à direction générale transversale; les extrémités osseuses bourgeonnent séparément sans qu'il y ait trace de réunion entre les fragments. Le fragment inférieur est parallèle au supérieur, mais remonte le long de sa face externe dans une étendue de trois travers de doigt environ. Les extrémités osseuses sont contenues dans un foyer purulent assez étendu, mais partout bien limité, sans fusée aucune.

Abcès périnéphrétique et rupture du rein gauche. A la partie supérieure de la cuisse gauche, on trouve, dans une étendue de quatre travers de doigt environ au-dessous de l'arcade crurale, un foyer purulent qui remonte sous l'arcade de Fallope dans la gaine du psoas. A l'ouverture de la cavité abdominale, pas de péritonite; mais, à la partie profonde du flanc gauche, le côlon descendant offre une coloration noirâtre, sans toutefois présenter de fausse membrane, ni d'état grenu de la surface. A ce niveau, en arrière du péritoine pariétal, vaste foyer purulent qui s'étend de la région lombaire à la partie supérieure de la cuisse, dissociant et détruisant sur son passage les fibres du muscle iliaque. A la partie supérieure du foyer, on trouve le rein déchiré en deux par un trait transversal passant au niveau de la partie moyenne du hile. Les deux moitiés ne tiennent plus que par quelques tractus situés à la partie postérieure et paraissant formés par des débris de la capsule. Toute la moitié inférieure est entourée par le foyer purulent, qui s'étend même en avant et en arrière de la moitié supérieure. Tout le hile est déchiré immédiatement contre le rein; le bassinet est ouvert. Il est impossible de retrouver l'artère et la veine rénales qui se perdent dans le foyer; à la partie interne, on trouve l'uretère partiellement déchiré.

La moitié inférieure du rein offre sur sa face antérieure une petite bosselure formée par un caillot sanguin situé en dehors de la capsule. A la coupe, la moitié supérieure du rein présente son aspect normal; la moitié inférieure, au contraire, a un aspect uniforme; la coupe est lisse, d'un blanc un peu jaunâtre; la structure même du rein est absolument méconnaissable; on ne distingue au milieu de cette masse, qui semble avoir subi la dégénérescence graisseuse, que quelques tractus fibreux qui paraissent occuper le milieu des colonnes de Bertin, si l'on en juge par les prolongements coniques saillants dans les calices qui donnent la position des pyramides de Malpighi. Des coupes, faites dans la région corticale et examinées avec notre excellent maître et ami Merklen, nous ont montré une sclérose rénale très accentuée, caractérisée par un épaississement et une transformation fibreuse du tissu conjonctif péritubulaire et périglomérulaire. Les glomérules sont néanmoins conservés avec leurs caractères morphologiques habituels, et non confondus avec leur capsule. L'épithélium des tubuli est partout le siège d'une dégénérescence granulo-graisseuse; en certains points, très limités du reste, il a pris une forme cubique. On constate, de plus, de petits foyers remplis de détritus granulo-graisseux. On voit dans la substance corticale, au voisinage des glomérules, un vaisseau dont les parois ne présentent aucune altération. Enfin, la capsule offre un épaississement très marqué, avec sclérose autour des vaisseaux artériels empiétant sur leur tunique externe, mais respectant la tunique élastique.

Le *foie* a une coloration un peu jaune. *Poumons*: Œdème, congestion et même splénisation des lobes inférieurs, qui flottent entre deux eaux. Rien au *cœur*, à la *rate*, aux *intestins*, aux *côtes*, à la colonne *vertébrale*, au *crâne*, à l'*encéphale*.

Réflexions. — Nous noterons dans cette observation: 1° Le décollement épiphysaire des deux radius, l'un sans grand déplacement, l'autre avec plaie et issue du fragment supérieur à travers les téguments; la difficulté de la réduction et de la contention, une fois les os remis en place; deux faits que nous avons trouvés dans plusieurs observations antérieurement publiées, et que nous croyons pouvoir attribuer à l'action musculaire et à l'absence de dentelures qui permet la reproduction facile du déplacement.

2° L'altération de la moitié inférieure du rein déchiré. Cette néphrite interstitielle avec foyers de dégénérescence granulo-graisseuse est peut-être due partiellement à l'absence d'irrigation vasculaire. La moitié supérieure du rein, qui n'est abordée par le foyer purulent périnéphrétique que par sa face antérieure et la moitié inférieure de sa face postérieure, a conservé ses connexions avec les autres parties avoisinantes. On comprend donc que, malgré la rupture complète du hile, elle ait reçu par sa périphérie une quantité de sang suffisante pour empêcher le développement d'altérations, alors que la moitié inférieure, complètement entourée par le foyer purulent, était par là même privée de toutes ses connexions vasculaires. Peut-être aussi y a-t-il eu propagation, sous forme scléreuse dans le rein, de l'inflammation suppurative périnéale? Mais, cette dernière hypothèse n'expliquerait pas pourquoi les portions de la moitié supérieure, en rapport avec le foyer purulent, n'offraient aucune altération à l'œil nu (1).

3° L'existence d'un abcès périnéphrétique consécutif à une rupture du rein. *A priori*, le fait semble devoir être ordinaire en pareil cas, par suite de la formation probable d'un abcès urineux; en réalité, il est rare, et s'il est vrai que les contusions lombaires soient fréquemment notées dans les antécédents des malades atteints de périnéphrites (2), il n'est est pas moins vrai que, d'une façon immédiate, l'inflammation qui succède nécessairement à

(1) Nous croyons donc devoir rattacher les altérations de la moitié inférieure du rein à l'absence d'irrigation vasculaire et pouvoir les rapprocher de ces scléroses dystrophiques qu'a décrites M. H. Martin: *Recherches sur la nature et la pathogénie des lésions viscérales consécutives à l'endartérite oblitérante et progressive; scléroses dystrophiques.* In *Revue de Médecine*, 1881, t. I, p. 391.

(2) Halié. — Thèse de Paris, 1863, p. 26.

© BIU Santé

une rupture du rein « est rarement suppurative (1) ». Cela tient peut-être à ce que les ruptures étendues accompagnent généralement d'autres lésions graves et que la mort arrive avant que le phlegmon ait eu le temps d'évoluer. Cependant, nous tenons à constater ici que ce fait de la non suppuration des épanchements sanguins consécutifs à une rupture du rein est établi par de nombreuses autopsies faites plus ou moins longtemps après l'accident, alors qu'un foyer purulent aurait eu le temps de se former (2). Rayer admet même que : « lorsque les déchirures n'intéressent que la substance corticale, elles sont susceptibles de guérison (3) ». L'absence d'abcès urineux peut du reste très bien s'expliquer par l'absence de sécrétion (4). Chez notre malade, l'épanchement sanguin périnéphrétique a suppuré comme tous les autres. Point n'est besoin d'aller voir dans la rupture du rein une cause toute spéciale. Il nous faut toutefois dire ici que, si la suppuration périnéphrétique est extrêmement rare à la suite des ruptures du rein, elle peut cependant exister (5).

4° La suppuration de tous les foyers traumatiques et rien que des foyers traumatiques, bel exemple de ces auto-inoculations qu'a si bien décrites M. le professeur Verneuil (6).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle.

On sait que l'hystérie emprunte fréquemment le masque de l'épilepsie vulgaire. Il est, en effet, parfaitement établi aujourd'hui, depuis les travaux de Briquet, Charcot, etc., que la période épileptoïde de l'attaque de grande hystérie offre une ressemblance à peu près parfaite avec l'accès de mal comitial. On se rappelle, d'autre part, qu'il est des signes multiples à l'aide desquels, en dépit des analogies symptomatiques, on arrive aisément à différencier cliniquement les phénomènes épileptiformes de nature hystérique des phénomènes épileptiques.

Ce qu'on sait moins, c'est que, dans quelques cas, l'hystérie peut simuler le petit mal. Nous sommes, du moins, autorisés à le penser d'après quelques faits recueillis par l'un de nous et par divers autres observateurs. Ce qu'on ignorait enfin jusqu'à ce jour, et c'est là le point sur lequel nous voulons appeler l'attention, c'est que, dans un certain nombre de cas, l'hystérie peut aussi emprunter la physionomie de l'épilepsie partielle (épilepsie Jacksonnienne, ou par lésion cérébrale). Cette notion résulte pour nous de plusieurs faits que nous avons été à même d'observer dans les services de nos maitres, MM. Charcot et Legrand du Saulle, à la Salpêtrière. Les faits de cet ordre, qui jusqu'à ce jour étaient, croyons-nous, passés complètement inaperçus, se présenteront vraisemblablement en assez grand nombre quand l'attention aura été dirigée de leur côté.

Notre but, en publiant cette courte note, est de signaler simplement, pour aujourd'hui, la possibilité des cas de cette nature. Nous nous réservons, en effet, de traiter la question, avec les développements qu'elle comporte, dans un mémoire qui paraitra sous peu dans le *Archives de Neurologie*.

L'épilepsie Jacksonnienne, on le sait, se traduit par des convulsions limitées soit à la face ou à l'un des membres, quelquefois à tout un côté du corps, et qui, dans les cas où elles se généralisent, ne se généralisent jamais d'emblée comme celles du mal comitial. Le plus souvent, ces convulsions ne s'accompagnent pas de perte de connaissance, ou du moins quand la perte de connaissance a lieu, elle est tardive et ne constitue pas, comme dans l'épilepsie, un phénomène initial. Or, dans plusieurs observations d'hystérie franche auquelles nous avons eu affaire, nous avons constaté la réalisation d'un pareil ensemble symptomatique.

On conçoit combien, dans les faits de cet ordre, le diagnostic peut être difficile. Cependant, il résulte de l'observation attentive de ces faits qu'on peut arriver quelquefois assez aisément au diagnostic différentiel, à l'aide des éléments suivants :

1° Dans l'épilepsie partielle vraie, quand les attaques sont nombreuses, il y a toujours élévation de la température. Cette hyperthermie n'existe pas dans l'épilepsie partielle fausse. Ce fait est une nouvelle confirmation de la loi formulée naguère par MM. Charcot, Bouchard, Bourneville. 2° Les accès d'épilepsie partielle vraie laissent d'ordinaire à leur suite des paralysies ou parésies passagères ou définitives, qu'on n'observe pas à la suite de la fausse épilepsie Jacksonnienne.

En outre, on devra tenir compte d'un certain nombre d'autres particularités qui sont propres aux attaques d'hystérie : ouverture de la bouche pendant les accès, battements des paupières, mouvements ondulatoires du ventre au début et dans l'intervalle des crises. Il va de soi que les autres éléments de diagnose utilisés pour distinguer l'accès de mal comitial de la grande attaque d'hystérie (effet de la compression ovarienne, inefficacité du bromure de potassium, constatation des symptômes permanents de l'hystérie après les attaques) conserveront ici toute leur valeur.

G. BALLET et A. CRESPIN.

L'enseignement de la physiologie à la Faculté de médecine.

Nos lecteurs se rappellent sans doute l'article que nous avons publié sous ce même titre, dans le *Numéro des étudiants* du 10 novembre 1883. Nous retracions en un tableau impartial l'état de l'enseignement physiologique à la Faculté de Paris et nous montrions aisément que, malgré les innovations incontestables apportées, ou plutôt tentées depuis trois ans, cet état, comme on eût été en droit de s'y attendre, ne s'était pas sensiblement

(1) Lancereaux. — Art. *Rein*. In *Dict. encyclop.*, 3e série, t. III,
(2) On en trouve plusieurs cas dans les thèses de Bloch (1873), de Gargam (1881). Mort sans suppuration après 10 jours, *London medical Gaz.*, vol. VII, p. 828 ; après 27 jours, *Guy's hosp. reports*, XIII ; après 7 jours. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1867, art. 7387, faits cités. In Th. Bloch. Après 8 jours, G. Simon, *Chirurgie des reins*, cité in Gargam. Enfin nous avons trouvé une observation de Danyau in Rayer, t. I, p. 280 ; mort après 7 semaines ; et une de Holmes, mort 18 mois après l'accident in *a System of Surgery*, London, 3e édit., 1883, t. I, p. 883.
(3) Rayer. — *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839, t. I p. 269.
(4) Merklen. *De l'anurie*. Th., Paris, 1883, p. 127. — Nepveu, *Gaz. hebdom.*, 1877.
(5) Barth. — *Soc. anatom.*, 1876, p. 659.
(6) Verneuil. — *Auto-inoculation traumatique interstitielle*. In *Soc. chir.*, 1872 ; — *Gaz. hebdom.*, 2e série, t. XX p. 125, 23 fév. 1883 ; — *Congrès de Rouen*, 1883 ; — *Semaine médicale*.

© BIU Santé

amélioré. Notre article, il faut bien le reconnaître, ne passa point inaperçu : il fut discuté par plus d'un et tous s'accordèrent finalement à reconnaître la parfaite justesse de nos appréciations.

Nous croyions la question vidée et les opinions faites, quand, après un silence de deux mois et demi, M. le Dr Laborde crut devoir dresser contre nous un réquisitoire en règle (1). Il est contraint, lui aussi, de reconnaître le bien-fondé de nos critiques ; néanmoins, par une singulière inconséquence, il n'hésite pas à nous accuser d'ignorance et d'injustice. Il nous attaque avec une acrimonie à laquelle nous étions loin de nous attendre de la part d'un collègue avec lequel nous n'avions jamais eu que des relations amicales. M. Laborde apporte habituellement plus de courtoisie et d'urbanité dans la discussion : d'où vient donc qu'aujourd'hui il nous courre sus avec une vigueur telle que nous en sommes à nous demander à quelles suggestions il a pu céder en cette circonstance.

Quiconque lira l'article de M. Laborde n'aura point de peine à se convaincre que, en dirigeant ses batteries contre nous, l'auteur, à son insu peut-être, a atteint un double but : faire un plaidoyer *pro domo suâ*, se rendre agréable dans la sphère officielle. Il déclare que nous ne lui avons point rendu la justice qu'il convenait, et, puisque nous voulons ignorer qu'il a réorganisé l'enseignement *pratique* de la physiologie, eh bien ! c'est lui qui se chargera de le porter à la connaissance du public, et il part de là pour nous attaquer personnellement.

Nous ne le suivrons point sur ce terrain, et cela pour plusieurs raisons que, nous en sommes sûr, il aura la courtoisie d'apprécier. D'abord, nous serions désolé d'entamer, pour une si petite affaire, une polémique avec un confrère dont le commerce nous a toujours été particulièrement agréable ; ensuite, nous croyons avoir constamment rendu justice aux louables efforts qu'il a tentés. Nous avons été des premiers à l'applaudir dans ses innovations et nous avons toujours accueilli avec plaisir et publié avec empressement et *in extenso* les notes le concernant, annonçant ses conférences (2). A la Société de biologie, ou dans d'autres sociétés savantes, nous avons suivi avec intérêt ses communications, et, souvent au détriment d'autres travaux qui n'étaient point sans valeur, nous en avons donné des comptes rendus aussi détaillés que le comportait le cadre de notre journal.

Que M. Laborde ne vienne donc point nous accuser d'injustice ou de mauvais vouloir à son égard : nos lecteurs savent bien que son nom revient souvent dans nos colonnes et que nous n'avons eu jamais que sympathies pour son journal, la *Tribune médicale*. La réciproque est-elle vraie ?

Il y a deux mois et demi sans doute que M. Laborde a pris connaissance de notre article. Il est bien regrettable que, avant de nous prendre à parti, il n'ait point pris la peine de le relire : il aurait vu qu'en somme il n'avait point à intervenir. Nous n'avons en effet insisté que sur l'enseignement donné par les professeurs ou par les agrégés ; l'enseignement pratique n'est que secondairement visé par nous. Certes, nous savons fort bien en quoi il consiste ; nous connaissons et apprécions le dévouement que M. Laborde y apporte et la meilleure preuve que nous puissions donner à celui-ci de la parfaite connaissance où nous sommes de son enseignement à l'Ecole pratique, c'est que, lors de l'ouverture des cours du semestre d'été, nous ne manquons pas de l'annoncer, et que, dans ce même *Numéro des étudiants* qui débute par l'article incriminé, il lui est consacré une place aussi étendue que celle réservée aux autres travaux pratiques.

(1) *La Tribune médicale*, page 25, 20 janvier 1884.
(2) Voir n° 11 de 1882, p. 214, n° 11 de 1883, p. 215 et 216.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 janvier 1884. — Présidence de M. Rolland.

Réflexions sur la communication de M. P. Bert relative à l'anesthésie chez l'homme, par M. Gosselin. — S'il ne s'agissait que d'examiner l'application de la méthode de M. Bert, l'auteur la repousserait d'emblée ; il lui semble que les gazomètres sont lourds, encombrants, presque inutiles à l'hôpital, impossibles à emporter en ville. D'ailleurs, la simple compresse des chirurgiens ne donne pas d'accidents quand on la manie bien. Il faut, pour cela, donner successivement de petites doses, fractionnées au début pour habituer le malade, puis on peut aller plus vite et augmenter le chloroforme. On ménage ainsi les idiosyncrasies, ce que, d'après l'auteur, ne pourrait obtenir la méthode des dosages. Mais, si la méthode de M. Bert semble inapplicable à M. Gosselin, il reconnaît qu'elle doit donner des connaissances précieuses sur la théorie de l'anesthésie. Elle montre, en particulier, qu'il faut beaucoup moins de chloroforme qu'on aurait pu croire pour endormir un malade, et qu'on doit toujours commencer par de petites doses.

M. Paul Bert répond immédiatement à M. Gosselin. Il ne lui semble pas que les gazomètres soient si encombrants. D'ailleurs, en ce moment même, on construit d'autres appareils très légers, pour lesquels ce reproche ne saurait être fait. Quant au procédé de la compresse, c'est une méthode informe, empirique, sans l'ombre de précision. La dose de chloroforme donnée ainsi au malade est bien supérieure à la dose utile. Elle est toujours une dose dangereuse, et ce n'est qu'en louvoyant entre la dose impuissante et la dose mortelle qu'on endort ainsi les malades. La méthode des mélanges titrés met seule à l'abri de tout danger, elle seule met moralement le chirurgien en dehors de toute responsabilité.

Du chauffage des grandes cultures de bacilles du sang de rate, par M. Chauveau. — Pour préparer les virus atténués en grande masse, M. Chauveau recommande de tâtonner en chauffant successivement des petits ballons de 20 grammes à des températures différentes (78°, 80°, 84°). On essaye ensuite sur quelques moutons ces vaccins et on choisit le meilleur. C'est à la température où il a été obtenu qu'on chauffe ensuite la grande masse de virus à atténuer. Le chauffage doit se faire à l'étuve pendant quelques heures. La durée de l'atténuation est en raison directe de cette atténuation même.

Séance du 28 janvier 1884. — Présidence de M. Rolland.

M. Charcot a présenté à l'Académie une note de MM. Lépine, Eymonnet et Aubert, *sur la proportion de phosphore, incomplètement oxydé, contenue dans l'urine, spécialement dans quelques états nerveux*. Voici en peu de mots la substance de cette note.

Une augmentation de la proportion normale du phosphore incomplètement oxydé de l'urine a été signalée par M. Lépine et ses collaborateurs, dans divers états nerveux, à savoir par-

© BIU Santé

ticulièrement durant l'attaque apoplectique par hémorragie cérébrale, et pendant l'attaque épileptique.

Elle a été observée également chez un chien après l'injection sous-cutanée de plusieurs centigrammes de chlorhydrate de morphine, et chez un autre chien après l'injection stomacale de plusieurs grammes de bromure de potassium.

La présence d'un excès de phosphore incomplètement oxydé n'appartient d'ailleurs pas exclusivement aux affections où le système nerveux est particulièrement en jeu. Elle a été observée en effet par les auteurs de la note dans des cas de *dégénérescence graisseuse du foie chez les phtisiques*, dans l'*anémie grave*, dans certains *cas d'ictère, d'anémie grave* et aussi de *fièvre typhoïde* et de *pneumonie aiguë*.

La note se termine par la remarque suivante : « L'augmentation de l'excrétion du phosphore incomplètement oxydé, dans certains états nerveux, ne suppose pas nécessairement un grand accroissement de la désassimilation de la substance nerveuse. Il se peut que la désassimilation des substances phosphorées, disséminées dans divers tissus de l'organisme, soit accrue par une action nerveuse, comme l'est celle de la matière glycogène, consécutivement à la piqûre du plancher du 4e ventricule. » P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 janvier 1884. — Présidence de M. Duval.

M. Laborde revient de nouveau sur le mécanisme physiologique de l'*action de l'atropine*. Dans la dernière séance, il avait dit que des expériences faites avec l'*aconitine* l'avaient amené à adopter les idées de M. Franck relativement à l'action de l'atropine sur le cœur et à son assimilation avec le curare; il donne aujourd'hui le détail de quelques-unes de ces expériences. Lorsque l'on étudie chez la grenouille l'action de l'azotate d'aconitine cristallisée sur le cœur, on obtient des modifications constantes et toujours identiques du fonctionnement cardiaque. Après une injection de 1/8 à 1/16 de milligr. d'aconitine, par exemple, les tracés pris au bout de 5 à 6 minutes montrent que les battements du cœur sont très accélérés ; il se produit, en quelque sorte, un arrêt avec tétanisation. Mais, si la grenouille sur laquelle on expérimente a été préalablement atropinisée ou curarisée, les effets pour ainsi dire spécifiques de l'aconitine sur le cœur ne se produisent plus. Devant cette identité d'action, on est donc amené légitimement à assimiler l'atropine et le curare.

Une autre preuve, également expérimentale, que l'atropine agit sur la motricité des vagues à la façon du curare est la suivante : si l'on injecte à un chien des doses massives d'atropine, le cœur continue à fonctionner avec un rythme parfait, étranger et comme indifférent à toute excitation soit centrale soit périphérique. Or, les mêmes effets s'observent avec le curare. Toutefois, il est difficile d'admettre la possibilité d'un fonctionnement cardiaque aussi régulier, sans la conservation à peu près intégrale des propriétés fonctionnelles du système nerveux intra-cardiaques; on peut donc conclure, avec M. Franck, que l'action de l'atropine ne s'exerce pas sur les ganglions intra-cardiaques. Du reste, si l'on applique directement sur le cœur une solution d'atropine, de manière à l'imprégner peu à peu, les contractions persistent d'abord, mais ne tardent pas à produire son arrêt complet; preuve nouvelle que les appareils ganglionnaires sont soustraits à l'action physiologique de l'atropine, car celle-ci a été mise dès l'abord en contact avec les ganglions par le fait de la circulation. Maintenant, comment expliquer l'action de l'atropine sur les nerfs modérateurs du cœur? Etant admis que les appareils nerveux ganglionnaires ne sont pas intéressés, il resterait à déterminer si ce ne sont pas les plaques terminales des nerfs vagues qui sont impressionnées, et M. Laborde se range à cette opinion.

En terminant, M. Laborde insiste sur les avantages que présente la chloroformisation après injections préalables d'atropine et de morphine. C'est en se guidant sur le mécanisme de l'action de l'atropine sur les nerfs vagues que MM. Dastre et Morat avaient conseillé ces injections. Simultanément données, ces deux susbtances produisent une analgésie, atténuent l'irritation locale et l'excitation du chloroforme et mettent en partie à l'abri des syncopes cardiaques. On ne saurait donc, en attendant la vulgarisation du procédé d'anesthésie de M. Bert au moyen de mélanges titrés, trop préconiser la méthode de MM. Dastre et Morat.

M. Pozzi présente à la Société un cas curieux de prétendu *hermaphrodisme*. Il s'agit d'un homme de 27 ans, inscrit sur les registres de l'Etat civil comme appartenant au sexe féminin, dont il porte, du reste, les habits encore aujourd'hui. Le sujet, d'aspect féminin, est peu musclé ; le système pileux est assez peu fourni ; les seins ne sont pas développés. A 16 ans, la puberté s'est établie ; les testicules sont sortis à l'occasion d'un violent éclat de rire, et, à partir de ce moment, les instincts génésiques se sont développés. Les organes génitaux présentent les particularités suivantes: la verge est petite et courte, le gland imperforé; de la partie inférieure de cet organe, part une bride qui est creusée d'un sillon sur sa partie médiane et ce sont les deux bords de ce sillon qui simulent les petites lèvres. A l'extrémité postérieure du sillon, se trouve l'orifice de l'urèthre, en arrière duquel se rejoignent et s'entrecroisent de nouveau les deux lèvres de la bride que nous avons signalée, de telle sorte que cette région offre l'aspect d'une petite membrane hymen. Une sonde introduite par cet orifice est arrêtée par un cul-de-sac, cet examen, d'ailleurs très douloureux, n'a pas été poussé loin. De chaque côté des petites lèvres formées par la bride qui part du gland, se voit un gros repli cutané, simulant les grandes lèvres ; ces replis sont constitués par le scrotum qui est bifide et incomplètement développé. Les testicules sont à la partie supérieure de ces replis. — Par le toucher rectal il a été impossible de s'assurer de l'existence d'une prostate. Le sperme, examiné à deux reprises différentes, n'a pas présenté de spermatozoïdes. L'érection étant douloureuse et le coït impossible par suite de la disposition de la bride cutanée, M. Pozzi se propose d'en faire la section.

M. Pouchet lit, au nom de M. Chabry, les conclusions d'un travail relatif à la *diffusion des liquides*. De ses expériences, l'auteur a tiré les deux lois suivantes : 1° Si l'on met dans un vase cylindrique de l'eau distillée et un acide, la diffusion a lieu en raison directe de la racine carrée du temps considéré; — 2° Les quantités totales d'acide diffusé sont également proportionnelles à la racine carrée du temps considéré.

M. Pouchet dépose également sur le Bureau un mémoire de MM. Tourneux et Legay sur l'*évolution et le développement des organes génitaux femelles chez l'embryon de l'homme*.

M. Hanot fait une communication sur l'*acholie*. L'année dernière, il avait déjà présenté l'observation d'un malade qui, malgré l'oblitération complète du canal cholédoque, n'avait pas offert d'ictère. En ce moment, il observe un autre malade, qui a traîné d'hôpital en hôpital, et qui est atteint d'une affection hépatique dont il ne discutera pas la nature. Le foie est gros, le tympanisme considérable, mais l'ictère manque totalement et les selles sont complètement décolorées. Jamais le malade n'a eu de coliques hépatiques : il est dès lors permis de supposer que les voies biliaires sont perméables. Il existe donc une acholie, au sens véritable du mot, qui modifie les fonctions du protoplasma de manière à ce que la bile ne se produise plus. M. Hanot attribue le tympanisme énorme de ce malade à l'absence de bile dans l'intestin, car celle-ci, douée comme on le sait de propriétés imputrescibles, ne s'oppose plus à la fermentation putride du contenu intestinal. Depuis douze ans que cet état existe, la nutrition ne paraît pas avoir été profondément modifiée; l'acholie n'est donc pas incompatible avec une longue vie. A. Blondeau.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 janvier 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Rochard fait un rapport verbal sur le travail de M. de Lacerda, relatif à l'étiologie et à la pathogénie du *béribéri*. Si l'on s'en tient strictement au travail de M. de Lacerda, ce dernier n'aurait rien moins que découvert le microbe du béribéri. Or, le béribéri constitue un véritable problème de pathologie. Voyons maintenant les faits rapportés par l'auteur de cet intéressant mémoire. Le béribéri avait éclaté sur un bâtiment en plein Océan et avait causé plusieurs victimes. M. de Lacerda fut amené à donner ses soins à cinq de ces malades ; il recueillit alors du sang provenant de la pulpe des doigts, le cultiva dans un milieu de culture stérilisée (bouillon de vache) et obtint une véritable armée de microbes. L'examen microscopique révélait des spores, des tubes de mycélium et des bâtonnets disséminés au milieu de myriades de spores. Le sang et tous les liquides de l'économie contenaient le même bacille. Ce microbe spécial serait aérobie. Ce point établi, il convenait de découvrir l'élément béribérigène. A la suite d'une enquête minutieuse, M. de Lacerda soupçonna avec raison les grains de riz. Parmi ces grains, en effet, les uns sont transparents, les autres opaques. Le grattage de ces derniers permet d'obtenir une poussière qui, examinée au microscope, montra le même bacille que précédemment. Une rate fut nourrie avec ces grains opaques, et mourut en présentant la symptomatologie du béribéri. A l'autopsie de cette rate, on put retrouver, dans tous les liquides et dans tous les viscères, le même microbe qui, cultivé, ensemencé, inoculé, détermina d'une façon constante le béribéri. Enfin, les grains de riz opaques, à l'exemple du microbe, sont cultivés et engendrent les mêmes phénomènes.

Les résultats de M. de Lacerda ne sont contrôlés par personne. Ils sont merveilleux. Sont-ils exacts ? Tout le monde se souvient des travaux antérieurs de M. de Lacerda sur le venin des serpents, sur les injections de permanganate de potasse, sur le microbe jaune de la fièvre jaune. Les résultats de ces derniers travaux ont été contrôlés et contredits d'une façon absolue. En sera-t-il de même du béribéri ? C'est ce que l'avenir décidera. Quoi qu'il en soit, il importe de se montrer très réservé sur une semblable découverte, car elle est à la fois prodigieuse, étrange. Avant de consacrer le travail de M. de Lacerda, il faut patienter, attendre, et laisser aux expérimentateurs le temps et le soin de reprendre toutes ces expériences.

M. Proust lit, au nom d'une Commission académique, un *rapport sur la trichinose*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° Une épidémie de trichinose ne peut être confondue avec une épidémie de fièvre typhoïde. Si, dans une de ses phases, la trichinose peut présenter des accidents d'apparence typhoïde, il n'y a aucune identité entre les deux maladies et l'évolution de l'affection trichineuse permettra toujours d'en établir le diagnostic. La symptomatologie, la marche, la durée, l'anatomie pathologique et la nature des deux maladies sont absolument différentes, soit dans une épidémie, soit dans des cas isolés. — 2° Aucun cas de trichinose n'ayant été constaté en France, en Angleterre, ni en Belgique, l'importation des viandes porcines salées d'Amérique peut être autorisée en France. — 3° Il y aurait avantage à créer une entente commune avec les pays d'importation de viandes trichinées, relativement à des mesures spéciales de garantie, au port de départ. — 4° Il serait nécessaire de publier une instruction largement distribuée prescrivant la cuisson des viandes de porc ; tout marchand ou débitant de viande de porc sera tenu d'afficher cette instruction. — 5° Il serait également nécessaire que des expériences fussent entreprises, avec toutes les garanties désirables, pour compléter l'histoire naturelle de la trichine et nous donner les raisons scientifiques de l'immunité de notre pays vis-à-vis des viandes trichinées.

M. Cornil lit, en son nom et au nom de M. Berlioz, une note relative à l'*empoisonnement des poules par le jequirity*. Avec une injection de dix à vingt gouttes dans le tissu cellulaire sous-cutané qui répond au grand pertoral, mais sans toucher à ce muscle, on produit un empoisonnement terminé par la mort, avec une diarrhée très abondante. Le liquide diarrhéique contient une grande quantité de bacilles de jequirity. La peau est œdématiée, infiltrée par un liquide clair, contenant des bacilles sur toute la paroi antérieure de la poitrine : le muscle grand pectoral est devenu volumineux, tuméfié, dur, jaunâtre, opaque, absolument comme à la suite de l'injection du microbe du choléra des poules. L'examen microscopique y démontre des cassures transversales et la mortification des faisceaux, l'infiltration du tissu conjonctif par de la fibrine et par des cellules lymphatiques, exactement comme dans le choléra des poules par intoxication aiguë de ce choléra. Avec une dose moindre, de deux à cinq gouttes, les poules survivent, ne sont pas malades et présentent une inflammation musculaire, un œdème cutané jequiritique, comme dans le choléra. Le muscle se momifie, se dessèche ; quelquefois, la peau est perforée dans sa partie œdématiée et il sort une grande quantité de liquide renfermant des bacilles de jequirity. Si la peau est intacte, l'épiderme ramolli laisse suinter un liquide contenant des bacilles. L'immunité paraît acquise lorsqu'on fait une nouvelle injection, à doses considérables, dans le péritoine, aux poules qui présentent une ulcération de la peau. Elles éliminent, en effet, par là une partie des bacilles qu'on leur a injectés. M. le professeur Cornil rapproche ces faits de l'élimination qui se fait par la peau dans l'empoisonnement des cobayes par le jequirity. Quelques jours après l'injection, les bacilles du jequirity ont été complètement éliminés, et cependant les lésions anatomiques déterminées par eux, dans les tissus (induration inflammatoire, abcès caséeux, mortification, ulcération), n'en durent pas moins pendant un temps très long. Ces données doivent être appliquées à la pathologie humaine, et notamment à la tuberculose, dont les lésions scléreuses, ulcératives et caséeuses ne contiennent pas toujours des microbes.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 11 mai 1883. — Présidence de M. Cornil.

20. Plaie contuse du crâne. — Hémorrhagie méningée du côté opposé au traumatisme. — Hémorrhagies corticales multiples ; par M. L. Jacquet, interne provisoire.

Le nommé Gogue (Jean-Baptiste) entre le 13 mai, à 11 heures du soir, dans le service de M. Quinquaud.

Cet homme, étant ivre, venait de faire une chute dans un escalier. Au moment de l'entrée, on constate une plaie contuse de la région fronto-pariétale droite. La perte de substance est très limitée, il n'y a pas de décollement. Il existe, en outre, une contusion du dos et la main gauche, avec épanchement sanguin dans les parties molles de l'éminence thénar. Pas de fractures. Léger écoulement de sang par le conduit auditif externe droit. Le malade, d'après les renseignements recueillis sur lui, avait des habitudes alcooliques.

14 *mai*. L'écoulement de sang par l'oreille a cessé. Le malade ne répond aux questions que par oui ou non ; il pousse des cris et jure quand on le remue dans son lit ; il ne reconnaît pas les personnes de sa connaissance. Vomissements à plusieurs reprises dans le cours de la matinée. Pas de paralysie, mais parésie légère du bras droit. Pupilles égales. Pouls régulier, plein ; 70 pulsations à la minute. T. R. M. 37°,8 ; S. 39°.

15 *mai*. La nuit, agitation et insomnie. Pas de cris. Le malade porte fréquemment la main à la tête. Il ne répond rien aux questions qu'on lui adresse, mais est sensible aux excitations et suit des yeux les mouvements qu'on fait devant lui. Il se plaint beaucoup moins quand on le remue. La déglutition se fait bien. La respiration est ralentie, coupée par instants de profonds soupirs, mais ne présente pas le rhythme de Cheyne-Stokes. Rien au cœur ni au poumons. Pouls à 99°. Urines albumineuses. T. R. M. 39°,2 ; S. 39°,6.

16 *mai*. Hier soir, une crise épileptiforme. Deux autres

© BIU Santé

crises dans la matinée. Ces phénomènes font songer à une inondation méningée. T. R. M. 40°,2 ; S. 40°,6. — Mort à 7 heures du soir.

Autopsie. — Infiltration sanguine légère dans le tissu cellulaire au niveau de la région pariétale droite. Pas de fissure apparente à la surface externe du crâne. Rien à la surface externe de la dure-mère; mais l'on constate à gauche une coloration bleuâtre étendue de la partie moyenne du temporal jusqu'à 5 centimètres environ de la protubérance occipitale. La dure-mère sectionnée, l'on se trouve en présence d'un épanchement sanguin considérable entre la dure-mère et l'arachnoïde.

Une partie de l'épanchement est constitué par un liquide noir; le reste par des caillots mous, gelée de groseille, libres dans la cavité sus-arachnoïdienne. Un autre caillot, plus ferme, est plaqué contre la surface interne de la dure-mère; il occupe environ toute l'étendue correspondante à la fosse temporale. On peut assez aisément le décoller; soigneusement examiné sous l'eau, il ne présente pas trace de néo-membranes autour de lui. Pas de fissure à la base du crâne.

Hémisphère droit. Toute la surface est d'un rouge vif avec de petits épanchements dans les méninges; piqueté hémorrhagique très accentué à la région postérieure. Nombreux noyaux et plaques d'athérome sur les artères. A la coupe, rien dans les régions centrales ni dans les ventricules.

Hémisphère gauche. Centres ganglionnaires intacts. Rien dans la région de l'artère lenticulo-striée. A la surface du cerveau, au sommet de la scissure parallèle, vers le pli courbe, on trouve 3 ou 4 noyaux sanguins, de 1 cent. d'étendue, enfoncés dans la substance grise des circonvolutions. Au niveau du pied de la 3e circonvolution frontale, foyer hémorrhagique considérable. Broiement et attrition de la partie externe du lobe sphénoïdal, dans une étendue de 4 cent. environ.

Foie. Graisseux, hypertrophie légère. *Reins.* Légère atrophie, quelques granulations sur le bord convexe. *Cœur.* Surcharge graisseuse sous-péricardique. Dilatation des cavités ventriculaires. *Poumons.* Congestion hypostatique des bases.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante : 1° Au point de vue de l'étendue des lésions, de leur siège (côté opposé au traumatisme); de la présence simultanée d'une vaste hémorrhagie sus-arachnoïdienne, et de foyers corticaux multiples, dont un intéressant le pied de la circonvolution de Broca, ce qui explique les troubles aphasiques; 2° Au point de vue de l'absence complète de néo-membranes, ce qui montre qu'un délai supérieur à 3 jours est nécessaire à leur formation.

M. Cornil fait remarquer qu'il n'existe pas de caillots fibrineux secondaires au pourtour du caillot sanguin primitif, ce qui est intéressant au point de vue de la théorie de l'hématome. La mort est survenue au bout de trois jours.

21. Pincement latéral de l'intestin ; par M. Brunon, interne des hôpitaux.

Madeleine S..., âgée de 68 ans, est entrée dans le service de M. Després, à la Charité, pour un abcès de l'aisselle; son aspect cachectique, remarqué dès l'entrée, s'est dessiné de plus en plus, et, quinze jours après les premiers débridements, il n'y avait encore aucune tendance à la cicatrisation, quoique la suppuration des ganglions de l'aisselle fut presque complètement tarie.

Le 16 *mai*, à la visite du matin, la malade est dans une anxiété extrême et qui fait contraste avec son apathie des jours précédents. Elle accuse une très vive douleur dans les régions péri-ombilicale et inguinale gauche; elle a des hoquets réitérés et on apprend qu'elle a vomi pendant toute la nuit. Les matières vomies ont été conservées; c'est un liquide incolore, mais qui a laissé déposer des matières glaireuses jaunâtres, non fétides.

En découvrant la malade, on voit immédiatement un ventre ballonné, mais laissant apercevoir les anses intestinales nettement dessinées. Dans la région crurale, une tumeur du volume d'une noix, très douloureuse, dure et résistante. La malade affirme qu'elle n'a jamais eu de hernie, qu'elle ne soupçonnait même pas l'existence de celle qu'on vient de découvrir. Elle affirme, en outre, qu'elle a eu des *selles nombreuses* et liquides la veille et la nuit précédente, et, qu'enfin, elle a rendu des *gaz* le matin même.

Le diagnostic, hernie crurale avec symptômes d'étranglement, était évident, mais la marche tout à fait anormale des accidents ne l'était pas moins. M. Després fait bien remarquer qu'on est là en présence d'un cas tout à fait insidieux, il n'hésite cependant pas à opérer.

A l'ouverture du sac, il s'écoule une petite quantité de liquide grisâtre un peu fétide et on tombe sur l'intestin qui forme une tumeur du volume du petit doigt, mais allongée et ne mesurant pas deux centimètres; l'intestin, est blafard, mais ne présente nullement la couleur feuille morte classique.

M. Després fait trois débridements et réduit l'intestin; mais, à ce moment, il sort à l'extérieur un jet de liquide louche grisâtre non fétide. Le jet avait le diamètre d'une plume d'oie; il s'était élevé à 6 centimètres à peu près de l'orifice de sortie. La quantité de liquide peut être évaluée à 30 grammes à peu près.

Ce liquide venait-il de l'intestin ? Mais il n'y avait pas eu de perforation manifeste; l'intestin, quoique flétri, n'avait ni l'aspect, ni l'odeur d'un intestin gangréné : il avait été réduit avec la plus grande précaution, sans le moindre tiraillement; le liquide épanché au dehors n'était pas fétide et il était d'un gris uniforme sans stries verdâtres; enfin, il n'était pas sorti de gaz. Tous ces motifs empêchaient d'admettre une perforation.

L'anxiété de la malade n'avait fait qu'augmenter. Deux heures après l'opération, elle eut deux frissons violents avec claquements de dents; quatre heures plus tard (6 heures après l'opération) la mort survient.

Autopsie. — On trouva toutes les lésions d'une péritonite aiguë; épanchement de 200 grammes à peu près d'un liquide séro-purulent tenant en suspension une grande quantité de flocons grisâtres. Les anses intestinales adhèrent entre elles et à la paroi abdominale, mais une légère traction peut les détacher.

L'anse intestinale *étranglée* ne l'était que sur une portion seulement de sa circonférence; elle n'était donc que *pincée latéralement*. Le bord mésentérique était toujours resté dans la cavité péritonéale; entre ce bord et la partie serrée, il persistait un canal parfaitement perméable, et dont le diamètre égalait la moitié du diamètre normal de l'intestin; enfin, la partie « pincée » avait la forme d'une véritable ampoule, du volume d'une noisette, et d'une couleur rougeâtre foncée. Un sillon très nettement dessiné et d'un rouge plus clair, la séparait de la portion saine de l'intestin.

M. le professeur Cornil nous a fait remarquer que les fibres longitudinales avaient été latéralement sectionnées juste au niveau du sillon. Elles manquaient en effet sur l'ampoule elle-même, qui n'était formée que par les fibres transversales. Cette dernière couche présentait quelques éraillures losangiques à travers lesquelles la muqueuse faisait hernie. Il n'y avait donc pas de perforation.

On peut maintenant reconstituer assez facilement l'histoire de la malade. Le pincement de l'intestin a dû rester quelque temps latent, et, sous son influence, il est survenu une constipation. Nous avons appris que la malade, croyant à un petit accident passager, avait pris plusieurs lavements; grâce à ces lavements, l'intestin s'est contracté, l'étranglement s'est constitué, la péritonite a débuté et a préparé la mort si rapide. Ceci se passait deux ou trois jours avant que la malade eût accusé des douleurs. Il est impossible, en effet, qu'en 12 heures, les lésions péritonéales citées aient pu se produire. Enfin, le *pincement*, c'est-à-dire « la hernie avec anse incomplète » explique le passage non complètement interrompu des matières et des

© BIU Santé

gaz. Un ensemble de circonstances assez curieuses a donné à ce cas une marche tout à fait insidieuse et anormale.

M. Cornil fait voir que les fibres musculaires longitudinales de l'intestin ont été rompues, et que les fibres circulaires ont fait hernie à travers l'ouverture ainsi constituée. Ces fibres musculaires sont représentées par des faisceaux éraillés qui laissent entre eux des interstices à travers lesquels il devait y avoir libre communication entre la cavité intestinale et la cavité péritonéale.

22. Rapport sur la candidature de M. Picqué ; par M. Jalaguier.

Parmi les récentes communications de M. Picqué, il en est trois fort intéressantes et sur lesquelles je désire attirer spécialement votre attention.

La première est relative à un fait anatomo-pathologique qui conduit à des conséquences thérapeutiques fort importantes. C'est cette jeune fille dont vous trouverez l'observation détaillée dans vos Bulletins et qui succomba à un anus contre nature consécutif à une hernie étranglée non opérée. Vous savez que, spontanément vers le troisième ou le quatrième jour, il se produit, au voisinage du collet du sac, un travail inflammatoire qui s'étend vers la portion du péritoine abdominal voisine de ce collet, travail qui aboutit à la formation d'adhérences qui ont pour effet d'éviter, au moment de la perforation de l'ansé, l'effusion des liquides intestinaux dans la cavité péritonéale.

C'est même ce travail qui, dans certains cas, aboutit à la production d'une péritonite par propagation. Cette inflammation produit, quoi qu'il en soit, des adhérences solides qui unissent plus ou moins fortement les anses intestinales à la paroi abdominale.

Le chirurgien utilise ces adhérences dans la cure de l'anus contre nature lorsque, pour fermer l'ouverture cutanée après la chute de l'éperon, il décole, comme le faisait surtout Malgaigne, l'anse intestinale dans une certaine étendue.

Eh bien ! dans le cas de M. Picqué, unique peut-être dans la science, il n'existait pas d'adhérences étendues ; le stylet pouvait être conduit partout entre l'anse et la paroi ; l'infundibulum était libre d'exsudat et l'anse ne tenait à la paroi que sur le trajet d'une ligne, au point même de sa suture. C'est là un fait que le chirurgien devra conserver dans son esprit quand il tentera la cure de l'anus contre nature, car, dans le cas particulier, le moindre débridement aurait ouvert la cavité péritonéale.

Le deuxième cas éclaire un point important de pathogénie. Déjà le professeur Verneuil, dans un mémoire récent, invoquait les lésions viscérales pour expliquer les cas de gangrène foudroyante qui enlèvent si rapidement les malades après des traumatismes accidentels et opératoires.

M. Picqué nous a montré, chez un jeune garçon âgé de 17 ans, mort de gangrène foudroyante à la suite d'une plaie grave du genou, un foie atteint de cirrhose probablement alcoolique. Quoiqu'il n'ait pas cru devoir tirer dès à présent de ce fait un rapport de causalité, il n'en était pas moins intéressant de mettre au jour des faits de ce genre.

Enfin, tout récemment, M. Picqué nous a montré un abcès médullaire du tibia et vous avez pu vérifier la légitimité des conclusions du mémoire posthume de Chanapuai sur ce sujet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 janvier 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

M. Dujardin-Beaumetz lit une note de M. Hayem sur la question de la *transfusion*, agitée par M. Dieulafoy dans la dernière séance. M. Hayem croit que le malade de M. Dieulafoy n'était pas hémophilique ; s'il était sujet à des épistaxis répétées par la narine gauche, on peut les expliquer par un traumatisme antérieur du nez ; ce qui le prouve, c'est que les hémorrhagies ne se sont pas reproduites après le traitement chirurgical institué par M. Périer. La transfusion ne sauve pas le malade en lui fournissant des éléments globulaires, mais en modifiant brusquement la coagulabilité du sang. M. Hayem à cherché, par des expériences, à découvrir le mécanisme de cette remarquable action hémostatique de la transfusion. Pour obtenir le maximum de l'effet utile, il faudrait employer le sérum pur, qui augmente la coagulabilité du sang. D'autres liquides encore et même l'eau distillée, peuvent favoriser cette coagulabilité. Mais il faut se défier d'un sérum étranger qui peut amener la coagulation du sang et dépasser ainsi la mesure. Les travaux hématologiques de M. Hayem donnent à son opinion une grande valeur.

M. Debove fait une communication sur la *pneumonie chronique*. Chez un malade âgé de 64 ans, M. Debove avait cru longtemps à une tuberculose pulmonaire ; il y avait, en effet, des crachats purulents, des hémoptysies, des sueurs nocturnes, des mouvements fébriles, de la matité au sommet droit et du souffle caverneux. La recherche des bacilles de la tuberculose fut suivie d'un insuccès complet, et le diagnostic de *pneumonie chronique* put dès lors être établi. A l'autopsie, le sommet droit était dur, fibreux, et présentait des cavités lisses, des cavernes pneumoniques non tuberculeuses. Il n'y avait pas trace de tubercule, quoiqu'il y eût de petits nodules et de petits abcès ; dans ces foyers, en effet, il n'y avait pas de bacilles. Ce n'est pas un cas de dilatation des bronches ; c'est une *pneumonie chronique ulcéreuse*.

M. Du Castel trouve la communication de M. Debove très intéressante. Il a vu également des cas de pneumonie chronique, de sclérose pulmonaire accompagnés d'hémoptysies légères, sans gravité. Plusieurs fois, il a rencontré des scléroses pulmonaires chez des malades atteints d'affections nerveuses ; il se demande s'il n'y a pas là une action trophique.

M. Bucquoy a vu un fait identique à celui de M. Debove ; le malade avait une dépression considérable de la région sous-claviculaire, avec gargouillement véritable. C'était un cardiaque qui n'avait nullement les apparences d'un phthisique. A l'autopsie, il y avait, outre la lésion cardiaque, des lésions cavitaires analogues à celles qu'a présentées M. Debove. Pendant la vie, les bacilles avaient manqué dans les crachats de ce malade. Autour de cette pneumonie scléreuse et ulcéreuse, il y avait un épaississement considérable de la plèvre. Le diagnostic est impossible sans l'examen des crachats au point de vue des bacilles.

M. Féréol a vu un vieillard présentant tous les signes d'une tuberculose pulmonaire très avancée. Les crachats présentèrent une grande quantité de bacilles ; l'autopsie révéla la présence de la tuberculose pulmonaire.

M. Ollivier a vu à Ivry plusieurs cas de sclérose pulmonaire ulcéreuse du sommet ; ces cas ne sont pas rares chez les vieillards.

M. Debove ne croit pas à la fréquence de ces pneumonies scléreuses ; il a fait à Bicêtre un très grand nombre d'autopsies ; il n'a rencontré que deux fois cette pneumonie chronique du sommet.

M. Ollivier dit qu'il faut distinguer les *scléroses* simples des scléroses avec *ulcérations*. Ce sont les premières seulement qui sont communes.

M. Debove avait vu dans les crachats de son malade des masses de *micrococcus* et de *diplococcus*.

M. Valin fait une communication sur l'*étiologie de la tuberculose*. La contagiosité de la phtisie pulmonaire étant à l'ordre du jour, il serait utile de faire une enquête médicale étendue destinée à trancher cette question capitale. Les médecins anglais et allemands ont déjà pris l'initiative de cette mesure, qui intéresse à un si haut point la santé publique. Un questionnaire est adressé à chaque médecin, il suffit de remplir ce questionnaire et de le renvoyer à la Commission chargée de centraliser et de dépouiller tous les renseignements. C'est en procédant ainsi qu'on pourra être fixé sur la valeur de l'hérédité et de la contagion dans l'étiologie de la tuberculose.

M. Dieulafoy fait une communication sur la *transfusion*

© BIU Santé

dans les diabètes sucrés. Un malade présentant tous les signes du diabète, entre dans le service de M. Dieulafoy ; l'analyse des urines révéla, outre la glycosurie, une albuminurie notable (1 gr.50). Sous l'influence du régime lacté, l'albuminurie disparut en cinq jours ; mais, en même temps, l'urée et le sucre augmentaient considérablement (de 25 gr., le sucre monta en 6 jours à 245 grammes). Quoique le malade se trouvât bien, M. Dieulafoy lui proposa la transfusion, qui fut acceptée. 65 grammes de sang seulement furent introduits dans la veine du malade ; le résultat fut nul au point de vue de la glycosurie comme au point de vue de l'azoturie. Une nouvelle transfusion de 95 grammes de sang fut faite sans plus de résultat. Une troisième transfusion de 120 grammes fut également nulle comme résultat. Le lait et le pain furent supprimés : en 24 heures, le sucre tombe à 50 grammes, et, au bout de quelques jours, à 0. Ce qu'il faut mettre en relief ici, c'est tout d'abord l'innocuité absolue de la transfusion. Dans cette variété de *diabète alimentaire*, on voit que la transfusion ne produit aucun effet. En serait-il de même dans les autres variétés de diabète, dans le coma diabétique, etc. ? M. Dieulafoy expose à ses collègues le manuel opératoire de la transfusion (1).

J. Comby.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 janvier 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Ernest Labbé présente une brochure sur la *strychnine*, extraite de son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. Durand-Fardel fait une longue communication sur les *applications* respectives des différentes *sources de Vichy*. L'auteur s'occupe spécialement des trois sources de l'Hôpital, de la Grande-Grille et des Célestins, qui sont surtout employées par les praticiens et qui répondent aux indications suivantes, d'après l'opinion généralement admise : la première source est opposée aux affections des voies digestives et de l'estomac, la seconde à celles de l'organe hépatique, et la troisième aux maladies des voies urinaires. Or, l'observation clinique, dit M. Durand-Fardel (et c'est en cela que sa communication est intéressante) ne répond pas du tout à ces idées généralement admises sur l'action de ces trois sources. Les sources de Vichy, en effet, comme toutes les eaux thermales du reste, ont une double action : une première, générale, altérante et reconstituante, s'adressant à l'économie et réparant la nutrition, l'assimilation et l'état des forces ; une seconde, action locale, sustitutive et résolutive, s'adressant à la lésion particulière et locale déterminée par la maladie. C'est notamment sur cette dernière action particulière et locale des sources de Vichy qu'il existe encore des erreurs dans l'esprit des médecins.

Trois choses, en effet, doivent être considérées dans leur application : l'état des voies digestives ; l'état général du système qui peut être, soit excitable, soit au contraire torpide ; l'état particulier de l'organe malade. L'expérience démontre que, au point de vue de la tolérance de l'estomac, c'est la source de l'Hôpital qui doit être préférée. La Grande-Grille a une grande affinité pour l'organe hépatique, aussi est-elle contre-indiquée, à l'encontre de ce que l'on pense habituellement, dans quelques cas d'affections hépatiques, dans les coliques hépatiques, dans les congestions du foie, en un mot, dans tous les cas d'irritation de l'organe, qui sont exagérés par l'emploi de l'eau de la Grande-Grille et calmés par la source de l'Hôpital. Au contraire, un engorgement torpide, passif, du foie, exigera l'usage de la Grande-Grille, qui excitera les éléments organiques.

Ces considérations s'appliquent également à la source des Célestins, qui a une grande affinité irritative pour la vessie et les reins. Donc, son emploi sera contre-indiqué dans les affections irritatives des voies urinaires, et on ordonnera dans ces cas les sources de la Grande-Grille et de l'Hôpital. Toutes ces applications ne sont relatives qu'aux eaux minérales prises sur place, avec leur thermalité naturelle. Lorsqu'on emploie les eaux de Vichy transportées et froides, on n'a plus à s'occuper des actions spéciales signalées plus haut.

M. Yvon fait devant la Société l'histoire chimique de la *paraldéhyde*, dont M. Dujardin-Beaumetz avait développé les propriétés hypnotiques dans la dernière séance. La paraldéhyde n'est autre chose qu'un alcool déshydrogéné (C^2H^4O), qui fond à 10°, est cristallisable et offre une densité de 0,998 ; elle est soluble dans l'alcool, la glycérine, l'éther et l'eau, et beaucoup plus à froid qu'à chaud : 1 centimètre cube de paraldéhyde est soluble dans 2 c. c. d'eau. On prépare la paraldéhyde en opérant directement sur l'alcool. Au point de vue de l'emploi pharmaceutique, on peut se servir de la formule suivante, qui est la moins désagréable au goût :

Paraldéhyde	20	grammes.
Alcool à 90°	100	—
Sirop simple	75	—
Teinture de vanille	5	—

Cette préparation contient 1 gramme de paraldéhyde par 10 grammes. On en administrera de 20 à 30 grammes. On peut encore se servir de la formule suivante :

Paraldéhyde	de 1 à 4	grammes.
Eau bouillie	30	—
Sirop simple	70	—
Teinture de vanille	Q.S.	

A prendre en une fois.

M. Dujardin-Beaumetz, se basant sur l'identité chimique de la paraldéhyde et de l'aldéhyde, a voulu faire des expériences avec ce dernier agent, mais n'a pu y réussir. Par la voie buccale, il n'a pu le faire ingérer, à cause de son odeur extrêmement pénétrante ; il n'a pu également l'administrer par la voie hypodermique, par suite de son action caustique. Peut-être pourrait-on l'employer sous forme d'aldéhydate d'ammoniaque ? La paraldéhyde a été employée par lui sur des animaux comme hypnotique. Il a pu provoquer le sommeil chez des lapins, mais non l'anesthésie, comme on l'obtient par l'emploi du chloral.

L'expérimentation donne les mêmes résultats chez l'homme que chez les animaux inférieurs. Par l'emploi de la paraldéhyde, on détermine le sommeil, mais non le calme des douleurs ; aussi, quand l'insomnie est provoquée chez les malades par des douleurs quelconques, on ne peut, chez eux, amener le sommeil par l'usage de la paraldéhyde. Ce médicament est donc, sous ce rapport, bien inférieur au chloral. De plus, les malades s'y habituent difficilement et ils empestent l'alcool lorsque l'on dépasse la dose de 2 grammes.

M. Constantin Paul a pu, par la paraldéhyde, lutter du jour au lendemain contre la morphiomanie.

M. Moutard-Martin demande à M. C. Paul comment il se fait, qu'à l'encontre de M. Dujardin-Beaumetz, il ait observé l'anesthésie dans ce dernier cas par l'emploi de la paraldéhyde.

M. C. Paul répond qu'il a combattu la morphiomanie chez une femme très nerveuse, qui avait des douleurs très minimes, et qui, se piquant tout d'abord pour se faire dormir, avait fini par en prendre l'habitude.

M. Dujardin-Beaumetz tient, une dernière fois, à bien spécifier l'action de la paraldéhyde par des exemples cliniques. C'est ainsi qu'il a dans son service un malade atteint de mal de Pott avec crises douloureuses. Dans l'intervalle des crises, la paraldéhyde fait parfaitement dormir le malade : tandis qu'au moment des accès douloureux, elle est absolument impuissante. Chez une autre malade, qui souffre de coliques hépatiques, la paraldéhyde n'a aucune action calmante ni hypnotique sur elle pendant les accès, tandis qu'elle provoque admirablement le sommeil dans l'intervalle des coliques. Chez les morphiomanes, la douleur n'existe plus, elle est reléguée au second plan, c'est la manie habituelle de se faire dormir qui domine et qui peut être parfaitement combattue par la paraldéhyde.

F. Bottey.

(1) Voir p. 100.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

Séance du 28 janvier 1884. — PRÉSIDENCE DE M. JAVAL.

M. PANAS, président, ouvre la séance et souhaite la bienvenue aux membres de l'Assemblée. Il annonce à la Société l'adhésion des professeurs Donders et Arlt. Il espère qu'elle saluera avec joie l'entrée dans son sein de ces deux illustres savants (*Assentiment*). Puis, il cède, suivant l'usage, le fauteuil à M. JAVAL, président du jour, qui fixe les règles de la discussion.

M. MASSELON lit une communication sur les *infiltrations vitreuses de la papille et de la rétine*. Jusqu'à présent, les excroissances verruqueuses de la lame vitrée de la choroïde n'avaient guère été remarquées que sur l'œil énucléé. L'auteur a eu l'occasion d'observer fréquemment sur le vivant, à l'ophthalmoscope, des petites plaques blanches disséminées dans la rétine et dans la papille, réfléchissant fortement la lumière. On les observe chez les gens âgés, à partir de 50 ans surtout. Ces altérations, qui ne sont accompagnées d'aucune diminution de l'acuité visuelle, sont généralement peu accusées ; d'autres fois, elles sont très étendues et affectent surtout la papille. On ne peut les confondre avec les taches brillantes de la rétinite chronique ; ces dernières étant plus brillantes, plus larges et s'accompagnant toujours de troubles visuels plus ou moins intenses. Les infiltrations vitreuses de la papille pourraient bien avoir une certaine importance dans l'étiologie du glaucome, en obstruant les voies à filtration postérieures de l'œil (suivant la théorie de Weber, Kuies, Laqueur et de Wecker). M. Masselon fait circuler à l'appui, des reproductions photographiques de l'aspect du fond de l'œil.

M. MEYER demande à M. Masselon s'il peut préciser davantage la fréquence de ces altérations. Ce serait, en effet, désirable pour élucider le rapport qu'elles peuvent avoir avec le glaucome.

M. MASSELON dit qu'il n'a pas encore pu se rendre un compte exact de la proportion des yeux atteints d'infiltrations vitreuses ; mais il est persuadé qu'elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, et qu'il suffit que l'attention soit attirée sur elles pour qu'on les trouve.

M. COPPEZ lit un travail sur le *traitement de la conjonctivite granuleuse par le jequirity associé au nitrate d'argent*. L'auteur se loue beaucoup du médicament brésilien auquel il a dû des succès éclatants dans des cas de pannus invétéré. La majorité des résultats peuvent être qualifiés de brillants ; presque tous les autres sont encore des succès très satisfaisants. Il n'a jamais eu d'accident fâcheux. Il n'a pas observé, entre autres, la contagion d'un œil sain par l'ophthalmie jequiritique, et il croit que cette dernière n'est pas inoculable. Il trouve bon de soutenir l'action de l'inflammation substitutive au moyen de cautérisations au nitrate d'argent. Il termine en apportant à M. de Wecker, le propagateur du nouveau remède, les remercîments des granuleux belges qui ont été guéris par l'emploi de ce dernier.

M. MENACHO fait également, sur le jequirity, une communication dont il résulte que cet agent peut être appliqué avec grand avantage dans certaines affections cornéennes, telles que les ulcères torpides, le pannus scrofuleux, la sclérose consécutive à la kératite parenchymateuse. Le jequirity agit en stimulant la nutrition de la cornée ; en outre, il abaisse la tension intra-oculaire d'une façon parfois considérable.

M. VALLEZ (de Tournai) confirme le jugement favorable de M. Coppez sur le jequirity et s'en loue également. Il affirme toutefois que l'ophthalmie jequiritique, contrairement à ce que dit M. Coppez, est contagieuse ; il a observé cette contagion dans un cas.

M. ABADIE croit aussi que le remède préconisé par M. de Wecker est appelé à rendre des services dans certains cas de trachome. Il préfère cependant s'en tenir, pour les cas légers, aux moyens encore généralement en usage. Mais il insiste sur le fait que, si le trachome réclame avant tout un traitement local, il ne faut point perdre de vue non plus l'état général du patient granuleux, qui est, le plus souvent, défavorable. Il faut instituer aussi un traitement diathésique. M. Abadie rend hommage aux progrès qu'ont suscités dans tous les domaines de la médecine les doctrines microbiennes.

M. NICATI pense qu'avant d'aller plus avant dans la discussion, il serait bon de préciser les indications du jequirity ; car, évidemment, ce remède n'est pas applicable à tous les cas, surtout pas à tous les stades de l'ophtalmie granuleuse. Il donne de mauvais résultats au début ; ce n'est que quand la cornée est recouverte d'un pannus qu'on doit y avoir recours.

M. DOR est obligé de constater que le jequirity ne lui a donné aucun résultat satisfaisant.

M. GALEZOWSKI, qui l'a employé dans quelques cas, ne lui reconnaît non plus aucune efficacité. Il conviendrait d'ailleurs, avant tout, de poser un diagnostic exact des granulations conjonctivales ; or, le praticien se trouve souvent, à cet égard, embarrassé pendant très longtemps.

M. FERSON dit qu'il faut savoir attendre le résultat favorable, qui ne se montre pas toujours immédiatement. Il n'a eu qu'à se louer de l'action du jequirity. Il suppose que les insuccès accusés par M. Bordet dans sa thèse sont dûs à un temps d'observation trop court et à la date trop récente de l'affection granuleuse.

M. NACHET apporte son tribut d'éloges au médicament du Brésil, auquel il a dû dix succès complets sur onze cas.

M. ARMAIGNAC signale un fait singulier. Ayant traité par le jequirity un malade atteint de granulations aux deux yeux, il obtint un succès parfait sur un œil, tandis que l'autre resta dans le même état. Il dit avoir provoqué, par le massage des culs-de-sac, une conjonctivite purulente aussi intense que celle que produit le jequerity.

M. GAYET n'accuse que des insuccès sur les 33 cas soumis à l'action du jequirity (rapportés dans la thèse de M. Bordet). Ces cas concernaient tous des enfants. Il réclame aussi une délimitation plus exacte du champ d'action du nouvel agent. La critique impartiale doit tenir compte aussi bien des échecs que des résultats brillants, et il résulte de ses expériences que le jequirity n'agit pas dans tous les cas de conjonctivite granuleuse.

M. WEINEMANN annonce la découverte qu'il a faite, dans l'infusion des graines de l'*abrus precatorius*, d'un *ferment soluble*, analogue à la myrosine, à la pepsine, etc. Ce ferment, obtenu à l'état pulvérulent, présente toutes les réactions du groupe auquel il appartient. Injecté dans le sang, il produit des accidents d'intoxication putride. M. Weinemann dépose sur le Bureau un échantillon de son produit.

M. BOUCHERON rejette l'emploi du jequirity dans les cas légers de trachome et le remplace par l'eau oxygénée.

M. LANDOLT s'étonne qu'on ait négligé de mettre en parallèle avec le jequirity le sulfate de cuivre, qui nous rend journellement de grands services. Il est clair que, si l'on n'oppose au jequirity que le nitrate d'argent et l'acétate de plomb, le premier médicament a la partie trop belle, car les deux derniers rivaux sont sans avantage dans le traitement du trachome.

M. PANAS est partisan du jequirity ; mais il croit que son action se limite aux cas de pannus de la cornée. Sur un œil atteint de xérosis, il a obtenu encore une inflammation assez violente et un certain éclaircissement de la cornée. Il pense qu'on pourrait provoquer une conjonctivite croupale, analogue à celle que produit la graine brésilienne, au moyen de substances irritantes, telles, par exemple, que l'*érythrophléine*. M. Panas est en train de faire des expériences à ce sujet.

M. PARINAUD, rappelant l'observation de M. Gayet, fait remarquer que la conjonctivite granuleuse présente un caractère autre chez les enfants que chez les adultes. Chez les premiers, elle guérit plus facilement par les moyens ordinaires, et la guérison en est aussi plus durable. Chez l'adulte, les récidives sont beaucoup plus fréquentes. Il voudrait qu'on traitât plus à fond cette question des récidives, à l'occasion du jequirity.

M. CHIBRET estime que le trachome ne diffère pas seulement suivant l'âge, mais aussi suivant le pays. Il y a là une question importante de géographie médicale. Les médecins d'une contrée pauvre en granuleux ne sont pas à même de se prononcer en pleine connaissance de cause sur les résultats qu'on peut

© BIU Santé

obtenir dans d'autres provinces, où les granulations sont très répandues et affectent un caractère de gravité tout spécial.

M. Grand (de St-Etienne) dit que ses observations confirment l'opinion de M. Chibret.

M. Pansotti réproduit les résultats obtenus en Italie, résultats en général défavorables. Il repousse l'insinuation qu'on a tentée contre ses compatriotes en prétendant que leur diagnostic n'avait pas été posé d'une façon rigoureuse.

M. de Wecker remercie tous les confrères qui ont bien voulu expérimenter le nouveau médicament et apporter leur avis, favorable ou contraire, dans la discussion. Il résume les indications du jequirity en disant qu'il faut se garder de l'employer dans les cas où il y a la moindre tendance à la purulence. Quant à la pathogénie de l'inflammation jequiritique, il persiste à croire à l'action de microbes aérobies, en dépit de la découverte de M. Weinemann. Il cite à l'appui de son opinion ses expériences sur des femmes atteintes de vaginite granuleuse. L'infusion jequiritique, introduite dans le vagin au moyen de tampons de coton, n'a produit aucune inflammation de la muqueuse. L'inflammation n'est apparue, intense, que lorsqu'on eut laissé pénétrer la quantité d'air nécessaire au développement des bacilles.

M. Weinemann pense que le vagin contient toujours assez d'air pour la multiplication des microbes de l'infusion jequiritique, attendu qu'il en héberge, à l'état normal, une quantité d'autres.

M. Gayet lit une communication sur un *procédé d'iridectomie en l'absence de chambre antérieure*. Après avoir fixé le globe au moyen de la pince de Monoyer, qui empêche tout mouvement de rotation de l'œil, M. Gayet pratique une plaie linéaire sur le limbe sclérotical au moyen d'un scarificateur, qu'il fait pénétrer dans les tissus avec des mouvements de scie. Aussitôt qu'il s'échappe une goutte d'humeur aqueuse, M. Gayet juge l'ouverture suffisante, introduit une pince derrière la cornée, et saisit l'iris qu'il attire au dehors pour l'exciser.

M. Dianoux annonce qu'il a pratiqué déjà cette opération lui-même; mais il n'a pas publié son procédé.

M. Gayet répond que, dans ce cas, il ne pouvait pas en avoir connaissance.

M. Chibret lit un travail sur un *proécdé de sphincté-rectomie lors de l'extraction de la cataracte*. Après avoir ouvert la chambre antérieure, suivant la méthode usuelle, M. Chibret entre directement dans cet espace avec la pince-ciseaux de Wecker; il saisit un pli de l'iris entre les lames de cet instrument et l'excise. Le prolapsus éventuel de la membrane irienne est réduit. On peut doser la largeur du segment d'iris excisé en saisissant un pli plus ou moins volumineux.

M. Courserant fait observer que son père a déjà pratiqué autrefois cette opération, ainsi que lui-même, mais que tous deux l'ont abandonnée.

M. de Wecker démontre la priorité de Carter, qui a déjà préconisé ce même procédé (connu, en effet, sous le nom de *procédé de Carter*), il est vrai, dans d'autres opérations que l'extraction de la cataracte.

M. Chibret dit qu'il a retrouvé cette méthode indépendamment de Carter.

Eperon.

REVUE D'ANATOMIE

I. Le canal péritonéo-vaginal et la hernie paritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte; par M. L. Ramonède. Thèse de Paris, 1883.

II. Des vésicules séminales, anatomie et pathologie; par M. le Dr Guelliot. Thèse de Paris, 1883.

I. Le diverticule péritonéal qui entoure le testicule après sa descente s'oblitère d'ordinaire et disparaît dès les premiers temps de la vie; mais il peut arriver qu'il persiste en totalité ou en partie, et ce sont les différents états anatomiques résultant de cette persistance complète ou incomplète du canal péritonéo-vaginal que M. Ramonède a étudiés et nous fait connaître. La conclusion naturelle de cette anatomie était la mise en lumière des particularités que présentent les hernies qui s'engagent dans ce conduit anormal : c'est pourquoi l'étude de la hernie péritonéo-vaginale étranglée termine et complète ce très intéressant travail.

La plupart des auteurs se sont jusqu'ici contentés de signaler cette anomalie, sans s'attacher à la décrire; nous devons savoir gré à M. Ramonède de l'avoir montrée dans ses moindres détails; et il en est de fort intéressants.

L'anomalie peut se présenter à trois degrés différents : a) ou c'est un simple cul-de-sac séreux, infundibuliforme, dont le fond ne dépasse pas le fascia transversalis fibreux; b) ou c'est un diverticule en doigt de gant occupant le canal inguinal et pouvant même le dépasser pour pénétrer jusque dans les bourses, mais toujours terminé en impasse et ne communiquant pas avec la tunique vaginale; c) ou enfin l'anomalie est complète, la séreuse péri-testiculaire communiquant librement avec la cavité abdominale.

Quelle est la fréquence relative de ces trois degrés? Sur 215 sujets adultes, l'anomalie du premier degré s'est rencontrée 26 fois; les anomalies du deuxième et surtout celles du troisième degré sont beaucoup plus rares : l'anomalie péritonéo-funiculaire (2e degré) n'a été rencontrée que quatre fois, et l'anomalie péritonéo-vaginale (3e degré) deux fois seulement. Ainsi, l'anomalie représentée par un simple cul-de-sac est de beaucoup la plus fréquente; mais, de plus, elle est ordinairement *unilatérale*, tandis que les anomalies funiculaire et vaginale, beaucoup plus rares, paraissent être toujours *bilatérales*; il en était du moins ainsi dans les cas que M. Ramonède a rencontrés et dans deux autres observés par Laugier et Bidard. Une conclusion pratique importante ressort de ce fait : « C'est qu'un chirurgien, appelé à pratiquer la castration sur un homme porteur d'une hernie congénitale de l'autre côté, devra s'attendre à trouver la même communication des séreuses sur le côté où il opère. »

Voyons maintenant l'anatomie de ce canal péritonéo-vaginal. On s'en ferait une idée assez fausse en imaginant un conduit qui occuperait le trajet inguinal dont il prendrait la forme et la direction. Cela est vrai de la partie moyenne du canal péritonéo-vaginal; mais, avant de pénétrer dans le trajet inguinal par l'orifice interne de celui-ci, il présente une partie intra-abdominale d'une disposition toute particulière, que M. Ramonède a mise en évidence dans une description assez claire pour dispenser de recourir aux planches qui accompagnent son travail. L'orifice interne du canal péritonéo-vaginal est situé en arrière et au-dessous de l'arcade crurale, en dedans et au-dessous de l'orifice interne du canal inguinal, de telle sorte que sa première portion, qui a environ un centimètre de longueur, a une direction inverse à celle du trajet inguinal; arrivé à l'artère épigastrique, le canal péritonéo-vaginal se coude et pénètre dans le trajet inguinal, dont il suit, à partir de ce moment, la direction. En résumé, sa direction est celle du canal déférent, et personne n'en sera étonné, si l'on veut bien se reporter à l'anatomie de la descente du testicule. Son orifice interne est marqué par un pli, que M. Ramonède appelle pli *rétro-inguinal* du péritoine. Sur son trajet, il présente des rétrécissements et des dilatations. Les rétrécissements se présentent fréquemment sous la forme de diaphragmes, formés par un pli circulaire de la muqueuse, et qui jouent un grand rôle comme agents d'étranglement dans la hernie péritonéo-vaginale. Le rétrécissement qui existe au niveau des séreuses péritonéale et vaginale, dans le cas d'anomalie complète, a toujours la forme d'un diaphragme d'optique, dont l'orifice, parfois considérable, est dans quelques cas réduit à un pertuis d'une extrême petitesse, à ce point que l'on serait tenté de croire à l'indépendance des deux séreuses.

L'étude de l'anatomie pathologique des symptômes et du traitement de la hernie péritonéo-vaginale étranglée termine cet intéressant et consciencieux travail.

II. Après un historique duquel il ressort que c'est à Bérenger de Carpi (1523) et non à Fallope que revient l'honneur de la découverte des vésicules séminales, après un exposé

© BIU Santé

intéressant du développement de ces réservoirs, nous arrivons à leur description anatomique qui ne contient pas tout le nouveau promis dans la préface. Signalons toutefois que, d'après de nombreux examens microscopiques, l'épithélium de ces vésicules, pavimenteux pour Valentin, cylindrique pour Sappey, plutôt polyédrique que prismatique pour Robin, peut présenter toutes ces formes cellulaires suivant l'âge du sujet sur lequel on l'étudie. Au début et à la naissance encore, l'épithélium est nettement cylindrique, chez l'adulte il devient polyédrique; plus tard, il tend à prendre la forme indiquée par Robin.

La partie de ce travail consacrée à la pathologie est traitée plus longuement; on y trouve l'historique, les principales variétés d'anomalie; les observations de plaies et de déchirures y sont rassemblées sous le nom de lésions traumatiques. Le chapitre IV, consacré à l'inflammation, est traité avec un soin particulier; M. Guelliot, ayant noté que, dans les observations et les expériences, il existe toujours une inflammation extérieure aux canaux atteints, incline à expliquer la spermatocystite qui est presque toujours d'origine blennorrhagique par une véritable angioleucite, plutôt que par une simple propagation de l'inflammation. Les chapitres V et VI traitent de l'ectasie, des kystes, des concrétions et des coliques spermatiques.

L'envahissement des vésicules par des produits tuberculeux (chap. VII) se fait concurremment avec celui de la prostate; il n'est qu'un épiphénomène de la tuberculose des voies spermatiques dont les symptômes dominent la scène. M. Guelliot pense que l'état dur et bosselé, regardé comme caractéristique de la tuberculose des voies spermatiques, est très transitoire et n'existe qu'au début de l'affection; sur cinquante cas environ, il n'a trouvé cet état mentionné que sept ou huit fois; le plus souvent, la vésicule donne au doigt qui l'explore la sensation d'une masse volumineuse, lisse et pas très consistante, comme une sorte de kyste rempli de mastic. Le premier degré de la lésion tuberculeuse est un tubercule vrai, qui apparaît *dans la muqueuse*, soit immédiatement sous l'épithélium ou dans les villosités, soit plus profondément au voisinage de la musculeuse.

Le cancer des vésicules séminales (chap. VIII) est rare: il n'en existe guère que 13 observations; d'ordinaire, il est secondaire, les vésicules étant envahies par contiguité d'un cancer de la prostate le plus souvent, du rectum très rarement. Cependant, l'auteur rapporte une observation qui lui a paru être un cancer primitif de la vésicule. La lecture de cette observation explique les doutes qu'il exprime.

Les derniers chapitres sont consacrés aux troubles de la sécrétion: aspermie, polyspermie, dyspermie, et aux troubles correspondants de l'éjaculation: hémospermie, dyspermalisme, etc.

En somme, cette thèse est une monographie complète et intéressante sur un sujet quelque peu négligé et mal connu.

P. POIRIER.

BIBLIOGRAPHIE

Des angines de poitrine; par M. le Dr H. HUCHARD, médecin des hôpitaux. Paris, 1883. Alcan, libraire-éditeur.

Dans ce mémoire si complet et si intéressant, M. Huchard s'efforce de simplifier une question que la multiplicité des théories et des doctrines avait obscurcie et embrouillée. Il distingue d'abord les angines de poitrine en deux classes absolument séparées et qu'il faut se garder de confondre: 1° L'angine de poitrine vraie, celle de Rougnon et d'Heberden, celle qui tue; 2° les fausses angines de poitrine, qui ne tuent généralement pas, parce qu'elles ne reconnaissent pas les mêmes lésions que la précédente, et qu'elles sont le plus souvent des manifestations purement *nerveuses*.

L'angine de poitrine vraie, pour M. Huchard, est constituée par une *ischémie* du cœur due le plus souvent à une obturation incomplète des artères coronaires. Dans une observation remarquable qu'il rapporte en détail, cette théorie trouve une confirmation éclatante. Un homme de 32 ans, alcoolique, syphilitique et fumeur, entre à l'hôpital pour des accès angineux, sans autres troubles morbides et sans aucun signe physique de lésion cardiaque ou aortique. A l'autopsie, on trouve une aortite oblitérante, en plaques, ayant déterminé le rétrécissement des artères émergeant de la crosse aortique et surtout celui d'une artère coronaire. M. Huchard ne nie pas la névrite cardiaque constatée dans quelques cas, mais il croit que, si elle ajoute quelque chose à la symptomatologie de l'angine de poitrine, elle ne la constitue pas.

Les angines de poitrine d'origine nerveuse, moins graves que la précédente, parce qu'elles n'expriment pas comme elle une lésion artérielle profonde, reconnaîtraient pourtant le même mécanisme; seulement, l'ischémie du cœur, au lieu d'être *organique*, serait purement *fonctionnelle*.

Dans ce dernier cas il y aurait, sous l'influence du nervosisme ou du tabagisme, une contraction spasmodique des vaisseaux amenant l'ischémie passagère du cœur. On voit que la théorie soutenue par M. Huchard est radicalement et parallèlement opposée à celle de M. Peter: à la névrite, il oppose l'artérite; à la névralgie, il oppose le spasme artériel. Les pseudo-angines de poitrine ne sont pas plus l'angine de poitrine que les accès épileptiformes ne sont l'épilepsie véritable. Elles en diffèrent et par leurs causes, et par leurs symptômes, et par leur pronostic et par leur traitement. Ces dissidences sont étudiées avec un soin minutieux par M. Huchard, et les descriptions qu'il donne sont à chaque page appuyées et confirmées par des observations intéressantes au nombre de 84.

Il insiste avec beaucoup de raison sur le traitement et nous fait part des résultats remarquables que lui a donnés l'emploi du *nitrite d'amyle* en inhalations contre les accès, et les injections de morphine. La nitro-glycérine et le nitrite de sodium, employés par d'autres auteurs, sont moins efficaces. Comme remède préventif, il n'en est pas de plus rationnel que l'iodure de potassium qui, visant les lésions artérielles, atteint la cause même de la maladie.

Quant aux préparations arsénicales, quiniques et bromurées, elles ne méritent pas la même confiance que les médicaments précédents.

Le travail de M. Huchard est plus qu'un mémoire et qu'une critique des angines de poitrine, c'est une véritable monographie que devront consulter non seulement les praticiens, mais aussi tous ceux qui voudront aborder l'histoire de cette curieuse maladie.

J. COMBY.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'Aconitine dans les névralgies.

Les faits cliniques relatifs aux propriétés antinévralgiques de l'aconitine cristallisée, signalés dans ces dernières années, ont attiré l'attention des thérapeutistes, et, depuis l'excellent travail du Dr Oulmont (1), médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, est venu confirmer les résultats énoncés.

« L'aconitine, dit M. Oulmont, réussit parfaitement dans certaines formes de névralgie faciale essentielle, c'est-à-dire qui ne sont pas liées à d'autres lésions, sans intermittence ni périodicité bien marquées, névralgies congestives, comme les appelle Gubler, survenues le plus souvent à la suite de refroidissements. L'aconitine produit, dans ces cas, des guérisons d'une rapidité extrême. J'ai vu un cas de névralgie faciale datant de sept jours, sans périodicité bien marquée et qui avait résisté au sulfate de quinine, céder instantanément et définitivement à l'azotate d'aconitine.

« Le succès est plus net et plus rapide dans les névralgies récentes que dans les névralgies anciennes; on cite cependant de ces dernières qui ont guéri assez rapidement. L'aconitine n'est pas sans action sur les névralgies ou les

(1) Oulmont. — *De l'aconit, de ses préparations, et de l'aconitine considérée au point de vue thérapeutique*. Paris, 1877. *Académie de Médecine*. Séance du 29 janvier 1878.

© BIU Santé

hyperesthésies secondaires, comme celle qu'on observe dans les caries dentaires, les caries du rocher, l'otite interne, les paraplégies, etc., etc.

« Le rhumatisme articulaire aigu, traité par l'aconitine, nous a donné de beaux résultats. Chez quatre individus auxquels ce médicament a été administré à dose progressive, la guérison est arrivée une fois en huit jours, et les autres fois en dix jours. La température de 39° à 38° est descendue à 36°,2 et 36°,1, et le pouls est tombé dans les mêmes proportions. Dans les autres cas, la guérison a été obtenu un peu plus lentement. L'action apyrétique fut également bien évidente.

« Les résultats obtenus par Gubler sont tout aussi remarquables (thèse de M. Franceschini, p. 52 et suivantes). Sur quatre observations qui ont été publiées et dans lesquelles les malades ont été traités par l'aconitine à la dose de 1/5 de milligramme, portée graduellement jusqu'à quatre doses par jour, la guérison eut lieu le sixième, le neuvième, le douzième et le treizième jour. L'action sur la douleur a été très rapide; sur la fièvre, elle a été plus lente, mais non moins manifeste. »

« Dans les névralgies du trijumeau, dit le professeur Gubler (2), ses effets sont véritablement merveilleux. »

M. le Dr Oulmont termine son travail par cette conclusion que l'aconitine, de provenance certaine, est un médicament bien défini, qui agit d'une manière sûre et régulière; mais, à cause de son énergie, il faut ne l'employer qu'à très petites doses et largement espacées.

Fréquemment, les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués. Pour combattre cette complication, le Dr Moussette emploie des pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine et 5 centigrammes de quinium, dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

En raison de l'action énergique de l'aconitine, il est bon de tâter la susceptibilité du malade et de commencer le premier jour par trois pilules, une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on se tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, il sera bon de ne pas aller au delà; s'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

« En résumé, les études physiologiques et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que l'action sédative que les pilules Moussette exercent sur l'appareil circulatoire, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indiquent leur emploi dans les névralgies du trijumeau, les névralgies congestives, les affections rhumatismales, douloureuses et inflammatoires, etc., etc. »

A la *Société médicale des Hôpitaux* de Paris (séance du 22 octobre 1880), le Dr Desnos, à propos d'une communication du Dr Empis, cite le cas d'un malade atteint d'aortite dont les souffrances étaient notablement calmées par l'aconitine. Mais, il fait remarquer que le changement de l'aconitine donne des résultats tout à fait différents.

M. le Dr Constantin Paul trouve qu'il est indispensable de toujours spécifier la provenance du médicament. « On obtient, dit-il, des effets très variables avec l'aconitine, suivant la provenance de cette substance. »

Il est donc bien important, pour le médecin et le malade, que le médicament employé soit toujours identique dans sa composition et d'un dosage rigoureusement exact: à cet égard, on aura toute garantie en employant les véritables pilules Moussette de Clin et Cie.

(2) *Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de Médecine.* Paris, 1877.

CORRESPONDANCE

Exercice illégal de l'art de la médecine par un interne des hôpitaux de Nantes.

Il y a quelques jours, plusieurs journaux politiques annonçaient que le tribunal de Bressuire (Deux-Sèvres) venait de condamner à 13 fr. d'amende M. Guillou, interne des hôpitaux de Nantes, pour avoir remplacé un docteur de Chatillon-sur-Sèvres pendant quelque temps. Fidèles à nos habitudes, nous avons voulu, avant de publier ce fait, nous informer au près de notre correspondant de Nantes. Il nous a écrit à ce sujet la lettre suivante :

Nantes, le 24 janvier 1884.

Mon cher Directeur,

Il est parfaitement vrai qu'un de nos meilleurs élèves, M. Guillou, interne des hôpitaux de Nantes et aide de clinique à notre Ecole, a été condamné à 13 fr. d'amende pour avoir remplacé, pendant quelques jours, un médecin de campagne, M. Barrion.

Il n'y a pas lieu dans cette affaire de blâmer le parquet ou la magistrature, puisqu'on doit forcément appliquer la loi. Mais, il y a là-dedans un certain officier de santé qui s'est fait le dénonciateur de son futur confrère et dont la conduite me paraît des plus malpropres.

La loi me semble fort mal faite. Il est clair qu'un étudiant en médecine suffisamment avancé devrait pouvoir remplacer temporairement un médecin, pourvu qu'il fût muni d'une autorisation préfectorale et d'un certificat de capacité émanant du Directeur de l'Ecole, ou du Doyen de la Faculté où cet étudiant est inscrit.

Comme un praticien ne peut guère espérer qu'un autre praticien quittera ses clients pour le remplacer, s'il est malade ou absent pour toute autre cause, un amendement aux lois existantes dans le sens indiqué plus haut me paraît urgent.

En effet, le médecin malade ou obligé de s'absenter peut se voir (à la campagne, bien entendu) supplanté par son concurrent, et, d'autre part, ce qui est plus grave, les malades du médecin empêché peuvent être exposés à tout le mauvais vouloir d'un homme qui les soigne à contre-cœur et en qui ils n'ont pas confiance.

Comme il est certain que la plupart des internes des grands hôpitaux de la province sont parfaitement capables d'exercer la médecine, en leur permettant de faire des remplacements temporaires, on sauvegarderait à la fois les intérêts du médecin malade ou absent et ceux de sa clientèle.

Je suis, mon cher Directeur, votre tout dévoué,

A. Malherbe,

Professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

D'autre part, nous avons reçu copie : 1° De la dénonciation de M. X.; 2° De la lettre écrite par M. Laënnec, Directeur de l'école de médecine de Nantes, au procureur de Bressuire; 3° Du jugement et de ses considérants. — Nous publions ces trois pièces à titre de documents.

Monsieur le Procureur,

M. Charles Barrion, médecin à Châtillon, est parti le 4 de ce mois pour Vichy, de là il doit aller visiter l'Exposition d'Amsterdam. Il sera absent plus d'un mois, dit-on.

Pour sauvegarder ses intérêts personnels pendant cette longue absence, il a fait venir à Châtillon, pour le remplacer comme médecin, un simple élève de l'Ecole de médecine de Nantes, M. Guillou, dont la famille habite cette ville; depuis le 3 de ce mois, ce jeune élève est installé dans la maison de M. Charles Barrion et va voir les malades sous la conduite de son domestique Brisard.

Il a soigné plusieurs malades, notamment Mme Bigot de la Robière, commune de Moulins, la fille du fils Faucheron, tanneur à Saint-Jouin-sous-Châtillon, et Augustine Coutant, âgée de 20 ans, servante chez Jotteran, fermier à la Jarrie, commune du Puy-Saint-Bonnet. C'est à la demande de son père, Benjamin Coutant, cafetier à Châtillon-sur-Sèvres, qu'il est allé voir cette jeune fille, qui a été battue et qui se trouve enceinte de 5 mois. A son retour de la Jarrie, M. Guillou a refusé à M. Coutant de donner un certificat sur l'état de sa fille.

M. Guillou, sachant qu'il n'est qu'un élève en médecine et qu'il ne peut délivrer de certificat devant être porté en justice, des malades qu'il va voir, viole sciemment la loi du 19 ventose, an XI

© BIU Santé

(11 mars 1804), relative à l'exercice de la médecine et tombe dès lors sous les coups de cette loi.

Comme médecin, je vous signale ce délit, afin que vous le réprimiez comme doit faire un fidèle gardien de la loi.

Recevez, Monsieur le Procureur, l'expression de ma considération distinguée. X.....

Château de Pornic, le 20 août 1883.

Monsieur le Procureur,

J'ai l'honneur de recommander à votre bienveillant intérêt M. Guillou, élève interne des hôpitaux de Nantes, qui a été appelé à remplacer à Châtillon-sur-Sèvres un de mes anciens élèves, M. Charles Barrion, pendant une courte absence de ce praticien. Tous les ans, au moment des vacances, à la demande des médecins qui veulent s'absenter, nous envoyons des internes que nous choisissons parmi les plus capables et jamais, jusqu'à présent, il n'y a eu ni plainte ni poursuite dirigée contre ces jeunes gens. S'ils étaient inquiétés, nous nous verrions obligés de leur refuser l'autorisation d'aller faire ces remplacements, qui rendent un si grand service aux praticiens qui veulent faire des absences.

Recevez, Monsieur le Procureur, l'assurance de mes sentiments respectueux. LAENNEC,

Directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes.

Tribunal de Bressuire (Deux-Sèvres). Audience du 12 novembre 1883. Ministère public contre Guillou. Exercice illégal de l'art de la médecine.

En droit ; — Attendu que quiconque exerce l'art de la médecine sans diplôme, encourt, par ce seul fait, la peine de l'article 35 de la loi du 19 ventôse, an XI.

En fait : — Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que Guillou n'est pas pourvu d'un diplôme de médecin ou d'officier de santé ; Attendu qu'il en résulte, en outre, qu'il est arrivé à Châtillon-sur-Sèvres, le 1er août 1883, pour remplacer M. le Dr Barrion qui s'absentait. Qu'après avoir été présenté par celui-ci à diverses personnes comme son *remplaçant*, il s'est, du 1er au 27 août, pendant tout le temps qu'a duré cette absence, rendu, seul, conduit par le domestique du Dr Barrion, lorsqu'il était nécessaire, chez les malades qui sont venus demander ce dernier ; qu'il a ainsi soigné et traité notamment : quatre fois un sieur Bigot de Moulins ; six fois la fille d'une femme Faucheron de Saint-Jouin-sous-Châtillon ; une fois une fille Coutant du Puy-Saint-Bonnet ; une fois un sieur Grimaud de la Petite-Boissière ; *une fois un malade de l'hôpital de Châtillon* ;

Attendu que ces faits constituent l'exercice illégal de l'art de la médecine ; que Guillou objecte en vain que, sur la demande du Dr Barrion, il avait été, en sa qualité d'élève interne des hôpitaux de Nantes, désigné pour le remplacer par M. le Directeur de l'Ecole de médecine de cette ville ; qu'en effet, il n'est fait aucune exception à la règle générale et absolue posée dans l'article 35 de la loi du 19 ventôse, an XI ; que le titre d'interne, quelle que soit sa valeur, ne saurait tenir lieu du diplôme que cet article exige expressément de toute personne qui exerce l'art de la médecine ;

Attendu qu'il n'est pas mieux fondé à prétendre qu'il a exercé l'art de la médecine sous le contrôle du Dr Barrion père, qui habite Châtillon-sur-Sèvres ; que Guillou n'apporte en effet aucune preuve à l'appui de cette allégation ; qu'il est constant d'autre part, qu'il n'a fait valoir ce moyen de défense qu'à la dernière heure, à l'audience, alors que devant M. le Juge de paix, le 19 août dernier, il se bornait, pour justifier ses agissements, à déclarer et ce spontanément, qu'il ne s'était pas prévalu d'un titre médical officiel quelconque ; qu'il n'avait réclamé aucun honoraire ; qu'au surplus, ce système de défense, basé sur ce qu'un médecin peut, lorsqu'il dirige seul le traitement, se faire assister par un élève et régulièrement charger celui-ci de donner des soins provisoires et urgents, est contredit par l'examen des faits de la cause ; qu'il en résulte en effet, que Guillou, loin d'assister un médecin, s'est toujours rendu seul au domicile des malades ; que seul il a dirigé le traitement ; qu'il ne pouvait en être autrement, alors que les malades qu'il soignait, étaient domiciliés hors de Châtillon-sur-Sèvres, et qu'ils n'avaient pas été examinés par M. Barrion père ;

Attendu que Guillou ne pouvait plus sérieusement soutenir que les soins qu'il a donnés ont toujours eu un caractère de nécessité actuelle et urgente et que les médicaments qu'il a prescrits étaient inoffensifs ; que ce caractère de nécessité actuelle et urgente n'est pas compatible avec ce fait, qu'il est venu à Châtillon-sur-Sèvres pour remplacer M. le Dr Barrion et qu'il y est demeuré 27 jours pour le suppléer, comme il le lui avait promis ; qu'il n'établit point que les malades qu'il a traités ne pouvaient, à sa connaissance, espérer, en temps utile, le secours d'un médecin ou d'un officier de santé ; que les médicaments qu'il a prescrits, fussent-ils sans danger, il n'en ont pas moins fait l'objet d'ordonnances qui indiquaient un traitement à suivre, et constituaient par suite l'exercice illégal de l'art de la médecine ;

Attendu que Guillou ne saurait invoquer sa bonne foi ; qu'en matière de contravention, en effet, le tribunal n'a pas à rechercher l'intention ; qu'au surplus, dès le 19 août, Guillou répondait à M. le Juge de paix, qui lui demandait s'il avait l'intention de continuer à exercer la médecine, malgré les poursuites commencées : « Je resterai chez M. Barrion jusqu'au 27 août, au soir, ainsi que je le lui ai promis. »

Le tribunal, etc., le condamne pour *treize* contraventions à 13 fr. d'amende, en vertu de la loi du 19 ventôse, an XI (article 35)

Nous approuvons complètement les réflexions que cette condamnation a suggérées à notre correspondant.

Evidemment, la loi est mal faite, et il est nécessaire qu'elle prévoie certaines circonstances dans lesquelles les internes ou les étudiants, reconnus aptes par l'École ou la Faculté à laquelle ils appartiennent, pourront remplacer un médecin. En temps d'épidémie, alors qu'il y a danger à courir, en dépit de la loi, on sait fort bien faire appel au dévouement des internes de Paris et de la province ; chaque jour, dans les hôpitaux, on les voit donner des soins d'urgence, opérer au péril de leur vie des enfants atteints de diphtérie, et il n'est jamais venu à l'idée de personne de les poursuivre, bien qu'on sache parfaitement qu'ils n'aient pas de diplôme.

A notre avis, les juges de Bressuire (Deux-Sèvres), avant d'appliquer la loi, auraient dû se demander s'il n'y avait aucune différence à établir entre un interne des hôpitaux et le premier charlatan ou rebouteur venu ; et, s'ils avaient compulsé les annales judiciaires, ils auraient vu que, dans un cas semblable, le tribunal des Sables d'Olonnes (Vendée), mieux inspiré, avait acquitté M. B.., également interne de Nantes, et ne lui avait point marchandé ses témoignages de sympathie et d'estime.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Transfuseur et tranfusion ; par M. le Dr DIEULAFOY.

J'ai essayé de simplifier l'opération de la transfusion du sang, et, afin de la rendre plus facile et plus accessible, voici d'après quelles indications je conseille de la pratiquer :

Avant l'opération, on commence d'abord par choisir chez les deux sujets le bras qui paraît le plus convenable, on explore la région des plis du coude, on cherche quelle est la veine la plus développée, la plus saillante, celle sur laquelle doit porter l'opération, et pour cela on applique momentanément au bras la ligature, qu'on enlève après cette exploration. Cette ligature est une bande de caoutchouc qui ne fait qu'une seule fois le tour du bras ; elle se place et s'enlève en un instant. Avant l'opération, on doit également vérifier le transfuseur, et voir s'il est en bon état. Dans le cas où le piston serait desséché, on le ramollit avec un peu d'eau tiède, et de toute façon il est bon de simuler la transfusion avec un peu d'eau tiède pour s'assurer que toutes les pièces de l'appareil fonctionnent bien. Cela fait, il faut démonter l'appareil et en secouer les différentes parties, afin qu'il reste sur les parois le moins d'eau possible. Les trocarts doivent être bien propres, la pointe du dard bien acérée, on les humecte très légèrement avec un peu d'huile phéniquée.

Tout étant préparé, on commence l'opération. Les deux sujets, celui qui va donner le sang et celui qu'on va transfuser sont couchés en sens inverse sur deux lits ou mieux sur deux brancards. On les couche en sens inverse pour que les deux bras sur lesquelles on va opérer soient placés dans une direction opposée, mais assez rapprochés l'un de l'autre. La situation des bras est du reste indiquée dans la *fig.* 10 ; elle a pour but de faciliter l'introduction des trocarts en sens différents, car le trocart du sujet qu'on va transfuser doit être introduit dans le sens du courant veineux, le trocart du sujet à qui on va prendre le sang est introduit au contraire à la rencontre du courant veineux.

On place les ligatures aux bras ; en vingt secondes, la veine est gonflée et on introduit le premier trocart dans la veine de celui qu'on va transfuser et par conséquent dans le sens du courant veineux, ainsi qu'on le voit à la *fig.* 10, en A. En retirant le dard, on reconnait qu'on a pénétré dans la veine parce qu'il s'écoule un jet de sang compris dans le segment veineux qui s'étend de la ligature au trocart. On obture alors le trocart avec son petit bouchon, on le pousse un peu avant dans la veine et on le confie à un aide, qui a également pour mission d'*enlever la ligature*.

On introduit alors le second trocart dans la veine du sujet à qui on va puiser le sang, mais, chez celui-ci, le trocart est introduit à la rencontre du courant veineux ; un jet de sang qui jaillit au moment où on retire le dard indique bien qu'on est dans la veine et *la ligature est laissée en place* pendant tout le temps de l'opé-

© BIU Santé

ration. Aussitôt que le dard de ce trocart est retiré, on met le trocart en communication avec le transfuseur au moyen du tube A. On aspire alors du sang qu'on repousse ensuite et qui vient apparaître dans le récipient C. (*fig.* 11). A ce moment, le récipient ne doit pas être encore muni du tube B, ce tube va être placé un peu plus tard.

On repousse donc le sang qui monte dans le récipient C, et on le repousse *jusqu'à ce qu'il déborde*, c'est-à-dire, jusqu'à ce qu'il ait chassé tout l'air contenu dans l'appareil. C'est alors qu'on met en place le tube B, on donne encore un petit coup de piston

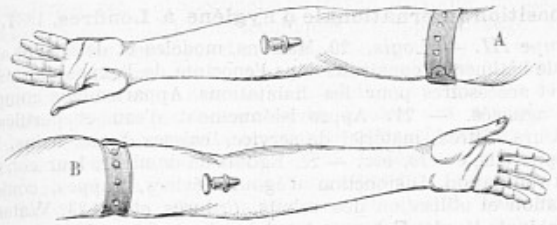


Fig. 10.

pour que le sang chasse également l'air contenu dans ce tube, puis le tube est amorcé avec le trocart placé dans la veine du sujet à transfuser, et la transfusion commence. Il faut manœuvrer *lentement*; à chaque coup de piston, on aspire dix grammes de sang qui sont aussitôt repoussés et 120 grammes de sang sont transfusés, sans se presser, en moins de deux minutes.

L'opération étant terminée, on retire les trocarts et on fait, au

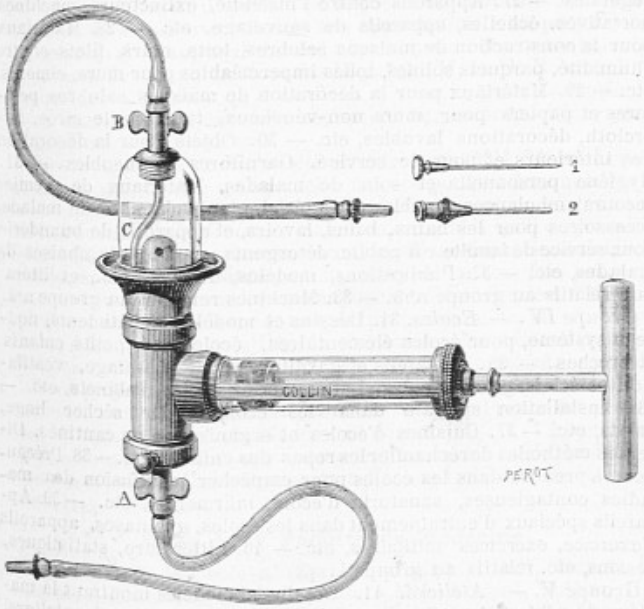


Fig. 11.

moyen d'une éponge imbibée d'eau phéniquée, une compression qui dure deux ou trois minutes. Les trocarts n'ayant qu'un millimètre un tiers de diamètre, la piqûre faite par eux est si minime qu'il n'est nécessaire de faire aucun pansement.

Ainsi pratiquée, la transfusion me paraît avoir les avantages suivants : 1° L'opération qui consistait à dénuder la veine du sujet à transfuser, et la saignée faite chez le sujet qui donne le sang, ces opérations sont remplacées par deux piqûres insignifiantes et absolument inoffensives. Ces piqûres, en ménageant les veines et la peau de la région, permettent de recommencer l'opération à bref délai et aussi souvent qu'on le juge nécessaire. Il y a néanmoins des cas où il sera nécessaire de mettre à nu la veine du sujet à transfuser, c'est quand, à la suite d'hémorrhagies ou par suite d'infiltration œdémateuse, il ne serait pas possible d'obtenir une veine assez saillante, assez volumineuse ou assez superficielle pour y pénétrer d'emblée d'un coup de trocart. 2° La transfusion se fait à l'abri du contact de l'air, puisque le vide est fait dans l'appareil et dans le récipient C, où le sang vient passer avant d'être transfusé. 3° Il est impossible d'injecter dans la veine la moindre bulle d'air, car en supposant que quelques bulles d'air passent à travers une des pièces de l'appareil, cet air monte et s'accumule à la partie supérieure du récipient, tandis que le sang est puisé à sa partie inférieure.

Le jeu de l'appareil se fait sans soupapes ni clapets; il est assuré par deux flotteurs, (*fig.* 12), petites boules en caoutchouc durci, si ingénieusement utilisées par M. Collin dans son transfuseur. Quand l'opération est terminée, il faut démonter les différentes pièces de

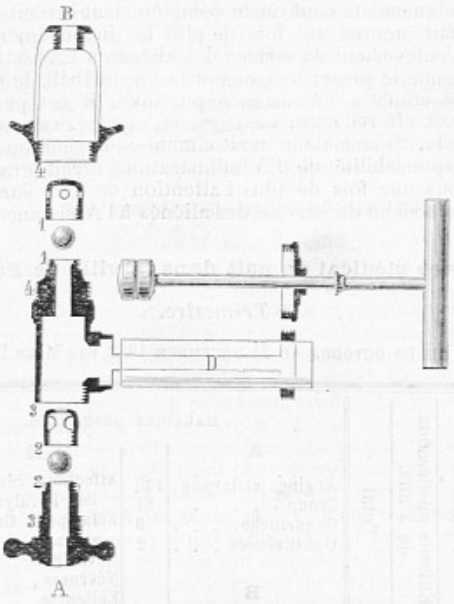


Fig. 12.

l'appareil, ce qui est facile, et les nettoyer avec un pinceau ou un bâton muni de charpie, afin d'éviter que la moindre coagulation sanguine reste adhérente à l'une des parties de l'appareil. Je remercie M. Collin du soin et de l'habileté qu'il a mise à remplir dans la construction de l'appareil chacune des indications.

VARIA

Hôpitaux de Paris.

Concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 3 mars 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. — Le registre d'inscription des candidats a été ouvert le jeudi 31 janvier 1884, et sera clos définitivement le samedi 16 février, à trois heures.

Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 20 mars 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Asssistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. — Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 18 février 1884, et sera clos définitivement le lundi 3 mars, à trois heures.

Le Conseil municipal de Paris a invité l'Administration à combler tous les vides qui existent dans le personnel du Bureau central (médecins et chirurgiens), de manière à ce que le service des remplacements ne soit pas fait dans des conditions encore plus mauvaises que celles des années précédentes.

Nous espérons donc que les concours annoncés ci-dessus seront suivis de deux autres pour la médecine et d'un pour la chirurgie. Nous espérons aussi que, en 1885, l'Administration augmentera, comme le Conseil municipal n'a cessé de le demander, le personnel médico-chirurgical du Bureau central. Ceci est d'autant plus nécessaire que le nombre des titulaires a augmenté.

Pratiques de l'Assistance publique.

Sous ce titre, *la Lanterne* du 29 janvier publie l'entrefilet suivant :

« Certains agents de l'Administration ont une singulière façon de comprendre leur tâche ; le fait suivant le démontre : Vendredi matin, un citoyen signale à l'hospice de Bicêtre la présence, sur une voiture chargée de paille, d'un aliéné évadé de l'asile de Vaucluse, dont le charretier ne pouvait se débarrasser. On répond que cela ne regarde pas l'hospice.

Le malade est signalé à l'appariteur de la commune de Gentilly, qui fait une réponse analogue. Il nous semble, qu'en cette circons-

© BIU Santé

tance, et l'hospice de Bicêtre et la police de Gentilly ont manqué à leur devoir; et qu'ils devaient prendre le malade, le conduire au Bureau d'admission de l'asile Saint-Anne, afin d'éviter un accident possible. »

Nos renseignements confirment complètement le récit de *la Lanterne*. Ce fait montre une fois de plus les inconvénients qui résultent de l'enlèvement du service des aliénés à l'Assistance publique. Si, comme le prescrit sagement la loi de 1849, le service des aliénés était confié à l'Assistance publique, il est probable que l'aliéné aurait été recueilli, secouru, et, après examen, réintégré dans son asile. Si ce malade avait commis un crime ou s'était suicidé, la responsabilité de l'Administration serait grave, aussi; appelons-nous une fois de plus l'attention de tous sur la nécessité du rattachement du service des aliénés à l'Assistance publique.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

3e Trimestre.

STATISTIQUE DU 1er OCTOBRE AU 31 DÉCEMBRE 1883, PAR M. LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	20	22	8	50
2e	21	13	5	38
3e	21	27	7	55
4e	37	42	7	86
5e	28	38	10	77
6e	16	23	5	44
7e	12	17	4	33
8e	7	15	1	23
9e	19	22	3	44
10e	32	34	10	76
11e	49	96	19	164
12e	25	43	10	78
13e	49	70	22	141
14e	37	64	34	135
15e	32	66	17	515
16e	14	13	8	35
17e	41	62	14	117
18e	40	87	23	150
19e	43	50	23	116
20e	67	102	27	196
	610	906	257	1773

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	130	Affections cérébrales, Paralysies .	92
Croup	51	Eclampsie. Convulsions.	66
Coqueluche. . . .	3	Névralgies	50
Ophthalmies . . .	2	Névroses	66
B		Epilepsie.	27
Asthme	30	Aliénation mentale.	10
Affections du cœur.	57	Alcoolisme. Delirium tremens. .	22
Bronchites aiguës et chroniques. . .	81	**F**	
Pleuro-pneumonie.	57	Rhumatisme . . .	11
Congestion pulmonaire	19	Affections éruptives	18
C		Fièvre intermitt. .	5
Affections et troubles gastro-intestinaux	120	Fièvre typhoïde. .	56
Cholérine.	15	Hémorrhagies de causes internes et externes. . .	87
Athrepsie.	13	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	64	Plaies. Contusions.	86
Hernie étranglée .	21	Fractures. Luxations. Entorses .	35
Rétention d'urine .	16	Brûlures	8
Balanite-orchite . .	2	Empoisonnements.	6
D		Asphyxie par le charbon	9
Métrite. Métro-péritonite	38	Suicide.	5
Métrorrhagie . . .	50	**H**	
Fausse-couche . .	66	Mort à l'arrivée du médecin	50
Accouchement. Délivrance	226	Total. . . .	1774

La moyenne des visites par nuit est de 19 27/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 19 10/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 34 0/0.
Les femmes — — de 51 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 15 0/0.

Visites du 4e trimestre de 1882. . .	1.830
— — 1883. . .	1.773
Différence en moins. .	57

RÉSUMÉ DE L'ANNÉE 1883.

	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er Trimestre. . . .	605	1.001	259	1.867
2e Trimestre. . . .	540	840	218	1.598
3e Trimestre. . . .	581	878	200	1.659
4e Trimestre. . . .	610	906	257	1.773
	2.336	3.625	934	6.893

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876. 1re année, 3.616 visites de nuit.
1877. 2e année, 3.312 visites de nuit.
1878. 3e année, 3.571 visites de nuit.
1879. 4e année, 5.282 visites de nuit.
1880. 5e année, 6.341 visites de nuit.
1881. 6e année, 6.521 visites de nuit.
1882. 7e année, 6.891 visites de nuit.
1883. 8e année, 6.895 visites de nuit.

Le service est assuré par 658 médecins et 185 sages-femmes.

Exposition internationale d'hygiène à Londres, 1884. (1)

Groupe III. — Logis. 20. Maisons, modèles et dessins et spécimens de bâtiments, construits dans l'enceinte de l'exposition. Garnitures et accessoires pour les habitations. Appartements complètement agencés. — 21. Approvisionnement d'eau et purification. Compteurs, filtres, matériel de service, caisses d'eau, bains, lavabos, appareils, éviers, etc. — 22. Egouts de domicile, leur construction et ventilation. Disjonction d'égout; éviers, trappes, couloirs; élimination et utilisation des rebuts, ordures, etc. — 23. Water closets, cabinets Moule. Cabinets à service de cendres, chaises percées, urinoirs, poudres désinfectantes, liquides désinfectants, insecticides. — 24. Grils, poêles, cuisiners, fournaux, chaudières, etc., pour l'usage des familles. Calorifères, diminution de fumée, etc. — 25. Ventilateurs, bouches à air, cube des chambres, calottes, purification de l'air. — 26. Appareils d'éclairage : *a*) Appareils électrique pour l'éclairage domestique, batteries secondaires, électroliers, accumulateurs, etc.; *b*) Appareils d'éclairage par le gaz, générateurs de gaz, compteurs, accessoires pour gaz, lustres, etc.; *c*) Lampes à huile et autres, et poêles; huile minérale, bougies en cire et autres; huiles animales et végétales. — 27. Appareils contre l'incendie, extincteurs, machines portatives, échelles, appareils de sauvetage, etc. — 28. Matériaux pour la construction de maisons salubres, toits, murs, filets contre l'humidité, parquets solides, toiles imperméables pour murs, ciments, etc. — 29. Matériaux pour la décoration de maisons salubres, peintures et papiers pour murs non-vénéneux, tapis, toile cirée, floorcloth, décorations lavables, etc. — 30. Objets pour la décoration des intérieurs et pour le service. Garnitures et meubles. — 31. Hygiène personnelle et soin de malades. Matériaux de premier secours, ambulances, meubles et matériel pour la chambre de malade, accessoires pour les bains, bains, lavoirs, et appareils de buanderie pour service de famille ou public, détergents, sophas, lits, chaises de malades, etc. — 32. Publications, modèles, dessins, etc., et littérature relatifs au groupe n° 3. — 33. Machines relatives au groupe n° 3.

Groupe IV. — Ecoles. 34. Dessins et modèles de bâtiments, nouveau système, pour écoles élémentaires, écoles des petits enfants et crèches. — 35. Appareils et garnitures pour chauffage, ventilation et éclairage des écoles. Latrines pour écoles, cabinets, etc. — 36. Installation spéciale dans les écoles pour sécher linge, habits, etc. — 37. Cuisines d'écoles et organisation de cantines. Diverses méthodes de réchauffer les repas des enfants, etc. — 38. Précautions à prendre dans les écoles pour empêcher la diffusion des maladies contagieuses, sanatoria d'école, infirmeries, etc. — 39. Appareils spéciaux d'entraînement dans les écoles, gymnases, appareils d'exercice, exercices militaires, etc. — 40. Littérature, statistiques, dessins, etc. relatifs au groupe 4.

Groupe V. — Ateliers. 41. Dessins et modèles montrant la manière de perfectionner les dispositions et la construction des ateliers, surtout de ceux où l'on fait un travail dangereux et malsain. — 42. Appareils et agencements pour empêcher ou amoindrir le danger auquel est exposée la santé dans certains métiers. Gardes, paravents, éventails, jets-d'air, solutions préservatives, lotions, etc. — 43. Articles d'usage personnel. Embouchures, lunettes, costumes, capuchons, etc., pour servir dans les métiers malsains et incommodes. — 44. Illustrations des maladies et difformités, causées par les professions et métiers malsains. Méthodes de combattre les maladies. Mesures préventives, etc. — 45. Construction sanitaire et inspection des ateliers et usines. Nouvelles inventions et perfectionnements pour améliorer les conditions de la vie de ceux qui sont occupés dans les métiers malsains. — 46. Littérature, statistiques, dessins, etc, relatifs au groupe 5.

Division II. — Education. Groupe VI. Travaux et matériel relatifs à l'éducation. 47. Crèches et écoles de petits enfants : *a*) Appareils et agencement pour crèches et écoles de petits enfants; *b*) Jeux, jouets et amusements « Kindergarten »; *c*) Modèles et instruments d'enseignements; *d*) Exemples de la besogne qui se fait dans les écoles. — 48. Ecoles primaires : *a*) Appareils et garnitures; *b*) Modèles et instruments d'enseignements; livres, dessins et exemples; *c*) Spécimens du travail qui se fait dans les écoles élémentaires. — 49. Economie domestique, dans les écoles de filles; *a*) Modèles et appareils pour enseigner à faire la cuisine, le ménage,

1) Voir le n° p 77.

© BIU Santé

à blanchir, repasser, coudre, broder, fabriquer des fleurs artificielles, peindre sur soie, faïence, etc. ; *b*) Spécimens du travail de ces écoles. — 50. Enseignement de métiers dans les écoles de garçons : *a*) Appareils et garnitures pour l'enseignement élémentaire des métiers dans les écoles ; *b*) Spécimens du travail de ces écoles. — 51. Enseignement des sciences ; *a*) Appareils et modèles pour l'instruction de la science élémentaire dans les écoles. Appareils de chimie, physique, mécanique, etc. ; *b*) Dessins, copies, livres, etc. : *c*) Spécimens de travail des écoles dans ces branches. — 52. Enseignement de l'art : *a*) Appareils, modèles et accessoires pour l'instruction élémentaire de l'art dans les écoles : *b*) Dessins, copies, livres, etc. ; *c*) Spécimens de travail artistique, moulage, etc., dans les écoles. — 53. Ecoles techniques et d'apprentissage : *a*) Appareils et modèles employés dans les écoles primaires et secondaires pour l'enseignement des métiers ; *b*) Modèles, plans et dessins pour l'installation d'ateliers d'écoles industrielles ; *c*) Résultats de travail industriel fait dans ces écoles. — 54. Ecoles des aveugles et des sourds-muets : *a*) Appareils et exemples d'enseignement ; *b*) Spécimens du travail de ces écoles. — 55. Littérature, statistiques et dessins, relatifs au groupe n° 6, et aux effets de « l'éducation forcée » et de l'excès de travail sur la jeunesse, etc. — 56. Tableau collectif du travail des écoles et de leurs installations.

Société pour la propagation de la Crémation.

La troisième assemblée générale de la Société pour la propagation de la crémation s'est tenue à Paris le 9 janvier 1884, sous la présidence de M. Kœchlin-Schwartz, assisté de MM. Morin et Georges Salomon.

Le président a signalé l'active propagande à laquelle la Société s'était livrée au cours de l'année écoulée, puis il a annoncé que sur la proposition de M. le Dr Bourneville, vice-président de la Société, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine avait donné son approbation à un projet relatif à l'érection d'un appareil destiné à la crémation des restes humains, provenant des amphithéâtres des hôpitaux. M. le Dr Bourneville a exposé les difficultés qu'il avait eu à vaincre pour l'adoption de cette mesure d'hygiène déjà réclamée, sur sa proposition, par le Conseil municipal de Paris.

Divers membres de la Société et notamment MM. Moret-Lericbe et Lucas ont estimé qu'une telle mesure pouvait être nuisible au mouvement qui se produit en faveur de la crémation. Au contraire, MM. Bourneville et Georges Salomon ont établi qu'il convenait de faire à Paris des expériences, montrant d'une façon indéniable les avantages de la crémation, et ils estiment qu'une fois ces expériences faites, on accordera promptement l'autorisation d'effectuer la crémation des cadavres. Sur la proposition de M. S. Morin, l'assemblée a chargé son Bureau d'examiner les moyens pratiques d'ériger immédiatement à Paris un appareil crématoire.

Deux projets de pétition aux Chambres ont été présentés à l'Assemblée, l'un émane du Bureau de la Société, l'autre est proposé par M. Paul Viguier. Après lecture de ces projets, l'Assemblée a décidé l'ouverture d'un pétitionnement tendant à solliciter des pouvoirs publics une loi autorisant en France la liberté de la crémation (1).

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 4. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Damaschino, Reclus ; — (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Vulpian, Henninger. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Potain, Pinard, Kirmisson ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Tillaux, Rendu, Ribémont-Dessaignes.

Mardi 5. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Cornil, Remy. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Panas, Bouilly. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Raymond. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Gosselin, G. Sée, Charpentier ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Pajot, Proust, Peyrot.

Mercredi 6. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Béclard, Hayem, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Trélat, Terrillon. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Verneuil, Tillaux, Ribemont-Dessaignes.

Jeudi 7. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Le Fort, Proust, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Bouchard, Richelot. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Gosselin, Richet, Charpentier ; — (N. R. 2e partie) : MM. G. Sée, Peter, Hallopeau.

Vendredi 8. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Trélat, Potain, Landouzy ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Damaschino, Straus. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Rendu, Pinard, Segond.

Samedi 9. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Cornil, Campenon. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Pajot, Jaccoud, Humbert ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Hardy, Panas, Charpentier.

(1) Des listes de pétition sont mises à la disposition du public, au secrétariat de la Société de crémation, 11, rue d'Anjou, à Paris.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Mercredi 6. M. Lacour : De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants. — M. Maurandy : De la difficulté du diagnostic dans certains cas de kystes hydatiques du foie. — *Jeudi* 7. M. Barbaste : Des déchirures du périnée dans les accouchements. — M. Reverchon : Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive. — M. Borély : Quelques considérations sur le coup de chaleur. — M. Raffegeau : Du rôle des anomalies congéniales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme. — *Vendredi* 8. M. David : De l'aphasie hystérique. — M. Gros : Etude sur le goître exophtalmique. — M. Berne : Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire.

Les travaux dans les hôpitaux.

A St-Antoine, le pavillon Maïana, la cuisine et les bains en sont à peu près au même point : les gros travaux sont terminés depuis longtemps, les plâtres sont faits, les boiseries sont en parties posées ; on travaille maintenant aux menus ouvrages, pose des tuyaux de gaz, ciments, etc. Il est difficile d'évaluer au juste le nombre d'ouvriers qui y sont actuellement employés, car ils appartiennent à différents métiers et viennent plus ou moins régulièrement. Le pavillon des internes n'est pas à beaucoup près aussi avancé. La grosse maçonnerie est faite, mais la couverture n'est pas encore complètement achevée ; les plâtres sont commencés seulement depuis jours, les boiseries ne sont naturellement pas encore commencées. On paraît cependant pousser assez activement les travaux, car le nombre des ouvriers serait de 25 à 30 ; mais, malgré cela, toujours au dire des ouvriers, l'ouvrage ne sera pas terminé avant trois ou quatre mois.

A la Maternité, les travaux ont commencé il y a trois semaines environ. Les travaux de terrassement du premier des deux pavillons à construire sont terminés depuis huit jours, et les maçons, au nombre de 21, travaillent depuis ce moment au premier pavillon. En outre, sur le chantier, il y a une dizaine de tailleurs de pierre. Les travaux de fondation ne sont pas encore terminés. L'Administration en cette circonstance, procède avec la sage lenteur qui fait partie de ses habitudes.

FORMULES

6. Traitement de la phtisie laryngée. Ducau.

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* donne, d'après un travail du Dr Ducau sur la tuberculose laryngée, quelques-uns des moyens que l'on peut employer pour combattre les accidents laryngés de la tuberculose, en dehors du traitement général qui doit toujours être employé concurremment.

Les révulsifs cutanés sont utilement employés chaque fois qu'il s'agit d'une laryngite tuberculeuse inflammatoire ou qu'une laryngite chronique est sous le coup d'une poussé aiguë ou subaiguë. Hormis ces cas, leur utilité est des plus contestable, de plus, il faut que leur emploi soit longtemps continué. L'application de vésicatoires, placés successivement à gauche et à droite du cartilage thyroïde, est préférable aux autres moyens tels que la teinture d'iode ou l'huile de croton. On peut encore appliquer des cautères en se servant de la solution de nitrate d'argent, suivant la formule de M. Crocq :

Nitrate d'argent	1	gramme.
Eau distillée.	1	—
Acide nitrique concentré.	8	—

On en imbibe de petits bourdonnets d'ouate que l'on applique sur plusieurs points, au niveau du larynx. Ce révulsif a l'avantage d'être peu douloureux et de ne pas effrayer le malade, comme le fer rouge. Mais, à côté de ces moyens, il faut aussi employer des topiques directs. Or, malgré l'opinion d'un grand nombre de médecins qui les préconisent, M. Ducau, a l'exemple de maîtres éminents, proscrit absolument tous les attouchements caustiques ou même astringents faits sur les ulcérations, comme pouvant déterminer de graves accidents sans avoir grande utilité.

Les gargarismes jouent un rôle tout à fait secondaire dans le traitement de la phtisie laryngée. Cependant, dans les cas où il existe des lésions extra-laryngées, lorsque les bords de l'épiglotte sont atteints par le processus morbide, le malade peut retirer quelques bénéfices de solutions légèrement astringentes, telles que les solutions iodo-iodurées ou laudonisées, les gargarismes créosotés ou phéniqués, M. Ducau propose la formule suivante :

Iode métalloïdique.	0,10	centigram.
Iodure de potassium.	0,20	—
Laudanum de Sydenham	2	grammes.
Glycérine neutre.	100	—

Une cuillerée à café par demi-verre d'eau tiède. — L'on conseillera au malade de prendre plutôt un bain de bouche, qui permet aux li-

© BIU Santé

quides employés de rester en contact avec les parties qu'ils sont destinés à atteindre.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 18 janvier au jeudi 24 janvier 1884, les naissances ont été au nombre de 1211, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 176. Total, 597. — *Sexe féminin* : légitimes, 476 ; illégitimes, 138. Total, 614.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 18 janvier au jeudi 24 janvier 1884, les décès ont été au nombre de 1112 savoir : 641 hommes et 471 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18, F. 9. T. 27. — Variole : M. ., F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 9, F. 7, T. 16. — Scarlatine : M. ., F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 7, F. 8. T. 15. — Diphthérie, Croup, M. 38, F. 20, T. 58. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 2, F. ., T. 2. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 30, F. 25, T. 55. — Phthisie pulmonaire : M. 136, F. 82. T. 218. — Autres tuberculoses : M. 6, F. 7. T. 13. — Autres affections générales : M. 33, F. 43, T. 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 34, F. 36, T. 70. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 14, T. 34. — Pneumonie : M. 56, F. 26, T. 82. — Athrepsie : M. 27, F. 19. T. 46. — Autres maladies des divers appareils : M. 199, F. 161, T. 360. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 24, F. 6, T. 30. — Causes non classées M. 2, F. 3, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 106, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40 ; illégitimes, 17, Total : 57. *Sexe féminin* : légitimes, 34 ; illégitimes, 15. Total : 49.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté du ministre en date du 24 janvier 1884, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira, le 25 juillet 1884, à l'école de médecine et de pharmacie d'Alger. — Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. Deloge, docteur ès-sciences, professeur de physique au lycée d'Amiens, est chargé, en outre d'un cours de physique à l'Ecole de médecine.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le professeur Chaplain est nommé directeur de l'Ecole de médecine de Marseille, en remplacement de M. Seux, décédé.

ECOLE DU VAL-DE-GRACE. — Par décision ministérielle du 30 janvier 1884, M. Lubanski, médecin-major de 2e classe à l'Ecole d'application de cavalerie, à Saumur, a été nommé professeur agrégé de clinique médicale à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Par arrêté en date du 15 janvier, M. le Dr Tripet est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES A LA SORBONNE. — Ce Congrès commencera le mardi 15 avril 1884, à midi et demi. Les journées des mardi 15, mercredi 16 et jeudi 17 seront consacrées aux travaux du Congrès. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 19 Avril, à 2 heures précises.

INSPECTION DES ÉTABLISSEMENTS CLASSÉS. — M. l'inspecteur principal des établissements classés, a adressé à M. le Préfet de police son rapport général annuel sur le service de l'inspection pendant l'année 1883. Ce service a fourni 15.350 rapports. La plupart des industriels chez lesquels il avait été constaté que les conditions prescrites n'étaient pas exécutées, ont obtempéré aux injonctions de l'Administration. Cependant, 156 procès-verbaux de contravention ont été dressés contre ceux qui ne s'y étaient pas conformés. Le nombre des établissements classés, qui était de 5.630 à la fin de 1882, s'élevait à 6.032 au 31 décembre 1883. Dans le courant de 1883, 382 établissements classés ont disparu, mais 784 nouveaux ont été inscrits sur les registres de l'inspection.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 26 janvier 1884 : M. Journée, médecin major de 1re classe, est maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — M. Berger, médecin major de 1re classe, est affecté au 91e régiment d'infanterie ; — M. Belay, médecin major de 1re classe, est affecté au 26e régiment d'infanterie ; — M. Battarel, médecin major de 1re classe, est affecté au 2e régiment de tirailleurs algériens ; — M. Delmas, médecin major de 1re classe, est maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — M. Ramonel, médecin major de 1re classe, est affecté à l'hospice mixte de Grenoble.

SOCIÉTÉ DE GÉOGRAPHIE. — Cette Société organise une série de conférences, qui seront faites par des représentants distingués de la science française. Ces conférences, au nombre de huit, auront lieu les lundis dans la grande salle de l'hôtel de la Société de géographie, du 11 février au 31 mars 1884, à huit heures et demie du soir. Elles seront relatives aux rapports de l'astronomie et de la géographie aux principales époques de l'histoire (M. Faye) ; aux forces volcaniques (M. Fouqué) ; aux reliefs du globe (M. de Lapparent) ; aux climats (M. Mascart) ; à la distribution des minéraux (M. Fuchs) ; à la distribution des végétaux (M. Bureau) ; aux habitants du fond de la mer (M. Perrier) ; à la distribution générale des animaux (M. Alphonse Milne-Edwards). Quelques-unes de ces conférences seront accompagnées de projections à la lumière oxhydrique. Cette série sera continuée l'an prochain. On trouvera à la Société de géographie, boulevard Saint-Germain, 184, les renseignements relatifs à ces conférences où le public sera admis.

LES ÉTUDIANTES EN RUSSIE. — Toutes les étudiantes en médecine de Saint-Pétersbourg ont été forcées de s'installer dans une pension alimentaire dirigée et fondée par la princesse Schahowskoi. Elles paieront dix roubles par mois pour le logement et la pension. Elles devront être rentrées à 9 heures du soir, sous peine d'exclusion des cours.

CONSERVATOIRE DES ARTS-ET-MÉTIERS. — M. le Dr GEORGES, maître de conférences à l'Institut national agronomique, fera le dimanche 3 février 1884, à 2 h. 1/2 très précises, au Conservatoire des Arts-et-Métiers, rue Saint-Martin, 292, une conférence sur *l'hygiène de l'alimentation chez l'ouvrier*. Des projections seront faites par M. Molteni. Nous engageons vivement nos lecteurs à assister à cette intéressante conférence.

UN ENFANT SANS BRAS NI JAMBES. — La *Enciclopedia medico farmaceutica* nous apprend que l'on peut voir actuellement à Madrid un cas tératologique qui fait l'étonnement de tous les professeurs et de tous les élèves de la Faculté de médecine. C'est une petite fille de cinq mois, venue au monde sans bras ni jambes. Les cavités thoraciques et abdominales sont parfaitement conformées, mais l'absence des extrémités supérieures et inférieures en fait une masse de chair surmontée d'une tête. Au moment de la naissance, on doutait que l'enfant pût vivre. Aujourd'hui, il paraît prouvé qu'elle peut se développer telle quelle. Elle tète très bien. Les premières dents sont sorties, elle pleure ou rit selon les impressions particulières à cette époque de la première enfance.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Parmi les nouveaux journaux de médecine et de pharmacie parus en janvier 1884, nous avons encore à signaler : La *Revue médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, paraissant deux fois par mois sous la direction de MM. Duhourcau (de Cauterets) et Garrigou (de Luchon) ; — L'*Univers pharmaceutique et médical*, journal mensuel. Bureaux à Paris, 29, rue du Dragon ; — *The Œsculapian*, journal de médecine et de chirurgie publié à New-York.

DANGERS DE LA FABRICATION DES CHINOIS. — A propos d'une discussion sur la vanillisme, M. Méran a signalé les accidents observés chez les femmes chargées de la préparation des petites oranges désignées sous le nom de Chinois. C'est en rapant ces fruits, pour en séparer la plus grande partie de l'huile essentielle, que les ouvrières, au nombre de plusieurs centaines, sont condamnées à vivre pendant des journées entières dans une atmosphère saturée d'essence. Des accidents nerveux, céphalalgie, vertige, une sorte d'ivresse se manifestent d'abord ; puis, surviennent des troubles du côté des organes digestifs, et plus tard des manifestations exanthématiques à la peau. Il y a la plus grande analogie entre ces faits et ceux observés chez les ouvriers qui manipulent la vanille, en dehors des accidents produits par les poussières et les impuretés de la vanille venant agir directement sur la peau ou vers les orifices des muqueuses (*Revue scientifique*.)

NÉCROLOGIE. — M. le Dr NICOLLE, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, vient de mourir subitement à l'âge de 51 ans. — M. le Dr POMMEZ est mort il y a quelques jours à Bordeaux. Possesseur d'une grande fortune, il n'exerçait pas la médecine et s'occupait surtout d'œuvres philanthropiques. — M. le Dr POPOW vient de succomber, à l'âge de 27 ans, aux suites d'une diphtérie contractée à l'hôpital des Enfants Prince Pierre d'Oldenbourg, à Saint-Pétersbourg. Il était depuis quelques mois seulement chef de service adjoint de cet hôpital.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boul. St-Germain.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE des sciences médicales, publié sous la direction de M. le Dr DECHAMBRE. Vient de paraître, la *première* partie du TOME XXIX de la *première série* : DIA-DIG. Ce volume renferme, entre autres, les principaux articles suivants : Diaphragmatique (Hernie), par Boursier ; — Diaphragmatique (Nerf), par Hé-

© BIU Santé

nocque et Eloy. — Diaphragme, par Hénocque et Eloy. — Diarrhée, par du Cazal. — Diarrhée endémique, par Mahé ; — Diathèse, par J. Grasset ; — Difformités, par Dally ; — Diffusion, par Hahn.

Galippe (V.). — Rapport sur le fonctionnement d'une des annexes du service médical de l'école Monge (Inspection de la bouche des élèves). Broch. in-8 de 28 pages.

Reclus (P.). — Clinique et critique chirurgicales 1 vol. in-8 de 568 pages.

Librairie ASSELIN et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

Béclard (J.). — Traité élémentaire de physiologie comprenant les principales notions de la physiologie comparée. 7e édition entièrement refondue. Ouvrage accompagné de 378 figures intercalées dans le texte. Deuxième partie : Fonctions de reproduction. 1 vol. in-8 de 759 pages.

Librairie J. B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Rondot (G.). — De l'hémiplégie homonyme de la face et des membres dans les lésions en foyer de la protubérance annulaire. Broch. in-8 de 34 pages.

Vuilliet (F.). —La fièvre typhoïde. — Etiologie. — Prophylaxie. — Mesures à prendre pour se préserver des maladies infectieuses en général. Broch. in-8 de 53 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Barette (J.). — De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées compliquées d'adhérence ou de gangrène, entérectomie et entérorrhaphie. Broch. in-8 de 148 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Boissard (Al.). — Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus. Broch. in-8 de 116 pages.

Carette (A.). — Emploi du Jequirity et de l'inoculation blennorhagique dans l'ophtalmie granuleuse. Broch. in-8 de 84 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Descroizilles. — Des teignes chez les enfants. — De leur traitement par l'huile de croton. Broch. in-8 de 15 pages. — Prix : 50 c.

Descroizilles (A.). — Manuel de pathologie et de clinique infantiles. 1 vol. in-18 de 1064 pages.

Estorc. — Contribution à l'étude de l'électro-Diagnostic. Exploration des nerfs moteurs et des muscles à l'état physiologique et pathologique. Broch. in-8 de 101 pages et 2 planches. — Prix : 3 fr. 50.

Jaccoud. — Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale. Broch. in-8 de 22 pages. — Prix : 75 c.

Lancereaux (G.). — Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié et recueillies par MM. A. Lapierre et A. Delpeuch. Brochures in-8 de 105 pages. — Prix : 3 fr.

Langenhagen (R. de). — Contribution à l'étude clinique des tumeurs solides du scapulum. Broch. in-8 de 100 pages. — Prix : 3 fr.

Larat. — Notice sur les applications médicales de l'électricité. Broch. in-18 de 36 pages. — Prix : 2 fr.

Lavergne (F.). — Contribution à l'étude du lichen planus. Br. in-8 de 109 pages. — Prix : 3 fr.

Martin (G.). — Hygiène de la vue dans l'écriture. Broch. in-8 de 16 pages. — Prix : 1 fr.

Nielly (M.). — Hygiène des européens dans les pays intertropicaux. 1 vol. in-18 de 300 pages avec 19 planches. — Prix : 5 fr. 50.

Ollive (G.). — Des paralysies chez les choréiques. Broch. in-8 de 73 pages. — Prix : 2 fr.

Pouillet. — Etude médico-philosophique sur les formes, les causes, les signes, les conséquences et le traitement de l'onanisme chez la femme. — Quatrième édition. 1 vol. in-18 de 220 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Sattler (H.) et Wecker (L. de). —L'ophtalmie jequiritique et son emploi clinique. Broch. in-8 de 50 pages. — Prix : 2 fr.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Cochez (A.). — De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration. Broch. in-8 de 78 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1884.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital des Enfants malades. — M. le Dr. de St-Germain a repris ses leçons cliniques le jeudi 31 janvier, à 9 h. du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphylitiques: M. Fournier, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, le samedi, à 9 heures.

Médecine. — Service de M. le Dr Lailler. — Salle Bazin (H.) : 1, psoriasis aigu ; 3, gale, blennorrhagie, phthiriase et syphilis chez un vieillard de 72 ans ; 4, lèpre ; 5, favus ; 10, arthrite syphilitique ; 12, ulcération spécifique du nez ; 13, éruptions cachectiques ; 15, papillomes du poignet ; 20, lymphangite chronique, fistules lymphatiques, éléphantiasis. — Salle Lugol (F.) : 5, hémiplégie syphilitique, iritis ; 6, eczéma aigu de la face ; 10, syphilide ulcéreuse grave, grossesse de 4 mois.

Service de M. le Dr Fournier. — Salle Henri IV (F.) : 5, penphigus ; 16, 20, syphilis héréditaire ; 18, cancer du rectum ; 8, gommes scrofuleuses. — Salle Saint-Louis (H.) : 3, syphilis maligne précoce ; 1, acné kéloidienne ; 13, érythrasma.

Service de M. le Dr Hallopeau. — Pavillon Emery : 7, cancroide de la face ; 9, lèpre ; 12, lupus. — Salle Hillairet : 4, purpura ; 3, 5, chancre syphilitique de la lèvre ; 12, lichen pilaire ; 22, bouton de Biskra ; 30, gommes multiples, arthropathies syphilitiques. — Salle Biett (F.) : 3, syphilides palmaires psoriasiformes ; 8, icthyose ; 9, eczéma des seins ; 25, zona ; 29, lupus ; 33, lichen planus ; 36, syphilis chez une femme de 70 ans donnée par un enfant qu'elle gardait ; 41, syphilides acnéiformes du nez.

Service de M. le Dr Besnier. — Salle Cazenave : 3, trichophytie de la barbe ; 13, 14, acné ; 12, pelade ; 11, eczéma pilaire ; 15 à 25, syphilis ; 25 à 32, psoriasis ; 50, pityriasis ; 62, 73, gommes scrofuleuses ; 69, purpura ; 72, lupus du nez ; 74, lupus tuberculeux ; 76, papillome.

Chirurgie. — Service de M. le Dr Péan. — Salle Cloquet : 6, arthrite purulente, arthrotomie ; 7, amputation de jambe ; 10, infiltration d'urine ; 78, amputation de cuisse. — Salle Nélaton : 1, carie costale, tumeur blanche du poignet ; 3, phlegmon périnéphrétique ; 4, fracture sus-condylienne du fémur ; 9, écrasement des doigts ; 10, synovite fongueuse du poignet ; 12, 33, 32, fracture de cuisse ; 18, fracture de côte, emphysème sous-cutané ; 25, fracture de la rotule ; 26, sarcome du pied ; 30, ostéo-myélite du fémur ; 36, fracture sus-malléolaire.

Hôpital Cochin. — Service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz. Visite à 9 heures. Consultations les mardis, jeudis, samedis. Spéculum le vendredi. — Salle I (H.) : 3, sciatique chez un rhumatisant ; 4, granulie ; 7, pleurésie purulente, empyème ; 14, hémiplégie droite, hémiplégie faciale et paralysie de l'acoustique ; 16, rétrécissement aortique ; 18, myélite syphilitique ; 25, fièvre typhoïde grave chez un syphilitique. — Salle I (F.) : 5, hystérie, analgésie généralisée ; 8, grossesse, rhumatisme mono-articulaire génital ; 10, gommes syphilitiques des jambes et du poumon ; 12, insuffisance et rétrécissement mitral, insuffisance et rétrécissement aortique, insuffisance tricuspide ; 22, tuberculose pulmonaire et ganglionnaire. — Salle II (H.) : 33, hémiplégie droite, troubles vaso-moteurs, œdème de la main et de l'avant-bras ; 35, rétrécis-

Peptone Catillon

Officiel adoptée dans les hôpit. de Paris.

Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gout. laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, pas d'équivoque dans le dosage. *1 cuill. à café représente 45 gr. de viande.*

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. *1 cuill. contient 30 gr. de viande.*

VIN : utile complément de nutrition. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande.*

CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en tablettes contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner ; en croquettes, 8 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.

Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon

0,20 de créosote du hêtre par cuillerée.

Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs.

Seul vin au quinquina ou quina ferrugineux.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878.

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Maux d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.

Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs non capables de supporter les ferrugineux ordinaires.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

sement mitral, gomme du sternum ; 37, méningite chronique tuberculeuse ; 39, paralysie labio-glosso-laryngée ; 40, anémie post-blennorrhagique ; 41, hémianesthésie saturnine et paralysie des extenseurs du poignet, embarras de la parole chez un étameur de glaces ; 44, emphysème, athérome cérébral ; 57, pneumonie du sommet droit ; 58, méningo-encéphalite chronique avec foyers successifs de ramollissement ; 59, cirrhose hypertrophique, troubles cardiaques et respiratoires ; 60, hémorrhagie cérébrale, érysipèle de la face.

Service de M. le Dr Duret. — Salle Saint-Jacques : 1, gangrène de la verge, infiltration d'urine ; 5, fracture du rachis, pied-bot paralytique ; 12, rétrécissement infranchissable de l'urèthre ; 14, pneumonie traumatique ; 15, luxation tibio-tarsienne en dehors, avec plaie ; 24, orchite tuberculeuse, fongus, 26, rupture tranmatique de l'urèthre ; 32, anévrysme de la fémorale, ligature, guérison ; 33, staphylorrhaphie ; 37, fracture du fémur chez un ataxique.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecine. — Service de M. le Dr Gouraud. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le vendredi. — Salle Aran : 2, pleurésie symptomatique ; 9, cancer du pylore, généralisation au foie à la suite d'un traumatisme ; 19, insuffisance aortique ; 21, pneumo-thorax. — Salle Rostan : 1, sclérose en plaques ; 3, purpura rhumatismal ; 13, rétrécissement mitral ; 24, aphasie hystérique.

Service de M. le Dr Tennesson. Visite à 9 heures. Consultation le samedi. Spéculum le mardi. — Salle Axenfeld : 1, fièvre typhoïde ; 6, néphrite parenchymateuse ; 7, pleurésie purulente ; 11, pleurésie aiguë ; 14, pneumonie anthracoïde ; 16, insuffisance mitrale ; 34, purpura. — Salle Nélaton : 6, ulcère de l'estomac, vomissements incoercibles ; 8, insuffisance mitrale ; 13, néphrite parenchymateuse ; 14, pelvi-péritonite.

Service de M. le Dr Landrieux. Visite à 9 heures. Consultation roulante. Spéculum le jeudi. — Salle Broussais : 3, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 4, fièvre typhoïde à forme thoracique ; 6, pleurésie et tabes spasmodique ; 10, hémorrhagie de la moelle, paraplégie ; 11, apoplexie pulmonaire ; 22, érysipèle de la face. — Salle Lorain : 4, carcinome stomacal ; 7, pneumonie caséeuse du sommet ; 8, double lésion mitrale, albuminurie ; 9, 11, 24, chloro-anémie ; 12, hystérie ; 15, asthme cardiaque ; 16, ataxie locomotrice ; 20, pleurésie et périhépatite tuberculeuses ; 27, hématocèle rétro-utérine ; 19, 25, métrite.

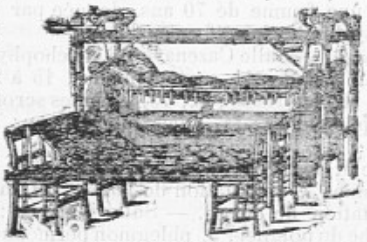
Chirurgie. — Service de M. le Dr Périer, suppléé par M. Kirmisson. Visite à 9 heures moins le quart. Consultation les lundis, mercredis, vendredis. — Salle Broca : 2, fracture de l'omoplate ; 9, abcès urineux ; 13, fistule urinaire ; 21, plaie de tête, érysipèle ; 36, résection de côte par la méthode d'Estlander ; 37, amputation de jambe ; 44, fracture compliquée, érysipèle bronzé. — Salle Cruveilhier : 1, abcès du sein ; 3, hernie étranglée opérée ; 11, coup de feu à la face.

Service de M. le Dr Delens. — Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis, jeudis, samedis. — Salle Dupuytren : 2, 14, fracture compliquée ; 4, fistule à l'anus ; 19, phlegmon du bras ; 23, fracture sus-condylienne ; 29, cancer des ganglions sus-maxillaires. — Salle Velpeau : 53, infiltration d'urine ; 54, sarcocèle ; 60, coxalgie ; 61, maladie d'Addison. — Salle Lisfranc : 6, périostite du tibia ; 7, rétrécissement de l'œsophage ; 19, fractures multiples des côtes.

LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES POUR MALADES ET BLESSÉS

Appareil adopté par l'Académie de médecine de Paris en 1847. — 19 médailles aux Expositions franç. et angl. Académies et Sociétés savantes. Dipl. d'honn., Exp. int. de Paris 1875 ; Méd. de 1re classe, Exp. int. Bruxelles 1876 ; Méd. d'Argent Paris, 1878 ; Méd. d'Or Paris, 1879 ; *Hors concours* Paris, 1880.

DUPONT, PARIS, RUE HAUTEFEUILLE, 10 (près de l'École de médecine)



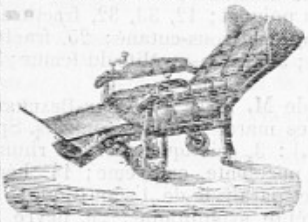
Appareil s'adaptant tous à les lits.



Voiture de promenade avec tablier et capote.



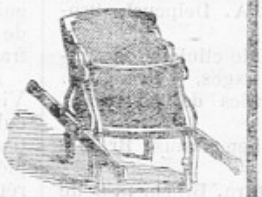
Fauteuils à grandes roues caoutchoutées, Mû par 2 manivelles.



Fauteuil à manivelles, dossier articulé.



Automoteur avec porte-pieds à 2 articulations.



Portoirs de différents systèmes.

HYDROTHÉRAPIE SCIENTIFIQUE DU Dr FLEURY

Institut Hydrothérapique de Passy-Paris

22, rue Franklin (Trocadéro).

Fondé en 1871, par le docteur Fleury et N. Pascal, son élève, cet établissement est particulièrement consacré au traitement des maladies chroniques. Il reçoit des pensionnaires et des externes. Il est situé près du Palais du Trocadéro, au milieu d'un jardin de huit mille mètres

Service médical : Dr A. Rambaud. — *Service hydrothérapique* : N. Pascal.

EXTERNAT : 11, boulevard Malesherbes, à côté de la Madeleine.

Ouvert de 8 heures à 11 heures du matin, et de 4 heures à 6 heures du soir.

PILULES SUISSES

(Pilules de Coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter, en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, *Pharmacien, 28, rue de Grammont, Paris.*

RAYMOND. De la puerpéralité. Volume in-8 de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 4 fr.

TRÉLAT (U.). Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital de la Charité (1875-1876) recueillies et rédigées par A. Cartaz. Paris, 1877. in-8 de 127 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

Le Rédacteur-gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

Efficaces contre *Affections pulmonaires, Bronchites, Emphysème, Asthme, Phthisie, Scrofule, Rachitisme.*

DOSE : 3 à 6 grains avant chaque repas. — Administration facile. — Rapide dissolution dans l'estomac. — Pas d'action caustique ou irritante.

DÉPOT : 3, Rue de Choiseul, Paris, et Pharmacies.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la Diastase, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION
MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 6. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 9 FÉVRIER 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HÔTEL-DIEU. — **M. G. SÉE.**

Un cas de pneumothorax fermé ;

Par M. le Dr Albert **MATHIEU**, chef de clinique médicale.

Nous avons observé récemment, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, un cas de pneumothorax dont l'évolution a présenté des particularités qui méritent d'être relevées. Nous nous rendons d'autant plus volontiers à l'invitation de le publier qu'a bien voulu nous faire notre maître M. le professeur G. Sée, que l'histoire de ce cas est de nature à démontrer l'exactitude de données récemment acquises sur la symptomatologie du pneumothorax.

Ces données, généralement inconnues en France, permettent d'arriver dans le diagnostic à une précision plus grande que celle dont on se contente le plus souvent, et ce n'est pas là une simple satisfaction d'amour-propre, légitime mais platonique, puisque la détermination de la forme peut amener à l'abstention ou au contraire à l'intervention thérapeutique, chirurgicale. Ce diagnostic précis, chose qui n'est pas non plus à dédaigner, peut fournir au pronostic des indications d'une réelle valeur. Voici le cas dont il s'agit :

OBSERVATION. — Le nommé Hab..., âgé de 28 ans, garde-magasin, entre le 6 octobre 1883 à la salle Saint-Christophe, lit n° 7. (Service de M. G. SÉE.)

Il y a dix-huit mois, ce malade a été atteint de fièvre typhoïde ; c'est pendant la convalescence qu'il a commencé à tousser. La toux a persisté depuis cette époque ; il est survenu de l'amaigrissement, de la perte des forces, de la fièvre hectique.

Au moment de l'entrée, la fièvre est intense et l'auscultation ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie. En effet, on trouve à droite, en arrière, de la matité dans la fosse sus-épineuse, de la submatité dans la fosse sous-épineuse, de l'expiration rude et prolongée, du retentissement de la voix, et, par la toux, un certain nombre de craquements humides. A droite, on constate de gros râles sous-crépitants dans les deux tiers supérieurs du poumon, râles qui augmentent sensiblement sous l'influence de la toux, pendant les respirations intenses qui suivent.

Au bout d'une quinzaine de jours, on trouve, en avant, à peu près exactement sur le prolongement de la ligne mamelonnaire, à la base du thorax, à gauche, un foyer de râles sous-crépitants. Les jours suivants, le malade accusait à ce niveau une douleur assez vive, que l'on exagérait par la palpation. A l'auscultation, on trouvait de la matité et des frottements. Plus tard, ces frottements et cette matité gagnèrent en étendue vers la région axillaire. La fièvre était toujours intense, l'expectoration abondante, et le malade, très inquiet et très agitable, était tourmenté par des quintes de toux extrêmement pénibles.

Le 27 *septembre*, vers la fin de la visite, à la suite d'une quinte de toux particulièrement violente, le malade fut pris dans ce même point, à la base du poumon gauche, en avant, d'une douleur excessive avec sensation de déchirement interne.

Immédiatement appelé, nous le trouvons dyspnéique, anxieux, respirant d'une façon brusque et saccadée, cherchant à immobiliser la partie droite du thorax en la comprimant avec les mains. L'idée de la production d'un pneumothorax nous vient aussitôt. Rien n'était changé dans les phénomènes de percussion et d'auscultation trouvés. *En arrière :* dans les fosses sus et sous-épineuses, des râles sous-crépitants et de véritables gargouillements, surtout à gauche. A la base, de la submatité et de l'obscurité de la respiration avec quelques frottements. *En avant :* des craquements humides d'assez gros volume sous la clavicule. Vers la base, au lieu de la submatité habituelle, de *la sonorité normale*. En ce même point, le murmure respiratoire était très obscur, lointain et comme étouffé. Il n'y avait du reste ni *souffle amphorique*, ni *bruit de succussion hippocratique*, ni *tintement métallique*. Malgré cela, nous n'hésitons pas à poser le diagnostic de *pneumothorax limité*.

28 *septembre*. Même état, mêmes phénomènes d'auscultation, mais on provoque assez facilement le *bruit de succussion hippocratique*.

29 *septembre*. Il existe une évidente *dilatation de la base du thorax* à gauche, en avant. Les espaces intercostaux sont certainement élargis, et l'on perçoit, en cherchant à les déprimer, une sensation de résistance élastique, de tension particulière. La respiration, en ce point, est toujours très affaiblie.

30 *septembre*. L'angoisse respiratoire va en augmentant ; le thorax en avant, à gauche, présente une dilatation de plus en plus marquée. A la percussion, on trouve la sonorité diminuée, et, dans toute la région de l'hypochondre jusque vers la fosse sous-clavière, une sonorité inférieure à la normale, presque de la submatité. Pas de souffle amphorique. En arrière, à la base du poumon, on constate de la submatité. Vers le tiers moyen, on trouve des râles sous-crépitants ; au sommet, de véritables gargouillements. Il existe un déplacement très appréciable du cœur ; la pointe ne s'entend plus sous le mamelon gauche, mais vers la partie moyenne du sternum. Sur le bord droit de cet os on perçoit un frémissement très appréciable.

2 *janvier*. La dilatation de la base du thorax est encore plus accentuée ; elle occupe l'hypochondre à sa partie antérieure et vers l'aisselle. Dans la région la plus déclive, il y a de la matité qui s'élève jusqu'à quatre travers de doigt environ. Au-dessus, jusqu'au delà du mamelon, la percussion donne une sonorité à peu près normale, qui n'a rien de tympanique ni d'amphorique. Le déplacement du cœur est encore plus appréciable ; le point bat nettement en dehors du bord droit du sternum. A la palpation, on constate un frémissement très marqué, une sorte de frottement superficiel.

Depuis que le pneumothorax s'est produit, la douleur est restée très vive dans toute la partie antérieure du thorax, à gauche. Elle présente des exacerbations très pénibles, surtout sous l'influence des quintes de toux. Le malade est dans un état d'anxiété très grand, que calment insuffisamment des injections hypodermiques de morphine. On détermine assez difficilement le bruit d'airain. Quand la percussion, à l'aide de pièces de monnaie, est faite en avant et qu'on place l'oreille à la partie postérieure du thorax, on perçoit dans le lointain un bruit d'airain à peine reconnaissable. On le provoque plus nettement en auscultant latéralement, à quelque distance du point de la percussion.

3 *janvier*. On cherche à remédier par une ponction à la dyspnée et au déplacement du cœur. On emploie la plus fine aiguille de l'appareil de Potain ; elle est garnie de baudruche à son extrémité, de façon à ce que la pénétration

© BIU Santé

de l'air soit rendue complètement impossible. La ponction est faite à trois travers de doigt environ au-dessous du mamelon et à deux travers de doigt en dehors, dans un point où l'on constate à la percussion une sonorité à peu près normale. Tout d'abord, il sort par l'aiguille des gouttes de sérosité citrine qui se succèdent rapidement, puis il s'échappe des bulles d'air. On adapte alors l'aiguille à la bouteille de l'appareil, le vide ayant été préalablement pratiqué. Il est facile de se rendre compte de l'issue d'une notable quantité de gaz : en effet, on voit des bulles aériformes traverser avec une grande vitesse le petit tube de verre interposé sur le trajet du tube de caoutchouc. Le vide est fait de nouveau dans la bouteille à deux ou trois reprises. Pendant l'opération, on ne constate rien de particulier dans l'habitus du malade. Il ne semble pas, toutefois, que la pointe du cœur ait tendance à regagner sa place normale.

Immédiatement après la ponction, on constate par la percussion, au niveau du pneumothorax, une augmentation notable de la sonorité, un véritable *bruit amphorique*. Pas de souffle amphorique correspondant à la percussion. Dans l'après-midi qui suit la ponction, l'état du malade est plutôt aggravé qu'amélioré. Il a éprouvé dans toute la région du pneumothorax une douleur très vive, et sa dyspnée a pris des proportions encore plus grandes.

4 *janvier*. La dyspnée est moins intense, mais la dépression est très grande. Elle s'accentue encore le lendemain, et la mort survient dans le collapsus.

Autopsie. — Avant de la pratiquer, on constate que la sonorité est très exagérée dans tout l'hypochondre gauche et l'on obtient par la percussion un bruit nettement amphorique. L'absence de trocard à robinet empêche de constater au manomètre quelle est exactement la pression dans la poche pneumothoracique. Toutefois, comme l'air s'échappe avec une force réelle par la canule introduite, il est évident que cette pression est supérieure à celle de l'atmosphère.

A l'ouverture du thorax, on tombe sur une vaste poche à moitié remplie de gaz et de liquide. Il y a à peu près un litre de liquide citrin, et le gaz occupe un volume certainement plus considérable. Dans le sens vertical, l'hydropneumothorax occupe à peu près toute la hauteur de la cavité pleurale; latéralement, il déborde le sternum ou tout au moins affleure son bord droit, de façon à se placer au-devant du péricarde et à refouler le cœur à droite et en arrière. D'avant en arrière, au contraire, le pneumothorax n'occupe qu'une partie du thorax. En effet, le poumon aplati, appliqué dans le fond de la gouttière costo-vertébrale, occupe encore toute la hauteur de la poitrine. Il est fixé au diaphragme sur une étendue de 4 à 5 centimètres. La poche est constituée par la plèvre épaissie et revêtue dans toute son étendue par une couche jaune-terne de fibrine amorphe. Il est impossible de retrouver l'endroit où s'est faite la perforation.

A la partie inférieure, sur le diaphragme, il existe une couche assez épaisse de fausses membranes fibrineuses qui paraissent arrachées, déchiquetées. Des dépôts semblables, mais moins abondants, se retrouvent à la surface du feuillet pleural qui tapisse la face antérieure du poumon, transformé en lame aplatie.

Le *poumon* gauche, tassé dans la gouttière costo-vertébrale, est résistant, d'aspect grisâtre, atelectasié. A la surface des coupes pratiquées dans son épaisseur, il existe de nombreuses bronches béantes. Dans ses deux tiers supérieurs, il y a des tubercules disséminés et deux ou trois petites cavernes du volume d'une noix. L'une d'elles siège à peu près à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs; elle est accolée à la plèvre, assez inégale, recouverte de détritus fibrineux à cet endroit? Peut-être est-ce là que s'est faite la perforation?

Le *cœur* est fortement déplacé. Sa pointe est refoulée au niveau du bord droit du sternum; il paraît complètement immobilisé dans la situation qu'il occupe. Il y a de la péricardite sèche, fibrineuse, plus développée en avant et en dedans, dans la région qui correspond à la plèvre gauche.

Le *poumon droit* présente à son sommet des cavernules et dans ses deux tiers supérieurs une abondante infiltration tuberculeuse. Vers la base, il est fortement congestionné; c'est presque de l'apoplexie pulmonaire.

Dans ces dernières années, l'étude du pneumothorax, qui n'avait guère fait de progrès depuis Laënnec, a été reprise par Weil (de Heidelberg). Il a exposé le résultat de ses recherches cliniques et expérimentales dans une série d'articles publiés in *D. Arch. f. Klin. medicin.*, en 1882. En 1883, ses théories ont été confirmées cliniquement par Seifert, dont le travail a été consigné dans le même journal.

Voici le résumé des idées de Weil. Le pneumothorax peut être *ouvert* ou *fermé*. Il est *ouvert* lorsque la perforation qui lui a donné naissance ne s'est pas oblitérée, et qu'une fistule continue à permettre librement l'accès de l'air dans la plèvre. Il y a communication permanente entre l'atmosphère et la cavité pleurale. Il y a, par conséquent, équilibre presque complet entre la pression extérieure et la pression intérieure.

Dans le pneumothorax *fermé*, toute communication avec le dehors se trouve interrompue. Suivant les circonstances, la pression intérieure pourra se trouver inférieure ou supérieure à la pression athmosphérique. L'abaissement de la pression est naturellement favorable à la guérison du pneumothorax : en effet, les parois de la cavité tendent à revenir au contact ; la plèvre pariétale et la plèvre viscérale tendent à s'accoler. Quant la pression s'élève, au contraire, le poumon est de plus en plus rétracté, les feuillets séreux s'écartent, les organes voisins sont refoulés, et le déplacement du cœur est un danger nouveau.

Il est une forme de pneumothorax dans lequel cette tendance à la pression exagérée est surtout marquée : c'est le *pneumothorax à soupape*. A l'endroit où la fistule broncho-pleurale débouche dans la plèvre, il peut se présenter une languette membraneuse qui joue le rôle de soupape ; tantôt c'est un débris de plèvre, tantôt une fausse membrane, un fragment de fibrine. L'air entre, facilement appelé par l'inspiration ; à l'expiration, le passage est oblitéré, la soupape se referme. Le résultat est forcément l'accumulation des gaz dans la cavité pleurale, par le mécanisme du fusil à vent. La pression tend à s'exagérer jusqu'à ce qu'elle ait acquis un degré tel qu'elle ne peut plus être vaincue par l'inspiration, même par l'inspiration violente, spasmodique, d'une quinte de toux.

Ce pneumothorax à soupape se transformera tôt ou tard en pneumothorax fermé, par l'accolement définitif de la valvule et la cicatrisation de l'orifice. Dans sa cavité, soumise déjà à une pression excessive, la pression pourra s'accroître encore : il suffira pour cela que la pleurite détermine l'exsudation liquide ; que ce liquide donne lieu, par décomposition putride, à des gaz autochtones. On conçoit que, dans ces conditions, l'immobilisation du thorax, sa dilatation, le refoulement du cœur seront très accusés. Il y aura donc par ce fait menace d'asphyxie, de syncope, d'asystolie; en tout cas, une dyspnée considérable, une angoisse extrême. La mensuration directe de la pression gazeuse intra-thoracique est le moyen le plus simple, le plus direct, de faire le diagnostic de ces formes diverses du pneumothorax. Il suffit d'une aiguille, d'un tube de caoutchouc muni d'un robinet et d'un manomètre. Dans la même séance, on

© BIU Santé

pourra faire au besoin la mesure de la pression et l'évacuation du gaz si l'indication s'en présente.

D'une façon générale, en théorie tout au moins, on facilitera la guérison du pneumothorax, si tant est qu'elle soit possible, en diminuant la pression gazeuse. En tous cas, on pourra souvent améliorer beaucoup la situation du malade, quand la pression exagérée est une cause de dyspnée, une menace d'asphyxie. Avec le pneumothorax à soupape, on n'obtiendra qu'une amélioration momentanée, passagère. Il faut, pour que le bénéfice de la ponction persiste, que l'ouverture soit définitivement oblitérée.

On voit que cette distinction clinique peut conduire à d'intéressantes applications opératoires.

Revenons maintenant au cas que nous avons rapporté plus haut. Son évolution particulière nous avait permis d'affirmer, pendant la vie du malade, qu'il s'agissait d'un pneumothorax *partiel, fermé, à pression positive*, supérieure à la pression atmosphérique. Ce diagnostic nous a amené à faire une ponction qui, dans l'espèce, a été plus nuisible qu'utile, en vertu de particularités qu'il est facile de déterminer et qu'il peut être bon de mettre en évidence.

a) Le pneumothorax était partiel. En effet, il s'est produit à la région antérieure du thorax, dans un point où il existait certainement de la pleurésie chronique, pleurésie dont nous connaissions parfaitement l'existence. Il s'est développé petit à petit, en avant, sans apparaître à la région postérieure. La persistance des signes d'auscultation antérieurs au pneumothorax, l'absence de souffle amphorique à l'auscultation, de bruit amphorique à la percussion, indiquaient nettement que le poumon refoulé continuait à occuper cette région, ce que l'autopsie a vérifié.

L'absence de l'amphorisme en avant n'était nullement contraire à l'existence d'une perforation pleurale et d'un pneumothorax partiel ; en avant, l'amphorisme manque presque toujours.

b) Le pneumothorax était *fermé, à pression positive*. Dans les premiers jours, il s'est agi certainement d'un pneumothorax à soupape. L'air pouvait entrer, mais ne pouvait sortir. La chose est bien évidente, puisque le pneumothorax continuait à s'étendre, malgré les fausses membranes qu'il était forcé de décoller, de déchirer.

En tout cas, sa pression était positive : de là le déplacement du cœur, la dilatation du thorax, et le peu de résonnance que donnait la percussion. Cette résonnance a précisément augmenté après la ponction et après la mort, parce que la pression extérieure avait diminué et que les conditions de production du tympanisme se trouvaient réalisées. Le tympanisme fait défaut, on le sait, si la pression gazeuse est exagérée. Enfin, preuve concluante, par la ponction sur le vivant, on a donné issue à du liquide et à du gaz.

La cavité pneumothoracique s'était faite petit à petit. Il lui a fallu quatre jours pour atteindre son maximum d'amplitude. Cela tient évidemment à ce qu'elle s'est produite au centre d'une plaque de pleurésie adhésive. Il lui a fallu décoller petit à petit les fausses membranes qui réunissaient les deux plèvres, et il semble qu'on aitretrouvé sur le cadavre les débris fibrineux de ces fausses membranes, de ces adhérences déchirées. Ces déchirures multiples, ce décollement progressif ont sans doute été la cause de cette douleur permanente, avec exacerbations intenses, qu'éprouvait le malade.

La notion de l'existence antérieure de la pleurésie adhésive eût peut être dû nous amener à ne pas faire de ponction. Pour que l'évacuation du gaz et du liquide contenus dans la plèvre, sous une pression positive, puisse être utile, il faut naturellement que les membranes séreuses aient assez d'élasticité pour leur permettre de revenir sur elles-mêmes. Ici, leur inflammation, leur épaississement étaient très marqués et le cœur se trouvait par là même fixé dans sa situation anormale. La ponction évacuatrice n'a donc pas pu ramener les organes à leur place, corriger leur dislocation ; elle n'a guère servi qu'à provoquer de nouveaux tiraillements, de nouvelles sensations douloureuses. Il eût donc été absolument contre-indiqué de renouveler une semblable tentative.

La conclusion de tout ceci, c'est que les indications physiques, manométriques, ne doivent pas suffire, et qu'il faut faire entrer en ligne de compte les renseignements importants que donne l'observation clinique. Il faut être très prudent et très éclectique quand il s'agit d'iatro-mécanique.

CLINIQUE MENTALE

ASILE SAINTE-ANNE. — **M. MAGNAN.**

De la dipsomanie.

Leçons recueillies par M. le Dr Marcel **BRIAND** et revues par le professeur (1).

Messieurs,

Chez tous les dipsomanes, l'impulsion est précédée des mêmes prodrômes et se traduit de la même façon, avec cette seule différence que, suivant l'éducation ou l'intelligence du sujet, l'entourage s'aperçoit plus ou moins vite de la maladie. D'ailleurs, quelques-uns d'entre eux déploient beaucoup d'habileté pour cacher cet état aux yeux de tous.

La lutte que livrent plusieurs de ces malheureux, avant de céder à leur funeste penchant indique, d'une manière très nette, combien ils diffèrent des ivrognes ordinaires. Ceux-ci recherchent les occasions de boire ; le dipsomane, au contraire, commence par les fuir ; il se fait des reproches ; il se fait à haute voix l'énumération des tourments divers qui l'attendent ; il cherche à se dégoûter par mille moyens, il souille même parfois sa boisson dans l'espoir de ne pas céder à la tentation; jamais le buveur ordinaire n'agit de la sorte. Trélat a rapporté une observation très intéressante sous ce rapport.

« Madame N... était une personne d'un caractère sérieux. Elle avait eu dans sa vie plusieurs établissements qui ont toujours échoué par la même cause : habituellement régulière et économe, elle était prise de temps en temps d'accès irrésistibles de monomanie ébrieuse qui lui faisaient tout oublier, intérêts, devoirs, famille, et ont fini par la précipiter d'une grande aisance dans une ruine complète.

« On ne pouvait, sans être pris d'une vive compassion, entendre le récit des efforts qu'elle a faits pour se guérir d'un penchant qui lui a toujours été si funeste. Quand elle sentait venir son accès, elle mettait dans le vin qu'elle buvait les substances les plus propres à lui en inspirer le dégoût. C'était en vain. Elle y a mêlé jusqu'à des excréments. En même temps, elle se disait des injures : « Bois donc, misérable, bois donc, ivrogne,

(1) Voir les nos 4 et 5.

© BIU Santé

bois, vilaine femme qui oublies tes premiers devoirs et qui déshonores ta famille ! » La passion, la maladie était toujours plus forte que les reproches qu'elle se faisait et que le dégoût qu'elle cherchait à s'inspirer (1). »

Quand il finit par succomber, le dipsomane se comporte encore autrement que l'ivrogne ; il se cache, s'isole après être entré furtivement chez le marchand de vin, d'où il s'échappe ensuite tout honteux. Le buveur de profession, au contraire, est bruyant, tapageur, cherche des amis pour aller au cabaret, fait étalage des bouteilles qu'il a vidées et met une certaine gloriole à raconter ses exploits. L'un est aliéné avant de boire, l'autre ne devient aliéné que parce qu'il a bu.

Le récit fait par le dipsomane lui-même de ses efforts pour résister aux impulsions est des plus instructifs : c'est d'abord pour se remonter et s'aider à supporter la lutte qu'ils boivent le premier verre, en se promettant de s'en tenir là ; ou bien encore pour diminuer le sentiment de chaleur qu'ils éprouvent à la gorge ; mais, dès ce moment, la résistance intérieure est épuisée ; ils ressentent une légère excitation, un sentiment de bien-être passager, de plénitude, une sorte de soulagement à leur état ; rien alors ne peut les arrêter et les voilà maintenant entraînés à précipiter leurs libations. A tout prix, il leur faut leur boisson favorite et rien, sauf la séquestration, ne saurait les retenir.

Nous avons dans le service une malade dont l'examen fera mieux ressortir que toute description l'état moral habituel des dipsomanes, la période de tristesse qui précède chacun de leurs accès, leur lutte avant de succomber, les moyens qu'ils emploient pour satisfaire leur passion, enfin et surtout le remords qui les tourmente après chaque chute nouvelle.

Marie T..., femme F..., couturière, âgée de 51 ans, est entrée plusieurs fois à Sainte-Anne ; son grand-père maternel s'est suicidé, sa mère, à 40 ans, a été prise de délire mélancolique. La malade, dans un régiment où elle était cantinière, a contracté quelques habitudes alcooliques et buvait un peu d'eau-de-vie par occasions : « le métier le voulait ainsi ». Mais alors elle buvait sans impulsion, uniquement pour ne pas refuser ce qu'on lui offrait ; ce point est important à faire ressortir. A 34 ans, elle se plaignait de crampes dans l'indicateur et le pouce de la main droite et s'apercevait que la sensibilité s'émoussait dans les mêmes doigts ; il lui fallut apprendre à coudre de l'autre main. On lui appliqua sans résultat des courants induits. Deux ans après, elle eut, sans aucun motif, un premier accès de tristesse ; elle crut pouvoir le dissiper en prenant de l'eau-de-vie de marc et ne réussit qu'à perdre le sommeil. Ce n'était pas encore à proprement parler un accès dipsomaniaque bien caractérisé, mais, un peu plus tard, cette femme tomba de nouveau dans la tristesse. Elle se sentait anéantie, pleura et se lamenta pendant deux jours comme à l'approche d'un malheur ; un gonflement de l'estomac lui occasionnait des spasmes, et, pour la première fois, elle ressentit un besoin de boire qui n'étant pas de suite satisfait devint irrésistible ; elle s'enfuit de la maison pour ne pas se montrer en état d'ivresse à son entourage et courut les cabarets. Prise de honte à la suite de cette fugue, elle se reprocha son inconduite et se jura de ne plus recommencer. A partir de ce jour, elle devint relativement sobre par habitude, mais, depuis, elle a par intervalles irréguliers des périodes de mélancolie se manifestant surtout par un sentiment d'impuissance « qui lui coupe bras et jambes » et l'empêche de se livrer à aucun travail ; son estomac lui semble brûlant ; elle a sur la poitrine comme la sensation d'une barre qui l'étoufferait. Ces phénomènes sont immédiatement suivis d'un besoin de boire.

L'impulsion la conduit rapidement à des excès dont elle se désole ensuite de bonne foi, mais sans pouvoir résister quand un nouvel accès la prend. Des accidents alcooliques la conduisirent un jour à la Pitié, où la poursuivirent des idées de suicide ; là, elle a tenté à plusieurs reprises de s'échapper de son lit pour aller se jeter, disait-elle, dans la fosse aux ours du Jardin-des-Plantes ; et, trompant une fois la surveillance dont elle était l'objet, elle réussit à s'enfuir, enjamba la rampe de l'escalier et se précipita d'un deuxième étage.

Comme elle ne s'était fait presque aucun mal et qu'une voix lui criait de recommencer de plus haut, elle remonta au troisième étage et se préparait encore à se jeter en bas, lorsqu'on intervint. La nuit suivante, elle tentait de s'étrangler avec ses draps ; le lendemain, on la conduisait, pour la première fois, à Sainte-Anne. Elle avait des hallucinations terrifiantes, voyait des serpents, des oiseaux, des chats blancs qui venaient la dévorer, des gens armés qui voulaient la tuer ; on l'injuriait, tout le monde se liguait contre elle.

Depuis 18 mois qu'elle est à Ste-Anne, ce fond mélancolique ne s'est pas modifié. Elle n'a cependant commis aucun excès, bien qu'elle fût chargée de surveiller au moment des repas le vin distribué sur les tables. Plusieurs fois, cependant, elle s'est sentie poussée à vider les verres qu'elle avait sous les yeux, mais, grâce à la surveillance, elle n'a pu boire ; d'ailleurs, elle aurait eu trop honte, dit-elle, de succomber, une voix intérieure lui recommandant la résistance : « On te chassera, lui disait-on, si tu bois. » Nous savons ce que vaut pareille affirmation. Il se produisit, malgré la sobriété de la malade, un phénomène sur lequel nous aurons l'occasion de revenir ; l'équilibre physiologique se trouvant rompu pendant cette période préparatoire de l'accès dipsomaniaque, Marie fut prise au milieu de la nuit d'un accès de délire alcoolique ; elle vit des figures grimaçantes, des ombres chinoises qui gesticulaient sur le mur, des flammes, des étincelles, et elle sentit des mauvaises odeurs. Vous la voyez aujourd'hui dans son état habituel ; elle entend une voix intérieure « qui ne résonne pas à son oreille », mais qui lui dit mentalement : « Tu as beau faire, tu finiras par te tuer, tu es une misérable ; celle qui a commencé à faire le mal finit par se faire du mal. » Enfin, cette femme offre une dernière particularité bien singulière. Quand elle marche avec une autre malade, elle a toujours soin de la placer à droite, car il lui est impossible de sentir quelqu'un à sa gauche. Si elle fixe une lumière de l'œil gauche, la lumière va tomber sur sa tête, tous les objets qu'elle regarde de cet œil se mettent à osciller. Ses artères sont athéromateuses, tous les modes de la sensibilité sont affaiblis à gauche.

Quelles liqueurs choisissent de préférence les dipsomanes ?

Toutes les boissons alcooliques leur sont bonnes, une malade buvait de l'eau de Cologne, la première femme que je vous ai présentée prenait du vulnéraire ; vous vous rappelez cette autre qui absorbait, dans ses premiers accès, de la teinture de menthe, et plus tard de l'absinthe ; nous en verrons encore une qui préférait le vin. Un aliéné bien connu du monde médical, le comte de R..., a recours à l'éther qu'il avale sur du sucre ; et, sa

(1) Trélat, *loc. cit.* p. 160.

© BIU Santé

mère, qui semble aussi avoir été dipsomane, en respirait par habitude et allait parfois jusqu'à en mettre dans des lavements. Toutefois, beaucoup de dipsomanes ne choisissent pas et s'emparent de toute boisson qui leur tombe sous la main.

Ce n'est pas seulement pendant leurs phases impulsives que les dipsomanes diffèrent des ivrognes ; ils s'en écartent encore un peu dans le délire toxique dont leurs excès alcooliques sont suivis. Tandis que l'ivrogne, qui demande sans cesse du vin, de l'eau-de-vie, du champagne... etc., prend les médicaments qu'on lui présente si on a soin de les lui offrir en les désignant du nom de la boisson qu'il réclame, le dipsomane, au contraire, quand l'impulsion est satisfaite, fuit dès qu'on lui parle d'alcool ou de toute autre liqueur qui lui produit une répugnance insurmontable. Notre première malade ne pouvait, entre ses accès, supporter l'odeur du vulnéraire qu'elle buvait à plein verre en d'autres moments ; des deux autres sujets actuellement dans le service, l'une ne prend par habitude que de l'eau, du lait, du bouillon et fort peu de vin ; l'autre reste, après chaque accès, pendant quelques jours sans vouloir même prendre aucun liquide.

Impulsions multiples. — L'état d'anéantissement et d'épuisement dans lequel se trouve le dipsomane après la disparition des accidents alcooliques ne doit pas être confondu avec la phase mélancolique préparatoire de l'accès ; la prostration dans laquelle ils sont plongés est un peu la conséquence de la fatigue intellectuelle et physique qui s'est emparée d'eux, mais elle tient surtout au désespoir qu'ils éprouvent d'être retombés dans les excès dont ils rougissent. Le repentir les pousse alors à des actes de désespoir dont les suites finissent souvent par devenir funestes. Honteux de leur conduite et des soucis qu'ils causent à leur famille, découragés par une lutte perpétuelle d'où ils sortent toujours vaincus et plus avilis, ils sont poussés à se donner la mort et expliquent par leurs remords les impulsions au suicide qui viennent s'ajouter à l'impulsion à boire. Certains mettent une telle persistance de volonté dans leurs projets qu'on est sûr qu'ils finiront tôt ou tard par aboutir. Parfois même l'état se complique d'impulsions homicides, qui rendent ces aliénés très souvent dangereux.

Pour bien nous pénétrer de cette idée que le dipsomane peut présenter toutes sortes d'impulsions, nous allons examiner un homme poursuivi par des idées de suicide d'une rare persistance.

Louis H..., sculpteur, âgé de 35 ans, est né d'un père ivrogne qui voulait se suicider et d'une mère hystérique qui, à la suite d'une contrariété, eut, un jour, sous les yeux du malade, une attaque convulsive, suivie de délire avec paroles extravagantes et grossières. Il a toujours eu une tendance à la tristesse, et son chagrin est augmenté par la crainte d'être un enfant naturel ; il ne sait comment cela finira, car son esprit est, depuis plusieurs années, hanté par des idées de suicide.

Il a commencé de bonne heure à abuser des boissons spiritueuses ; mais il a remarqué qu'il faisait surtout des excès quand ses idées mélancoliques augmentaient. C'est ainsi qu'il explique, par les conditions maladives dans lesquelles il se trouvait par périodes, les tentatives de suicide qu'il a faites et dont voici les principales :

En 1869, étant en garnison à Lyon, fatigué de la vie militaire et ne pouvant se débarrasser d'un insurmontable ennui, Louis se sent poussé à boire et fait pendant deux jours de nombreuses libations d'absinthe à la suite desquelles, n'osant rentrer à la caserne, il se jette dans la Saône. Il en est retiré par deux camarades qui l'avaient suivi sur le bord de l'eau.

En 1871, après la rupture d'un mariage projeté depuis longtemps, il est pris d'un nouvel accès de chagrin qui l'entraîne malgré lui à prendre du bitter, dont il boit une assez grande quantité pendant trois ou quatre jours ; peu après, pris d'un nouvel accès de désespoir, il se pend au-dessus de la porte de la jeune fille avec laquelle il était fiancé. Quelqu'un arriva assez tôt pour couper la corde.

Quatre ans plus tard, pour un motif dont il ne se souvient même plus, après s'être de nouveau mis à boire impulsivement pendant trois jours, il ferme hermétiquement sa chambre à coucher, allume un réchaud de charbon et tente de s'asphyxier. Un mouvement qu'il fit sur son lit l'entraîna sur le parquet. Le bruit de sa chute attira les voisins qui enfoncèrent la porte et purent le ranimer.

En 1876, il est arrêté par des passants au moment où il enjambait le parapet du pont d'Austerlitz. L'année suivante, poursuivi par les mêmes idées de suicide, il boit cette fois sans y être poussé, mais pour se donner du courage, et se rend dans un établissement de bains avec l'intention bien arrêtée de s'ouvrir les veines dans la baignoire. Le garçon, frappé par son aspect égaré, surprit son dessein et parvint à l'éconduire.

Dans une autre circonstance, il tentait de s'empoisonner avec un mélange d'alcool camphré, de sulfate de zinc, de sel de cuisine et d'eau de goudron, mais l'estomac rejeta presque aussitôt ce breuvage, et le lendemain, son accès dipsomaniaque le prenant, il s'enivrait pendant six jours et faisait ensuite une nouvelle tentative en avalant de l'ammoniaque. Il en fut quitte à assez bon compte, la solution dont il s'était servi étant peu concentrée et sa mauvaise odeur l'ayant empêché d'en prendre une grande quantité.

Ces faits sont suffisants pour établir les dispositions mélancoliques de H.... Depuis quelques années, en dehors de ses accès, son hygiène est mauvaise, car il prend parfois le matin de la soupe au vin, parce que cette nourriture lui est plus facile à préparer. Mais, de temps à autre, une ou deux fois par mois, il se sent plus triste, plus anéanti, plus découragé que de coutume, il perd l'appétit, se plaint de douleur et de constriction à l'estomac ; il lui semble que sa tête va éclater, sa vue se trouble, il voit comme à travers un brouillard, puis, se sentant poussé à boire, il cherche d'abord à résister, lutte quelques heures, mais finit par sortir de l'atelier seul, sous un prétexte quelconque, pour aller chez le marchand prendre un premier verre de vin pur. Il rentre ensuite, se remet à l'ouvrage mais sort encore un instant après et boit un autre verre, puis deux, puis trois, etc., enfin, vers le soir, il achète de l'eau-de-vie qu'il monte dans sa chambre et la place sur sa table de nuit pour l'absorber dans son lit. Voilà bien un véritable accès dipsomaniaque. La nuit qui suit est toujours mauvaise ; le peu de sommeil du malade est troublé par des cauchemars et des hallucinations plus ou moins terrifiantes ; le lendemain, le surlendemain, il reste couché sans boire ni manger. Le troisième jour il se lève, se promène, va déjeuner et reprend son travail et son hygiène ordinaire.

En dehors des efflorescences de délire alcoolique occasionnées par les excès, Louis a quelques idées de persécution ; il se croit souvent suivi dans les rues par des gens qui le menacent de coups de couteau. Parfois,

© BIU Santé

aussi, il entend par l'oreille gauche des injures, des menaces : « Tu n'es qu'un voleur ; viens donc, cochon, que je te frappe, etc. » Par l'oreille droite, au contraire, il ne lui arrive que des choses agréables ; on fait son éloge, on l'encourage ; il entend des paroles affectueuses d'une femme qui l'appelle « mon chéri ». L'oreile gauche est plus fréquemment hallucinée que la droite. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les parasites du sang dans l'hématochylurie.

L'hématochylurie étant à l'ordre du jour, il n'est pas trop tard pour revenir sur l'article intéressant que Scheube a consacré à cette question dans le courant de l'année dernière, et pour en résumer les principaux passages. Nos lecteurs pourront également se reporter au *Bulletin* du 14 juillet 1883, dans lequel M. Comby a brièvement exposé la symptomatologie et la distribution géographique de l'hématochylurie.

Les embryons qu'on trouve dans le sang des hématochyluriques sont des animalcules cylindriques, allongés, lisses, enveloppés d'une membrane anhiste et dépourvus de tout organe apparent, si ce n'est une double raie occupant la région moyenne du corps. L'extrémité antérieure, qu'on peut, avec tant soit peu de bonne volonté, appeler *la tête*, est mousse et arrondie. L'extrémité postérieure ou *queue* est effilée et se termine par une sorte de grand cil vibratile qui sert à la progression (en godillant), comme le filament du spermatozoïde.

On voit que la constitution de ces êtres, quoique bien supérieure à celle des microbes proprement dits, est encore très rudimentaire. Sur ce point, les observateurs sont d'accord. Il en est autrement à l'égard de leurs dimensions qui ont été, jusqu'à ce jour, très diversement évaluées. Scheube parait les avoir déterminées avec plus de précision que tous les autres. Pendant un séjour qu'il a fait au Japon, il a pu lui-même étudier de près ces embryons et il leur attribue une longueur de 216 millièmes de millimètre, pour une largeur de 0,004 millièmes seulement. Leur nombre dans les urines et dans le sang est excessivement variable.

Dans ces dernières années, Manson a fait à Amoy des observations très curieuses sur l'origine et le développement de ces parasites. Selon Manson, les embryons de *filaria sanguinis* ne deviendraient jamais adultes dans le corps de l'homme. Ils abandonneraient l'homme pour un milieu plus propice à leur accroissement, mais non sans esprit de retour. Les moustiques constituent pour eux ce séjour intermédiaire.

Les moustiques mâles n'ont pas d'aiguillon et ne vivent pas de sang humain. Les moustiques femelles seules s'attaquent à l'homme, et absorbent avec son sang des embryons de filaires. On en trouve, en effet, dans leur estomac en quantité considérable ; la plus grande partie est digérée ; les autres s'accroissent dans un laps de temps qui ne dépasse guère six jours, jusqu'à atteindre une longueur de 1/15 de pouce. Désormais, ce sont des larves visibles, vivaces, plus élevées en organisation, car elles ont un canal intestinal ; même leur extrémité céphalique porte plusieurs papilles, organes de perforation, qui permettront plus tard à l'animalcule de rentrer dans le corps de l'homme.

Les femelles des moustiques vont déposer leurs œufs au bord de l'eau, et meurent. Les larves de filaire deviennent alors libres. Manson suppose qu'elles pénètrent le plus souvent chez l'homme par l'estomac, les indigènes ne filtrant jamais l'eau dont ils s'abreuvent ; il admet cependant qu'elles peuvent traverser le tégument externe chez ceux qui se baignent dans les rivières ou les marais infestés de larves. De quelque façon qu'elles s'introduisent, elles cherchent dans le corps de l'homme un milieu plus convenable que la muqueuse intestinale ou que le tissu sous-dermique, et, lorsqu'elles ont trouvé ce milieu, elles se sexualisent.

Tout cela, au dire de Manson, serait facile à constater. Ce médecin prétend même s'en être assuré plusieurs fois lui-même par le procédé suivant. Un Chinois atteint d'hématochylurie est enfermé, le soir, dans une moustiquaire dont on laisse une paroi ouverte pendant quelques instants. Une lumière placée à côté du Chinois attire les moustiques. Aussitôt que les moustiques sont en nombre, le Chinois ferme le moustiquaire et éteint la lumière. Le lendemain matin, Manson recueille avec soin les monstiques engraissés du sang du Chinois, les enferme dans des bouteilles et suit pas à pas le développement des embryons de filaires dont leurs estomacs sont remplis.

Cobbold adopte complètement les conclusions de Manson. Leuckart et Lewis, au contraire, émettent quelques doutes. Ce dernier, par exemple, admet bien que les embryons de la *filaria sanguinis* passent dans l'estomac des moustiques et y subissent certaines modifications ; il a bien vu aussi que ces estomacs de moustiques renferment de jeunes nématodes qui pourraient être le stade de développement ultérieur des embryons absorbés. Mais rien ne prouve d'une façon absolue qu'il en soit ainsi. D'ailleurs, les expériences de Manson n'ont pas pu être reproduites avec succès. Ainsi, Myers, à Formose, a fait boire à des singes de l'eau sur laquelle des moustiques avaient posé leurs œufs. Les singes n'ont pas contracté la maladie de la filaire. Il est vrai que les moustiques de Formose ne sont pas de la même espèce que ceux d'Amoy ; Myers pense que ceux-là ne sont pas un milieu favorable au développement des embryons, qui seraient totalement digérés dans l'estomac. Telle serait aussi la raison pour laquelle la maladie de la filaire ne serait pas endémique à Formose, tandis qu'elle l'est à Amoy.

Le parasite adulte dans le corps humain est une rareté. Bancroft cependant l'y a observé, et prétend qu'il peut atteindre jusqu'à quatre pouces de long. Il a donc, sous ce rapport, quelque analogie avec la filaire de Médine, qui, dans certains cas, prend des proportions beaucoup plus considérables. Mais, il est un problème dont la solution est encore à trouver : pourquoi les embryons de *filaria sanguinis* sont-ils si abondamment répandus dans le sang pendant la nuit ? Pourquoi sont-ils si rares pendant le jour ? Prétendre qu'ils sont noctambules, comme les acares de la gale, ne suffit pas. Ce qui est peu probable, c'est que, chaque nuit, une nouvelle génération

© BIU Santé

naisse pour disparaître dans la journée suivante. Ce qui est certain, au contraire, c'est que les parasites en question se cachent, durant le jour, dans certaines régions de l'économie où ils sont inaccessibles à l'expérimentateur. Comme il était à supposer que la lumière avait peu d'influence sur ce phénomène, Mackenzie observa pendant quelque temps un jeune soldat de l'armée des Indes, atteint de *filaria sanguinis*, et qui voulut bien intervertir l'ordre et l'emploi de son temps, en dormant le jour et en travaillant la nuit. Il fut prouvé, dès lors, que la présence des embryons de filaire dans le sang ne tient qu'au genre de vie de celui qui leur sert d'asile. On peut supposer, par exemple que, pendant le jour, les mouvements du corps, le travail de la digestion accumulent les parasites dans les voies lymphatiques, tandis que, pendant la nuit, grâce au repos et à l'horizontalité, la circulation s'accomplit dans des conditions plus favorables, et que le passage des embryons, de la lymphe dans le sang, ne rencontre plus d'obstacles. Cette explication paraît satisfaire Scheube. Il nous sera permis cependant de faire quelques réserves.

Quant à l'élimination spontanée des embryons de filaire, elle se fait par toutes les voies de secrétion et d'excrétion; on les rencontre surtout dans l'urine, mais on les a trouvés jusque dans les larmes. E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 janvier 1884.—Présidence de M. Rolland (1).

M. Richet rend compte d'expériences auxquelles il a assisté à l'hôpital Saint-Louis, sur la *chloroformisation par les mélanges titrés*. M. Richet était présent à 2 opérations faites par M. Péan. Il y eut de l'agitation et des nausées pendant la chloroformisation. Sans tenir un très grand compte de ces deux cas seulement, M. Richet remonte dans l'histoire et cherche si beaucoup de malades ont succombé au chloroforme donné par le procédé de la compresse. Il cite la pratique de la plupart des chirurgiens et la sienne propre, et admet qu'il n'y a guère qu'une mort sur 10 ou 12,000 chloroformisations. Encore, faudrait-il déduire de ces cas les morts singulières de gens qui succombent à la terreur, subitement, par syncope, avec ou sans chloroforme. Il en cite un grand nombre d'observations. Il faudrait donc que la méthode de M. Bert eût déjà fourni 10 ou 12,000 cas sans accident pour qu'on pût croire qu'elle met le malade à l'abri de tout danger. Mais, bien plus, on a déjà, avec une autre idée théorique, expérimenté des appareils à vapeur titrée. L'appareil de Clover en est un exemple. Or, il est arrivé des accidents. Les chirurgiens ne quitteront donc pas le procédé de la compresse.

Recherches sur l'intensité des phénomènes chimiques de la respiration dans les atmosphères sur-oxygénées, par M. de Saint-Martin. — Regnault et Reiset, dans leur mémoire sur la respiration, ont dit que la respiration ne variait pas d'intensité dans une atmosphère renfermant deux ou trois fois plus d'oxygène que l'atmosphère normale. M. Paul Bert arrive à des résultats différents et démontre qu'il y a un maximum vers 42 0/0 d'oxygène. Ces données sont obtenues par des procédés très perfectionnés. M. de Saint-Martin s'érige en juge entre Lavoisier, Regnault et Reiset et M. Bert. Après quelques expériences, il déclare donner raison aux premiers et considère la question comme résolue. P. R.

(1) Voir le n° 5.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 février 1884.— Présidence de M. P. Bert.

La séance toute entière a été consacrée à l'audition de l'*éloge de Davaine*, par M. le professeur Laboulbène.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 février 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Colin (d'Alfort), à l'occasion de l'importante discussion sur la *trichinose*, apporte quelques documents nouveaux susceptibles d'éclairer la question litigieuse. L'importation des viandes trichinées ne constitue pas réellement un danger, car la trichine n'a jamais cessé d'exister dans notre pays. Les animaux qui nous entourent, le rat, la souris, le surmulot en sont infectés. Aussi, les porcs peuvent-ils manger ces animaux et devenir trichinifères. C'est alors que le porc est capable de devenir nuisible. Malgré tout, la trichinose chez l'homme se montre rare. Ce fait résulte de nos mœurs culinaires et de la salure des viandes destinées à l'alimentation. La salure, en effet, suffit pour tuer sinon la totalité, du moins la presque totalité des trichines contenues dans les muscles. Dans quelle proportion ces trichines sont-elles tuées ? C'est ce que personne ne saurait dire à l'heure présente. La cuisson achève la destruction des trichines, quelle que soit leur provenance, et met définitivement à l'abri de tous accidents.

M. Chatin fait observer que la vitalité des trichines, malgré la salaison, a été admise par un grand nombre d'observateurs, et qu'on a pu, dans ces conditions, rencontrer des trichines vivantes, après 2 mois (Colin), 6 mois (J. Chatin), 9 mois (Benecke), 25 mois (Fourment), 2 ans (Borger). C'est pourquoi M. Chatin propose d'ajouter au rapport de la Commission les articles additionnels qui suivent : 1° Les viandes salées d'Amérique peuvent contenir des trichines ; 2° Ces trichines se développeraient dans le corps de l'homme si les viandes n'étaient soumises à une complète cuisson qui les tue et supprime tout danger ; 3° Cette cuisson ne se pratiquant en France, ni partout, ni toujours, il y a lieu de soumettre les salaisons d'Amérique à un examen suffisant, soit aux lieux de départ, soit aux points d'arrivée.

M. Proust croit devoir rappeler à l'Académie que M. le ministre ne la consulte que sur la question de savoir si l'importation des viandes d'Amérique peut être continuée sans danger pour la santé publique, et si la fièvre typhoïde peut être confondue avec la trichinose. Le rapport de la Commission est établi sur ces données exclusives.

M. Leblanc déclare que le service d'inspection de la boucherie à Paris a examiné en six mois plus de 60,000 kilos de viandes saisies qui ont été trouvées trichinosées. Malgré cette constatation, les ouvriers et les employés de ce service, qui mangent ces viandes crues, n'ont jamais été incommodés.

M. le Président met successivement aux voix les conclusions du rapport de la Commission et les articles additionnels proposés par M. Chatin. Les conclusions du rapport, sauf la dernière, sont adoptées ; les articles additionnels sont repoussés.

M. Daniel-Mollière (de Lyon) présente une série de malades opérés par l'*ostéoclasie* à l'aide de l'appareil dû à M. V. Robin.

M. Féréol soumet à l'Académie un malade atteint d'*empyème pulsatile* et opéré à la Charité par M. Berger. — L'observation a déjà été communiquée à la Société de chirurgie. A. Josias.

Médecins des lycées.—M. le Dr Simon, médecin-adjoint du lycée de Caen, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le Dr Viger, décédé. — M. le Dr Bourienne, directeur de l'école de médecine, est nommé médecin consultant du lycée de Caen. — M. le Dr Denis-Dumont, chirurgien en chef des hôpitaux, est nommé chirurgien consultant du lycée de Caen.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 janvier 1884. — PRÉSIDENCE DE M. MARC SÉE.

Au début de la séance, M. Guéniot, président sortant, invite M. Marc Sée et M. Gillette à prendre place au Bureau, le premier en qualité de président, le deuxième comme secrétaire. En quelques phrases heureuses, M. Marc Sée remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont conféré.

M. ROBIN (Lyon) présente en son nom et au nom de M. MOLLIÈRE (Lyon) quinze malades auxquels il a pratiqué l'*ostéoclasie*. M. Robin eût pu présenter plus d'opérés, mais des nécessités budgétaires l'ont empêché d'en amener un plus grand nombre. La plupart de ces opérés ont été *ostéoclasiés* pour des *genu valgum*, quelques-uns pour des fractures vicieusement consolidées, un pour une courbure rachitique du tibia. Les résultats sont excellents. Toutes ces ostéoclasies ont été faites avec l'ostéoclaste inventé par M. Robin. M. Robin revendique d'une manière absolue l'invention de cet instrument, grâce auquel on peut produire toujours et sans danger une fracture juxta-articulaire, sans intéresser l'articulation voisine et sans léser les parties molles d'une façon appréciable, quelque soit la force déployée ; une fois, pour une fracture vicieusement consolidée, M. Robin dut employer une force équivalente à 1,500 kilogr. C'est ainsi que, pour le cas particulier du *genu valgum*, on fracture à coup sûr le fémur à deux travers de doigts au-dessus de l'articulation du genou, qui n'est en rien violentée. Sur plus de quatre-vingts cas, MM. Mollière et Robin n'ont jamais observé ni réaction locale, ni réaction générale ; la fracture sous-périostée ainsi produite se consolide en trente jours, sans cal appréciable. M. Robin termine par une nouvelle et très énergique revendication.

La discussion sur le *pied-plat valgus douloureux* continue. M. CHAUVEL, pour contrôler la théorie présentée à la Société par M. Le Fort, qui fait jouer, comme on sait, un grand rôle dans l'étiologie de cette affection à l'habitude de marcher pieds-nus ou sans chaussures capables de maintenir efficacement le pied, a consulté les comptes-rendus officiels de recrutement. Ces statistiques montrent que le nombre des exemptés pour pied-plat est très variable sur les différents points de la France ; il est maximum en Bretagne, minimum dans le Pas-de-Calais et le Nord. La Flandre, la Normandie et le pays basque n'ont presque pas de pieds-plats. Et, comme ces proportions se répètent invariablement quelque soit l'année que l'on consulte, cette statistique semblerait démontrer que le pied-plat est plutôt affaire de race que d'habitudes.

M. DESPRÈS n'admet pas la théorie de M. Le Fort, pas même avec les variantes de M. Tillaux et d'autres partisans de la théorie ligamenteuse ; la tarsalgie de M. Gosselin ne le séduit pas davantage. Pour lui, toutes ces théories pèchent par un défaut commun ; toutes constatent des effets et les prennent pour les causes. D'ailleurs, les observations sur lesquelles elles sont étayés sont insuffisantes; celles de M. Le Fort ne donnent pas de détails sur le début du mal, la durée du traitement, etc.; celles de M. Gosselin, ou plutôt des élèves de M. Gosselin qui ont défendu dans leurs thèses la théorie du maître, sont également peu propres à entraîner la conviction. L'une d'entre elles est un cas analogue à ceux que M. Terrillon a signalés, dans lesquels la douleur a son siège au niveau de la malléole externe.

M. Després s'en tiendra donc à la théorie de Duchenne (de Boulogne), qui le satisfait complètement. Duchenne a accusé l'impotence du long péronier, et le premier il a vu la vérité, mais il l'a vue en artiste et il l'a dit en homme qui n'a pas l'habitude de l'enseignement.

A l'appui, M. Després présente trois malades sur lesquelles on peut voir les trois phases de l'affection. Chez la première, le pied paraît normal dans la station assise, mais, si la malade vient à se lever, la voûte tend à s'affaisser, et l'on peut voir les contractions saccadées des extenseurs qui se contractent pour remplacer le péronier impotent. Nélaton avait bien observé cela, mais les contractions des extenseurs l'avaient surtout frappé, d'où sa théorie. Sur la seconde malade, l'affection est plus avancée, la voûte s'est affaissée et reste telle, même à l'état de repos. Que cette malade continue à marcher, les douleurs et les arthrites surviendront, le pied se renversera en dehors, comme on pourrait le voir sur la troisième malade si l'immobilisation et l'électrisation n'avaient déjà modifié les choses.

M. Després conclut qu'à l'origine du pied plat, il y a une impotence du long péronier, comme à l'origine du genu valgum il y a une paresse musculaire, comme à l'origine des scolioses il y a une inégalité musculaire, un défaut d'équilibre. Au début, ces affections, traitées par l'électrisation, peuvent guérir; plus tard, quand sont survenues les déformations consécutives, tous les appareils, tous les traitements sont insuffisants.

M. TRÉLAT répètera ce qu'il a déjà dit, que l'étude du pied plat est une étude complexe et difficile, sur laquelle on ne saurait trancher d'une façon définitive. M. Després, qui a dit beaucoup de choses vraies, n'a pas épuisé le sujet. Oui, et M. Trélat l'enseignait dernièrement dans une de ses cliniques, le pied plat est une maladie à phases successives, procédant par étapes, par bonds, par saccades et *à coups*, si l'on peut dire ainsi. Mais ces phases diverses ne se développent pas régulièrement, à époques déterminées, et c'est là une des causes de l'obscurité qui règne sur la question. Tantôt l'évolution est rapide, en quelques mois la déformation s'est produite ; d'autrefois elle tardera trois ans avant de se montrer. Ces variations sont en rapport avec la profession, l'âge, le traitement, et surtout avec la prédisposition. Car il y a une prédisposition ethnique, que démontrent les statistiques de M. Fauvel, et dont il faut tenir grand compte. Les mêmes causes ont des effets tout différents, suivant le patient.

L'impotence, qui existe à un moment donné, n'est pas le premier temps de la maladie. On imagine d'ailleurs difficilement une impotence survenant dans un seul muscle, sans cause connue. Pourquoi un beau jour, un muscle devient-il impotent ? Si encore on pouvait arguer de quelque paralysie antérieure, paralysie infantile par exemple ! Ce pourquoi est la première phase de l'affection, et voici comment les choses se passent. Un sujet, jeune en général, marche beaucoup ou se tient longtemps debout, il se fatigue et il ressent douloureusement cette fatigue dans la plante. Regardez des lycéens revenant d'une longue promenade, vous en verrez quelques-uns qui marchent comme des gens fatigués, ils appuient à peine et le moins longtemps possible sur le sol ; le pied est contracturé, c'est que l'individu se défend contre la fatigue qui tend à affaisser la voûte par les contractions de ses péroniers et de son jambier antérieur, les premiers creusant la voûte, le second relevant le bord interne du pied. A la longue, la contraction devient contracture, et cette contracture ne tarde pas à être suivie d'impotence. L'impotence expliquée, le reste se comprend ; la déformation survient, plus tard l'arthrite, etc. ; et si l'on veut tenir compte de cette période de fatigue douloureuse, agissant sur un individu prédisposé, l'impotence, dont un esprit exigeant se demandait la raison, devient admissible et la théorie qui la prend pour base acceptable.

M. TERRILLON vient de relire l'observation citée par M. Després d'un cas analogue à ceux qu'il a cités. Elle ne peut être rapprochée de celles qu'il a rapportées, le siège de la douleur n'étant pas le même.

M. DESPRÈS répond que l'observation a pour titre : pied plat de naissance.

M. MOLLIÈRE croit que le pied plat a une grande influence sur le développement du *genu valgum*.

M. TILLAUX n'a pas été convaincu par le plaidoyer de M. Després ; il ne nie pas l'impotence du long péronier, mais il la croit secondaire ; il pense que l'affaissement de la voûte et la distension des ligaments sont les phénomènes du début chez les individus prédisposés. Cette théorie lui paraît plus satisfaisante à l'esprit. Des guérisons obtenues par le repos seul, sans électrisation, c'est-à-dire uniquement en supprimant la cause, plaident en sa faveur.

© BIU Santé

M. Fauvel (Hâvre) présente un malade porteur d'une *hernie viscérale* à la suite d'un coup de couteau dans le dixième espace intercostal gauche. Après avoir cru à une hernie du poumon, M. Fauvel est indécis et à la recherche d'un diagnostic.

M. Desprès. « C'est une hernie épiploïque ; au début, on peut lier, maintenant il vaut mieux temporiser ; cette tumeur tombera d'elle-même dans quinze jours. »

M. Fauvel a posé une ligature au début, mais des vomissements et des douleurs violentes étant survenues, il craignit d'avoir lié un segment du tube digestif et leva la ligature.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

Séance du 29 janvier 1884.—Présidence de M. Thomas (1).

M. Dufour communique d'abord à l'assemblée un télégramme du professeur Horner (de Zurich), qui envoie ses salutations aux membres du Congrès, en exprimant ses regrets d'être empêché d'assister aux séances. L'orateur développe ensuite les idées que lui ont suggérées l'examen de quelques individus *sur le champ visuel des hémiopiques*. Il a pu s'assurer que, dans la partie manquante du champ visuel, non seulement toute sensation visuelle fait absolument défaut, mais que même cette lacune est aussi peu remarquée de la conscience que celles qui existent à l'état physiologique. L'hémianoptique prête aussi peu d'attention aux bornes de son champ visuel restreint que celui dont le champ visuel est normal. Il est évident qu'il doit en être ainsi toutes les fois que la lésion productrice de l'hémianopsie siège dans l'écorce (occipitale); car, alors, le centre de la perception visuelle même étant aboli, il en résulte que le malade est tout aussi incapable d'apprécier la non-vision que la vision. De là vient l'ignorance fréquente où se trouve l'hémiopique de la restriction de son champ visuel. Si la lésion siège sur la bandelette, le centre visuel étant intact, le sujet aura alors la sensation de l'obscur dans la moitié affectée, et non plus l'absence complète de toute sensation.

M. Dufour se demande si l'on ne pourrait pas trouver des preuves à l'appui de ce qu'il avance dans les phénomènes du rêve et de l'hallucination. Un patient, interrogé par lui, reconnut que, dans ses rêves, son champ visuel imaginaire était rétréci. Peut-être, en provoquant une hallucination au moyen de la belladone, par exemple, obtiendrait-on des indications plus précises ? M. Dufour n'a pas eu l'occasion d'observer un cas de cécité verbale, qui se rencontre fréquemment associée à l'hémianopsie. Il suppose que cette infirmité doit toujours être accompagnée d'hémianopsie gauche, tandis que l'agraphie se rencontrerait avec l'hémianopsie droite. Le trouble visuel serait alors suffisant pour empêcher, dans le premier cas, l'acte de la lecture; dans le second, celui de l'écriture.

M. Parinaud a observé plusieurs cas d'hémianopsie soit simple, soit compliquée de cécité verbale. Ces cas ne confirment pas l'hypothèse de M. Dufour. Il pense d'ailleurs, d'après les expériences faites à la Salpêtrière, que la cécité semi-latérale n'est pas toujours complète, attendu que les deux hémisphères peuvent se suppléer dans la perception des impressions visuelles.

M. Javal pense qu'on pourrait résoudre, par un autre moyen encore, la question que se pose M. Dufour à propos de la délimitation du champ visuel par le malade lui-même. Ce moyen consisterait à produire sur la rétine l'image secondaire d'une surface que l'hémiopique projetterait sur un plan. Il serait alors à même d'indiquer exactement les limites de ce qu'il perçoit.

M. Meyer expérimenterait plutôt au moyen d'une image fortement colorée, qui serait plus facilement perçue.

M. Galezowski a vu plusieurs cas d'hémianopsie compliquée de cécité verbale ou littérale, et même d'amnésie visuelle des couleurs. La diplopie accompagne fréquemment ces symptômes, sans qu'on constate aucune altération musculaire (?). La sensation lumineuse n'est pas toujours entièrement abolie dans la partie hémianoptique.

M. Armaignac a publié deux cas de cécité verbale et littérale qu'il a observés. Il y avait, en outre, asyllabie ; pas d'aphasie.

M. Dufour répond à M. Javal qu'il ne croit pas que l'expérience de l'image secondaire puisse fournir des renseignements pour distinguer une lésion périphérique d'une lésion centrale.

M. Nicati, qui a eu souvent des accès de migraine accompagnée de scotome hémiopique, dit qu'il lui était presque impossible de lire pendant ces accès.

M. Nicati lit un travail intitulé : *Contribution à l'étude de la vision binoculaire*. On a signalé la supériorité de l'acuité visuelle dans la vision binoculaire sur celle obtenue avec un seul œil. On a évalué cette différence à 1/20 environ, sans préciser cette quantité. M. Nicati a repris les recherches sur ce sujet, et il a trouvé que, lorsqu'on arrive à un fusionnement binoculaire complet, en se servant surtout d'objets propres à attirer l'attention, telles que des lettres, on peut obtenir une augmentation de l'acuité visuelle correspondant à celle que donnerait un éclairage double (l'acuité visuelle augmente comme le logarithme des intensités lumineuses). Il pense que les impressions perçues par des points correspondants des rétines se superposent dans un centre commun et se renforcent.

M. Parinaud ne croit pas au fusionnement binoculaire. Pour son compte, il n'est jamais arrivé à fusionner au stéréoscope deux couleurs complémentaires, même en donnant une forme identique aux deux champs fixés.

M. Nicati insiste sur l'influence très grande de l'attention dans le phénomène de la fusion binoculaire. Si les objets fixés sont assez complexes pour enchaîner l'attention de l'observation, la fusion se produit toujours.

M. Galezowski fait une communication sur le *traitement du décollement de la rétine*. Sur 649 cas de décollement qu'il a observés, 13 étaient d'origine syphilitique, 10 d'origine arthritique. Dans 15 cas, il a pu examiner la nature du liquide sous-rétinien, qui est riche en sels et en eau, pauvre en albumine et en fibrine, et par conséquent difficilement coagulable. L'exsudat spécifique qui produit le décollement syphilitique est susceptible de résorption ou d'organisation, et la rétine reprend alors plus facilement ses adhérences normales. Mais, dans ces cas, il persiste des altérations pigmentaires de la choroïde. Comme traitement, M. Galezowski préconise l'évacuation du liquide au moyen d'une seringue analogue à celle de Dieulafoy. Mais il recommande surtout la position horizontale absolue pendant des semaines et des mois. Le traitement mixte dans le décollement syphilitique est de rigueur. Ce dernier lui a donné trois guérisons. La rétine réappliquée ne reprend plus ses fonctions.

M. Boucheron entretien l'assemblée de la *pathogénie du décollement de la rétine*. Le corps vitré est probablement un produit de sécrétion de l'épithelium du corps ciliaire et de la choroïde. Celui-ci produit déjà, comme on sait, le pourpre rétinien. La sécrétion uvéale, indifférente à l'état normal pour les tissus qu'elle baigne, peut devenir irritante pour ces mêmes tissus, lorsque, par exemple, elle élimine des principes nuisibles résultant d'une dyscrasie, telle que la goutte, par exemple. Cette irritation amène une exsudation choroïdienne qui décolle la rétine. M. Boucheron a reproduit expérimentalement ce processus chez le lapin, en injectant sous la sclérotique une solution de cantharidate de soude au 100e, qui peut être considéré comme analogue dans son action aux alcaloïdes animaux observés dans le sang à l'état pathologique et éliminés par les diverses sécrétions.

M. Boucheron a trouvé, chez les malades atteints de décollement de la rétine, de l'acide urique dans la salive, par la réaction de la murexide. Les écarts de régime, les

(1) Voir le n° 5.

© BIU Santé

fatigues excessives, les émotions, les refroidissements sont les agents provocateurs de la formation de l'exsudat choroïdien. Chez l'homme, dans un décollement récent, M. Boucheron a constaté histologiquement que le corps vitré normal était adhérent à la rétine soulevée par un exsudat coagulé. Mais le corps vitré subit rapidement des altérations secondaires qui fixent son tissu dans la forme nouvelle que lui a donnée le décollement, en sorte que, si l'on vient alors à soutirer le liquide sous-choroïdien, la rétine persiste dans sa position normale.

Il importe donc d'instituer un traitement immédiat, car il est seul efficace. M. Boucheron emploie l'iridectomie (antiphlogistique), et la médication et le régime antiuricémique (salivation, sudation, etc.).

M. Pamardi. Puisque la rétine décollée ne saurait plus fonctionner, même après avoir repris sa place, il est assez indifférent qu'elle se recolle ou non. Il ne voit pas l'utilité d'un traitement et se récrie surtout sur la longueur de celui auquel M. Galezowski voudrait qu'on soumit les malades.

M. Abadie trouve par trop pénible le séjour au lit prolongé aussi longtemps que le voudrait M. Galezowski. Ce traitement lui rappelle la prescription faite au siècle passé par un spécialiste célèbre, à un malade atteint de cataracte commençante : saignée tous les huit jours, séton à la nuque, bains de pieds, etc. Il pense néanmoins que le décubitus dorsal exerce la plus heureuse influence sur le décollement de la rétine, et il le recommande dans tous les cas, ne fût-ce que pendant huit ou quinze jours, en même temps que l'application du bandeau compressif.

M. Parinaud pratique la ponction sclérale d'une façon particulière dans le décollement de la rétine. Il réséque un petit fragment de la sclérotique, de façon à amincir cette membrane. La répétition de la ponction est alors facile à ce point que les malades peuvent se la faire eux-mêmes. Il a obtenu des succès par cette méthode.

M. Armaignac raconte l'histoire d'un décollement traumatique de la rétine, amélioré pendant un certain temps sous l'influence du repos, et qui se reproduisit lorsque le malade fut obligé de reprendre ses occupations pénibles de cercleur de tonneaux.

M. Chibret est partisan de la non-intervention dans la maladie en question. Il faut se borner à des mesures d'hygiène, et la nature fait souvent beaucoup mieux que la médication.

M. de Wecker distingue deux formes de décollement de la rétine : celui qui est susceptible de rétrograder ou de rester stationnaire, et celui qui est fatalement progressif. Si l'on est malheureusement obligé d'abandonner ce dernier à sa marche naturelle, on peut favoriser la rétrogression du premier ou le maintenir dans le *statu quo*. Le décubitus dorsal et le bandeau compressif sont les deux meilleurs moyens. Dans ce but, M. de Wecker s'abstient de toute opération ; il ne fait plus qu'appliquer quelques pointes de feu sur la sclérotique.

M. Landolt, à l'occasion du cas de M. Armaignac, relève l'oubli total fait par les orateurs précédents du décollement traumatique. C'est une forme importante, parce qu'elle est susceptible d'une guérison complète. Il en cite un exemple. Il ne veut pas attribuer le succès, dans ces cas, à l'action du traitement ; néanmoins, il pense qu'il faut au moins favoriser la nature dans son processus curateur par des mesures rationnelles, en premier lieu le repos.

M. Coursserant pense que la ponction sclérale doit être pratiquée au moyen du galvanocautère, afin d'assurer un plus libre écoulement du liquide sous-rétinien, la conjonctive pouvant glisser par-dessus l'ouverture sclérale et empêcher la filtration du liquide.

M. Dor estime que la pilocarpine rend de bons services dans le traitement de l'ablation rétinienne. Ce dernier n'est d'ailleurs pas toujours absolument inefficace. L'orateur a vu plusieurs cas de décollement guérir complètement par des soins appropriés. Il voudrait que chacun apportât l'année prochaine la statistique des cas de guérison certaine (après plusieurs mois), afin qu'on pût se faire une idée exacte de l'influence d'une intervention médicale.

M. Martin rapporte un cas de décollement rétinien à la suite d'une frayeur vive. Il pense que, dans ce cas, on peut le mettre sur le compte d'un mouvement brusque de l'œil. Il propose, en pareille occurence, la ténotomie des quatre muscles droits.

M. Galezowski est étonné de voir sa thérapeutique comparée par M. Abadie à celle du siècle passé. M. Abadie ayant proposé une méthode tout aussi barbare que la sienne (cautérisation de la sclérotique), M. Galezowski ne croit pas devoir tenir un trop grand compte des critiques de M. Abadie.

M. Abadie n'a nullement voulu établir de comparaison désavantageuse entre M. Galezowski et les grands oculistes du siècle passé. Il retire toute parole qui aurait pu blesser M. Galezowski.

M. Darier communique un travail sur la *réaction électrique du nerf optique envisagée comme moyen de diagnostic*. Toute personne dont le nerf optique est sain éprouve, comme on sait, une sensation lumineuse lors de l'application d'un courant électrique au voisinage de l'œil. L'intensité du courant, nécessaire pour déterminer ce phosphène, varie de beaucoup suivant les personnes soumises à l'expérience pour la première fois. Mais, M. Darier a observé le fait important que, cette *réaction primaire* une fois obtenue, l'intensité du courant apte à provoquer une nouvelle sensation lumineuse, la *réaction secondaire*, est beaucoup plus faible et est à peu de chose près *constante pour toutes les personnes* chez qui l'appareil nerveux de la rétine est en bon état. Elle est égale, tout au plus, à 1/10 de milliampère. Où les variations s'affirment, très considérables, c'est chez les sujets dont le nerf optique est le siège d'une lésion organique quelconque : inflammation ou dégénérescence. La quantité d'électricité nécessaire pour réveiller la sensation lumineuse de ce nerf peut alors atteindre 05 à 15 milliampères. Dans certains cas même, toute réaction a disparu. Il s'ensuit que la réaction secondaire de M. Darier constitue un très bon moyen, non seulement de diagnostic, mais aussi de pronostic. Certaines amblyopies toxiques, par exemple, présentent à l'ophthalmoscope l'aspect de l'atrophie commençante de la papille. Malgré les données anamnestiques, on est parfois dans l'embarras : la réaction électrique nous tirera d'affaire en se montrant, dans l'amblyopie, absolument normale ; dans l'atrophie commençante, considérablement diminuée. Veut-on savoir si l'on a devant soi une papille étranglée, susceptible de guérison ou bien une véritable névrite qui se terminera par l'atrophie du nerf optique et la perte de la vision ? La réaction électrique sera normale dans le premier cas, affaiblie ou abolie dans le second.

M. Abadie avait eu depuis longtemps l'idée d'appliquer l'électricité au diagnostic des affections du nerf optique. Il l'a soumise à son assistant, M. Darier ; mais c'est ce dernier qui a eu tout le mérite d'établir cette différence capitale entre la réaction primaire, variable suivant les sujets, rendant impossible, par conséquent, toute base physiologique pour le diagnostic, et la réaction secondaire, constante chez des sujets sains et constituant un point de repère absolument stable. M. Abadie loue également les services que nous rend l'électricité dans l'éclairage, soit du champ d'opération, soit du fond de l'œil.

M. Dianoux lit un mémoire sur l'*anesthésie du nerf optique*. Les cas de ce genre signalés dans les auteurs sont rares. M. Dianoux a eu l'occasion d'en observer plusieurs, en général chez les sujets jeunes, nerveux. Le début en est brusque ; la durée en est très variable, et elle se termine le plus souvent par la guérison complète. Cependant, l'anesthésie du nerf optique peut revêtir un caractère plus grave et se terminer par l'atrophie de ce nerf. Son début subit, les circonstances dans lesquelles elle survient, sa curabilité facile par les injections de strychnine et l'électricité différencieront facilement cette affection des amblyopies analogues. M. Dianoux ayant observé parfois une ischémie du nerf optique (l'aspect de la pupille est généralement normal), suppose que les troubles vasculaires jouent un rôle important dans la pathogénie de l'anesthé-

© BIU Santé

sie. Ils peuvent disparaître, et alors le malade guérit, ou bien ils persistent longtemps sous forme d'ischémie du nerf, pour aboutir enfin à son atrophie. — Une discussion s'élève ensuite entre MM. de Wecker et Monoyer, Darier et Abadie, au sujet du mémoire de M. Darier. Les premiers pensent que la réaction électrique du nerf optique, à l'état sain, doit varier beaucoup suivant une foule de circonstances extérieures : humidité de la peau, épaisseur des tissus qui entourent l'œil, etc. M. Darier insiste de nouveau sur la différence capitale qui existe à ce sujet entre la réaction primaire et la réaction secondaire. Ses expériences lui permettent d'affirmer que les variations physiologiques de cette dernière sont insignifiantes, surtout en regard des différences considérables qu'elle présente à l'état pathologique.

Séance du 30 janvier 1883. — PRÉSIDENCE DE M. WEINEMANN.

M. TERSON fait une communication sur les *mesures administratives à prendre pour conjurer l'ophthalmie des nouveau-nés*. A plusieurs reprises déjà, les médecins ou l'Administration ont tenté de résoudre la question. M. Brière (du Hâvre) a rédigé une note destinée à être distribuée aux parents dans les mairies ; M. Galezowski a proposé que chaque nouveau-né fût inspecté à ce point de vue par le médecin vérificateur des naissances. En 1881, il a paru une circulaire officielle donnant les indications nécessaires sur la prophylaxie de la conjonctivite purulente des nouveau-nés. M. Terson a fait les mêmes tentatives dans son département, et il a composé aussi une petite note, qu'on a remise aux parents. Mais, tout ce zèle est impuissant à réagir contre l'inertie du public, et la blennorrhée n'en continue pas moins à exercer ses ravages. M. Terson demande que le Comité prenne la question en main, qu'il examine les solutions proposées, qu'il rédige éventuellement une instruction et qu'il fasse valoir son influence auprès des autorités pour que cette instruction ne reste pas lettre morte.

M. FIEUZAL n'a pas pris part à la rédaction de la circulaire de 1881. Il préconise les moyens antiseptiques, dans le but de restreindre autant que possible l'emploi des cautérisations au nitrate d'argent, dangereuses entre des mains inexpérimentées. Il ne veut pas dire par là que ces dernières ne donnent pas d'excellents résultats quand elles sont appliquées avec discernement.

M. COURSSERANT. Le dernier Congrès d'hygiène de Genève, a mis au concours l'étude de la prévention de la cécité. La question soulevée par M. Terson rentre dans ce sujet. Il vaudrait donc mieux peut-être attendre les conclusions des travaux présentés.

M. PARINAUD a aussi confiance dans l'application des antiseptiques, mais il ne faut pas pousser cette confiance trop loin. Le nitrate d'argent est le seul remède à opposer aux cas graves, et comme toute conjonctivite légère peut dégénérer en une blennorrhée grave, il propose l'emploi systématique du nitrate d'argent.

M. DEHENNE. En Angleterre, on ne s'occupe pas seulement de l'enfant, mais aussi de la mère, attendu que c'est cette dernière qui est la source de l'infection. On pratique des irrigations désinfectantes des parties génitales. Après la naissance, ce sont les yeux de l'enfant qui sont désinfectés.

M. FONTAN lit un travail sur le *diagnostic positif de l'héméralopie*. L'héméralopie essentielle ne peut pas se diagnostiquer d'une façon objective, car les signes ophthalmoscopiques font le plus souvent défaut. L'intermittence de cette affection constitue déjà un symptôme caractéristique, et il faut se méfier de tout individu qui se prétend héméralope depuis plusieurs années, sans présenter de lésions rétiniennes. La sensation lumineuse étant affaiblie chez les héméralopes, la pupille est large et réagit lentement. Si l'on vient à intercepter une partie des rayons lumineux qui entrent dans l'œil, au moyen d'un diaphragme percé d'une petite ouverture, l'acuité visuelle baisse immédiatement, l'éclairage objectif restant le même.

M. Fontan a toujours noté une certaine parésie de l'accommodation. Le champ visuel n'a jamais été trouvé rétréci, sauf dans deux cas. Peut-être ces derniers sont-ils analogues à celui signalé par M. Hocquard, où l'héméralopie pure et simple avait précédé de plusieurs années l'apparition d'une rétinite pigmentaire ? Dans trois cas, il existait en outre un daltonisme acquis, qui disparut après la guérison de l'héméralopie. La dyschromatopsie, qu'on rencontre parfois chez les chauffeurs de la marine et des chemins de fer, ne serait-elle pas liée aussi à l'héméralopie ?

M. NICATI. D'après MM. Macé de l'Epinay et Nicati (note présentée à l'*Académie des sciences*), l'héméralopie serait simplement due à l'abolition de la perception du bleu. L'étude du phénomène de Purkinje démontre, en effet, que les rayons les moins réfrangibles disparaissent les premiers lors de la diminution de l'éclairage ; les bleus persistent le plus longtemps, et sont encore perceptibles dans un demi-jour. On peut démontrer facilement le daltonisme pour le bleu chez les héméralopes.

M. PARINAUD a constaté, au moyen de son photoptomètre, la diminution considérable du sens de la lumière chez les héméralopes. Il l'abaisse jusqu'à 1/100 et même 1/200 de la normale. La cause de cette diminution réside dans une altération du pourpre rétinien, produite par un vice de sang ou une lésion de l'épithélium segmenté qui le sécrète. Le pourpre rétinien a pour fonction de rendre les éléments photesthétiques plus sensibles ; les animaux qui en sont dépourvus sont héméralopes. La dyschromatopsie héméralopique n'est qu'une conséquence de l'affaiblissement du sens de la lumière.

M. CHIBRET a observé récemment un cas contraire à la théorie de M. Nicati.

M. DOR n'a pas constaté le daltonisme pour le bleu. Le bleu clair, par exemple, est toujours reconnu, parce qu'il présente une intensité lumineuse objective suffisante. Le champ visuel est restreint, et cela d'autant plus que l'éclairage est plus faible. Il est à peu près normal à la lumière du jour.

M. FONTAN dépose sur le Bureau, au nom de M. CRAS, une communication sur un cas de *sarcome ossifiant de la rétine*, pour être insérée au Bulletin.

M. PARINAUD lit ensuite un mémoire sur les *affections rhumatismales de l'œil*. On connaissait déjà l'irido-cyclite et la sclérite rhumatismales, M. Parinaud y ajoute la kératite interstitielle, la choroïdite et la neuro-rétinite. Il a eu l'occasion d'en observer plusieurs cas, qui étaient évidemment des manifestations de la diathèse rhumatismale, car elles coïncidaient avec d'autres accidents de même origine, et elles n'ont été justiciables que du traitement antirhumatismal. Ainsi, la kératite parenchymateuse était précédée de sclérite ou d'iritis. La neuro-rétinite était monoculaire et avait succédé à une épisclérite de cause rhumatismale. Le traitement antisyphilitique employé d'abord contre ces affections, qu'on soupçonnait à tort d'être d'origine spécifique, ne produisit aucun résultat, tandis que l'iodure de potassium et les fumigations donnèrent un succès complet. Le salicylate de soude ne réussit pas dans ces cas-là.

M. ABADIE traite des *manifestations oculaires de la scrofule et de la syphilis héréditaire*. Un grand nombre de maladies oculaires chez les enfants peuvent être attribuées à la syphilis héréditaire. La kératite parenchymateuse, que quelques auteurs rattachent encore à la scrofule, est presque toujours un accident de la syphilis héréditaire. Les altérations des ganglions et surtout les lésions osseuses signalées par Parrot, accompagnent, dans la grande majorité des cas, les affections oculaires. Celles-ci peuvent présenter un type variable, qui tient probablement à l'âge de la syphilis ou à d'autres causes encore obscures. — Le choix des préparations mercurielles à employer, dans ces cas-là, n'est pas indifférent, attendu que toutes ne réussissent pas. C'est le biiodure de mercure, administré suivant la formule de M. Besnier, qui a donné à M. Abadie les meilleurs résultats.

© BIU Santé

M. Panas s'élève contre la tendance qu'on a à attribuer à la syphilis tout ce qui est curable par le mercure et l'iodure de potassium. Ces deux médicaments donnent aussi de très bons résultats dans le traitement de la scrofule et du rhumatisme. Quant à lui, il regarde la kératite interstitielle comme le symptôme d'un état cachectique, produit aussi bien par la scrofule et le cachectisme que par la syphilis. Le rhumatisme lui-même peut être une cause de kératite parenchymateuse, comme vient de le montrer M. Parinaud et comme Forster l'avait déjà établi. M. Panas a cité le fait aussi dans ses Cliniques. Il a déjà présenté, contre la nature syphilitique de la kératite interstitielle, un argument dont il attend encore la réfutation sérieuse : les manifestations syphilitiques sont partout identiques à elles-mêmes. Or, la kératite interstitielle, fréquente chez l'enfant, n'existe presque jamais chez l'adulte et n'est qu'un accident très rare de la syphilis acquise.

M. Coursserant, sur 40 cas de kératite interstitielle typique, n'a rencontré qu'une fois des antécédents syphilitiques chez les parents ; la nature spécifique de la maladie fut encore confirmée par l'efficacité du traitement.

M. Dehenne attribue au salicylate de soude l'inconvénient de produire des hémorrhagies intraoculaires. On lui a rapporté aussi des cas d'hémorrhagies par l'oreille et de métrorrhagies causées par ce médicament.

M. Gayet est de l'avis de M. Abadie. Il précise certains détails de la marche de la kératite interstitielle. Au début, ce sont de légères érosions superficielles, qui se creusent toujours davantage ; elles sont suivies de la formation d'un pannus. Un symptôme important consiste dans le déplacement souvent rapide des centres de saturation des parties infiltrées. M. Gayet répond à M. Panas que les accidents cornéens de la syphilis acquise ne sont pas si rares qu'il le dit. M. Gayet a observé récemment et l'un de ses élèves a décrit plusieurs cas de gommes syphilitiques de la cornée.

M. Nicati croit que la kératite parenchymateuse est le symptôme d'une diminution de la nutrition de la cornée, attribuable à deux causes : une cachexie générale ou des altérations péricornéennes. On ne peut donc pas en faire une lésion spécifique. Si elle est fréquente dans la syphilis, c'est que cette dernière est une cause active non seulement de cachexie, mais aussi d'altérations scléro-choroïdiennes antérieures, qui oblitèrent les voies de nutrition de la cornée.

Séance du 31 janvier 1884. — Présidence de M. Galezowski.

M. Fieuzal, à propos d'un article récent de M. Warlomont, attire de nouveau l'attention sur l'*hémorrhagie consécutive à l'extraction de la cataracte*. Il s'agissait d'un vieillard, opéré heureusement de l'œil droit et guéri avec une bonne acuité. Lors de l'opération à l'œil gauche, une hémorrhagie violente se produisit par la plaie, aussitôt après l'extraction du cristallin. Le caillot volumineux resté entre les lèvres de l'incision, suppura et entraîna la perte de l'œil, qu'on fut obligé d'énucléer quelque temps après. — L'urine de l'opéré était saine ; la tension de l'œil était normale ; les artères étaient un peu athéromateuses.

M. Dianoux a observé un cas analogue trois heures après l'opération. Il demande si l'on peut établir la marche à suivre en pareil cas.

M. Abadie, s'il avait eu le malheur de perdre un premier œil par une complication de ce genre, comme M. Warlomont, aurait pris ses mesures pour l'opération du second œil. Il aurait fait des injections d'ergotine à la tempe et comprimé la carotide.

M. Fieuzal fait remarquer que ce fâcheux accident ne peut pas toujours être prévu. Son cas en est un exemple, le premier œil ayant guéri normalement. Quant à la question posée par M. Dianoux, il pense qu'on est presque toujours obligé d'énucléer tôt ou tard. Il vaut peut-être autant le faire tout de suite ?

M. Martin (de Cognac) lit un mémoire sur la *migraine*. Piorry a déjà observé que cette désagréable maladie est souvent liée à des troubles oculaires, qui pourraient bien en être la cause ; il l'appelait *irisalgie*. M. Martin a rassemblé 93 cas dans lesquels les patients étaient atteints d'un astigmatisme variant de 0,5 à 4,5 dioptries. Lui-même est une victime de la migraine et de l'astigmatisme, et il a subi son plus violent accès d'hémicrânie après avoir porté un jour des verres cylindriques mal choisis. Il pense que, si l'on veut se donner la peine de le chercher, on trouvera toujours l'astigmatisme chez les personnes qui souffrent de migraines. Il sera tantôt statique, tantôt dynamique. C'est ce dernier qui est le plus favorable à la production des accès. Les verres correcteurs *parfaitement* déterminés peuvent éloigner définitivement les accès. Il pense que la migraine ophthalmique peut être rapportée à la même cause.

M. Dianoux annonce qu'il est atteint lui-même de scotome scintillant et que pourtant il n'est pas astigmate.

M. Javal prie M. Dianoux de ne pas se déclarer trop vite exempt d'astigmatisme. Il est encore assez jeune pour compenser, par une astigmatisme dynamique, l'astigmatisme statique qu'il pourrait avoir. Il faut que M. Dianoux se soumette d'abord à une épreuve ophthalmométrique.

M. Chibret a eu l'occasion de vérifier plusieurs fois l'exactitude des assertions de M. Martin concernant les rapports entre la kératite et l'astigmatisme. Il pense qu'il en sera de même à propos de la communication de cet auteur sur la relation qui unit la migraine avec ce vice de réfraction.

M. Boucheron pense que la migraine ne peut pas être attribuée à des causes locales. Elle dépend d'une altération constitutionnelle. L'arthritisme, l'uricémie sont des causes puissantes de développement de cette affection.

M. Dor présente un travail sur *deux cas d'affections oculaires consécutives à des troubles menstruels*. Après avoir cité les nombreuses maladies de l'œil signalées par les auteurs à la suite de désordres utérins (dont la plus curieuse est, sans contredit, la paralysie périodique de la 3e paire, observée par de Hasner), M. Dor relate un cas d'hémorrhagie supplémentaire du corps vitré chez une jeune fille aménorrhéique, et une amaurose hystérique double. Les deux patientes guérirent ; chez la seconde, l'œil droit récupéra son acuité visuelle normale en 12 jours, l'œil gauche au bout de six semaines.

M. Dor engage tous ceux de ses confrères qui pourraient recueillir des observations analogues à les publier, car il y a lieu à constituer un chapitre important de la pathologie oculaire dans ses rapports avec les maladies du reste de l'organisme.

M. Nicati a observé chez certaines femmes, à chaque époque menstruelle, une congestion du corps thyroïde, entraînant une parésie du sympathique cervical, avec les troubles oculaires caractéristiques qui l'accompagnent toujours.

M. Parisotti cite une observation de Rampoldi faite dans les mêmes circonstances, et concernant un trouble circulatoire de la cornée (cette membrane laissait pénétrer des globules sanguins dans son tissu lors de l'apparition des règles).

M. Coursserant a vu une hémorrhagie supplémentaire du corps vitré consécutive à l'arrêt du flux mensuel. Cet arrêt était survenu sous l'influence d'une vive émotion. L'hémorrhagie récidivait à chaque époque. L'orateur compte sur le retour des fonctions génitales à l'état normal pour la guérison de sa malade.

M. Bertrand lit un travail sur une série d'expériences qu'il a faites concernant l'*influence de la grandeur de la pupille sur l'acuité visuelle des amétropes*. M. Bertrand s'est rendu myope à volonté, en plaçant devant son œil des verres convexes différents, et il a reproduit artificiellement les variations du diamètre pupillaire en regardant à travers des ouvertures dont le diamètre variait de $0^{mm},3$ à $4,5^{mm}$. Il a figuré ses résultats sur un diagramme, dont les abscisses représentent les diamètres pupillaires ; les ordonnées, les différents degrés d'amétropie (myopie), exprimés en dioptries, et les grandeurs minimales des lettres reconnues, mesurées en millimètres. Au moyen d'un certain nombre d'expériences, dont il a pris chaque fois la moyenne,

© BIU Santé

M. Bertrand a cherché, pour un degré donné de myopie et pour une ouverture pupillaire déterminée, la grandeur minimale de la lettre qu'il pouvait encore reconnaître. Il a obtenu ainsi sur son diagramme une suite de points qu'il a réunis par des lignes. Ces lignes sont approximativement des paraboles, et elles tendent à converger vers le point 0, qu'elles ne peuvent jamais atteindre, en raison de la limite que leur impose l'imperfection relative de notre acuité visuelle. En examinant le tableau de M. Bertrand, on voit immédiatement quelle grandeur minimale de lettre (autrement dit quelle acuité visuelle) correspond à tel degré d'amétropie pour telle ouverture pupillaire. L'acuité visuelle diminue rapidement, pour les faibles degrés de myopie, avec l'agrandissement de la pupille, mais cette rapidité est surtout considérable pour les degrés élevés. Dans les degrés très faibles, l'acuité visuelle paraît peu influencée par les variations de grandeur de la pupille. Lorsque cette dernière est très rétrécie, l'acuité visuelle diminue avec lenteur, à mesure que le degré de myopie s'élève.

M. Landolt se demande si les résultats obtenus par M. Bertrand sont applicables à la pratique, étant donné que ce dernier s'est placé dans des conditions tout artificielles. On ne peut comparer, en effet, un œil réellement myope avec un œil emmétrope rendu myope au moyen d'un verre concave, ni les variations de la pupille physiologique avec des ouvertures placées au-devant de l'œil.

M. Javal répond que le travail de M. Bertrand n'est qu'un premier pas vers la solution de la question. Il développe quelques propositions de M. Bertrand et schématise son tableau, en partant de l'hypothèse d'un œil absolument parfait. On obtient ainsi des lignes droites, diagonales, dont le trajet se rapproche, en somme, beaucoup des paraboles trouvées par M. Bertrand.

M. Parent fait d'abord à M. Bertrand la même objection que M. Landolt. Puis il observe que l'acuité visuelle du myope diffère suivant son âge et suivant l'état plus ou moins sain de sa rétine et de sa choroïde. M. Bertrand aurait dû au moins corroborer ses résultats au moyen d'expériences faites sur un certain nombre de véritables myopes.

M. Bertrand l'a entrepris, mais n'a pas encore eu le temps de collationner les faits qu'il a recueillis à ce sujet.

M. Bravais lit un mémoire intitulé : *Simulation de l'amaurose unilatérale; nouvelle forme donnée à l'épreuve par les verres colorés de Snellen.* Si, munissant un des yeux d'un verre rouge, l'autre d'un verre bleu, on présente au simulateur un mot ou une phrase tracés moitié en lettres bleues, moitié en lettres rouges, il sera parfaitement à même de les lire, car il verra les caractères rouges à travers le verre bleu et les caractères bleus à travers les deux verres. S'imaginant qu'il lit d'un seul œil, il donnera sans hésitation dans le piège qu'on lui tend. Mais, si le sujet en expérience possède réellement un œil amaurotique, celui, par exemple, qui est recouvert de verre bleu, il ne pourra plus lire que ce qui est écrit en bleu, à travers le verre rouge, placé devant son bon œil. Si, au contraire, on couvre celui-ci d'un verre bleu, il pourra lire, comme tout à l'heure, la phrase ou le mot en entier. On peut varier ces épreuves à l'infini.

M. Stoeber présente une *échelle chromopseudoptique*, dont il a déjà donné la description dans les *Archives d'ophthalmologie* (T. III, p. 267). Elle est aussi basée sur le même principe que l'expérience de Snellen.

M. Motais communique ses *recherches sur les muscles de l'œil et la capsule de Tenon chez l'homme et chez les animaux*. L'étude de l'anatomie comparée de cette aponévrose, ainsi que de nombreuses dissections sur l'homme, ont permis à M. Motais d'établir nettement les faits suivants. La capsule de Tenon se compose : 1° D'une feuille bulbaire, qui se continue en avant jusqu'au bord de la cornée, et dont se détache, au niveau de l'équateur de l'œil, un feuillet diaphragmatique circulaire dont les bords s'insèrent aux parois orbitaires; — 2° D'un feuillet musculaire. Ce dernier résulte, en somme, de l'invagination des muscles par le feuillet diaphragmatique après leur passage à travers ce dernier (cette invagination se fait d'avant en arrière). Les gaines musculaires envoient à leur tour des expansions fibreuses au feuillet diaphragmatique et aux bords latéraux de l'orbite. Chez certains poissons, ces expansions sont même remplacées par de véritables prolongements musculo-tendineux, qui se détachent du corps des muscles. Chez l'homme, les gaines du droit supérieur et du droit inférieur sont unies avec les gaines respectives de l'oblique de même nom par des connexions fibreuses, si bien que la traction du droit supérieur fait tendre l'oblique supérieur. M. Motais avance que les muscles, lors de leur passage à travers le feuillet diaphragmatique, éprouvent une véritable réflexion, qui limite leur action. Pour augmenter cette dernière, il faut débrider l'orifice par lequel passe le tendon du muscle.

M. Dehenne rapporte un cas de *suppuration double consécutive à l'extraction de la cataracte* chez un homme atteint d'une *affection du foie*. Dans le premier œil, la suppuration fut immédiate : dans le second, elle ne survint qu'au bout de trois mois (la plaie étant complètement fermée), par irido-cyclite. L'auteur voit dans ce cas l'influence manifeste de l'état général sur l'infection d'un organe.

M. Monoyer expose sa *théorie des systèmes dioptriques centrés*. Gauss et Histing ont formulé une théorie basée sur la géométrie analytique. M. Monoyer a voulu rendre ce sujet plus accessible aux profanes en n'y introduisant que des équations du second degré (1).

M. Coursserant rapporte l'observation suivante : Une personne est atteinte de *glaucome absolu* à gauche. Quelque temps après survient une *iritis* à droite. Cette dernière traînant en longueur, on pratique une iridectomie. Vingt et un jours après l'opération de l'œil droit, l'œil gauche présente une acuité visuelle normale. M. Coursserant demande qu'on veuille bien lui fournir l'explication de ce fait extraordinaire.

M. Pamard décrit un *nouveau mode d'incision de la cornée*. C'est une incision radiaire, perpendiculaire au limbe cornéen et non parallèle à ce dernier. On peut, du reste, combiner les deux. Cette incision donne suffisamment de place pour pratiquer une large iridectomie.

M. Gayet a confirmé, au moyen d'un miroir de Foucault, les assertions de M. de Chardonnet concernant l'*absorption des radiations acténiques par le cristallin*. Des individus opérés de cataracte pouvaient, en effet, percevoir très nettement la lumière ultra-violette émise par l'appareil de Foucault, tandis que les personnes en possession de leur cristallin éprouvaient une sensation d'obscurité complète.

M. Landolt présente à la Société une jeune fille opérée de *blépharoplastie*. La moitié interne de la paupière supérieure gauche avait été détruite dans l'enfance par une brûlure; le bord ciliaire restant fut détaché et attiré vers l'angle interne, où il fut fixé par les points de suture. La surface avivée, résultant de ce glissement, fut recouverte par un lambeau pédiculé pris sur le front, et la cicatrisation de la plaie frontale fut hâtée par des greffes. Le résultat cosmétique a été très bon.

Eperon.

BIBLIOGRAPHIE

De la glycosurie ou diabète sucré. Son traitement hygiénique, avec notes et documents sur la nature et le traitement de la goutte, la gravelle urique ; sur l'oligurie, le diabète insipide avec excès d'urée, l'hippurie, etc ; par M. A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de Paris. — Paris, 1883. Félix Alcan, libraire-éditeur.

La seconde édition du livre de M. Bouchardat a été considérablement augmentée; mais les développements nouveaux qui ont été introduits par l'éminent maître

(1) Nous regrettons que le cadre restreint de notre compte rendu nous empêche de donner *in extenso* les remarquables déductions de l'auteur. Nous espérons pouvoir le faire dans une prochaine revue d'ophthalmologie.

© BIU Santé

n'ont pas changé l'esprit du livre ni le fond de la doctrine. On pourrait discuter sur le titre même qui établit entre la glycosurie et le diabète une synonymie contre laquelle protestent aujourd'hui la plupart des médecins. On pourrait également rappeler que la théorie pathogénique imaginée par M. Bouchardat a vécu.

Mais, ce qu'on ne peut mettre en doute, c'est la haute valeur du traitement diététique que M. Bouchardat a eu le mérite de préconiser le premier. Sur ce point capital dans l'histoire du diabète, tout le monde est d'accord et les dissidences, s'il y en a, ne portent que sur des détails insignifiants. Presque tous les médecins, à l'heure actuelle, ont accepté et prescrivent le régime alimentaire antiglycosurique de M. Bouchardat ; mais il en est bien peu, croyons-nous, qui partagent l'optimisme de l'auteur quand il dit : « Aujourd'hui, si l'on excepte la glycosurie de l'enfance et les complications irrémédiables, avec de la bonne volonté, de l'intelligence et de la persévérance, le pronostic est toujours favorable. » On se ménagerait de cruelles déceptions si l'on acceptait à la lettre de pareilles assertions. J. Comby.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Inspection des pharmacies.

Nous appelons très vivement l'attention de nos lecteurs sur le projet de loi qui suit, en les invitant à nous faire part, s'ils le jugent utile, des remarques que sa lecture leur suggérera.

Projet de loi relatif à l'inspection des pharmacies, présenté au nom de M. Jules Grévy, *Président de la République française,* par M. Martin-Feuillée, *Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et des Cultes, et* par M. Ch. Hérisson, *Ministre du Commerce.*

Exposé des motifs. — Messieurs, les articles 29, 30 et 31 de la loi du 21 germinal, an XI, combinés avec l'article 42 de l'arrêté consulaire du 25 thermidor de la même année, disposent que les officines des pharmaciens et les magasins des droguistes et épiciers doivent être visités, au moins une fois chaque année, par les professeurs des Ecoles de pharmacie, près du siège de ces écoles. Dans les autres départements où il n'existe pas d'école de pharmacie, le décret du 29 mars 1859 a chargé de cette inspection des membres des Conseils d'hygiène publique et de salubrité, désignés par les Préfets.

L'article 42 de l'arrêté précité du 25 thermidor an XI, dispose qu'il sera payé, pour les frais de ces visites, six francs par chaque pharmacien, et quatre francs par chaque épicier visité. Ce mode d'inspection, encore en vigueur aujourd'hui, n'a donné que des résultats peu satisfaisants. Par suite de l'absence d'un corps hiérarchisé et relevant directement de l'administration centrale, l'inspection se fait sans unité et sans méthode ; ici, toutes les officines sont visitées ; ailleurs, l'inspection ne porte que sur quelques-unes.

Il est difficile qu'il en soit autrement avec le système actuellement suivi pour la nomination des Commissions d'inspection. Les membres de ces Commissions, pris dans les Conseils d'hygiène, sont, pour la majeure partie, des médecins ou des pharmaciens en exercice, et qui doivent abandonner momentanément leur clientèle pour se vouer à une mission qui est loin de leur rapporter l'équivalent de leur travail habituel. Il en résulte que les choix de l'Administration sont forcément limités. Dans plusieurs départements, il est impossible d'établir une Commission par arrondissement ; et les préfets instituent des Commissions départementales qui ne parviennent pas à opérer une inspection complète. Enfin, toujours par suite des difficultés que présente la nécessité de prendre les Commissions d'inspections dans les Conseils d'hygiène, quelques départements ont dû rester parfois une année sans inspection.

Un autre inconvénient, non moins grave, provient de ce que les Commissions d'inspection n'ayant pas le droit de dresser des procès-verbaux, sont obligées de se faire accompagner par les Maires ou les Commissaires de police. Mais, dans les petites localités, ce concours leur fait très souvent défaut, de telle sorte que l'inspection se trouve dépourvue de toute sanction et ne donne pas les résultats qu'on devrait en attendre.

Il y a cependant, au point de vue de la santé publique, un sérieux intérêt à ce que le service de l'inspection des pharmacies, des drogueries et des épiceries fonctionne d'une façon régulière et efficace. La Commission de la Chambre des Députés, chargée de préparer un projet de loi sur la pharmacie, n'a pas hésité à reconnaître qu'il était nécessaire de conserver l'inspection et elle a indiqué qu'il devait y avoir, par département, au moins un inspecteur des pharmacies, nommé par le Ministre du Commerce. Il importe, en effet, d'assurer les citoyens contre la fraude, l'imprévoyance et l'impéritie, comme le disait l'orateur du Tribunat, chargé de défendre devant le Corps Législatif la loi du 21 germinal, an XI.

La révision de la loi générale sur l'exercice de la pharmacie soulève de nombreuses et difficiles questions, et il est douteux que le projet de loi, préparé par la Commission de la Chambre des Députés, puisse venir prochainement en discussion devant les Chambres. Dans ces conditions, nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à détacher de ce projet ce qui concerne l'inspection des pharmacies et à en faire l'objet d'un projet spécial qui pourrait être discuté et voté plus rapidement. C'est le projet de loi que nous avons l'honneur de vous soumettre aujourd'hui.

S'il se fût agi simplement de créer un nouveau corps d'inspecteurs, le Gouvernement eût pu y pourvoir au moyen d'un décret rendu en Conseil d'Etat, comme cela a eu lieu en 1859. Mais l'intervention du pouvoir législatif est nécessaire pour conférer aux inspecteurs des pharmacies le droit de dresser des procès-verbaux et de saisir les produits altérés ou falsifiés. Nous ne doutons pas que vous ne leur accordiez ce droit, analogue à celui qui a été attribué aux vérificateurs des poids et mesures par la loi du 4 juillet 1837, et sans lequel il ne saurait y avoir une inspection donnant toutes les garanties nécessaires.

En ce qui concerne le nombre des inspecteurs, il serait, en général, fixé à un par département, sauf, toutefois, pour quelques départements où le service en exigerait un plus grand nombre, sauf aussi pour les régions où il paraîtrait possible de réunir deux départements dans la même circonscription.

Le Ministre du Commerce déterminerait le nombre des inspecteurs selon les besoins ; mais il est, dès à présent, certain que ce nombre ne saurait être inférieur à 90 pour toute la France, et que, dès lors, le crédit de 270,000 francs inscrit au budget pour l'inspection des pharmacies ne saurait être suffisant. Il serait impossible, en effet, d'allouer à chaque inspecteur moins de 6,000 francs par an, sur lesquels il aurait à prélever ses frais de déplacement qu'on peut évaluer au moins à 2,500 francs ; ce qui réduit le traitement réel à 3,500 francs par an, chiffre bien modeste, et qui rendra peut-être le recrutement assez difficile. Il sera donc nécessaire, si vous voulez bien approuver le présent projet de loi, d'élever à 540,000 francs le crédit affecté à l'inspection des pharmacies et des magasins de droguerie et d'épicerie. Mais il ne paraît pas douteux que, grâce à une inspection plus complète et plus sérieuse, les droits de visite, tels qu'ils ont été fixés par l'arrêté du 25 thermidor an IX, rapporteraient au Trésor une recette équivalente à la dépense, même en continuant à dispenser de la taxe, conformément à la loi du 23 juillet 1820, les épiciers non droguistes, chez lesquels il ne serait pas trouvé de drogues appartenant à la pharmacie.

Les inspecteurs des pharmacies n'ont, d'après la loi, à visiter les épiceries que pour constater s'il ne s'y débite pas quelques-unes des drogues que des épiciers sont autorisés à vendre. Mais depuis très longtemps les inspecteurs des pharmacies ont pris, sur la recommandation des préfets et avec l'assentiment de l'autorité municipale qui les assiste, l'habitude d'examiner, au point de vue de la salubrité, les denrées de toutes sortes qui se vendent dans les épiceries. Leur concours a été un puissant auxiliaire pour l'autorité municipale, que la loi charge de la surveillance des denrées, mais qui, dans l'immense majorité des communes, manque d'agents expérimentés pour exercer cette surveillance. On peut affirmer que, dans la plupart des localités, la surveillance des denrées se borne à la visite plus ou moins régulière des inspecteurs des pharmacies.

Vous penserez sans doute, avec nous, Messieurs, qu'il y a lieu de régulariser cette situation en conférant légalement aux

© BIU Santé

inspecteurs des pharmacies un droit de surveillance sur les denrées alimentaires, droits qu'ils n'ont, jusqu'à présent, exercé qu'à titre officieux.

Les falsifications de toutes sortes qui se pratiquent sur les denrées alimentaires prennent chaque jour une extension de plus en plus menaçante pour la santé publique, et le gouvernement de la République, soucieux du bien-être des populations, ne saurait leur refuser une des manifestations les plus essentielles de sa protection. Il doit donc se préoccuper de mettre un terme à des abus dont souffre surtout la partie laborieuse de la population.

Le débit des substances vénéneuses en dehors des pharmacies, ainsi que la vente du pétrole et autres hydrocarbures, présentent de graves dangers pour la sécurité publique. Nous vous proposons de confier également aux inspecteurs des pharmacies et épiceries la surveillance de l'exécution des règlements sur ces deux points. Le nombre et la fréquence des accidents qui surviennent dans les dépôts et magasins de pétrole et autres hydrocarbures, démontrent suffisamment la nécessité d'une surveillance spéciale pour laquelle les inspecteurs des pharmacies et épiceries nous paraissent avoir toute compétence.

Le droit, conféré aux inspecteurs des pharmacies, laisserait intacts les pouvoirs que la loi a conférés à l'autorité municipale pour la surveillance des denrées. Ce droit cesserait d'exister dans les villes où, comme à Paris, fonctionne un corps spécial d'inspecteurs des denrées alimentaires.

Enfin, nous vous proposons, Messieurs, d'attribuer, dans le département de la Seine, aux inspecteurs des pharmacies, l'inspection des dépôts d'eaux minérales et des fabriques d'eaux minérales artificielles dont ils sont déjà chargés dans les autres départements. On obtiendrait ainsi un régime uniforme pour toute la France. C'est dans le département de la Seine seulement qu'il a été créé un corps spécial d'inspecteurs, lequel, toutefois, n'exerce point sa surveillance sur les dépôts ou les fabriques établis dans les pharmacies. Il y a là une dualité d'inspection contraire au bon fonctionnement du service, et qui doit, selon nous, disparaître. L'inspection spéciale, établie dans le département de la Seine, a, d'ailleurs, soulevé de la part du Conseil général de ce département, des réclamations auxquelles l'attribution confiée aux nouveaux inspecteurs de la pharmacie donnera satisfaction.

Les taxes perçues sur les dépôts et les fabriques, qui servent aujourd'hui à rémunérer les inspecteurs spéciaux de la Seine, pourront être notablement diminuées. Cette diminution sera un véritable bienfait pour un commerce qui prend chaque jour de l'extension et qu'il importe de favoriser dans l'intérêt de la santé publique et d'une de nos richesses nationales.

Les lois de finances annuelles, qui ont autorisé la perception des taxes applicables à l'inspection des fabriques et dépôts d'eaux minérales, ont attribué au Gouvernement le droit d'en fixer le montant. Ce droit nous semble devoir être maintenu. L'Administration s'efforcera, comme elle l'a toujours fait jusqu'à présent, d'abaisser progressivement le montant des taxes. Ces taxes ne seraient plus, d'ailleurs, inscrites en recettes au budget départemental, comme cela se pratique actuellement pour le département de la Seine. Elles seraient versées au Trésor, comme les droits de visite de pharmacies et recouvrées comme en matière de contributions directes. Il y aurait, de ce côté, une certaine compensation à l'augmentation des dépenses du service de l'inspection.

Il importe de faire observer, d'ailleurs, que le département de la Seine ne perdra rien à cette modification, puisqu'il est tenu de verser intégralement entre les mains des inspecteurs spéciaux, à titre de salaire, les sommes qu'il a encaissées. Nous avons la confiance que vous voudrez bien, Messieurs, adopter les dispositions qui précèdent et qui ont pour but de donner à un service public important une organisation plus régulière et plus conforme aux intérêts que ce service a pour mission de sauvegarder.

Projet de loi. — Le président de la République française, décrète : Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des députés par le Garde des Sceaux, ministre de la justice et des cultes, et par le ministre du commerce qui sont chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Article premier. — L'inspection des pharmacies, des magasins de droguerie et d'épiceries sera faite, une fois au moins chaque année, par des inspecteurs spéciaux, nommés par le ministre du commerce, en nombre suffisant pour assurer le service.

Art. 2. — Tous les établissements, sans distinction, où se débitent au poids médicinal des substances pharmaceutiques et des substances vénéneuses quelconques, sont soumis à cette inspection.

Art. 3. — Indépendamment des officines de pharmaciens et des magasins de droguerie et d'épicerie, les inspecteurs de pharmacies ont dans leurs attributions la surveillance et l'inspection des dépôts d'eaux minérales et des fabriques d'eaux minérales artificielles.

Art. 4. — Pour les localités où il n'existe pas d'inspecteurs spéciaux des denrées alimentaires, les inspecteurs des pharmacies sont chargés, concurremment avec l'autorité municipale, de l'inspection et de la surveillance de ces denrées.

Art. 5. — Les inspecteurs des pharmacies constatent les contraventions prévues par les lois et les règlements relatifs à l'exercice de la pharmacie, à la salubrité des denrées alimentaires, à la vente des substances vénéneuses et des hydrocarbures. Ils peuvent procéder à la saisie des produits pharmaceutiques et alimentaires qui seraient falsifiés ou altérés.

Art. 6. — Ils prêteront serment devant le tribunal civil de l'arrondissement de leur résidence. Leurs procès-verbaux feront foi en justice jusqu'à preuve contraire.

Art. 7. — Les frais de visite des pharmacies demeurent fixés à six francs et ceux des magasins de droguerie ou d'épicerie à quatre francs, conformément à l'article 42 de l'arrêté consulaire du 25 thermidor an XI.

Art. 8. — Les taxes auxquelles sont assujettis les dépôts d'eaux minérales et les fabriques d'eaux minérales artificielles seront fixées par décret. Ces taxes ainsi que les droits de visite prévus à l'article 7, sont recouvrés comme en matière de contributions directes.

Art. 9. — La présente loi est applicable à l'Algérie.

Art. 10. — Sont et demeurent abrogés les articles 29, 30 et 31 de la loi du 21 germinal an XI, le décret du 23 mars 1859 et généralement toutes les dispositions législatives ou réglementaires qui seraient contraires à la présente loi. — Fait à Paris, le 24 janvier 1884.

VARIA

Le Transfert des aliénés.

Le *Radical* du 3 février 1884 donne, sur les transferts des aliénés du département de la Seine, des renseignements déjà connus de nos lecteurs, mais qu'il est bon de rappeler :

« Le département de la Seine, dit-il, est chargé de plus de 8000 aliénés, une partie est assistée dans les cinq asiles de Bicêtre, la Salpêtrière, Sainte-Anne, Vaucluse, Ville-Evrard, mais plus de 4000 sont placés dans des asiles de province avec lesquels traite le département de la Seine. Dans le cours de l'année, l'Administration est obligée de procéder à des *transferts*, afin de faire place à de nouveaux malades. Ces transferts sont très pénibles, et pour les malades et pour les familles ; aussi, est-ce avec raison que le Conseil général a demandé que l'on transférât les malades les moins visités par leurs familles.

« De plus, afin d'assurer la bonne exécution de ces transferts, le Conseil général a décidé par des votes réitérés qu'ils se feraient sous la direction d'un *médecin* ou d'un *interne*, seuls capables de donner, en cas de besoin, des soins convenables aux malades et de renseigner les médecins de l'asile destinataire sur la nature de la folie des malades transférés. Cette mesure a encore un autre avantage : c'est de mettre les médecins-adjoints et les internes en mesure de visiter un certain nombre d'asiles, de comparer leur organisation avec celle des asiles de la Seine, en un mot d'ajouter à leurs connaissances. »

Le *Radical* ajoute : « Depuis trois ans, à part quelques irrégularités, l'Administration s'est conformée au vote du Conseil général, mais, dans le cours de 1883, le Directeur de Vaucluse.... a pris toutes les dispositions pour écarter les internes des transferts. Il paraîtrait même qu'il en aurait opéré un vers le 20 décembre, sous la direction de deux religieuses n'appartenant même pas à son asile. On nous a affirmé le fait, que nous donnons cependant sous réserve, en appelant sur lui l'attention et du Conseil général et de l'Administration préfectorale pour qu'ils en empêchent le retour. »

Nous avons tout lieu d'espérer que l'Administration, prévenue, donnera les ordres les plus formels pour que les transferts soient faits désormais dans les conditions indiquées par le Conseil général. Puisque nous avons l'occasion de parler des transferts, nous en profiterons pour signaler la nécessité de ne pas multiplier outre mesure le personnel qui en est chargé.

© BIU Santé

Jurisprudence.

Legs fait à la supérieure d'un hospice. — Laïcisation postérieure au décès du testateur. — Propriété du legs acquise à l'hospice. — M. Germain Tocquet, décédé le 25 février 1878, avait fait, le 13 mars 1859, un testament olographe contenant la disposition suivante : « Je lègue la somme de 5,500 fr. à Mme la supérieure de l'hôpital général d'Auxerre, *quelle qu'elle soit*, au moment de mon décès, de laquelle somme elle disposera à son gré *dans l'hospice*. »

Au moment du décès, l'hospice était dirigé par une supérieure congréganiste ; mais, par une délibération de la Commission administrative, en date du 9 janvier 1880, sa direction est devenue laïque. La supérieure de l'hospice n'avait pas encore formé à cette époque de demande en délivrance du legs. La Commission administrative l'intenta, mais sa prétention fut repoussée par le tribunal de Moulins qui rendit, à la date du 5 mars 1883, un jugement par lequel il déclarait que le legs n'était pas fait à l'hospice, mais bien à la supérieure, *en son nom personnel*, et que, par suite, la demande en délivrance était mal fondée.

La Commission administrative de l'hospice d'Auxerre a interjeté appel de ce jugement devant la cour de Riom, qui a réformé le jugement de première instance et donné gain de cause à l'hospice. Voici, d'après la *Revue générale d'administration*, les principaux considérants de cet arrêt.

« Attendu que les termes, comme l'ensemble des dispositions contenues au testament de Louis-Germain Tocquet démontrent évidemment que sa pensée charitable était d'apporter, par le don de la somme léguée, un soulagement aux malades, aux orphelins, aux vieillards recueillis dans l'hôpital général d'Auxerre, puisqu'il a exprimé la volonté qu'il serait disposé de cette somme *dans l'hospice* ; qu'appelés à profiter seuls de ladite somme, les pauvres admis en cette maison doivent être réputés en être seuls légataires ;

« Que la supérieure de l'hospice, chargée par le testateur de disposer à son gré dans l'hospice de la somme léguée, n'a pas été appelée en son nom personnel à la recevoir, car, non seulement il ne l'a pas désignée nommément, mais il a dit ; la supérieure « *quelle qu'elle soit* » à l'époque de l'ouverture de la succession, manifestant ainsi l'intention de confier l'emploi du legs dans l'hospice d'Auxerre à la supérieure quelconque qui s'y trouverait au moment de son décès, et, à raison de sa qualité et des garanties qui en résulteraient . . . ;

Attendu que les modifications introduites en 1880 par la Commission administrative dans le service intérieur de l'hôpital d'Auxerre, en ce qui touche le soin des indigents qui y sont réunis, ayant substitué aux sœurs de charité qui y avaient été précédemment employées, des personnes laïques, le mandat spécialement attribué par le testament de Louis-Germain Tocquet à la supérieure des religieuses, s'est trouvé nécessairement annulé et légalement dévolu à la Commission chargée, par la loi du 7 août 1851, d'administrer les biens et les revenus de cet établissement hospitalier et de recueillir, aux formes de droit, le legs fait à son profit comme à celui des vieillards infirmes et orphelins auxquels il est destiné.... ;

Attendu, d'ailleurs, qu'aux termes de l'article 1014 du Code civil, le droit à la somme de 5.500 fr. léguée par le susnommé pour être employée dans l'hospice, a été irrévocablement acquise aux légataires à partir du 25 février 1878, jour du décès du testateur, et dans les conditions indiquées par lui ; que les changements survenus ultérieurement, soit au mois de janvier 1880, dans le service de l'hospice d'Auxerre, et la sortie de la supérieure religieuse appartenant à la communauté de Saint-Vincent-de-Paul, ne sauraient en rétracter les effets accomplis, mais qu'ils comportent simplement la dévolution, à qui de droit, du mandat qui en était l'accessoire ;

« Attendu que la délivrance des legs faits aux hospices, peut être demandée et ordonnée à titre conservatoire, sous la condition de l'obtention ultérieure de l'autorisation exigée par l'article 910 du Code civil ; qu'il importe en effet, en pareilles circonstances, d'assurer sans retard l'interprétation des dispositions testamentaires contenant ces legs, et de sauvegarder l'intégralité des droits pouvant en résulter, sauf aux établissements bénéficiaires à n'être investis de la jouissance des choses léguées, qu'après avoir été autorisés régulièrement à les accepter ».

Hôpitaux de Paris.

Concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission. — Ce Concours sera ouvert le lundi 31 mars 1884, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 28 février 1884, et sera clos définitivement le samedi 15 mars, à 3 heures.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 11. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Tillaux, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Damaschino, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Trélat, Guyon, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 12. — 1er *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Cornil, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Raymond.

Mercredi 13. — Thèses.

Jeudi 14. — 2e *de Doctorat* : MM. Gosselin, Proust, Joffroy.

Vendredi 15. — 1er *de Doctorat* : MM. Verneuil, Charcot, Kirmisson.

Samedi 16. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Le Fort, Richelot. — 5e *de Doctorat* (Hôtel Dieu) : MM. Pajot, Ball, Humbert ; — (N. R. 2e partie) (Hôtel Dieu) : MM. Hardy, Cornil, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 12. — M. Dubois : De la névralgie sciatique dans la syphilis. — M. Hainaut : Sur quelques cas de tuberculose pneumonique à marche rapide. — *Mercredi* 13. M. Jaillet : De l'alcool, sa combustion, son action physiologique, son antidote. — M. Henrionnet : De l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse. — *Jeudi* 14. M. Cauvet : Contribution à l'étude de la montée du lait. — M. Voukchewitch : Etude sur le traitement de l'ophthalmie granuleuse par l'excision du cul-de-sac conjonctival. — M. Antelmy : Contribution à l'étude des troubles nerveux dans les entorses et en particulier des atrophies et des paralysies musculaires. — M. Fournier : Etude sur les perforations de la cloison interventriculaire dans l'endocardite ulcéreuse. — M. Chantemesse : Etude sur la méningite tuberculeuse. — M. Schmitt : De la phlébite rhumatismale. — *Vendredi* 15. M. de Gennes : Etude clinique expérimentale sur l'acétonémie. — M. Gouttière-Cachera : Des pleurésies cloisonnées. — M. Thuvien : Contribution à l'étude clinique des adhérences pleurales. — *Samedi* 16. M. de Brun : Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens. — M. Petitot : De l'intervention chirurgicale dans les cas de tuberculoses externes.

Enseignement médical libre.

Cours sur les Eaux minérales. — M. le Dr Durand-Fardel commencera ce cours le lundi 18 février, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique (rue de l'Ecole-de-Médecine), et le continuera les lundis et vendredis de chaque semaine, à la même heure. Ce cours sera fait en 12 leçons.

FORMULES

7. Traitement du diabète par le phosphore. Travignot.

A propos de la médication hyposthénisante par le bromure de potassium préconisée dans ces derniers temps, M. le Dr Travignot, dans une note adressée à l'Académie des sciences, croit utile de rappeler la médication *hypersthénisante* qu'il a utilisée depuis longtemps dans le *nervosisme*, la *chloro-anémie*, le *lymphatisme*, dont la glycosurie n'est, selon lui, qu'une des manifestations plus ou moins rapprochées ou même éloignées.

Les diabétiques qu'il a eu à traiter étaient en même temps atteints de cataractes plus ou moins avancées. L'affection générale était assez ancienne, puisqu'elle avait amené une lésion de nutrition de l'appareil cristallinien ; néanmoins, il n'a rencontré que des cas d'une moyenne intensité. Plusieurs de ses malades avaient été soumis, antérieurement, soit à la médication alcaline, soit au régime antiféculent, avec le succès fugitif, mais ordinaire, que l'on connait. Dans ces différents cas, la médication phosphorée fut employée *seule*, c'est-à-dire sans alcalins et sans régime diététique spécial. Et *seule*, elle fournit des résultats favorables au point de vue clinique et au point de vue chimique, en ce sens que l'abaissement graduel de la matière saccharine coincidait avec le relèvement des forces et de la vitalité générale de l'organisme.

La médication phosphorée, sous ses différentes formes, a d'ailleurs sur les autres un avantage réel, celui de pouvoir être employée pour ainsi dire, d'une manière constante, et de faire partie intégrante du régime du diabétique, tandis que les autres traitements ne sauraient-être, sans inconvénients, mis en usage que pendant une période donnée et nécessairement assez restreinte. En effet, qui oserait, avec l'expérience acquise, soumettre les glycosuriques à l'usage continu des alcalins, au régime perpétuel des antiféculents, et surtout, ajoute M. Travignot, à l'emploi par trop prolongé du bromure de potassium.

Ce traitement est des plus simples ; il se compose : 1° D'huile phosphorée au 300e, préparée ou par le procédé ordinaire ou mieux par celui de M. Méhu. On emploi cette huile en frictions à la dose de 4 gr. par jour.—2° De vésicules phosphorées, contenant chacune un milligr. de phosphore dissous dans l'huile et que l'on prescrit à la dose de 2, 4 ou 6 vésicules dans les 24 heures, avant et après le repas. — 3° Enfin, de pilules phospho-ferrugineuses.

© BIU Santé

remplaçant les vésicules phosphorées dans le cas où il s'agit d'agir, tout à la fois, sur le système nerveux et sur le système sanguin. Voici la composition de ces pilules :

Huile d'amandes douces.	8 grammes
Phosphore.	0,10 centigr.

Faites dissoudre au bain-marie à 100°. Ajoutez :

Beurre de cacao.	8,40 centigr.
Poudre de guimauve.	18 grammes
Carbonate de fer.	3 —

F. S. A. 100 pilules gélatinisées ou dragéifiées à froid.—Dans plusieurs cas, M. Travignot a pu utiliser l'huile phosphorée contre diverses manifestations extérieures de la glycosurie, telles que la balano-posthite, les éruptions cutanées, les plaques gangréneuses superficielles. L'action topique du remède est toujours restée des plus efficaces (*Revue de thérap. méd. chir.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 25 janvier au jeudi 31 janvier 1884, les naissances ont été au nombre de 1263, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 488 ; illégitimes, 184. Total, 672.— *Sexe féminin* : legitimes, 446 ; illégitimes, 145. Total, 591.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 25 janvier au jeudi 31 janvier 1884, les décès ont été au nombre de 1093 savoir : 604 hommes et 489 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 6. T. 16. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 7, F. 7, T. 14. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 3. T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 32, F. 27, T. 59. — Dyssenterie : M. 1. F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 3, F. 4, T. 7. — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. ..— Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 23, F. 30, T. 53. — Phthisie pulmonaire : M. 119, F. 66 T. 185. —Autres tuberculoses : M. 9, F. 4. T. 13. — Autres affections générales : M. 34, F. 48, T. 82. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 33, F. 32, T. 65.— Bronchite aiguë : M. 21, F. 16, T. 37. — Pneumonie : M. 49, F. 28, T. 77. — Athrepsie : M. 29, F. 18. T. 47. — Autres maladies des divers appareils : M. 200, F. 180, T. 380. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 8. T. 33 — Causes non classées M. 4, F. 3, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 103, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 36 ; illégitimes, 16, Total : 52. *Sexe féminin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 11. Total : 51.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Chaire d'accouchements*. Par décret en date du 5 février 1884, vu les présentations faites par la Faculté et par la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, M. TARNIER, agrégé, a été nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

Consignations. — Les élèves qui doivent subir le 3e de Doctorat nouveau régime, 2e partie, ne seront admis à consigner que jusqu'au 27 mai, inclusivement.

Prix Civiale. — Le lauréat du prix Civiale pour 1883 est M. J. Para, externe des hôpitaux. — Le sujet pour 1884 est de *l'ictère*. Les mémoires devront être déposés le 1er décembre 1884. — D'ordinaire, ce dépôt devait être fait le 1er juillet. Cette limite a été reculée parce que le Conseil des professeurs, qui agit avec une sage lenteur, n'a choisi le sujet de concours que dans sa séance du 31 janvier dernier, au lieu de le faire en novembre 1883.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Périer, chargé des fonctions d'agrégé, est maintenu en exercice pour une période de trois ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Bessac, bachelier ès-lettres et ès-sciences, est nommé préparateur du laboratoire de physique, en remplacement de M. Jays, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Grandin, professeur de chimie et de toxicologie, est chargé, en outre, d'un cours de physique à la dite école.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — Par décret en date du 5 février 1884, M. Imbert, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, agrégé des Facultés de médecine, a été nommé professeur de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier.

HÔPITAUX D'AMIENS. — A la suite des concours qui ont eu lieu pour l'internat et pour l'externat, ont été nommés : MM. Fauvel, interne titulaire ; Andrieu et Lavoine, internes provisoires ; — MM. Fauvel, Fournier, Sarrasin, Mercier et Cotrelle, externes.

HÔPITAUX DE TOULOUSE. — M. Dupau, chirurgien adjoint des hôpitaux de Toulouse, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hospice de la Grave.

ASILE D'ALIÉNÉS DE MONTPELLIER. — A la suite d'un cours ouvert à l'hôpital général le 14 janvier dernier, M. Combemalle a été nommé interne de l'asile d'aliénés de Montpellier.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Roux, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur du cours de minéralogie, en remplacement de M. Curie, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. Klein, docteur-ès-sciences, est nommé maître des conférences de chimie.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. Destrem, docteur-ès sciences, est nommé maître des conférences de chimie.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — Par décret en date du 5 février 1884, M. Thoulet, docteur ès sciences, a été nommé professeur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Nancy.

INCOMPATIBILITÉS PARLEMENTAIRES. — La Commission sénatoriale, chargée d'examiner le projet de loi relatif aux incompatibilités parlementaires, propose d'étendre l'incompatibilité aux *agrégés*, et de n'en exempter que les professeurs titulaires.

ETABLISSEMENTS THERMAUX DE L'ETAT. — On annonce que le ministre du commerce vient de charger une Commission d'établir les bases du cahier des charges sur lesquelles seront mis en adjudication, pour le 1er janvier 1885, les établissements thermaux appartenant à l'Etat.

ENFANTS MORALEMENT ABANDONNÉS. — L'Assistance publique vient de créer une nouvelle maison pour les enfants abandonnés ou récalcitrants qui n'ont pas subi de condamnation à l'internement dans les maisons de correction ou les colonies pénitentiaires. C'est dans l'île de Porquerolles, faisant partie des îles d'Hyères, que cet établissement est installé. L'Assistance publique a loué une propriété privée pour y créer cette colonie. Une trentaine d'enfants y sont déjà.

CONGRÈS OTOLOGIQUE INTERNATIONAL A BALE. — Le prochain Congrès otologique international se tiendra à Bâle, du 1er au 4 septembre 1884. Les sujets sur lesquels on désire faire des communications devront être adressée, avant le 15 mai, à M. le Dr Burckhardt-Mérion à Bâle. Au commencement de juin, le programme détaillé du Congrès et des communications annoncées sera envoyé à tous les adhérents.

SAGES-FEMMES. — L'examen d'admission à la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine pour les élèves sages-femmes aura lieu le jeudi 13 mars 1884, à 9 heures du matin. Les inscriptions seront reçues tous les jours au secrétariat, de midi à 3 heures, jusqu'au 8 mars prochain.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE AUSTRO-HONGROIS. — Le ministre de la guerre de l'Autriche-Hongrie vient d'arrêter les bases d'un projet de réorganisation du corps de santé militaire. Il sera créé une Académie de médecine militaire qui comprendra 300 élèves devant y séjourner 5 ans. De plus, le directeur du service de santé de l'armée autrichienne a décidé qu'on accorderait aux médecins militaires le rang d'officiers, sans aucune restriction, et qu'on leur reconnaîtrait le caractère de combattants. Les médecins militaires des hôpitaux y commanderont en maîtres ; en outre, ils ne changeront de garnison que dans des circonstances tout à fait particulières et on leur accordera toutes facilités pour se créer une clientèle civile (*Semaine médicale*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le samedi 9 février, à l'heure et en son local habituels. — Ordre du jour : 1° M. Apostoli (au nom du Dr Pasquier) : Emploi thérapeutique des courants continus. — 2° M. Fraigniaud (au nom du Dr Reneau) : Névropathie datant de 3 ans chez un amputé avec névrômes. — 3° M. Reliquet : Fistule uréthro-prostato-périnéale et rectale. Guérison.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le lundi 11 février 1884, à 4 heures très précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil). — Ordre du jour : 1° Rapport de M. BROUARDEL, sur l'organisation et l'enseignement de la médecine légale ; 2° Communication par M. ROCHER, d'un jugement relatif à un fait de transmission de la syphilis de nourrisson à nourrice ; 3° Communication de DESCOUTS, sur les erreurs de diagnostic auxquelles exposent les éruptions cutanées, chez les enfants ; 4° Discussion sur la question de savoir si les pharmaciens sont autorisés à exécuter plusieurs fois la même prescription sans nouvelle ordonnance d'un médecin ; 5° Fractures du crâne chez les nouveau-nés (Discussion) ; 6° Les aliénés et la sécurité publique.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro de la *Clinica Navarra*, revue de quinzaine consacrée à défendre les intérêts moraux et matériels des médecins et pharmaciens, et particu-

© BIU Santé

lièrement de ceux de la Navarre. Cette revue paraît à Pampelune, sous la direction de M. Manuel Zimeno Egarvide. — Vient également de paraître, le *Caustique*, revue mensuelle de chirurgie, publiée à Bruxelles, sous la direction de M. le Dr Bougard.

Nécrologie. — M. le Dr Maingault vient de mourir à Pau, d'une maladie chronique, à l'âge de 61 ans. On lui doit, entre autres travaux, un mémoire remarqué sur la *paralysie diphtéritique*. — On annonce la mort de madame Martina Castelli de Constanti, doctoresse en médecine et en chirurgie en Espagne. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Gondouin, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé le 2 février, à l'âge de 61 ans.

AVIS. — *La Société française de produits pharmaceutiques* Adrian et Cie, bien connue pour la pureté de ses produits, recommande d'une façon toute particulière à MM. les Médecins ses *granules médicamenteux mathématiquement dosés* au moyen du pilulier mécanique, qui a obtenu à l'Exposition universelle de 1878 la plus haute récompense accordée à ce genre d'appareils.

Elle les délivre en flacons de 100 granules ou en boîtes de 10 tubes, contenant chacun 20 granules. — Les prescrire sous le nom de *Granules Adrian*.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Bichat. Conférences de clinique et de thérapeutique médicales. — M le Dr Henri Huchard commencera ces conférences à l'hôpital Bichat, le dimanche 17 février, à 10 heures 1/2, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Hôtel-Dieu.— Clinique médicale : M. G. Sée, lundis et vendredis, à 9 h.; — M. Gallard, mardis et samedis, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Humbert, mardis, jeudis, samedis, à 9 h. — *Clinique ophthalomologique* : M. Panas, lundis et vendredis, à 9 h.

Hôpital de la Charité. — Clinique médicale : M. Hardy, mardis et samedis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Terrillon, lundis, mercredi, vendredis, à 10 heures.

Hôpital de la Pitié. — Clinique médicale: M. Jaccoud, mardis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Verneuil, lundis et vendredis, à 9 heures 1/2.

Hôpital Necker. — Clinique médicale : M. Potain, lundis et vendredis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Trélat, mardis et jeudis, à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphylitiques : M. Fournier, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, le samedi, à 9 heures.

Hôpital Laënnec.—Clinique médicale. M. le Dr Legroux a repris ses lecons cliniques à l'hôpital Laënnec le mercredi 23 janvier 1884, à 9 heures, et les continue les mercredis suivants, à la même heure. Il traite des *maladies d'évolution*.

Hôpital des Enfants malades. — M. le Dr. de St-Germain a repris ses leçons cliniques le jeudi 31 janvier, à 9 h. du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

Gros : chez **Clin et Cie, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.**—Détail : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

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

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

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles. Lymphatisme, Maladies de la peau et des os, Voies respiratoires, Asthme. Diabète, Fièvres intermittentes.

Le Rédacteur-gérant : Bourneville

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. Bollivian, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produis représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—**Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *névralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

Peptone Catillon

Officiel adoptée dans les hôpit. de Paris.

Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 *eau*, 3 *gout. laudanum*, 0.30 *bicarb. de soude*.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, pas d'équivoque dans le dosage. 1 *cuill. à café représente* 45 *gr. de viande*.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 *cuill. contient* 30 *gr. de viande*.

VIN : utile complément de nutrition. 1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande*.

CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en tablettes contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner ; en croquettes, 8 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.

Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon

0,20 *de créosote du hêtre par cuillerée.*

Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs.

Seul vin au quinquina ou quina ferrugineux.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878.

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Maux d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.

Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs non capables de supporter les ferrugineux ordinaires.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 7. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 16 FÉVRIER 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TERRILLON.**
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Du cancer du col de l'utérus.

Leçon recueillie par M. le Dr ROUTIER, chef de clinique.

Messieurs,

La jeune femme que vous m'avez vu examiner au n° 10 de la salle Ste-Catherine présente, comme vous avez pu le voir, toutes les apparences d'une bonne santé; elle est encore fraiche et grasse et ne se doute certainement pas qu'elle est atteinte d'un mal terrible, incurable, le plus souvent mortel, et à brève échéance.

Les symptômes de son mal sont en effet très bénins et ne l'inquiètent pas; elle a toujours été bien portante et c'est plutôt une question de propreté qu'une question de maladie qui l'a amenée à nous consulter. Elle a eu deux enfants, ses deux accouchements se sont bien faits; mais, depuis le dernier, c'est-à-dire depuis quatre ans, elle a eu des flueurs blanches; cet écoulement l'a d'abord peu gênée : c'est surtout depuis six mois qu'il est devenu permanent; il a pris aussi un caractère spécial, il empesait le linge et la tache qu'il y produisait se composait de deux zones concentriques, l'une brunâtre, quelquefois rosée au centre, l'autre plus pâle tout autour. Il y a trois mois, le caractère du liquide changea encore, la malade nous dit que son linge était souillé d'une façon permanente comme par de l'eau rouillée. Tout cela s'est passé sans douleur, et c'est ce qui explique pourquoi la malade ne s'est pas plainte plus tôt.

Nous l'avons touchée hier et voici ce que nous avons trouvé : au fond du vagin, au lieu et place du col de l'utérus, le doigt a rencontré une masse lobulée, en forme de champignon, on ne peut pas y reconnaitre l'orifice utérin; le tissu est dur; on peut promener le doigt tout autour, ce qui prouve que les culs-de-sac du vagin sont libres, bien plus, on peut reconnaitre en arrière comme un pédicule formé de tissu sain qui supporte cette masse lobulée. Vous avez pu voir, qu'après cet examen, j'ai ramené sur mon doigt des mucosités sanguinolentes glaireuses et sentant mauvais.

Ces quelques signes nous suffisent pour affirmer que nous sommes en présence d'une tumeur maligne du col de l'utérus, tumeur qui tuera la malade en peu de temps, si nous ne l'arrêtons pas dans son évolution fatale.

Faisant appel à vos souvenirs cliniques, je vous rappelle que le cancer se présente habituellement sous trois formes au niveau du col de l'utérus : 1° La forme en chou-fleur; 2° la forme ulcéreuse avec destruction du col; 3° la forme infiltrée, qui rend les lèvres du col grosses, bosselées, et comme cartilagineuses par place.

L'anatomie pathologique nous enseigne qu'il y a aussi trois variétés : 1° Le carcinome; 2° l'épithélioma pavimenteux; 3° l'épithélioma cylindrique.

Mais, sachez que ces variétés ne correspondent pas à nos trois formes cliniques; on les trouve réunies sur une même tumeur, c'est ce qui fait qu'elles présentent une grande analogie dans leur marche et dans leur évolution; dans la forme végétante, cependant, on a surtout du carcinome mou à forme encéphaloïde.

Le point qu'il importe au chirurgien de connaitre, c'est de savoir jusqu'où s'étend la lésion; malheureusement, ni le toucher digital, ni les divers instruments qui sont à notre disposition ne nous permettent de mesurer exactement l'étendue du mal. Cependant, l'infiltration cancéreuse ne dépasse pas de beaucoup les limites de l'ulcération, car il se produit à mesure de la gangrène, de sorte que cette ulcération suit de très près la propagation du cancer dans le tissu sain; ce qu'il importe de savoir, c'est l'état des culs-de-sac du vagin.

Dans le cas qui nous occupe, en arrière du champignon cancéreux, nous sentons encore une partie du col, nous pouvons donc espérer que nous opérerons au delà des limites du mal.

Cette forme végétante est, du reste, la plus propice au point de vue thérapeutique; dans les formes ulcéreuses ou infiltrées, nous voyons le plus souvent les malades beaucoup trop tard pour pouvoir intervenir. C'est vous dire que la marche de cette affection est très insidieuse; sur vingt femmes, dix-neuf n'auront pas de symptômes au début, aussi, ne viennent-elles consulter que tard, alors qu'elles ont déjà des désordres graves.

Il existe cependant un symptôme au début : c'est un écoulement séreux, légèrement jaunâtre, ce n'est pas encore du pus; la tache sur le linge n'est sale qu'au milieu; l'abondance de cet écoulement est variable, il est souvent très abondant, et peut arriver à 1 et 2 litres par jour. Puis, ce liquide prend peu à peu une teinte rosée, due au sang. La douleur manque souvent au début, elle ne se montre qu'après deux ou trois mois, et va alors en augmentant jusqu'à la mort. Ces douleurs souvent atroces ont des irradiations multiples : dans les reins, les cuisses, du côté des trochanters, du coccyx, et paraissent dues à l'irritation des filets nerveux pris dans l'envahissement cancéreux.

Bientôt, arrive l'affaiblissement; ces malades maigrissent et prennent la teinte jaune-paille, caractéristique de la cachexie cancéreuse. Les troubles digestifs se montrent, la perte d'appétit, le dégoût pour les aliments, surtout pour la viande. Dans la dernière période enfin, on voit des désordres ultimes portant sur les organes voisins, le cancer s'infiltre dans les parties voisines, le col tombe en partie, le vagin, le rectum, la vessie forment une même masse indurée, ulcérée, traversée par des fistules qui font du vagin un véritable cloaque. Souvent aussi, les uretères sont comprimés, le fonctionnement des reins est gêné, c'est alors qu'on observe de l'urémie, et les malades meurent dans le coma ou avec des attaques d'éclampsie.

Vous le voyez, le pronostic est des plus graves; cette affection abandonnée à elle-même ne guérit pas, et quand on opère on a presque toujours des récidives. Cependant, je suis de ceux qui croient qu'on peut retarder la mort par l'opération, au moins chez l'adulte; c'est qu'en effet, à cette période de la vie, cette maladie marche vite et l'évolution se fait en six ou dix mois. Chez les vieilles femmes, au contraire, c'est plus lent;

© BIU Santé

on voit à la Salpêtrière des malades qui ont un cancer de l'utérus depuis 4 et 5 ans.

Quel est donc le traitement que nous pouvons opposer à cette terrible affection? Tout d'abord, nous pouvons le diviser en : 1° Traitement contre la tumeur. 2° Traitement contre les accidents.

1° *Traitement contre la tumeur.* — Le procédé par excellence serait de la détruire tout entière; mais je vous ai déjà dit que ce n'était pas toujours possible. On peut cependant détruire le col par divers moyens :

a) Les cautérisations successives par le fer rouge, l'acide chromique, le perchlorure de fer. Par ces divers moyens, on n'agit pas suffisamment, on n'atteint que les parties superficielles de la tumeur, ils sont surtout bons à employer contre les hémorrhagies.

b) La destruction interstitielle par les flèches de pâte de Canquoin, les injections interstitielles de chlorure de zinc. Méfiez-vous de ces procédés, on ne peut pas à volonté limiter l'action du caustique, et on a vu des chirurgiens perforer de cette façon les culs-de-sac du vagin; vous voyez d'ici les funestes conséquences.

c) L'ablation de la tumeur que vous pouvez faire : 1° Par le grattage, surtout dans la forme ulcéreuse; il faut aller dans ce cas jusqu'au tissu sain qui est dur, on fait l'évidement conoïde du col; cette opération donne beaucoup de sang, mais l'hémorrhagie cesse quand on arrive sur le tissu sain. 2° Avec les ciseaux courbes. 3° Avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère. Ces moyens sont bons dans la forme infiltrée.

Mais, pour le cas dont nous avons à nous occuper, le meilleur procédé, à mon avis, c'est l'anse galvanique que nous pourrons conduire facilement au delà du champignon cancéreux, et, en allant doucement, nous n'aurons même pas d'hémorrhagie; toutefois, il faut savoir que l'hémorrhagie est à craindre soit primitivement si on coupe une artère trop vite, soit consécutivement, au moment de la chute des escharres, vers le 7e ou le 11e jour; et cette hémorrhagie peut être foudroyante. C'est ce qui m'est arrivé sur une malade que j'opérai devant mon maître, le professeur Verneuil; l'hémorrhagie survint pendant le sommeil, et, avant qu'on eût pu trouver du secours, la malade était morte. Cet accident est moins à redouter à l'hôpital que dans la clientèle de la ville, parce qu'ici l'interne de garde aurait le temps de faire le tamponnement. C'est ce qui est arrivé dans un cas pareil dans le service de mon collègue M. Polaillon, et la malade guérit.

L'écraseur linéaire de Chassaignac, très vanté par M. le professeur Verneuil, a, me semble-t-il, le défaut de glisser, on ne sait pas toujours très bien ce qu'on enlève.

2° *Traitement contre les accidents.* — Quand il est trop tard, que vous ne pouvez plus songer à attaquer la tumeur, il est divers accidents qu'il faut savoir combattre. Les hémorrhagies, quelquefois si inquiétantes, seront arrêtées par la cautérisation à l'acide chromique; par les injections vaginales avec du perchlorure de fer étendu de 5 fois son volume d'eau; par la position, la tête basse, le bassin élevé; par l'ergot de seigle ou les injections sous-cutanées d'ergotine.

L'odeur est quelquefois tellement repoussante qu'elle doit attirer l'attention des chirurgiens. Les injections vaginales fréquentes avec la solution d'acide phénique au centième; d'acide thymique aux 2 centièmes; de chloral à 2 pour cent; de permanganate de potasse à 5 pour cent; mais cette dernière solution a l'inconvénient de tacher le linge.

Les douleurs, enfin, sont souvent le point capital à combattre; employez les suppositoires de belladone composés avec 3 à 4 centigrammes d'extrait. Le chloral par la bouche sous forme de potion ou de sirop de Follet; les cataplasmes laudanisés; enfin la morphine en injection hypodermique. Evitez surtout l'opium à l'intérieur, car vous savez qu'il amène la constipation et l'inappétence, deux symptômes à combattre chez vos malades.

Nota. — La malade qui a fait l'objet de cette clinique a subi l'amputation du col par l'anse galvanique; elle est sortie du service le 26 décembre; au toucher, on aurait affirmé qu'elle avait le col normal et qu'elle n'avait jamais subi d'opération. Il n'y a pas eu le moindre accident durant son séjour à l'hôpital.

PATHOLOGIE MÉDICALE

HÔTEL-DIEU. — M. EMPIS.

Abcès multiples de cause inconnue. — Mort rapide avec symptômes typhoïdes;

Par M. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Lebeden (Marie), âgée de 29 ans, couturière, entrée le 10 juillet 1883 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 24 (Service de M. EMPIS.)

Il y a dix ans, rhumatisme articulaire aigu, généralisé, fébrile. Aucun abcès à ce moment. Depuis, l'annulaire de la main droite est resté fléchi presque à angle droit au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. Pas de signes fonctionnels de cardiopathie. Il y a trois ans, couche très bonne. Femme vigoureuse, ordinairement bien portante.

La maladie actuelle a débuté le 4 *juillet*. Depuis trois semaines, la malade était soumise à un travail très pénible, pour soigner une personne atteinte de fièvre typhoïde avec érysipèle. Depuis huit à dix jours, elle se sentait mal à l'aise, lorsque, le 4 juillet, dans la journée, elle fut prise de frissons, de nausées avec vomissement bilieux. Cela dura jusqu'au lendemain à midi. En même temps, débutaient les règles, dont c'était l'époque habituelle. Normales pendant deux jours, elles dégénérèrent en perte dans la nuit du 6 au 7; l'écoulement sanguin, sous forme de léger suintement, a persisté pendant deux jours après l'entrée de la malade. Aucun trouble utérin dans les antécédents; jamais de pertes blanches, jamais de douleurs de ventre.

La malade fut soignée chez elle à partir du 5 *juillet*; sulfate de quinine, 1 gr.; frictions de baume tranquille sur la jambe droite, déjà douloureuse. Les jours suivants, douleurs dans l'épaule droite d'abord, puis dans tout le membre inférieur gauche.

8 *juillet*. Vésicatoire à la région précordiale.

9 *juillet*. Purgation.

10 *juillet*. Elle entre à l'hôpital. Malade pâle, affaiblie. Forte fièvre. T. 40°,8 le soir. Insomnie. Les frissons ne se sont pas reproduits depuis les premières 24 heures. Sueurs abondantes depuis le début de la maladie. Pas de toux, pas de douleurs dans la poitrine; rien à l'auscultation du poumon; au cœur, souffle au premier temps et à la pointe; pas de palpitation, pas d'oppression. Pas d'albuminurie. Foie normal. L'épaule droite est douloureuse spontanément et à la pression, empâtée, tendue, chaude, sans changement de coloration à la peau. Sur le dos de la main droite, un peu de rougeur et de gonflement, sans grande douleur au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index.

Le mollet gauche est douloureux dans les moindres mouvements et par le ballottement des masses musculaires. Un peu de liquide dans le genou gauche (choc rotulien), qui d'ailleurs n'est ni gonflé, ni douloureux. Pression douloureuse dans la région inguino-crurale gauche. Rien dans les

© BIU Santé

membres supérieur gauche et inférieur droit. Ventre souple et indolent.

12 *juillet*. La prostration a augmenté. Fièvre toujours vive. T. 39°,5 à 40°,5. Les douleurs sont devenues très vives au niveau de la main droite; la rougeur et le gonflement ont augmenté; fluctuation (frictions avec laudanum, enveloppement ouaté). Douleur à la pression dans le pli de l'aine droit.

14 *juillet*. Même état. Fièvre toujours semblable, sans grandes variations (T. 39° à 39°,5 le matin; de 40° à 40°,5 le soir), sans frissons. Le gonflement de la main droite est considérable; la suppuration est évidente.

15 *juillet*. Même état de la main droite. Au niveau du coude gauche, œdème avec empâtement, rougeur et douleur, s'étendant notablement sur l'avant-bras. Sur la partie latérale droite du cou, plusieurs traînées très douloureuses de lymphangite, avec petits cordons rouges et empâtés. Sur la partie interne du genou droit, petite tache rouge, un peu saillante, indurée, indolente, régulièrement circulaire, large de 1 cent. environ, à contour parfaitement net.

16 *juillet*. Incision longitudinale sur le foyer purulent de la main droite. Issue d'une quantité notable de pus très sanglant, inodore. Le doigt introduit dans le foyer sent nettement le tendon extenseur et l'articulation, qui est manifestement intacte. Un peu d'œdème et de douleur du coude droit.

17 *juillet*. La douleur de la main a été considérablement soulagée par l'incision. Les douleurs sont d'ailleurs moins vives aujourd'hui. Un peu de rougeur avec traînées épaisses superficielles à la région antéro-interne de la partie supérieure du bras droit. La rougeur est moins forte au niveau du cou. Même état général grave; agitation, fièvre; rien à la percussion et à l'auscultation du thorax. Le foie reste toujours normal. La rate ne peut être percutée en raison de la difficulté qu'on éprouve à mettre la malade sur le côté.

18 *juillet*. Un peu de délire tranquille hier soir, et qui dure pendant la nuit. Ce matin, T. 39°,5. Légère épistaxis. La rougeur du cou diminue; on sent de petits noyaux durs sur le trajet des traînées de lymphangite. La douleur à la pression est très vive à la partie antérieure du 1/3 supérieur de l'avant-bras gauche. Toux assez fréquente; respiration un peu oppressée. La malade souffre peu spontanément. On entend quelques râles sous-crépitants, très fins à droite et en arrière, vers l'aisselle. Le soir, T. 39°,8.

19 *juillet*. T. M. 39°,8; S. 41°,4. La malade commence aujourd'hui à aller sous elle. Subdélirium le soir. Même état local et général. Léger nuage d'albumine de l'urine.

20 *juillet*. *Matin*. T. 40°,8. P. 120. Insensibilité. La pression des parties gonflées ne provoque aucune manifestation de douleur. Oppression. Toux, expectoration visqueuse, difficile. Délire continu, calme, professionnel, durant jusqu'à 3 heures de l'après-midi. A ce moment, il s'arrête; un vomissement. L'agonie dure environ 2 heures, sans agitation, sans convulsion. La malade n'a pas pris, au moment de mourir, une teinte ictérique; elle est plutôt devenue violacée.

Autopsie, faite le 22 *juillet*, à 9 h. 1/2 du matin. — Décomposition modérément avancée. Plaques ecchymotiques noirâtres au niveau de la partie latérale droite du cou, de la partie interne du bras gauche, de la région externe et postérieure du coude et de l'avant-bras gauche.

Le *cœur* est sain; ne présente aucune lésion valvulaire. Liquide péricardique un peu abondant. Les *poumons* présentent tous deux une grande quantité de petits points indurés, superficiels, dont un assez grand nombre sont suppurés. Pas de pleurésie; pas de pneumonie. *Foie* un peu jaune, décoloré. Pas d'abcès. *Rate* grosse, diffluente. Pas d'abcès. *Rien* dans le cerveau, dans les reins.

Pas trace de péritonite. Trompes un peu congestionnées; quelques petits kystes séreux du ligament large. *Utérus*. Cavité assez spacieuse, muqueuse un peu tomenteuse, un peu de muco-pus au niveau du fond. Pas trace de phlébite ni de lymphangite. — *Fosse iliaque*. Rien dans le tissu sous-péritonéal. Fascia iliaca sain des deux côtés. A droite, le muscle psoas tout entier est transformé en pus; la collection purulente, par la gaine du psoas, se prolonge jusqu'au niveau du petit trochanter. Foyer purulent profond, en avant du grand trochanter, sous le muscle droit antérieur. Rien dans la fosse iliaque. Rien autre dans les membres inférieurs.

Membres supérieurs. *A droite*, suppuration considérable de la bourse sous-deltoïdienne; abcès à parois molles, tomenteuses, irrégulières. Le foyer de la main, incisé pendant la vie, est absolument vide; il y a un décollement assez étendu de la peau sur la face dorsale. *A gauche*, incision sur le bord externe de l'avant-bras. Le tissu sous-cutané est œdématié, mais non suppuré. Sous l'aponévrose, on tombe sur un foyer situé sous le muscle cubital antérieur et dans son épaisseur, se prolongeant entre les muscles profonds, remontant sur la face externe du bras à 3 à 4 centimètres au dessus du coude, descendant jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras en avant et en arrière, en avant surtout, et un peu jusqu'à la face dorsale du poignet.

Toutes les grandes articulations ont été ouvertes. Aucune ne contenait de pus. Nulle part on n'a trouvé d'os dénudé. Les veines, examinées avec soin au niveau de toutes les parties suppurées, n'ont présenté aucune trace de phlébite. Le pus de tous les abcès était assez fluide, un peu jaunâtre, assez bien lié, sans aucune odeur.

Réflexions. — Quel diagnostic fallait-il poser, d'abord pendant la vie de la malade, et ensuite après l'autopsie? Au début, l'erreur a été faite avec le rhumatisme articulaire aigu, et il eût été difficile de l'éviter; l'existence d'une attaque antérieure, les douleurs au niveau des articulations, le souffle au cœur, les sueurs abondantes plaidaient en faveur de cette hypothèse. L'état général faisait toutefois prévoir immédiatement que l'atteinte serait grave. Il démontra bientôt que l'on se trouvait en présence d'une maladie infectieuse, tendant à produire des suppurations multiples dans les membres, et, durant la vie, le diagnostic se trouva hésitant surtout entre une endocardite ulcéreuse et une infection purulente suite d'avortement. On ne pouvait guère songer au farcin aigu. L'avortement me semble difficile à admettre. Le seul phénomène capable d'y faire penser, c'est que le début de la maladie a coïncidé avec des règles d'une abondance anormale. Mais ces règles venaient à leur époque habituelle. Les lésions constatées à l'autopsie ne peuvent guère s'interpréter dans le sens d'un avortement. Le péritoine était absolument sain; l'utérus avait seulement une muqueuse un peu tomenteuse, mais pas plus que pendant les menstruations normales, et on ne peut s'appuyer, croyons-nous, sur la goutte de muco-pus trouvée au fond de la cavité. Les lymphatiques et les veines étaient parfaitement indemnes. Un fait nécroscopique plus important, c'est l'existence, à droite, d'une psoïtis suppurée; cela concorde bien avec l'idée d'une septicémie puerpérale. Mais, qu'on se reporte à l'observation clinique, et l'on verra que la douleur de l'épaule droite a précédé celle de l'aine gauche, que celle-ci à son tour s'est manifestée avant celle de l'aine droite, et qu'à gauche il n'y avait pas trace de psoïtis. Le phlegmon iliaque n'est donc pas le point de départ; c'est seulement une suppuration liée à la même cause générale qui a engendré toutes les autres.

L'autopsie a ruiné sans conteste l'hypothèse d'une endocardite ulcéreuse. Elle nous a donc conduit à conclure que nous avions observé une de ces maladies infectieuses dont la cause nous échappe, et qui se caractérisent par des suppurations multiples, diffuses, accompagnées de phénomènes généraux graves. Cette affection n'a encore été l'objet, à notre connaissance, d'aucune description d'ensemble. Notre but n'est pas toutefois d'entreprendre cette description, mais seulement de montrer que, si les faits épars n'ont

© BIU Santé

guère été rassemblés, c'est que dans les recueils ils portent des titres divers, qu'ils sont classés sous des étiquettes en apparence dissemblables.

Le travail le plus récent et le plus complet sur ce point est la thèse de Bourcy (1). Après avoir passé en revue les arthrites qui surviennent dans les diverses maladies infectieuses et dont il nie la nature rhumatismale, notre collègue étudie dans la seconde partie de sa thèse ces arthrites suppurées multiples, souvent considérées auparavant comme des rhumatismes aigus suppurés. Défendant les idées de son maître le professeur Bouchard, il soutient que cette affection n'a rien de rhumatismal, que c'est une maladie générale, infectieuse, et il compare ces suppurations articulaires à celles qu'on observe dans les maladies infectieuses bien déterminées, comme par exemple la dysenterie, la scarlatine, etc. Ces idées sont fort analogues à celles que Quinquaud (2) avait émises déjà à propos de ce qu'il a appelé « *maladie arthrito suppurative.* » Bourcy adopte le nom de *pseudo-rhumatisme infectieux.*

Parmi les faits antérieurement considérés comme rhumatismes articulaires aigus suppurés, et passés sous silence par Bourcy, nous relèverons une observation de Cruveilhier (3), recueillie dans le service de Dupuytren et reproduite par Vallerand de la Fosse (4) dans sa thèse. Le même auteur, dans son Atlas d'anatomie pathologique (5) relate encore trois cas semblables. On en trouvera deux dans un mémoire de Malle (6) ; en 1840, à propos du fait de Parise, cité par Bourcy, et dont Barth déjà révoque en doute la nature rhumatismale, Mascarel (7) rapporte une observation analogue ; en 1850, Gendrin (8) soutient que le rhumatisme ne suppure pas, et Ripoll, au contraire (9) publie un fait qu'il rapporte au rhumatisme. Valleix (10) pense que ces cas doivent rentrer dans la diathèse purulente. Pour terminer cette énumération, mentionnons encore les observations de Becquerel (11), de Leflaive (12), de Gubler (13) ; les trois cas attribués par Lebert (14) au rhumatisme cérébral ; un fait de Martineau relaté par J. Guyot (15). On trouve dans la thèse de Glœsel (16) un fait un peu plus complexe, mais encore attribué au rhumatisme.

(1) Bourcy. — *Des déterminations articulaires des manifestations infectieuses. Pseudo-rhumatisme infectieux.* Thèse, Paris, 1883.
(2) Quinquaud. — *Contribution à l'étude clinique des maladies articulaires. Maladie arthrito-suppurative. Gaz. méd.*, 1871, p. 206 et 280.
(3) Cruveilhier. — *Traité d'anat.-path.*, t. IV, p. 474.
(4) Vallerand de Lafosse. — *Dissertation sur le rhumatisme.* Th., Paris, 1815, n° 278, p. 39 et V. p. 16-17.
(5) Cruveilhier. — *Atlas d'anatomie pathologique*, XVIIe livraison (d'après J. Guyot). Je n'ai pas pu trouver cette livraison dans l'édition qui existe à la bibliothèque de la Faculté.
(6) Malle. — *De la terminaison du rhumatisme par suppuration. Expérience*, 1839, t. III, p. 49 ; et *Clin. chir. de l'hôp. d'instr. de Strasbourg*, 1838, t. II.
(7) *Soc. Anat.*, 1840, t. XII, p. 301.
(8) Gendrin. — *Gaz. des hôp.*, 1850, p. 266 et 295.
(9) Ripoll. — *Gaz. des hôp.*, 1850, p. 318.
(10) Valleix. — *Soc. méd. hôp.*, 12 fév. 1851. Bulletins, t. I, p. 161 et actes de la *Société méd. des hôp.*, Paris, 1852, 2e fasc., p. 93.
(11) Becquerel. — *Soc. méd. hôp.*, 23 juillet 1851. Bulletin, t. I, p. 208.
(12) Leflaive. — *Mon. hôp.*, 1853, p. 636-37.
(13) Gubler. — *Soc. méd. hôp.*, 10 déc. 1856 ; 2 observations citées in-extenso par Guyot, considérées par Gubler comme rhumatisme cérébral.
(14) Lebert. — *Viertetjahrschrift für die prakt. Heilkunde*, 1860, t. IV, observations traduites dans *Arch. gén. méd.*, 1861, V[e] série, t. XVII, p. 385.
(15) J. Guyot. — *De la terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration. Soc. Anat.*, 1864, p. 396.
(16) Glœsel. — Th. Paris, 1847, n° 57. *De l'infection purulente, etc.*, obs. III, p. 31.

De même Schreiber (1) considère que les suppurations articulaires multiples sont liées au rhumatisme anormal.

Si donc, la possibilité de la suppuration du rhumatisme aigu a toujours été contestée, la majorité des auteurs l'admettait autrefois, comme le démontrent les articles de Villeneuve, de Ferrus dans les Dictionnaires en 60 et en 30 volumes. On rapportait même, sans hésiter, au rhumatisme des observations douteuses comme celle de Fauchier (2). Mais, nous avons vu que quelques médecins, comme Valleix, Gendrin, pensaient déjà que ces faits doivent plutôt rentrer dans ce que Tessier avait appelé diathèse purulente spontanée. A part la question de nom et de doctrine, c'est en somme l'opinion de M. Bouchard, de Bourcy : les rhumatismes articulaires suppurés ne sont pas des rhumatismes. Mais, Bourcy ne s'est occupé que des accidents articulaires.

M. Hayem (3) a agi de même avec le rhumatisme musculaire suppuré. Il a décrit ces faits sous le nom de *myosite infectieuse*. Mais, ici, nous n'avons pas rencontré de suppurations multiples analogues à celles que nous avons rapportées précédemment. Dans l'observation de Foucault (4), les désordres sont bornés à un bras ; parmi les faits anciens, les observations de Villermé (5), de Ozanam (6) sont peu précises, et déjà le commentateur du journal de Corvisart les trouve peu concluants ; nous en dirons autant de l'observation de Pinel (7), mais ces faits sont intéressants en ce qu'ils nous montrent des suppurations diffuses survenant sans cause connue et accompagnés de phénomènes généraux de nature infectieuse. D'ailleurs, comme nous allons le voir, Tessier et ses élèves citent comme exemple de diathèse purulente certains cas de suppurations isolées.

A. Duplay (8), Rennes (9) ont rapporté, sous le titre d'*abcès multiples*, des observations que nous croyons fort analogues à la nôtre, quoique, depuis, quelques auteurs les aient attribuées au farcin. Le farcin n'est pas non plus bien démontré dans une observation de Gubler (10). Ces cas sont assez comparables aux *abcès soudains* décrits par Delpech (11).

J. P. Tessier, dans un mémoire resté célèbre, a réuni les divers faits caractérisés par des suppurations multiples, les a rapprochés de l'infection purulente chirurgicale et a rapporté le tout à un état général qu'il a appelé diathèse purulente. Allant plus loin, il a fait rentrer dans sa description des observations où un phlegmon diffus, survenu sans cause connue, fut rapidement suivi de mort (obs. XXIII et XXIV p. ex.). — Il est le premier qui ait cherché à faire cette synthèse. Mais, il faut bien dire que, dans son mémoire, on ne trouve guère d'observations concluantes ayant trait à des suppurations multiples, sans cause appréciable. Son opinion fut cependant admise par quelques auteurs, nous citerons par exemple Voillemier (12), Cazeaux (13), Jousset (14). On trouvera des observations dans

(1) *Deutsche arch. f. Klin. med.*, 1881, n° 4, p. 421. D'après *Lyon, Méd.*, 1882, t. XLI, p. 165
(2) Fauchier. — *Journal général de médecine*, 1817, t. LX, p. 310.
(3) Hayem. — *Dict. Encycl. des Sc. Méd.*, 2e série, t. X, p. 737.
(4) Foucault. — *Soc. An.*, 1869, p. 506 et rapport d'Hayem, p. 519.
(5) Villermé. — *Journal de méd. chir. et pharmacie de Corvisart*, Leroux et Boyer, juillet 1813, t. XXVII, p. 218.
(6) Ozanam. — *Id.*, février 1814, t. XXIX, p. 115.
(7) Pinel. — *Nosographie philosophique*, t. II, p. 544.
(8) A. Duplay. — *Arch. gén. méd.*, 1833, t. I, p. 373.
(9) Rennes. — *Arch. gén. méd.*, 1833, t. I, p. 536.
(10) Gubler. — *Soc. Anat.*, 1848, t. XXIII, p. 43.
(11) Delpech. — *Maladies réputées chirurgicales*, Paris, 1816, t. I, p. 69.
(12) Voillemier. — *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôp. des Cliniques pendant l'année* 1838. — *Journal des Conn. Médico chir.*, 1838. — *Soc. An.*, 1840, t. XII, p. 107.
(13) *Soc. An.*, 1842, t. XVII, p. 272-73.
(14) Id. Ibid.

© BIU Santé

les thèses de quelques élèves de Tessier : Dufresne (1), J. L. Mathieu (2), dans un mémoire de Milcent (3), dans la thèse de Frestier (4). Cette dénomination a encore été adoptée par Barth (5), par Broca (6), par Hervieux (7), qui rapporte neuf observations de collections purulentes multiples chez le nouveau-né. Plus récemment, Martineau (8) l'a encore employée.

C'est encore la même affection qui a été parfois décrite sous le nom d'infection purulente spontanée, ou pyohémie spontanée. Elle est, en effet, tout à fait comparable anatomiquement à certaines formes d'infection purulente traumatique. Mais, bon nombre d'auteurs se refusent à admettre la pyohémie spontanée. Par exemple, M. Alph. Guérin qui, dans sa thèse (9), admettait la « fièvre purulente spontanée », combat cette opinion dans ses discours académiques, dans un article plus récent encore du *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.* (10), et rattache à la morve ou au farcin les cas pris autrefois par lui pour de l'infection purulente spontanée.

Il est vrai que M. Verneuil (11) croit à la possibilité de la pyohémie sans plaies exposées et il fait soutenir par un de ses élèves, Domec (12), une thèse pour le démontrer. Domec ne s'attache qu'aux cas où il y a une cause appréciable. Mais, si dans toute une catégorie des faits qu'il cite, et qui sont connus et admis depuis longtemps, le point de départ est dans une suppuration interne, ailleurs il n'y a aucune suppuration causale. Ainsi, on a vu la pyohémie produite par une fracture sous-cutanée n'ayant pas suppuré (13) et si quelquefois il y a phlébite au niveau du foyer, cela n'est pas constant. D'autre part, Domec donne (p. 56) une observation dans laquelle il admet que la pyohémie est consécutive à un phlegmon de l'épaule. Mais, vu la succession des accidents, on peut tout aussi bien admettre que le phlegmon de l'épaule relève de la même cause que les autres suppurations. On pourrait en dire autant pour une observation de Schutzemberger (14). De même pour le fait de Lemaire (15).

Wunderlich (16) a publié un mémoire important sur la « pyohémie primitive et spontanée. » Il dit avec raison que si le nom est contestable, c'est uniquement une question de mots : malgré le sens étymologique, on ne réserve pas le nom de pyohémie aux cas où il y a mélange de pus dans le sang. Parmi ses observations, deux sont très nettes (III et V), les cinq autres le sont moins.

D'ailleurs, Velpeau lui-même était arrivé à prononcer le nom d'infection purulente spontanée, ainsi que cela résulte d'une observation publiée par ses internes, Liouville et Leroy (1).

C'est la dénomination adoptée par Servier (2), Surmay (3), M. Raynaud (4), Clutton (5).

Il résulte de tout ce qui précède que, certaines maladies infectieuses se caractérisent par des suppurations multiples, pouvant siéger dans les articulations, dans les muscles, dans le tissu cellulaire. Et n'est-ce pas comparable à l'ostéomyélite aiguë, qui elle aussi est remarquable dans certains cas par le cortège de ses phénomènes généraux, par son allure infectieuse, par la multiplicité des os frappés ? Aussi bien, dans les mémoires précédemment cités des élèves de Tessier, trouve-t-on un certain nombre d'observations où les lésions osseuses sont évidentes ; Tavignot (6), par exemple, a présenté comme diathèse purulente un cas d'ostéomyélite aiguë multiple.

N'est-ce pas comparable également aux abcès multiples que l'on voit survenir dans le cours de maladies infectieuses bien déterminées, comme l'érysipèle, la variole, la fièvre typhoïde ? Nous croyons donc qu'on peut généraliser plus que ne l'a fait Bourcy : les suppurations articulaires ne sont qu'un cas particulier.

Infection purulente et pyohémie sont des noms qui ont l'avantage de rappeler l'analogie des lésions constatées dans ces cas et dans ceux où, quelle que soit la théorie admise, l'affection a pour point de départ une plaie exposée. Il y a cependant une différence ; dans les faits qui nous occupent actuellement, les suppurations viscérales sont l'exception, les suppurations articulaires ou péri-articulaires sont la règle (7). C'est l'inverse dans l'infection purulente chirurgicale. Nous n'essaierons pas de trouver à cela une explication ; déjà ces deux formes ont été signalées dans la pyohémie des blessés par Vidal, par Malgaigne (8), qui se demandent si les cas où il y a des suppurations diffuses du tissu cellulaire ne correspondent pas plutôt à des lésions du système lymphatique. En tout cas, dans notre observation, la lymphangite du cou démontre que le système lymphatique était altéré.

Mais, comme nous l'avons dit, nombre de chirurgiens se refusent à admettre une pyohémie *spontanée*. Tout cela dépend des dimensions que l'on veut attribuer à la porte d'entrée : quel individu n'a pas une éraillure plus ou moins légère sur un point quelconque de la surface cutanée ou muqueuse ? Avec les doctrines parasitaires qui règnent actuellement, la grandeur de la solution de continuité importe peu. Il faut seulement que les organismes inférieurs, aujourd'hui incriminés dans les maladies infectieuses, trouvent un terrain propice pour se développer. De là l'influence de l'état général : surmenage, alcoolisme, re-

(1) Ed. Dufresne. — *De la fièvre puerpérale*. Th. de Paris, 1846, n° 10, p. 50.
(2) J.-L. Mathieu. — *De la diathèse purulente spontanée*. Paris, 1849, n° 168.
(3) Milcent. — *Remarques et observations sur la diathèse purulente. Journal de chirurgie*, 1845, 299.
(4) Frestier. — *De la fièvre purulente spontanée idiopathique comparée à l'infection purulente*. Th., Paris, 1856, n° 116.
(5) *Soc. An.*, 1855, t. XXX, p. 6.
(6) *Soc. An.*, 1854, t. XXIX, p. 200, à propos d'une observation de Lorain.
(7) Hervieux. — *De la diathèse purulente chez le nouveau né. Arch. gén. med.*, 1858. 5e série, t. I. Cf. Les faits de Rh. suppuré chez le nouveau-né rapportés par N. Guillot. *Soc. méd. hôp.*, 1851, Bull., t. I, p. 165, à propos du rapport déjà cité de Valleix.
(8) Martineau. — *Soc. méd. hôp.*, 10 avril 1874. D'après *Gaz. hebd.*, 1874, p. 291.
(9) A. Guérin. — *De la fièvre purulente*. Th., Paris, 1847.
(10) A. Guérin. — Art. *Infection purulente*, in *Nouv. dic. de méd. et chir. prat.*, p. 271.
(11) Verneuil. — *Mémoires de chirurgie*, t. II, p. 109. Paris, 1879.
(12) Domec. — *De l'infection purulente sans plaies exposées*. Paris, 1877, n° 118.
(13) Domec. — *Loc. cit.*, p. 69.
(14) Schutzemberger. — *Fragments d'études pathologiques et cliniques*. Paris. Masson, 1879, p. 363.
(15) Lemaitre. *Soc. An.* Voy. Verneuil. *loc. cit.*
(16) Wunderlich. — *Arch. f. phys. Heilkunde*, 1857. Nouvelle série, t. I, p. 89. *Ueber spontane und primäre Pyämie.*

(1) *Soc. An.* 1867, p. 439.
(2) Servier. — *Observation pour servir à l'histoire de l'infection purulente. Gaz. hebd.*, 1872, p. 710.
(3) Surmay. — *Contrib. à la quest. de l'inf. pur. Gaz. hôp.*, 1872, p. 371.
(4) M. Raynaud. — *Etudes expérimentales sur l'inoculabitité du sang dans un cas de pyohémie spontanée, Gaz. hebd.*, 1873, p. 211.
(5) *A syst. of Surg. by Holmes.* In *Pyœmia*. 3e édition. London, 1883, t. I, p. 177.
(6) *Soc. anat.*, 1841, t. XVI, p. 171.
(7) Cependant, V. Becquerel. — *Séméiotique des urines*. Paris, 1841, p. 281. Deux observations, sous le titre de *fièvre purulente*, où les abcès existent uniquement dans plusieurs variétés.
(8) *Soc. Chir.*, 1845 et *Gaz. hôp.*, 1845. D'après Th. Domec.

© BIU Santé

froidissement. Wood (1), par exemple, rapporte des cas de pyohémie survenus chez des alcooliques sous la simple influence du froid.

L'exiguité d'une plaie, l'absence d'inflammation à son niveau ne préservent pas le malade de la possibilité d'une infection purulente. Les observations diverses où un panaris à peu près cicatrisé a causé la mort par ce mécanisme sont probants à ce point de vue (2).

On peut en rapprocher les cas où on a vu des sages-femmes être atteintes d'infection puerpuérale pour avoir séjourné pendant une période menstruelle dans une salle atteinte d'épidémie. C'est précisément sur les faits de ce genre que Voillemier (3) s'appuie pour défendre la doctrine de Tessier. M. Rendu (4) les signale également.

En somme, ne pourrait-on pas comparer, à la fréquence près, la pyohémie dite spontanée à l'érysipèle spontané. De ce que, pour beaucoup d'auteurs, l'érysipèle dit spontané a toujours pour point de départ une solution de continuité, faut-il conclure qu'on ne doit pas différencier cet érysipèle médical de l'érysipèle chirurgical?

Maintenant, doit-on penser que cette pyohémie médicale évolue toujours comme elle a évolué dans le cas que nous avons observé? Cela ne semble pas probable. Dans la thèse de Bourcy, par exemple, on trouve des observations où la guérison est survenue malgré des symptômes graves, sans suppuration appréciable dans les observations XII et XIII, avec des suppurations bien localisées dans la première observation de Mathieu (obs. VIII, in., Th. de Bourcy).

Dans ces observations encore, la maladie a revêtu une forme aiguë. Ne peut-on pas considérer que les abcès multiples décrits par Laurent (5), dans sa thèse, sont une forme chronique et bénigne d'une affection tout à fait analogue à celle dont nous venons d'indiquer en quelques mots la forme grave?

(1) J.-B. Wood. — *A treatise on the practice of medicine*. Philadelphie, 1858, p. 254. D'après Domec.

(2) *Soc. An.*, 1872, p. 58.

(3) Voillemier. — *Loc. cit.*

(4) Rendu. — *La fièvre puerpérale. Revue gén. in Revue des Sciences méd.* 1882. p. 758. Et. Cf. p. 755.

(5) A. Laurent. — *Abcès multiples spontanés*. Th. Paris, 1879.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'Actinomycose.

C'est aux médecins vétérinaires que nous devons la connaissance de l'*actinomycose*, maladie confondue jusqu'à ces derniers temps avec différentes autres affections. Nous n'en sommes plus maintenant à compter les services rendus à la médecine humaine par l'art vétérinaire. La découverte de l'actinomycose montre une fois de plus les inconvénients de la séparation absolue de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire ; elles ne sauraient, réunies, que se rendre de mutuels services. Tout médecin devrait avoir des connaissances générales en art vétérinaire, et les étudiants trouveraient grand avantage à participer en commun à certains cours, tels qu'histologie, physiologie et anatomie pathologiques, etc.. En tous cas, il est peu compréhensible qu'en France la médecine vétérinaire soit à peu près exclue de nos Facultés (1); Faculté de médecine humaine et Faculté de médecine vétérinaire pourraient, comme cela se passe dans certains pays, avoir des locaux en partie communs, ou, tout au moins, très rapprochés. Nous ne doutons pas que, les obstacles actuels levés, beaucoup de médecins ne soient tout disposés à compléter leurs études médicales en fréquentant les cours et les cliniques vétérinaires; ils en retireraient certainement grand profit, et la science aussi.

(1) Il existe à la Faculté de médecine de Paris un cours de *pathologie expérimentale et comparée* ; cette chaire est occupée par un savant de grand mérite, M. Vulpian. Mais cet enseignement, du reste tout à fait supérieur, est loin d'exister dans toutes facultés et ne ferait nullement double emploi avec les cours professés par les médecins vétérinaires.

Les premières observations d'actinomycose ont été publiées par des médecins vétérinaires. Le premier auteur qui en donna une description exacte est Rivolta (de Pise), (1868 (1), 1875 (2); toutefois, il est douteux qu'il ait, dès cette époque, saisi le rapport qui existe entre les *actinomycètes* et la production des tumeurs dans lesquelles il rencontra ces parasites (3). Perroncito (de Turin) (1875) en constata aussi la présence dans le sarcome du bœuf (4).

En Allemagne, on attribue la découverte de l'actinomycose à Bollinger (5) (1875), qui, sur l'avis de Harz, a donné le nom d'*actinomyces* au parasite, à cause de sa structure radiée, et à la maladie celui d'*actinomycose*. Le premier cas d'actinomycose chez l'homme a été publié par Israël en 1878 (6), puis vinrent ceux de Ponfick (7), Rosenbach, Partsch, etc. (8).

L'actinomycose est constituée chez le bœuf par des tumeurs siégeant aux maxillaires, de préférence au maxillaire inférieur, ou encore par des nodules isolés, ayant l'aspect de nodules ou tubercules dont la surface est ulcérée et qui occupent les cavités buccale ou nasale, la langue, etc. ; ces lésions ont souvent été considérées jusqu'alors comme sarcomateuses (ostéo-sarcomes), tuberculeuses, scrofuleuses, morveuses ou farcineuses, etc.

Chez l'homme l'actinomycose revêt un aspect différent ; au lieu de tumeurs ce sont des foyers de suppuration plus ou moins étendus qui peuvent s'observer sur les différentes régions du corps (*abcès dentaires, an-*

(1) Rivolta. — *Sopra alcuni pezzi patologici*, etc. ; 2e mémoire. Torino, 1868.

(2) Rivolta, — *Del farcino o moccio dei bovini, e della tubercolosi o mal del Rospo nella lingua dei medesimi animali* (*Giorn. di anat. fis. e pat. degli anim.*, p. 198, fasc. IV, août 1875.)

(3) Il en signale cependant l'existence constante ainsi qu'en témoignent les lignes suivantes : « Nel mezzo degli elementi che compongono i focolari si trovano *costantemente* gruppi di corpuscoli discoidi costituiti da specie di bastoncini ramosi. Delle superfici di sezioni dei noduli, ec. si ottiene un liquido puriforme. La neoformazione procede lenta, ed anche sembra arrestarsi, quando i noduli non sono esposti alle azioni mecaniche. » Rivolta. — *Studi fatti nel gabinetto di anat. patol. della R. scuola sup. veter. di Pisa. Del cosi detto farcino o moccio dei bovini della e cosi tubercolosi o mal del rospo (Trutta) della lingua dei medesimi animali*, p. 84, Pisa, 1877 et *loc. cit.*

(4) Perroncito.—*Osteosarcoma delle mascella anteriore e posteriore nei bovini* (*enciclop. agraria ital.*, p. 569.)

(5) Quelques autres auteurs, tels que V. Langenbeck (*phlegmon prévertébral*, 1845), Vachetta (1874), etc., avaient encore signalé la présence d'actinomyces. — Bollinger. — *Uber eine neue Pilzkrankheit beim Rinde* (*Centralbl. f. die med. Wissensch.*, 1877, n° 27.)

(6) Israel. — *Neue Beobactungen auf dem Gebiete der Mykosen des Menschen* (*Virchow's Archiv.*, Bd. LXXIV, p. 15, 1878).

(7) Ponfick. — *Die Actinomykose des Menschen*. Berlin, 1882.

(8) On voit que c'est à tort que dernièrement plusieurs journaux scientifiques ont attribué à M. Flemming la découverte d'une nouvelle maladie du bœuf, consistant dans la présence d'actinomycètes (Voir *Progrès*, n° 7, 1883).

© BIU Santé

gine de Ludwig, abcès des fosses iliaques, pleurésies purulentes, etc.).

Quelle que soit la forme affectée par l'actinomycose, la maladie est due incontestablement à la présence des actinomyces. Ces parasites ont été rencontrés en dehors de toutes lésions dans les cryptes des amygdales de l'homme (Ponfick), et du cochon (Johne) (1). Il semble donc en résulter que ce parasite comme les autres ne peut se développer s'il ne trouve une porte d'entrée ou un terrain favorable. La contagion par l'intermédiaire des plaies est, en tous cas, très bien établie par les observations de Perroncito et de Ponfick. Dans le premier cas, l'actinomycose se greffa sur une plaie de l'articulation tibio-fémorale d'un cheval (l'animal mené dans une étable à bœufs y fut traité sans succès). Les fongosités développées sur la plaie furent examinées par M. Perroncito qui constata la présence d'actinomycètes (2). La plaie guérie, il se développa une tumeur d'apparence sarcomateuse qui fut extirpée par le vétérinaire traitant. — Dans le second cas, celui de Ponfick, la maladie se développa chez une femme âgée de 15 ans à la suite d'une blessure du pouce; la généralisation se fit par le bras, le cou, etc.

La classification botanique de l'actinomycose a donné lieu à quelques controverses. Israël qui, le premier, décrivit l'actinomycose chez l'homme, sans se prononcer catégoriquement, inclinait à en attribuer la cause au *Streptotrix Forsterii* (3). Du reste, on est loin encore, à l'heure actuelle, d'être d'accord sur la nature du champignon, cause de l'affection; les uns, comme Ponfick, inclinant à le considérer comme un stade de développement d'un fongus d'ordre plus élevé, les autres en faisant un champignon complet (4).

Johne a mis en doute l'absolue identité de l'actinomycose de l'homme et du bœuf, se basant sur le résultat négatif d'une de ses séries d'inoculations (un veau et deux cochons) faites avec des actinomyces de l'homme (recueillis pendant la vie) et inoculés de suite.

Une observation publiée par Birch-Hirschfeld (5) semble avoir quelque rapport avec l'actinomycose : il s'agissait d'un enfant atteint d'une fièvre violente; on ne trouvait comme lésion qu'un dépôt peu adhérent d'un blanc de stéarine sur une des amygdales. Aussitôt celui-ci enlevé, la fièvre cessait, puis récidivait (deux fois) 10 jours après avec la reproduction de la même membrane. L'examen histologique du dépôt qui avait la forme d'une petite balle de la grosseur d'un pois, démontrait l'existence de filaments de schizomycètes radiés et disposés à la manière d'un buisson; leur extrémité libre était toutefois dépourvue de renflements, ou n'en présentait que de très petits. Entre les filaments inarticulés, on voyait de nombreux et épais amas de fins micrococcus. Une quatrième récidive étant survenue, l'amygdale malade fut pendant 10 jours lavée à l'éponge et saupoudrée de fleur de soufre. Il n'y eut plus de rechute. Le nom de *Leptothrix fasciculatus* avait été proposé pour désigner le parasite,

M. S. Rivolta croit plus juste le nom de *discomyces bovis*. « En 1875, dit-il, j'ai décrit dans des sarcomes du bœuf siégeant dans divers organes des amas de filaments rameux à différents degrés de développement et de grandeur. Bien que résistant à l'action de la potasse et ressemblant par ce point à des micromycètes, je ne crus pas devoir les considérer comme de nature végétale, d'autant plus qu'ils différaient des microphytes connus. »

Le même auteur a observé chez le cheval une autre espèce de parasite dans un sarcome de la région du scrotum. Celui-ci se distingue du premier en ce qu'il est exclusivement composé de cellules de grandeur et de forme différentes (cellules mères et cellules filles), mais leur mode de distribution, leur aspect macroscopique, etc., les rapprocheraient de l'actinomycose. Aussi M. Rivolta croit-il que l'on pourrait lui donner le nom générique de *sarcomyces* et ceux de *sarcomyces bovis et equi* aux deux espèces connues.

M. Canali (1) a signalé dans un cas d'actinomycose pulmonaire des corpuscules isolés et nombreux, munis d'une membrane enveloppante à double contour; ces corpuscules étaient de formes variées (formes de poires, de lances, de virgules, de massues, de spermatozoaires, etc.), et souvent réunis deux à deux et enchaînés.

Jusqu'à présent, les *essais de culture* n'avaient fournis que des données incomplètes et peu concluantes. M. Oscar Israël (2) a enfin obtenu quelques résultats positifs. Dans un travail très intéressant et que nous ne pouvons qu'analyser brièvement ici, il attribue les insuccès des autres auteurs à l'excessive vulnérabilité du parasite, à son développement très lent; d'où il en résulte qu'il peut ainsi se trouver étouffé et déguisé par le développement des parasites accessoires. Aussi la culture doit-elle dès l'origine être parfaitement pure. Les cultures faites dans le bouillon de bœuf, les solutions de peptone d'extrait de viande, le sérum sanguin liquide de bœuf à la température de la chambre ou à celle du corps humain, de même que dans la gélatine chlorurée de peptone, traitée avec de l'eau extraite de la viande, à la température de 20°, ne donnent aucun résultat. L'auteur n'a réussi à cultiver l'actinomyces que

(1) L'actinomycose a été assez fréquemment observée chez le cochon. — Les actinomycètes trouvés dans les amygdales du cochon sain étaient presque toujours calcifiés. (Johne.— *Weiteres zur Kenntniss des Strahlenpilzes (Actinomyces bovis)* in *Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, 1881, n° 15, 9 avril).

(2) Perroncito. — *Innesto accidentale Actinomyces in un cavallo (Giornale della R. Academia di medicina di Torino*, juillet 1883, p. 498).

(3) Ce parasite trouvé en 1855 par Græfe dans les canaux lacrymaux est encore connu sous le nom de *Cladothrix F.* (voir pour la bibliographie, etc., Zopf. — *Die Spaltpilze*. Breslau, 1883, p. 85. — M. Johne a assimilé l'actinomyces à l'echinobotryum (Die Gebilde besitzen in ihrer Gruppirung eine grosse Ähnlichkeit mit Echynobotrium, einem Schimmelpilz, der somit *vielleicht* der længst gesuchte, ausserhalb des Thierkœrpers vorkommende Schimmelpilz sein dürfte, aus welchem sich innerhalb der Organismus der Actinomyces durch Anpassung entwickelt. — *loc. cit.* p. 274).

(4) Cette dernière opinion semble confirmée par le résultat des cultures de O. Israel (Voir plus loin).

(5) Citation empruntée à Neisser, *Die chronischen Infectionskrankheiten der Haut (Handbuch der Haut-Krankheiten. H.* I, p. 719, 1883; (*Zimessen's Handbuch*).

(1) Rivolta. — *Sopra un micromicete del cavallo. — Nota preventiva (Guglielmo da Saliceto*, anno I, n° 5, 1879, p. 145).

(2) Canali. — *Bronco-actinomicosi nell'uomo (Rivista clinica di Bologna*, n°s 9 et 10, 1883).

(3) O. Israël. — *Uber die Cultivirbarkeit des Actinomyces*, (*Virchow's Archiv*, p. 140, Bd. XCV, H. I., 3 janv. 1884.)

© BIU Santé

dans le sérum de bœuf coagulé (de Koch) (2); le parasite qui se développe par spores du 10e au 14e jour, n'atteint encore après 8 semaines qu'une étendue de 1/2 centim. autour de la raie de culture. Il est encore à noter que les actinomycètes calcifiés ne peuvent servir aux cultures, que le mycélium est plus ou moins rapidement détruit par différents liquides (les spores sont plus résistantes): eau distillée, glycérine; tandis qu'au contraire il résiste à l'action des solutions fortes alcalines ou acides (1).

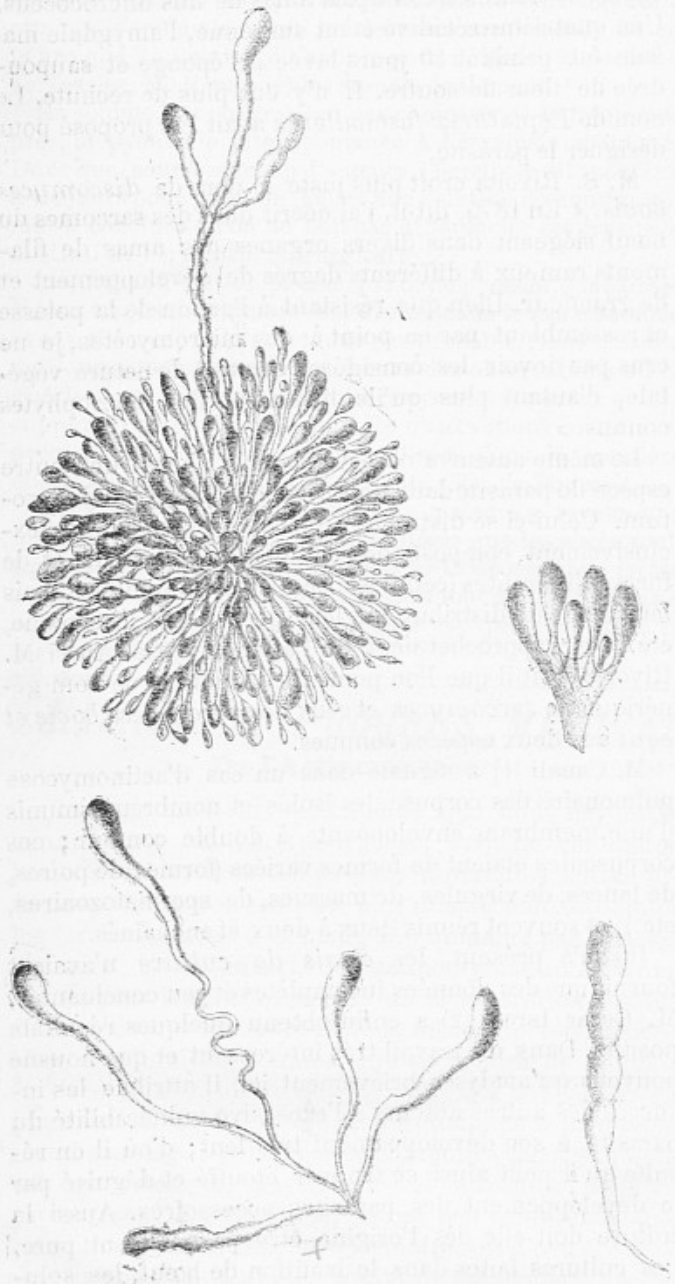


Fig. 13, 14, 15, 16 empruntées à Ponfick. —à gauche on voit le parasite à l'état de complet développement. —A droite une des gonidies terminales a l'aspect variqueux. — à gauche et en bas filaments ayant une disposition en ombelle. A droite et en haut filament isolé ayant une apparence dentelée.

Les inoculations sur les veaux sont celles qui donnent les meilleurs résultats. Johne réussit par des inoculations sous-cutanées et intra-péritonéales à reproduire la maladie chez les veaux; de un à deux mois après, ils présentaient des tumeurs absolument semblables aux tumeurs actinomycétiques. Selon Ponfick, le lapin et le chien seraient réfractaires à l'inoculation. Mais Israël (1) est parvenu récemment à inoculer l'actinomycose de l'homme sur le lapin; cet auteur avait choisi comme lieu d'inoculation la cavité péritonéale. Deux mois et demi après il put constater des tumeurs présentant l'aspect caractéristique de l'actinomycose du bœuf. D'un autre côté M. Vachetta a observé un cas d'actinomycose chez le chien.

Les tumeurs (2) actinomycétiques sont le plus souvent d'apparence sarcomateuse; les surfaces de section ont un aspect lardacé, transparent, gris, jaunâtre; on y voit de petits foyers purulents ou de grandes cavités remplies de pus. Chez le bœuf on observe en outre des nodules (langue, etc.) à surface ulcérée, des tubercules, ou plutôt de très petits nodules dans les fosses nasales et les sinus frontaux, etc. Pflug a trouvé chez une vache de nombreux petits foyers épars sur tout le poumon et simulant une tuberculose miliaire aiguë (3).

Chez l'homme on rencontre surtout la forme suppurative. A cet égard, nous ne saurions rien ajouter à ce qui est connu, du moins en ce qui concerne les lésions macroscopiques (foyers purulents souvent avec métastases, gangrène pulmonaire, trajets fistuleux, fusées purulentes, dégénérescence amyloïde, etc.). — La généralisation se fait par *continuité* ou par *métastases*.

Les *formes graves* se compliquent de métastases dans le diaphragme, la rate, les reins, les vertèbres, les os de la base du crâne, le cerveau, le cœur, etc.

Pour compléter la description des lésions macroscopiques, nous devons dire: 1° que les trajets fistuleux sont pâles, fongueux, recouverts de corpuscules jaunes; ils ressemblent beaucoup aux trajets produits par la scrofule; 2° que les poumons sont atteints de préférence aux autres organes: ils sont sillonnés de trajets fistuleux; le tissu connectif sous-pleural est le siège d'une infiltration phlegmoneuse, et dans les cavités pleurales se forment des collections purulentes.

Le parasite peut déjà être distingué à l'œil nu; voici ce que M. Friedländer en dit dans son traité de technique histologique (4):

(1) Voir pour plus de détails: O. Israël, *loc. cit.*; p. 142.

(1) J. Israel. — *Erfolgreiche Ubertragung der Aktinomykose des Menschen auf das Kaninchen; Centralblatt f. d. med. Wissensch*, 1883, n° 27. — Un lapin inoculé le 26 mars 1883 fut tué le 12 juin. Un petit morceau de tissu actinomycétique provenant d'un abcès peripleurétique avait été transplanté dans la cavité péritonéale; le lapin ne présenta aucun signe de maladie. A l'autopsie on trouva dans la cavité abdominale un grand nombre de tumeurs de la grosseur d'une cerise à celle d'un grain de chanvre et ayant tous le caractères de tumeurs actinomycétiques (Voir pour plus de détails le travail cité).

(2) Ces tumeurs seraient histologiquement tantôt des fibromes, tantôt des sarcomes ou fibro-sarcomes.

(3) Pflug.— *Lungenactinomycosis in Form acuter Miliartuberculose bei einer Kuh* (*Centr. f. d. med. Wiss.* 1882, n° 14.) — Depuis, d'autres auteurs ont publié des observations du même genre chez la vache et le cochon (Voir Pusch. (*Beitræge zur Kenntniss der Lungenactinomycose; (Archiv. f. w. u. pr. Thlkde.* 1883, IX Bd. p. 447).

(4) C. Friedlænder. — *Microscopische Technik zum Gebrauch bei. med. u. pathol.-anat. Untersuchungen;* Berlin, 1883, p. 111).

© BIU Santé

« Les actinomycètes qui ont d'abord été trouvés chez l'homme par Langenbeck, puis plus tard par J. Israël, Ponfick, etc., chez le bœuf par Bollinger, peuvent déjà être distingués macroscopiquement dans le pus sous forme de grains gélatineux, de la grosseur d'un grain de mil ; en écrasant ces grains on en aperçoit nettement la structure; toute coloration est inutile. »

Voyons maintenant en quoi consiste la lésion histologique caractéristique, c'est-à-dire le parasite.

« Pour étudier ce champignon, écrit M. Bizzozero, il suffit d'examiner le produit du raclage des sarcomes à cellules géantes des mâchoires, si fréquents chez le bœuf: à l'œil nu il se présente sous la forme de granulations d'un blanc jaunâtre ou jaune de soufre, atteignant au maximum les dimensions d'une tête d'épingle. Ces granulations sont formées par l'agrégation de petites boules d'actinomyces, dont le diamètre atteint ou dépasse même 1/10 de millimètre. Chacune de ces boules à la forme d'une mûre ; souvent elles sont calcifiés, de sorte qu'il faut alors, pour en étudier la structure, dissoudre les sels calcaires par l'acide chlorhydrique étendu. Au microscrope, la partie centrale de cette masse se montre constituée par des filaments mycéliens, très délicats, entrecroisés ; ces filaments se dirigent vers la périphérie de la masse, où ils se terminent en gonidies, renflés en forme de poire ou de massue homogènes, jaunâtres, fortement réfringentes (fig. 13,14,15,16). Par la compression ou la dissociation, les gonidies se détachent aisément des filaments mycéliens; et laissent mieux voir, alors, leur forme et leurs dimensiosns (longueur 4—12 μ., largeur 1, 5—4 μ (1). »

M. Rosenbach (de Gottingen) rapporte que depuis longtemps le Dr Baum avait remarqué dans certains abcès du cou des éléments particuliers semblables à des cristaux, que de même M. König les avait rencontrés dans un abcès prévertébral ; ce dernier auteur les avait montrés à un chimiste qui les avait désignés comme cristaux. La fréquence de la calcification des actinomycètes, leur forme, expliquent pourquoi ces auteurs et bien d'autres avec eux ont pu les considérer comme des cristaux de margarine. — Dans un prochain *Bulletin*, nous terminerons cet exposé de l'actinomycose.

P. Bricon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 février 1884. — Présidence de M. P. Bert.

M. Mégnin lit une note de M. Thierry (Yonne) sur l'*hybridité chez les animaux*. Un sanglier s'étant accouplé en forêt avec une truie bourbonnaise (race bressane), il y eut une portée de 3 marcassins, 2 femelles et un mâle. Ce petit mâle, qui avait tous les caractères du sanglier, fut enfermée avec une jeune truie de 2 mois, qui fut fécondée par lui vers l'âge de 5 à 6 mois. De cet accouplement naquirent 3 marcassins, 2 femelles et un mâle, qui sont bien conformés et très vigoureux ; le mâle tient de son père, dont il présente tous les caractères. De ce fait, observé avec toutes les garanties désirables, il résulte donc que l'hybride né d'une truie et d'un sanglier n'est pas infécond et que ce n'est pas un mulet. M. Thierry fera encore couvrir par cet hybride la même truie, puis une de ses filles ; l'hybride sera alors tué et examiné au point de vue du squelette et des vertèbres en particulier. Les résultats de cet examen seront publiés.

M. Hervé montre des coupes faites sur des *embryons de chat* et qui permettent de se rendre compte de la manière dont s'opère le *développement du squelette facial*. Les divers auteurs, jusqu'à présent, pensaient que la face se développait autour d'un squelette cartilagineux et par un processus opposé à celui du développement de la base du crâne. D'après M. Hervé, ce tissu osseux ne se formerait pas aux dépens du tissu cartilagineux ; il envahirait peu à peu le cartilage préexistant et prendrait complètement sa place. Il n'y a qu'un seul processus: mais, pour la face, la substance osseuse se développe en dehors du cartilage, tandis que, pour la base du crâne, elle se développe à l'intérieur.

M. Duval confirme cette manière de voir et dit qu'on peut généraliser ce mode de développement au squelette tout entier. Le cartilage préexistant à l'os ne lui sert, à proprement parler, que de tuteur ; il est envahi peu à peu par le tissu osseux qui se forme aux dépens du tissu fibreux voisin.

M. Duval expose ensuite le résultat de ses recherches sur le *placenta des oiseaux*. Ce titre peut sembler étrange, les oiseaux étant considérés généralement comme implacentaires ; cependant, ils possèdent un organe placentoïde, et l'auteur, après 3 ans de recherches, s'est assuré de son existence et du rôle qu'il remplit. En poursuivant ses études sur l'allantoïde des oiseaux, M. Duval a été amené à faire de nombreuses coupes d'œufs aux différentes périodes d'incubation. Ces coupes, opérées d'abord sur des œufs de poule dont le durcissement homogène était presque impossible, ont été faites plus tard sur des œufs de petits oiseaux, et elles ont alors pu comprendre la totalité de l'œuf. M. Duval a constaté que, dans les premiers jours de l'incubation, l'œuf était, pour ainsi dire, divisé en trois étages ; à l'étage supérieur, qui correspond au gros bout de l'œuf, se trouve l'embryon ; à l'étage moyen, on voit l'allantoïde ; l'étage inférieur est occupé par un prolongement de l'allantoïde qui circonscrit une petite poche pleine d'albumine. Vers le 8e jour, il se forme à l'intérieur de cette poche des villosités qui s'accroissent et président à l'absorption de l'albumine ; à la fin de l'incubation, ces villosités se fanent, l'absorption étant terminée. Ces villosités choriales, qui contiennent des vaisseaux de l'allantoïde, sont en réalité un placenta et justifient le titre avancé par M. Duval ; on peut, pour compléter cette démonstration, ajouter que le côté externe de cet organe placentaire, et qui se trouve en contact direct avec la coquille, sert à la respiration de l'embryon, et que la face interne sert à la nutrition. Ces résultats sont très intéressants au point de vue de l'anatomie philosophique, car ils établissent une transition entre les animaux à placenta et les implacentaires; entre les oiseaux, les reptiles et les mammifères. Ils viennent également à l'appui de la théorie transformiste.

M. Hénocque communique un nouveau procédé d'*examen spectroscopique* du sang et des diverses substances colorées, au moyen de la *lumière blanche diffuse réfléchie par la porcelaine*. Ce procédé, très simple et très rapide, consiste à examiner avec un spectroscope à vision directe le sang ou les liquides colorés, préalablement déposés sur un godet ou une palette de porcelaine et éclairés directement par la lumière solaire, le gaz, une lampe ou une simple bougie. Les bandes d'absorption se voient plus nettement et plus facilement que par l'ancien procédé.

M. Pouchet, en son nom et au nom de M. Dupré, présente quatre *rats* nourris avec des *viandes américaines trichinées* et en observation depuis 15 jours. La viande de porc qui a constitué la nourriture exclusive de ces rats montrait au microscope de nombreuses trichines enkystées, et cependant, aucun des animaux n'est devenu malade ; le seul phénomène observé a été un peu de diarrhée au début. Les expériences ayant commencé vers le 14 janvier, c'est-à-dire à une époque assez éloignée pour que les accidents aient eu le temps de se manifester, il faut admettre que la salure avait tué toutes les trichines. C'est un fait de plus à l'appui de l'innocuité des viandes américaines.

M. Bert. Dans les diverses discussions qui ont eu lieu dans les Sociétés savantes, on a oublié que la trichine n'est pas un virus : c'est une maladie de quantité. Si une seule

(1) Bizzozero. — *Manuel de microscopie clinique*. Traduct. Firket, 1883.

© BIU Santé

trichine parvient dans l'intestin d'un homme, la quantité d'œufs qu'elle pondra ne sera pas suffisante pour déterminer de graves accidents ; si, au contraire, cet homme en absorbe des milliers, il y aura des désordres très graves et une mort rapide. Entre ces deux extrêmes, il y a tous les intermédiaires ; il peut se faire qu'un individu mangeant du lard trichiné n'absorbe qu'une quantité de trichines insuffisante pour déterminer de graves accidents ; s'il attend quinze jours avant de recommencer, il n'y aura encore que des accidents insignifiants ; il y aura ainsi une trichinose chronique, qui passera inaperçue et sera peu dangereuse. Mais on ne peut conclure de là à l'innocuité complète des viandes salées contenant des trichines.

M. Pouchet dit que si l'un de ses rats avait absorbé une *seule* trichine vivante, la quantité de parasites qui se seraient ultérieurement développés aurait parfaitement été suffisante pour le tuer. D'ailleurs, aujourd'hui même, un fragment des muscles de la cuisse de chaque rat a été examiné au microscope et on n'a pas constaté la présence de trichines.

Il s'établit ensuite une discussion entre MM. Bert, Pouchet et Laborde relativement aux faits apportés à l'Académie de médecine par M. Leblanc. Il n'en ressort aucun fait nouveau ni pour ni contre l'importation des viandes salées américaines.

M. Henninger, au nom de MM. Œchsner de Coninck et Pinet, dépose sur le Bureau un travail relatif à l'action de la β *lutidine*. Ce sel, donné à la dose de 3 à 6 gr., détermine d'abord une période d'excitation ; il y a accélération de la respiration et des battements cardiaques ; ensuite survient une période de dépression, la température s'abaisse de 1° à 2°. La lutidine agirait surtout sur les centres nerveux.

A. Blondeau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 février 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Constantin Paul présente un nouveau *thermomètre local*, fort ingénieux, et destiné à obtenir les températures superficielles (p. 138).

M. Féréol, lors de la dernière séance, avait présenté à l'Académie un malade complètement guéri, au moyen de l'opération d'Eslander, d'une *fistule pleurale* consécutive à une pleurésie purulente. Aujourd'hui, M. Féréol produit les détails médicaux de l'observation, qui offrent un intérêt spécial : car, dans ce cas, la pleurésie a présenté des pulsations isochrones au pouls dans tout le côté gauche du thorax. Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 22 ans et exerçant la profession de garçon de magasin ; au mois de juillet 1882, il fut soigné pour une pleurésie séreuse à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Proust ; le malade bénéficia alors de la thoracentèse. Quelque temps après, l'épanchement se reproduisit. Le malade se trouve en second lieu dans le service de M. Féréol et se refuse à toute opération. L'épanchement ne cesse de progresser et refoule le cœur à droite. A cette époque, M. Féréol constate des signes d'épanchement gazeux qui variaient dans leur siège et même disparaissaient complètement par moments. Vers la fin de novembre, le cœur battait sous le mamelon droit, les pulsations cardiaques se communiquaient de la manière la plus évidente à presque toute la moitié gauche du thorax, principalement à la base, en arrière et en dehors ; ils étaient même si violents, que lorsqu'on appuyait la tête sur ces points pour ausculter, elle était visiblement secouée. Il eût été très facile d'en faire un levier enregistreur. La pulsation cardiaque était même amplifiée, et se voyait beaucoup plus nettement au niveau des 8e et 9e côtes, dans la région axillaire, qu'au niveau du mamelon droit, où on sentait facilement battre la pointe. C'était bien un vaste épanchement, avec refoulement du cœur, pneumothorax, et probablement purulent, qui battait ainsi. Le trocart aspirateur donna issue à deux litres et demi de pus louable. Le cœur resta néanmoins fixé sous le mamelon droit ; mais, les jours suivants, il se rapprocha de la position normale. Les pulsations thoraciques disparurent, ainsi que le bruit de succussion ; le tympanisme persista sous la clavicule. Une amélioration s'ensuivit, malheureusement éphémère. C'est dans ces conditions que M. Berger, suppléant M. le professeur Gosselin à l'hôpital de la Charité, est appelé à intervenir. Le 26 décembre, l'opération de l'empyème est pratiquée, mais n'amène aucune modification locale. Le 25 août, M. Berger se décide à faire l'opération d'Estlander ; il réséque les 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes. Les conséquences de cette opération furent aussi heureuses que possible ; un mois après, le trajet fistuleux mesurait 6 centimètres. Aujourd'hui, la guérison est complète, mais la demi-circonférence thoracique gauche mesure 7 centimètres de moins que la droite. Ce succès, si complet, modifie dans un sens favorable le pronostic de l'empyème pulsatile qu'on a de la tendance à regarder comme absolument fatal.

M. Bouchard lit un mémoire ayant pour titre : *Etude expérimentale sur la mort qui succède à l'injection sous-cutanée de chloroforme chez les animaux et sur l'albuminurie chloroformique*. — Dès 1876, M. Bouchard, injectant chez un lapin 1 centimètre cube de chloroforme, déterminait la mort vingt ou trente minutes après l'injection. Dans ces circonstances, on provoque une albuminurie intense, souvent accompagnée d'hématurie. Cette albuminurie peut persister vingt-quatre heures, lorsque la mort ne survient pas. Récemment, M. Bouchard a entrepris une série d'expériences des plus concluantes chez les lapins. Si l'on injecte 3/4 de centimètre cube de chloroforme, l'albuminurie se montre constante et la mort survient dans les trois quarts des cas ; si l'on injecte 1/2 centimètre cube, la mort se produit également dans les trois quarts des cas ; si l'on injecte 1/4 de centimètre cube, la mort survient dans la moitié des cas ; mais, si l'on n'injecte que 1/5e ou 1/10e, la mort ne s'obtient jamais à la suite d'une première injection, mais toujours à la suite de plusieurs injections. Chez le chien, l'injection de chloroforme à une dose représentant le millième du poids du corps ne produit ni la mort, ni l'albuminurie. A la dose d'un centimètre cube par kilogramme, elle produit une albuminurie légère qui n'est pas suivie de mort. A la dose de 2 centimètres cubes par kilogramme, elle détermine l'albuminurie et la mort. Celle-ci survient tardivement, après une période intermédiaire de santé apparente. M. Bouchard n'a jamais eu à enregistrer l'existence de gangrène ou de phlegmon au niveau des points qui répondaient aux injections. L'examen histologique des reins a révélé une congestion et des extravasions sanguines dans les canalicules, sans lésions épithéliales. L'examen du sang a permis de constater que l'urée était restée à son taux normal. En un mot, la néphrite, et par suite l'urémie, ne peuvent être ici invoquées. M. Bouchard s'est demandé si l'albuminurie et la mort ne seraient pas le résultat d'un réflexe provoqué par l'irritation des nerfs dans la partie du corps où a été poussée l'injection. A cet effet, il sectionna, chez un lapin, le crural et le sciatique du même côté, puis attendit la cicatrisation des plaies pour injecter son chloroforme. La mort ayant eu lieu, M. Bouchard rejeta cette théorie du réflexe. Il ne pouvait pas invoquer non plus un trouble profond de la santé, consécutif à l'hypothermie chloroformique et aux désordres nutritifs qui s'y rattachent. Le chloroforme, comme les corps à faible capacité calorifique, abaisse la température en s'opposant à l'osmose, en entravant la nutrition. Or, on admet que c'est à la faveur de l'intensité du mouvement nutritif que les cellules de l'animal vivant résistent à l'invasion des agents de la putréfaction. Il n'était donc pas inadmissible que l'arrêt momentané de la nutrition générale ait rendu possible le développement d'un état septicémique dont les germes auraient été fournis par le tube digestif.

Une telle infection n'aurait pas expliqué l'albuminurie qui est trop hâtive, mais elle pourrait expliquer le retour apparent à la santé et la mort après 24 ou 36 heures. M. Bouchard n'a jamais pu découvrir la présence de microbes dans le sang, ni dans les tissus, chez ces animaux, au moment de la mort ; l'inoculation de leur sang à des animaux sains a cependant été infructueuse. Ces accidents,

© BIU Santé

enfin, ne dépendraient-ils pas de l'empoisonnement, de l'absorption du chloroforme? Toutes les expériences entreprises par M. Bouchard confirment partiellement cette opinion. Les inhalations d'air mélangé de vapeurs chloroformiques en assez petite quantité pour que l'animal ne soit ni anesthésié ni endormi, produisent chez le lapin une albuminurie intense et rapide avec hématurie. Mais cette albuminurie des inhalations chloroformiques n'est pas suivie de mort. D'autre part, l'injection intra-veineuse de vingt centigrammes de chloroforme, dissous dans l'eau alcoolisée, produit une narcose immédiate et profonde, avec albuminurie et hématurie intenses; mais la mort ne survient pas après l'introduction dans les reins de cette solution de chloroforme. Quant à la narcose, à l'hématurie, M. Bouchard s'est assuré expérimentalement qu'elles dépendaient bien du chloroforme et non de l'alcool. L'albuminurie des injections sous-cutanées de chloroforme semble donc dépendre de l'empoisonnement, soit que le poison agisse directement sur les éléments du rein au moment de l'élimination, soit que, transporté dans les centres nerveux par le sang, il y influence les parties qui président à la nutrition ou à la circulation du rein. Mais, si l'albuminurie peut être expliquée par l'empoisonnement, il n'en est pas de même de la mort qui suit ces injections, puisque le chloroforme introduit dans le sang par l'inhalation ou par l'injection intra-veineuse n'amène pas la mort, quoiqu'il ait produit la narcose et l'albuminurie. Le mécanisme de la mort après l'injection sous-cutanée de chloroforme reste donc encore inconnu. Cette ignorance doit nous rendre circonspects à l'égard des injections de chloroforme chez l'homme, et surtout à l'égard des injections réitérées.

MM. Billon et Luys présentent quelques observations au rapport que M. Blanche a lu dans une des précédentes séances. Ce rapport est relatif à la *révision de la loi sur les aliénés*. M. Luys, tout en partageant les idées générales qui ont inspiré la confection de ce rapport, regrette qu'on n'ait pas suffisamment mis en relief le rôle prédominant du médecin. Les tendances réformatrices actuelles semblent placer le médecin au second rang et laisser aux moins compétents une trop grande latitude. Il y a là un danger réel pour l'avenir. En conséquence, M. Luys propose les conclusions suivantes: 1° Accentuer d'une façon plus nette le rôle du médecin dans les mesures à prendre pour l'admission et le placement des malades dans les asiles; 2° Supprimer la demande exigée par la nouvelle loi de deux certificats pour justifier l'entrée d'un malade, ou d'un seul certificat revêtu de deux signatures médicales; 3° Ne pas donner suite aux propositions de l'article 15 de la nouvelle loi relative à la création d'asiles provisoires inclus dans les grands asiles, et destinés à maintenir en observation pendant un mois les malades entrants. M. Luys considère cette mesure comme illusoire, impraticable et onéreuse pour la budget des asiles. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 février 1884.—Présidence de M. M. Sée.

M. Reclus, après avoir rappelé les énergiques revendications de M. Robin (Lyon), au sujet de l'*ostéoclaste* dont il est l'inventeur, se demande ce qu'elles eussent été si quelqu'un avait contesté à M. Robin la priorité de son invention. Or, il n'en est rien; et les faits doivent être rétablis ainsi qu'il suit: M. Collin a construit le premier un ostéoclaste; mais cet instrument avait le gros défaut de prendre ses points d'appui sur deux segments de membre séparés par une articulation, sur la jambe et sur la cuisse par exemple, pour le redressement du genu valgum, d'où la possibilité de désordres articulaires. M. Robin a amélioré l'instrument de telle sorte qu'il prit ses deux points d'appui sur l'os à briser; c'est là une importante amélioration, grâce à laquelle on peut fracturer un os aussi près que possible d'une articulation sans exercer de violence sur cette articulation. M. Collin a adopté cette amélioration et a construit un nouvel appareil que M. Reclus trouve supérieur à celui de M. Robin en ce sens qu'il est moins brutal et fracture l'os latéralement, de telle sorte qu'un fragment hérissé d'esquilles ne pourrait aller blesser les vaisseaux poplités, danger qui est à redouter quand la fracture est faite d'avant en arrière comme avec l'appareil de M. Robin.

M. Chauvel présente un rapport sur une observation de *kyste hydatique parotidien* adressée à la Société par M. Vieusse. La tumeur fut prise et opérée pour un myxome de la parotide; on dut couper le facial et lier la carotide externe et la jugulaire. A un moment de l'opération, on ouvrit une poche purulente dont la paroi était formée par plusieurs feuillets concentriques d'une matière albumineuse. Il s'agissait d'un kyste hydatique qui avait rejeté la parotide en dehors. Le malade a guéri, mais avec une paralysie faciale et les désordres qui résultent des ligatures vasculaires. M. Chauvel se demande si l'erreur pouvait être évitée. Une ponction avait été faite et avait donné issue à une petite quantité d'un liquide muqueux. Peut-être était-il indiqué de ponctionner avec un plus gros trocart?

M. Després n'admettrait ce diagnostic que si l'on avait fait l'examen histologique de la tumeur; car les kystes hydatiques des glandes sont absolument rares.

M. Verneuil ne peut laisser dire que les kystes des glandes sont rares, ceux du foie étant de tous les plus fréquents.

M. Després n'a pas voulu parler du foie, qui est une glande spéciale, mais des glandes en grappes, glandes salivaires, mamelles, etc.

M. Chauvel présente un rapport sur une observation d'extirpation de *ganglions tuberculeux du cou*, adressée à la Société par M. Poulet. L'opéré de M. Poulet eut des hémorrhagies secondaires qui obligèrent à lier la carotide primitive; ces hémorrhagies se renouvelèrent et le malade succomba. A l'autopsie, on trouva des infarctus septicimiques dans les viscères, et un ramollissement cérébral de tout le champ de la sylvienne.

Cette observations soulève plusieurs grosses questions: A. Doit-on opérer les ganglions tuberculeux? En général, non; le rapporteur, d'accord avec M. Poulet, conclut que l'opération n'est pas sans gravité, et qu'il ne faut s'y résigner qu'après avoir longtemps essayé du traitement général, qui donne souvent d'excellents résultats.—B. Quelle est la nature de l'hémorrhagie? Rapporteur et auteur concluent que le traumatisme a sans doute joué un rôle dans sa production, mais que la cause réelle est dans la suppuration locale et l'état général de septicémie qui l'a suivie. L'influence de la septicémie n'est plus à démontrer depuis les travaux de Verneuil.—C. Quelle conduite doit-on tenir en présence d'une hémorrhagie secondaire spontanément arrêtée? Croire à son arrêt définitif? Non. M. Poulet est d'avis qu'il faut d'emblée débrider pour porter une ligature sur le ou les vaisseaux. C'est aussi l'avis de M. le rapporteur, qui conclut à la publication de l'observation dans les bulletins de la Société.

M. Després pense qu'opérer les ganglions tuberculeux du cou, c'est faire de la mauvaise chirurgie. Il note en passant un cas d'infection purulente survenue bien que l'on eût employé le pansement de Lister.

M. Verneuil a pratiqué cinq ou six fois, en trente ans de pratique, l'extirpation de ganglions tuberculeux du cou. Bien que l'affection soit très fréquente, les indications d'opérer sont assez rares; car, lorsque les ganglions sont petits, on a chance de les voir disparaître sous l'influence d'un traitement général; et, d'autre part, lorsqu'ils ont atteint un certain volume, on en trouve ailleurs, souvent jusque dans les médiastins. M. Verneuil a essayé sans grand succès les autres petits moyens: injections interstitielles, cautérisations, raclages; il n'en a rien tiré de bien remarquable; il croit à un revirement prochain dans les opinions du monde chirurgical et à une accalmie de la fureur opératoire qui l'agite.

M. Richelot veut bien admettre qu'il faut être réservé dans l'intervention; mais, il a été plus heureux que M. Verneuil avec les injections interstitielles, qui lui ont donné plusieurs succès, en amenant une atrophie assez rapide et

© BIU Santé

en permettant d'éviter une cicatrice désagréable. M. Richelot note encore que, dans l'observation de M. Poulet, on a noté à l'autopsie un ramollissement cérébral étendu; il trouve cette constatation intéressante, parce qu'elle permet peut-être de substituer une cause palpable et raisonnable de mort aux causes un peu vagues alléguées pour expliquer la mort après la ligature de la carotide primitive.

M. Trélat croit qu'il est impossible de porter en quelques mots et en quelques minutes un jugement absolu, comme l'a fait M. Després. Les tumeurs ganglionnaires de la région sont d'espèces différentes, à des degrés variables, et la même prescription ne peut s'adresser à toutes. Ce sont des opérations rares, mais qui ont cependant leurs indications. M. Trélat ne s'occupera pas des néoplasmes ganglionnaires de la région, il ne parlera que des tumeurs strumeuses. Les unes, adénites plus ou moins aiguës, guérissent quand on s'adresse à leur cause; il va sans dire qu'il ne faut pas les opérer. Les autres, adénites chroniques, sont justiciables de plusieurs traitements. Le traitement général appliqué et continué avec patience les fait assez souvent disparaître. Mais dans quelques cas elles persistent et peuvent se présenter sous deux états bien différents. Tantôt, ce sont des tumeurs indolores, limitées, pas ulcérées, que l'on est autorisé à faire disparaître soit par les injections interstitielles, soit en les enlevant directement. Tantôt elles s'ulcèrent, suppurent, s'étendent et constituent une incommodité et un danger. M. Trélat est d'avis que, dans ces cas, il faut intervenir soit par l'ablation complète, soit par le grattage. Ce dernier réussit souvent, à condition qu'il soit bien fait : gratter en aveugle au fond d'une plaie ne mène à rien ; mais gratter consciencieusement, jusque dans ses moindres recoins, une surface suppurante, c'est la transformer en une surface vivace, susceptible d'adhésion immédiate, c'est-à-dire de guérison radicale. On ne rencontre pas ces indications très fréquemment, cependant M. Trélat les a rencontrées assez souvent et n'a eu qu'à se louer de son intervention.

M. Verneuil constate qu'il n'a combattu que l'abus et non l'usage.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 février 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

M. Chauvet (de Royat) envoie une observation d'*œdème éphémère de nature arthritique*. Les éruptions, accompagnées de rougeur, de prurit, de tuméfaction de la face, nous paraissent se rapporter à l'*urticaire* plutôt qu'aux nodosités rhumatismales.

M. Constantin Paul offre, de la part de M. Marc Sée, la nouvelle édition de son travail sur l'*anatomie et la physiologie des valvules du cœur*. Cette édition a été considérablement augmentée.

M. Bucquoy annonce la mort de M. Maingault, le seul membre associé non médecin des hôpitaux, avant la réforme des statuts de la Société.

M. Gouguenheim présente une pièce de *cancer pharyngo-laryngien*. Il n'y a eu ni dyspnée, ni œdème de la glotte; cependant, le malade a succombé à un accès de suffocation. Ces faits de dyspnée peuvent s'expliquer par la compression du nerf récurrent le long de la trachée. La compression est due aux ganglions qui s'hypertrophient. La tumeur était constituée par un épithélioma ulcéré et des adénopathies excessivement dures, et comme squirrheuses, quoique le microscope y montre de nombreux globes épidermiques.

M. Féréol présente une pièce de *tuberculose urinaire* probablement *primitive*. La cystite est intense, les uretères sont creusés de cavernes tuberculeuses ainsi que les reins et la prostate; les testicules paraissent sains. En regard de ces lésions énormes du côté de l'appareil urinaire, il y avait à peine quelques tubercules des poumons, de sorte qu'on peut se demander si la tuberculose n'a pas commencé par les voies urinaires. Le malade avait eu une blennorhagie dix ans auparavant : y a-t-il eu, à cette occasion, infection par la muqueuse vésicale ?

M. Fernet lit un travail *sur la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë*. Cette forme, intermédiaire entre les formes chroniques bien connues et les formes aiguës décrites par M. Empis, est plus rarement étudiée et se rapproche davantage par ses allures des *tuberculoses locales*. Trois malades jeunes répondant à ce type ont guéri en cinq ou six semaines. Une malade plus âgée a obtenu la guérison en deux mois. Cette forme serait donc relativement bénigne. Peut-on discuter la nature tuberculeuse de la maladie ? M. Fernet répond à cette objection en disant que les localisations pleuro-péritonéales ont suivi la marche des lésions tuberculeuses et provoqué les symptômes généraux qu'on rencontre d'ordinaire dans la tuberculose. Le fait de la coexistence de la pleurésie et de la péritonite a une grande valeur clinique ; il indique la tuberculose. Quel a été le point de départ de l'infection ? Dans deux cas, il a semblé à M. Fernet que le point de départ avait siégé dans une tuberculose des organes génitaux. Souvent, ce point de départ échappe. Quant à la propagation de l'une à l'autre séreuse, elle peut s'expliquer par les communications lymphatiques qui les unissent au niveau du diaphragme.

M. Fernet résume les symptômes de la maladie et discute le diagnostic avec la cirrhose du foie et la fièvre typhoïde. La pleurésie, en pareil cas, juge la question : exceptionnelle dans la fièvre typhoïde, elle est la règle dans la péritonite tuberculeuse. Mais cette pleurésie est souvent insidieuse et latente, il faut la chercher. L'épanchement abdominal n'est pas très considérable; l'épanchement pleural peut être assez abondant pour indiquer la ponction. Ces épanchements peuvent se fermer et disparaître assez rapidement. Comme symptômes généraux, on note une fièvre modérée à exacerbations vespérales, avec inappétence, diarrhée, sueurs nocturnes. Plus tard, les épanchements se résorbent, et la palpation de l'abdomen décèle des plaques, des froissements, des bosselures, des saillies indurées, etc. Au niveau du thorax, on entend des battements pleuraux. La réparation peut être très rapide, surtout si les malades peuvent être *suralimentés*. Le pronostic serait donc favorable d'après ces quatre observations; mais nombreux sont les cas terminés par la mort. Il faut redouter la perforation intestinale, la phtisie aiguë, les rechutes, les localisations diverses de la tuberculose. Il faut donc réserver l'avenir.

M. Fernet a employé les révulsifs locaux (teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu); il reconnaît que la paracentèse peut devenir nécessaire. La nature tuberculeuse de la pleurésie ne contre-indique pas la ponction. Quant aux moyens généraux, M. Fernet insiste surtout sur le *traitement tonique* et la *suralimentation* à l'aide du lait, des œufs, de la poudre de viande, etc.

M. Treille, médecin de la marine, lit un travail sur un *réflexe douloureux du nerf cubital dans la dyspepsie gastro-intestinale*. Chez des malades convalescents de dysenterie ou de diarrhée des pays chauds, il a observé, en froissant la fosse iliaque, des symptômes douloureux dans la sphère du nerf cubital du même côté. Ces phénomènes sont du même ordre que ceux que M. Mathias Duval a signalés récemment à la Société de biologie sous le nom de sensations associées, synalgésies, synesthésies, et dont la pathogénie n'est pas encore fixée. A l'aide d'une pile électrique, on peut également provoquer dans le nerf cubital cette douleur qui est instantanée, *quasi fulgurante*. Dans quelques cas, ces douleurs sont spontanées; elles peuvent être remplacées par des anesthésies limitées.

J. Comby.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 février 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Martineau fait hommage à la Société de ses *leçons sur la vaginite non blennorrhagique*. Cette affection, qui

© BIU Santé

semble avoir été beaucoup trop délaissée jusqu'à présent par les gynécologues, reconnaîtrait trois origines : elle pourrait être constitutionnelle, traumatique, ou virulente ; d'autre part, on pourrait la rencontrer primitive (protopathique) ou secondaire (deutéropathique). Comme manifestation constitutionnelle, elle se montrerait dans la scrofule, l'arthritisme, l'herpétisme, la syphilis, la tuberculose, le cancer ; M. Martineau l'aurait observée à la suite de zona et d'urticaire du vagin.

Dans ces mêmes leçons, ce médecin étudie les *granulations du vagin*, qui, pour lui, ne sont qu'une modalité anatomique de la vaginite et qui se montrent surtout comme manifestations de la scrofule, bien loin d'être, comme le veulent les accoucheurs, produites par la grossesse ou par la virulence, comme le disait Ricord. Le diagnostic de la vaginite non blennorrhagique présente trois points : reconnaître la lésion (diagnostic-anatomique), la cause (diagnostic-pathogénique), la nature (diagnostic-nosologique). A ces trois points correspondent trois sortes de traitement : M. Martineau y insiste particulièrement dans ses leçons et fait surtout une large part au traitement par les eaux minérales.

M. Constantin Paul présente des *thermomètres* destinés à reconnaître les *températures locales superficielles*. Ces thermomètres sont constitués par des tubes à mercure spiroïdes, munis d'une ventouse en caoutchouc qui permet de l'appliquer exactement sur la peau. La colonne de mercure monte dans un tube portant un indice à maxima, et qui est parallèle à la région que l'on veut explorer, de telle sorte que ce thermomètre peut au besoin servir à prendre la température axillaire. Cet instrument peut donc rendre de grands services chez les enfants et peut être manié par les aides les plus inexpérimentés ; de plus, l'empreinte que la ventouse fait sur la peau, et qui persiste assez longtemps, offre au médecin une sécurité de plus dans la prise de l'observation. (Voir p. 138).

M. Dujardin-Beaumetz, comme il l'avait annoncé dans la dernière séance, a voulu expérimenter l'*aldéhydate d'ammoniaque*, préparé par M. Yvon. C'est un corps solide, cristallisé, à réaction alcaline. Il l'a essayée en injection sous-cutanée, mais le malade a souffert et a conservé pendant longtemps une induration à l'endroit piqué. Il a essayé, mais en vain, de le faire prendre par la voie buccale. Il a donc dû renoncer à ce corps.

Ce même médecin fait part des recherches qu'il a entreprises sur l'*antagonisme de la paraldéhyde et de la strychnine*. Ses expériences ont été faites sur des lapins. Il a pu donner à ces animaux 25 fois la dose mortelle de strychnine, sans déterminer la mort, après avoir eu soin préalablement de leur administrer la paraldéhyde ; il n'a déterminé que quelques convulsions peu intenses. Ces résultats se rapprochent (et on devait du reste s'y attendre *à priori*) de l'antagonisme de l'alcool et de la strychnine, bien démontré par M. Luton. On sait en effet que ce médecin injectait, dans les accidents nerveux de l'alcoolisme, 5 milligrammes de sulfate de strychnine le matin, autant le tantôt, et même dans la soirée, si les accidents n'étaient pas atténués. L'antagonisme de la strychnine et de l'alcool avait été observé par Morray en Angleterre bien avant Luton. Ce dernier a voulu, à tort, faire de la strychnine un antidote absolu de l'alcoolisme ; car, si cet agent fait disparaître les accidents nerveux de l'éthylisme, il n'a aucune action sur les troubles de l'estomac ni sur les autres symptômes de l'intoxication alcoolique. Dans un même ordre d'idées, Cl. Bernard a montré il y a longtemps qu'un animal éthérisé pouvait supporter sans danger de fortes doses de strychnine, et ne tardait pas à être intoxiqué aussitôt que le sommeil cessait.

M. Léon Blondeau fait observer que les expériences n'ont été faites que sur des lapins, et qu'il serait téméraire d'en étendre les conclusions à l'homme.

M. Dujardin-Beaumetz répond que Murselli, en Italie, a déjà, bien avant lui, fait les mêmes expériences sur des chiens et constaté également l'antagonisme de la paraldéhyde et de la strychnine. La rareté des intoxications chez l'homme par la strychnine fait qu'on n'a pu encore observer sur celui-ci l'action de la paraldéhyde dans ces circonstances.

M. Brame (de Tours) fait une communication sur le *traitement de la gravelle* et insiste sur l'alimentation appropriée et sur l'ingurgitation d'une grande quantité d'eau de fontaine à 12° et privée de sels.

F. Bottey.

BIBLIOGRAPHIE

Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire. Tome VIII. 1882.

Cette Société départementale déjà ancienne et qui compte environ 40 membres s'est laissée distancer par des Sociétés plus jeunes et plus restreintes. Un coup d'œil jeté sur les comptes rendus de ses travaux ne laisse pas une impression très satisfaisante. Il y a peu de communications originales, et encore ces communications sont-elles un peu courtes et sèches. Si nos confrères du département de la Loire veulent garder un rang honorable parmi les Sociétés de province, il faut qu'ils consacrent à leur Société un peu plus de temps et de travail. Qu'ils prennent exemple sur la Société de Gannat, dont les travaux ont une autre importance, quoique cette petite ville offre moins de ressources que la grande cité manufacturière de Saint-Etienne.

Etude sur la pyléphlébite suppurative ; par M. le Dr Gendron, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1883. A. Coccoz, éditeur.

Ayant eu l'occasion d'observer, dans le service de M. Gallard, un beau cas de pyléphlébite, l'auteur étudie dans sa thèse inaugurale les causes, l'anatomie pathologique, les symptômes et le diagnostic de cette maladie. Il montre, après avoir compulsé et critiqué un nombre respectable d'observations prises à différentes sources, que la cause la plus fréquente est dans l'intestin, et plus particulièrement au niveau du cœcum et de son appendice vermiforme. Ce sont les ulcérations, les perforations et les abcès de cette région qui servent de point de départ habituel à cette affection. Dans l'estomac comme dans l'intestin, ce ne sont pas les ulcérations de la muqueuse ou même une destruction plus profonde des tuniques qui déterminent la pyléphlébite ; il semble que la condition essentiellement favorable pour qu'elle se développe est l'existence d'un foyer de suppuration dans les couches sous-péritonéales, au niveau de rameaux veineux de calibre.

J. C.

CORRESPONDANCE

Exercice illégal de la médecine par un interne.

Un de nos abonnés nous adresse la lettre qui suit, au sujet de la correspondance relative à la condamnation d'un interne pour exercice illégal de la médecine et que nous avons publiée dernièrement (1).

Challans, 4 février 1884.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 2 février, vous publiez de mon excellent maître A. Malherbe quelques réflexions qui lui sont suggérées par la condamnation de mon ancien condisciple Guillou.

Quand comprendra-t-on qu'elle est mauvaise la loi qui condamne un médecin intelligent parce qu'il n'a pas reçu l'estampille de la Faculté, et qui ne permet pas de frapper un charlatan, rebouteur, pharmacien ou sorcier qui aura volé sans pitié de pauvres gens !

Dans le canton que j'habite, se trouvent six médecins et deux pharmaciens diplômés. On y compte, en outre, une douzaine de rebouteurs et deux ou trois douzaines d'épiciers qui vendent des drogues. Quand un tribunal aura condamné à 5 francs chacun de ces médecins ou pharmaciens exerçant malgré la loi, je ne vois pas ce que nous, les D. M. P., y auront gagné.

Nous sortirons de ces chicanes de boutiquiers le jour où l'on

(1) Voir le n° 5, p. 99.

© BIU Santé

aura promulgué cette loi : « Tout Français, âgé de 21 ans et jouissant de ses droits civils, peut exercer la médecine et la pharmacie. » Le diplôme aura alors une valeur.

Je me perds en conjectures pour trouver en vertu de quels principes nous n'avons pas le droit de préparer les médicaments que nous ordonnons.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'assurance de mes meilleurs sentiments. Dr D...

Nous soumettons ces remarques à nos lecteurs en nous bornant à rappeler que la *liberté* doit avoir pour corollaire la RESPONSABILITÉ pécuniaire et même corporelle.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Thermomètres à température locale ; par M. Constantin PAUL.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie trois modèles de thermomètres (*fig.*17) que j'ai fait construire par M. Galante, pour obtenir la constatation des températures locales superficielles. Ces

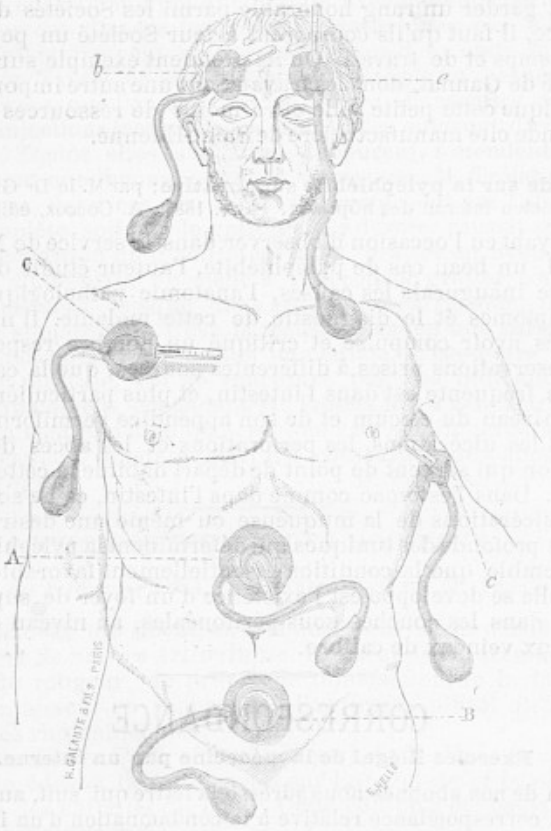


Fig. 17.

trois modèles sont : un vertical A, un circulaire B et un horizontal c.

Pour arriver à un pareil résultat, il fallait que le thermomètre présentât deux qualités : l'adhérence à la peau et l'isolement de l'atmosphère. Ces deux conditions sont réalisées par une masse de caoutchouc disposée en forme de ventouse.

L'application de ces thermomètres est des plus simples ; elle est aussi facile que celle du stéthoscope que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie il y a trois ans. Une fois l'instrument en place, on le laisse tant que la colonne de mercure continue à monter ; l'observation en est facile soit à l'œil nu, soit à la loupe. L'un de ces modèles est à maxima et peut-être par conséquent transporté en un lieu très éclairé pour en faciliter la lecture, ou même être conservé pour l'observation directe du médecin.

Ces thermomètres s'appliquent sur toutes les régions, sauf celles qui sont garnies de poils. Cependant, un de ces modèles (l'horizontal) peut servir à déterminer la température axillaire avec beaucoup plus de sécurité que les thermomètres habituels. On remarque, en effet, que la cuvette en spirale du thermomètre exerce une légère pression sur les tissus et y marque son empreinte, preuve de son application immédiate.

Je n'ai pas besoin d'insister davantage pour que l'Académie conçoive toutes les applications qu'on peut faire de ces instruments soit à la physiologie, soit à la clinique, soit à la thérapeutique.

VARIA

Le Rattachement du service des aliénés à l'Assistance publique.

Dans notre numéro du 2 février dernier (p. 101), à propos d'un aliéné évadé dont l'Administration de l'hospice de Bicêtre avait refusé de s'occuper en prétendant que cela ne la regardait pas, puisque l'aliéné appartenait à l'asile de Vaubluse, nous avons montré combien il serait préférable de revenir aux prescriptions de la loi de 1849 et de rattacher le service des aliénés à l'Assistance publique. Voici, dans un autre ordre d'idées, un fait qui vient prouver combien ce rattachement est nécessaire.

Dans le commencement de décembre 1883, M. J..., âgé de 38 ans, employé à la Compagnie du gaz, atteint d'aliénation mentale, était conduit à l'asile Ste-Anne. De là il fut dirigé, à la date du 3 janvier 1884, sur une des sections d'aliénés de l'hospice de Bicêtre. A la mère de cet homme, la Compagnie du gaz, comme elle le fait pour ses autres employés malades, continuait à payer une partie des appointements de J..., et grâce à cette somme, cette femme, âgée de 68 ans, ne manquait de rien. Il en avait été toujours ainsi, car J..., qui entourait sa mère d'un dévouement tout filial, subvenait à ses divers besoins. Il y a quelques jours, l'Administration départementale a fait opposition entre les mains de la Compagnie du gaz et a, nous assure-t-on, opéré la saisie du petit mobilier de l'aliéné (1).

D'après la loi, l'Administration n'a pas outrepassé son droit; elle a fait acte de prévoyance en prenant ses mesures pour rentrer dans les déboursés que lui occasionne la maladie de J... Rien de mieux; mais, que va devenir la vieille mère de J... incapable qu'elle est de travailler et ne possédant aucune ressource ? Elle tombera à la charge de l'Assistance publique, qui l'inscrira d'abord aux indigents et la placera plus tard dans un de ses hospices.

Et cependant, l'Assistance publique, service communal, n'aura rien touché et elle n'aura aucun recours contre le département. Il est bien évident que, dans le cas présent, si l'Administration de l'Assistance publique avait la direction du service des aliénés, elle aurait laissé la mère du malade toucher le secours comme auparavant ; ce qui vient encore à l'appui du *rattachement du service des aliénés à l'Assistance publique*.

Les logements insalubres en Angleterre.

A Londres comme à Paris, l'attention publique est attirée par la situation inquiétante qui provient de l'entassement dans des bouges étroits et malpropres de milliers de misérables privés d'air, de lumière et d'eau. Les philantropes et les hygiénistes s'attachent à faire ressortir les dangers dérivant de cet état de choses pour la morale, l'ordre, la salubrité publique. Les tableaux qu'ils en tracent sont véritablement navrants et ne dépassent pas, hélas! la réalité. La cité des Kroumirs, dont on a tant parlé chez nous ces temps derniers, pâlit à côté de certains *dens* de l'opulente capitale de l'Angleterre. En présence des préoccupations, de l'émotion bien justifiée du public, le *Local government Board* a cru devoir rappeler aux autorités sanitaires de la métropole (*Vestries* et *district Boards*), les attributions et les pouvoirs que les lois leur confèrent en matière de logements insalubres. Par une circulaire du 31 décembre, l'Administration centrale invite les autorités à faire visiter par leurs médecins les logements signalés comme nuisibles à un titre quelconque, et notamment par le nombre excessif de leurs habitants, à déférer à la justice les personnes qui refuseraient de se conformer aux prescriptions faites en vue de la suppression des causes d'insalubrité constatées ; les juges de paix peuvent en effet renouveler ces prescriptions sous peine d'amende, interdire sous la même sanction l'habitation si on ne s'y conforme pas, ou si les causes d'insalubrité ne peuvent être supprimées.

Le *Local government Board* cite les lois de 1868 et 1882 (*Artisan's dwelling acts*) qui permettent d'approprier ou de démolir les bâtiments dangereux pour la santé publique, soit par eux-mêmes, soit parce qu'ils empêchent la lumière et l'air de pénétrer dans les autres maisons, le propriétaire ayant toutefois le droit de contraindre l'autorité à acheter l'immeuble qu'elle veut faire disparaître. Cette autorité doit, en outre, pourvoir à la construction, dans son ressort, de logements susceptibles de recevoir les habitants des bâtiments démolis.

La circulaire mentionne aussi les pouvoirs donnés par les lois de 1875 et 1882 (*Artisans and labourers' dwellings improvements*) au bureau métropolitain des travaux ; ce bureau est autorisé

(1) L'Administration devrait apporter moins de hâte dans la vente du mobilier appartenant à un aliéné. Nous nous occupons en ce moment d'une femme F..., déclarée aliénée incurable, et qui vient d'être rendue à la liberté. Elle se trouve sans asile et dans le dernier dénuement, tout ce qu'elle possédait ayant été vendu à la requête de l'Administration

© BIU Santé

à supprimer les îlots de maisons insalubres, à charge de les remplacer par des habitations saines.

Enfin, le *Local government Board* ne pouvait manquer de rappeler que, d'après les lois de 1851, 1866 et 1867 (*Labouring classes Lodging-houses*), toute paroisse ayant une population de 10,000 âmes ou les réunions de paroisses ayant une population totale de même importance, peuvent nommer des commissaires chargés de procurer des logements (*Lodging-houses*) aux ouvriers. Par une seconde circulaire, l'Administration centrale invite les autorités à réglementer les garnis au point de vue de la salubrité, conformément aux *acts* de 1866 et de 1874. Un modèle de règlement est annexé à cette instruction (1). (*Revue générale d'administration*, Janvier 1884).

Les adversaires de la vivisections. Mme Kingsford.

Depuis quelque temps, les adversaires de la vivisection font vendre à Genève une petite brochure signée de Mme Kingsford, Dr de Faculté de médecine de Paris, et dans laquelle vivisecteurs et physiologistes sont des plus malmenés. De cette brochure, sans grande importance d'ailleurs, nous n'aurions pas eu à nous occuper, si l'un des passages qu'elle renferme n'avait soulevé la juste susceptibilité de M. le professeur Schiff. Pour édifier nos lecteurs, nous reproduirons et le passage incriminé et la réponse de M. Schiff.

A la page 6 de la brochure, Mme Kingsford écrit : « M. le professeur Schiff, qui est vivisecteur depuis trente ans, m'a dit lui-même, au mois d'avril dernier, qu'il ne se sert jamais d'anesthésiques proprement dits, mais seulement de stupéfiants et de narcotiques, qu'il introduit dans l'économie par injection. »

M. Schiff, ainsi mis en cause, a répondu à Mme Kingsford, par l'intermédiaire du *Journal de Genève* du 28 janvier 1884. Voici les principaux passages de sa lettre :

« Il est vrai que Mme le Docteur a fait au commencement du semestre d'été une très courte apparition dans mon laboratoire. Elle m'a demandé, entre autres « si je *chloroformais* mes sujets ». « Non, madame, lui ai-je répondu, je les *éthérise*, car je crois que l'éther est l'anesthésique le plus parfait. Il devrait toujours être préféré au chloroforme, chez l'homme comme chez les animaux ; aussi, ne me suis-je jamais trouvé dans le cas de renoncer à l'éthérisation pour atteindre le but de mes expériences. »

« Mme Kingsford ne peut avoir oublié cette conversation, son intérêt est trop vif pour ce sujet. Il n'y a donc qu'une alternative : ou bien elle croit une calomnie permise dans l'intérêt de la cause qu'elle défend, ou bien elle ne sait pas que l'éther est un anesthésique. Pour son honneur, je préfère cette dernière supposition, car, bien que Mme Kingsford soit Dr de la Faculté de Paris, le contenu de son opuscule et les connaissances qu'elle y déploie ne rendent pas cette supposition impossible ».

Depuis la publication de cette lettre dans le *Journal de Genève*, Mme Kingsford a répondu à M. Schiff dans ce même journal. L'impartialité nous fait un devoir de publier cette réponse :

« Je viens de lire dans le *Journal de Genève* la lettre de M. le professeur Schiff. Il n'est question ni de « calomnies » ni de « connaissances ». Si M. le professeur veut bien se donner la peine de chercher un peu dans sa mémoire, il ne lui sera pas difficile de se rappeler ce qu'il a admis lui-même le jour où j'ai eu l'honneur de visiter son laboratoire. Il a admis — et du reste chacun le sait bien — que les effets anesthésiques de l'éther sont très passagers, de sorte qu'on ne peut pas employer cette substance, sauf pour les opérations bien rapides et connues d'avance. Aussi, M. Schiff l'a-t-il trouvée inefficace et défectueuse comme anesthésique, du moment où il s'agit des expériences de la vivisection, lesquelles exigent des observations et des recherches prolongées.

« C'est précisément à cause de cela qu'il m'a avoué avoir adopté l'usage de stupéfiants et de narcotiques employés par injection. Les drogues dont il se sert, sont, selon lui, le chloral et la morphine. Ces substances ne sont pas des anesthésiques. Je ne me trompe pas ; je suis sûre que je raconte les faits tels que M. le professeur les a décrits. »

La séparation des tuberculeux dans l'armée allemande.

Une circulaire du département médical militaire prussien, concernant la prophylaxie de la tuberculose, en date du 31 août 1882, recommande aux médecins militaires de redoubler de vigilance, afin de ne pas introduire dans l'armée des soldats menacés ou déjà atteints de tuberculose ; « le renvoi hâtif, soit en convalescence, soit par congé de réforme, des soldats présentant les premiers signes de la tuberculose, aura pour premier bénéfice, et non le moins important, d'éloigner de la caserne et de l'hôpital une source d'infection. »

La circulaire recommande de « veiller avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'ici, à ce que les hommes suspects de tuberculose, soient séparés, tant à l'hôpital qu'à l'infirmerie, des autres malades, et surtout de ceux qui souffrent de pneumonie ou de bronchite aiguë. Les mesures destinées à éloigner ou à désinfecter les crachats, comme propagateurs de l'agent infectieux, s'imposent d'elles-mêmes ». — Ces recommandations, dit la *Revue d'hygiène*, nous semblent excellentes ; nous regrettons de ne pas y trouver leur complément naturel, la désinfection annuelle des casernes, par la combustion de 30 gr. de soufre par mètre cube, en profitant des grandes manœuvres d'automne pour faire évacuer et nettoyer à fond toutes les casernes ; on y détruirait du même coup, avant la réclusion hivernale, les punaises, les mauvaises odeurs, les miasmes et peut-être les virus qui imprègnent les murailles.

Un observatoire sous-marin.

Le *Cosmos* nous apprend qu'un observatoire sous-marin est en voie de construction à Nice, d'après les idées de l'ingénieur Toselli. Voici la description qu'il en donne :

L'appareil aura environ dix mètres de haut sur trois de diamètre ; la forme sera cylindrique dans le corps et sphérique dans la partie supérieure. Il sera entièrement construit en tôle d'acier et cubera environ 55 mètres cubes d'air, ce qui pourra suffire pendant plusieurs heures aux personnes contenues dans l'appareil pendant sa descente sous les eaux. En outre, il sera placé intérieurement une machine à produire de l'oxygène, en décomposant l'eau de mer. Mais, comme il ne se fera environ que trois descentes à l'heure, il est peu probable que l'on se serve de l'air artificiel obtenu par ce procédé. L'intérieur sera divisé en galeries, dont la plus haute sera destinée aux appareils nécessaires à la direction de l'observatoire, qui seront maniés par un ingénieur et un directeur technique, auxquels on adjoindra un professeur d'histoire naturelle.

La seconde partie, c'est-à-dire le fond de l'appareil, sera transformée en un coquet salon capitonné du meilleur goût. Dans ce salon, à hauteur d'homme et de distance en distance, il y aura des hublots ou lentilles de 0 m. 29 de diamètre qui permettront un rayon visuel d'une assez grande distance ; en outre, et cela sera certainement le plus curieux, au fond même de l'appareil et au centre du salon, une grande lentille de 0 m. 60 de diamètre, d'une épaisseur double de celle des hublots, permettra de voir le sol sous-marin avec toute sa flore inconnue. Le coût de cette lentille monstre est de 20,000 fr. A une certaine profondeur, des appareils électriques projetteront une vive clarté à travers la masse d'eau et éclaireront le fond de la mer.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 18. — 2e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Damaschino, Reynier. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Hanriot, Pouchet ; — (N. R.) 1re *Série* : MM. Verneuil, Tillaux, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Pinard, Kirmisson.

Mardi 19. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Cornil, Parrot. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Quinquaud. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Panas, Ball, Charpentier ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Pajot, Hardy, Richelot.

Mercredi 20. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Charcot, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Guyon, Segond. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Potain, Pinard, Terrillon ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Damaschino, Tillaux, Ribemont-Dessaignes.

Jeudi 21. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Sappey, Cornil, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Proust, Remy. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Ball, Panas, Troisier ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Laboulbène, Humbert ; — (N. R. 1re partie) : MM. Pajot, Richet, Campenon.

Vendredi 22. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Tillaux, Terrillon. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Hanriot, Blanchard ; — (N. R. 1re partie) : MM. Trélat, Pinard, Reclus. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Pouchet.

Samedi 23. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Richet, Laboulbène, Remy ; — 2e *Série* : MM. Sappey, Le Fort, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Panas, Peyrot ; — (N. R. 2e partie) : MM. Hardy, Peter, Debove. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) (Hôtel Dieu) : MM. Jaccoud, Cornil, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 20. — M. Lhuillier : De l'adénite strumeuse inguinale (bubon strumeux). — M. Verdier : Des abcès lymphangitiques chancreux. — *Jeudi* 21. M. Bitschiné : Etude sur les symptômes de la pleurésie infantile. — M. Pujol : De l'influence des maladies du nez et du pharynx sur la production des maladies de l'oreille moyenne. — *Vendredi* 22. M. Letarouelly : Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. — M. Boyer : De la suture avec du fil de catgut, et de ses diverss usage dans le traitement

(1) On en trouvera une analyse, ainsi que le texte des deux circulaires, dans le numéro du *Times* du 2 janvier 1884.

© BIU Santé

des plaies opératoires. — M. Bourguelle : Contribution à l'étude des suites éloignées de l'ovariotomie. Dégénérescence cancéreuse consécutive à l'ovariotomie. — M. Ozenne : Du cancer chez les syphilitiques (de l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier).

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Lille.

Année scolaire 1882-83. — M. Laurent : La crémation au point de vue historique et hygiénique. — M. Fockenberghe : De la chaussure normale ; étude d'hygiène. — M. Richez : L'iodoforme dans la blennorrhée oculaire. — M. Dureux : Des déchirures du périnée pendant l'accouchement. — M. Besnard : Considérations sur la gangrène traumatique foudroyante. — M. Desfontaines : Contributions à l'étude de l'ovariotomie. Relation de quatre ovariotomies pratiquées avec succès par M. Paquet. — M. Milliez : Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de peptone ammonique mercurique. — M. Honnart : Contribution à l'étude de l'accouchement par le siège. — M. Capitrel : Contribution à l'étude du rachitisme. — M. Hochstetter : Etude sur l'assainissement de la ville de Lille. — M. Roché : Du cancer du pénis et de son traitement par l'amputation de cet organe au moyen de l'écraseur de Chassaignac. — M. Martin : De la compression du nerf radial par un cal vicieux. — M. Gruson : Etude générale des ophtalmo-sympathies. — M. Muller : Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale chez les calculeux. — M. Bousinguez : De la névralgie lombo-abdominale. — M. Carle : Considérations sur l'étranglement herniaire et en particulier de la kélotomie sans ouverture du sac. — M. Dugardin : De quelques procédés actuellement en usage pour la conservation des substances alimentaires. — M. Trachet : De l'intervention dans les bassins rachitiques rétrécis entre 67 et 40 millimètres. — M. Vidal : Considérations sur le traitement de l'épilepsie.

FORMULES

8. Le bichromate de potasse.

Le bichromate de potasse vient d'être tiré de l'oubli par le Dr Güntz (de Dresde) et par le professeur Vulpian. Le médecin saxon le recommande non seulement comme un excellent antisyphilitique, mais encore comme un préservatif de la syphilis ; il l'emploie en solution sous la forme d'une *eau chromée gazeuse* qui se prépare ainsi :

Bichromate de potasse	0,03	centigr.
Azotate de potasse	0,10	—
Azotate de soude.	0,10	—
Chlorure de sodium.	0,20	—
Eau	600	grammes.

Faites dissoudre les sels dans l'eau et gazéifiez fortement avec de l'acide carbonique. M. Vulpian, dans deux articles publiés dans le *Journal de pharmacie et de chimie*, montre que le bichromate de potasse peut produire de bons effets dans certains cas de dyspepsie. L'emploi thérapeutique de ce sel a paru surtout réussir dans les cas où les phénomènes de dyspepsie, liés sans doute à une affection catarrhale ou arthritique de l'estomac, offrent de l'analogie avec ceux par lesquelles se traduit, au début, le développement de l'épithélioma de cet organe. M. Vulpian, en raison de la saveur désagréable du bichromate, préfère l'administrer sous la forme pilulaire. Voici l'une de ses formules :

Bichromate de potasse	0,50	centigr.
Extrait de valériane.	5	grammes.

F. s. a. 50 pilules argentées. Chaque pilule renferme un centigramme de sel. M. Vulpian les prescrit aussi à deux centigrammes et la dose quotidienne peut varier de 2 à 10 centigrammes. Pour l'usage externe, le bichromate de potasse est employé comme caustique ; on l'emploie en solution, sous forme de pommade, contre les ulcères vénériens, mais plus fréquemment contre les verrues. Le médecin peut le prescrire ainsi :

Bichromate de potasse	1	gramme.
Axonge	20	—

F. s. a. Une pommade.—Pour les adultes, il est préférable de cautériser directement la verrue avec un cristal de bichromate ; l'action est un peu lente, mais elle est aussi sûre que celle de la pierre infernale ; elle est moins désagréable et surtout moins dangereuse que celle de l'acide azotique (*Journ. des sciences méd. de Lille*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 1er février au jeudi 7 février 1884, les naissances ont été au nombre de 1208, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 445 ; illégitimes, 163. Total, 608. — *Sexe féminin* : legitimes, 439 ; illégitimes, 161. Total, 600.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 1er février au jeudi 7 février 1884, les décès ont été au nombre de 1038 savoir : 577 hommes et 461 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 3. T. 10. — Variole : M. 1, F. ., T. 1. — Rougeole : M. 16, F. 5, T. 21. — Scarlatine : M. ., F. 6, T. 6. — Coqueluche : M. 3, F. 4. T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 22, F. 21, T. 43. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 1, F. 3, T. 4. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 27, F. 30, T. 57. — Phthisie pulmonaire : M. 119, F. 64. T. 183. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 4. T. 13. — Autres affections générales : M. 35, F. 36, T. 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 35, F. 34, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 22, F. 18, T. 40. — Pneumonie : M. 40, F. 26, T. 66. — Athrepsie : M. 39, F. 29. T. 68. — Autres maladies des divers appareils : M. 163, F. 167, T. 330. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 34, F. 5, T. 39. — Causes non classées M. 2, F. 1, T. 3.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 107, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38 ; illégitimes, 19, Total : 57. *Sexe féminin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 22. Total : 50.

Faculté des sciences de Paris. — M. Holmer est nommé préparateur au laboratoire de recherches physiques, en remplacement de M. Deville, démissionnaire.

Faculté des sciences de Dijon. — M. Bellier (Théodore), licencié ès sciences physiques, est chargé des fonctions de préparateur de chimie pendant la durée du congé accordé à M. Bellier (Jean).

Faculté des sciences de Marseille. — M. Gourret, licencié ès-sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Vayssière. — M. Vayssière, docteur ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques chargé des conférences d'anatomie au laboratoire de zoologie marine annexé à ladite Faculté (emploi nouveau).

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Guitteau, préparateur, est chargé, en outre, des conférences de chimie.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Gurlie est nommé préparateur du cours de matière médicale (emploi nouveau). M. Bonnet est chargé des fonctions de préparateur-dessinateur du laboratoire de recherches et d'enseignement des hautes-études, en remplacement de M. Lagesse, décédé.

Ecole supérieure de pharmacie de Nancy. — M. Ruttinger est nommé préparateur de matière médicale et minéralogie (emploi nouveau). — M. Charaux est nommé préparateur de toxicologie et de physique (emploi nouveau).

Académie des sciences, arts et belles lettres de Caen. — Voici le programme des prix mis au concours par cette Académie pour l'année 1885-86. — I. *Prix Dan de la Vauterie.* « De la conservation des sujets et pièces anatomiques. » Le prix est de mille francs. Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1884. — II. *Prix Le Sauvage.* « Anatomie, histologie et homologies des différentes parties du système nerveux des poissons ». Le prix est de deux mille francs. Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1885. — Les manuscrits devront parvenir *franco* à M. Armand Gasté, secrétaire de l'Académie, rue Elie de Beaumont, 5, à Caen. Ils porteront une épigraphe ou devise, répétée dans un billet cacheté qui contiendra le nom de l'auteur. L'académie ne rend aucun des manuscrits qui ont été soumis à son examen ; mais les auteurs ont la liberté d'en faire prendre des copies.

Asiles d'aliénés de la Seine. *Nominations.* — Nous apprenons avec plaisir la nomination de M. le Dr Keraval, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon, comme médecin adjoint (création nouvelle) de la colonie d'enfants arriérés, annexée à l'asile de Vaucluse.

Commission de surveillance. — Par arrêté préfectoral en date du 30 décembre 1883, sont nommés membres de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, pour une durée de 5 années à dater du 1er janvier 1884, MM. Poteaux et le Dr du Mesnil. C'est là un choix excellent.

Hospices civils de St-Etienne. — Le lundi 30 juin 1884, un concours public pour deux places de médecin sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours durera cinq jours et se composera de cinq épreuves. Les médecins nommés à la suite de ce concours entreront en exercice le 18 août 1884. Leur traitement sera de 1.500 fr. par an. La durée des fonctions est fixée à 20 ans. — S'adresser pour les conditions particulières au secrétariat des hospices à St-Etienne (Loire), rue Valbenoite, 40.

Hospice d'Orléans : Quartier d'aliénés. — Par suite du décès du Dr Lepage, la place de médecin du quartier des aliénés aux hospices d'Orléans est disponible.

© BIU Santé

Société de médecine légale. — Séance *supplémentaire* du lundi 18 février 1884, à 3 heures précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil).—*Ordre du jour* : Discussion du rapport de M. Brouardel sur l'enseignement et la pratique de la médecine légale.

Médecins des lycées. — M. le Dr Gélis est nommé médecin adjoint du lycée de Cahors (emploi nouveau). — M. le Dr Guillaume est nommé médecin adjoint du lycée de Vesoul (emploi nouveau). — M. le Dr Verdier est nommé médecin adjoint du lycée d'Auch, en remplacement de M. Samallens, appelé à d'autres fonctions. — M. le Dr Allard, médecin adjoint du lycée de Grenoble, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le Dr Charvet, démissionnaire. - M. le Dr Berthollet est nommé médecin adjoint du lycée de Grenoble, en remplacement de M. le Dr Allard, nommé médecin titulaire.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 12 février 1884, ont été promus dans le corps de santé de la marine : *Au grade de médecin en chef*, M. Thomas, médecin professeur ; — *Au grade de médecin principal* : M. Pougny, médecin de 1re classe.

Le voyage médical de la vie. — Nous donnons, d'après le *Concours médical*, la fantaisie suivante, empruntée au *Canada medical and surgical Journal*. — 1re *année* : Ictère des nouveau nés, diarrhée, vaccination. 2e *année* : dentition, croup, cholera infantum et convulsions. 3e *année* : Diphtérie, coqueluche et bronchite. 4e *année* : Scarlatine, vers et méningite. 5e *année* : Rougeole. A ce moment, la moitié des enfants ont succombé. — 7e *année* : Oreillons. 10e *année* : Chorée et fièvre typhoïde. 15e *année* : Hyperesthésie sexuelle. 18e *année* : Chaudepisse. 20e *année* : Bubons, céphalalgie alcoolique, vertigo, 25e *année* : Mariage. 30e *année* : Dyspepsie, asthénie nerveuse. 35e *année* : Pneumonie. 45e *année* : Lumbago, presbytie. 55e *année* : Rhumatisme, alopécie. 60e *année* : Amnésie, chute des dents, calcification des artères. 65e *année* : Apoplexie. 70e *année* : Amblyopie, surdité, faiblesse générale, atonie du tube digestif, rhumatisme noueux. 75e *année* : Finis !

Le banquet de l'hôpital français de Londres. — Ce banquet, qui est le seizième, a eu lieu à Willis Room, sous la présidence de M. Wadington, ambassadeur de France. Le lord-maire y assistait. Le corps médical de l'hôpital était au grand complet, avec son médecin en chef M. le Dr Vintras. Le nombre des convives pouvait être évalué à 250 personnes. D'après le rapport de M. Rimmel, le nombre des malades soulagés à l'hôpital français s'élève, en 1883, à 316 internes et 6.966 externes, répartis entre 20 nationalités différentes, l'hôpital français donnant ses secours sans se préoccuper de la patrie à laquelle le malade appartient. (*Gaz. hebdomadaire.*)

Un praticien complaisant. — Une dame se figurant qu'elle avait avalé une pièce de ratelier armée de trois dents, força son médecin, le Dr Svensson, à lui ouvrir le ventre pour extraire les corps étrangers qu'il ne trouva pas, et la malade guérit parfaitement. (*Le Scalpel.*)

Équivalent pécuniaire d'un polype de l'utérus aux Etats-Unis. — Le *Journal d'Accouchements* de Liège rapporte, d'après le *Medical Record*, qu'une jeune dame américaine a récemment traduit son fiancé devant le tribunal de Mercer County (Ohio) pour rupture de promesse de mariage. L'accusé base sa défense sur le fait qu'un polype fibreux s'était développé dans l'utérus de sa dulcinée. La demanderesse prétendit, de son côté, que la tumeur avait été causée par la longue durée du *courtisement*. Il fut prouvé par experts que la prolongation de cet état intermédiaire est nuisible, en ce qu'il produit un état d'éréthisme ; aussi, le jury alloua-t-il à la pauvre délaissée une somme de 3,000 dollars pour guérir la blessure faite à ses sentiments froissés et la consoler de la possession de son polype. — Le journal américain oublie de nous dire comment le jeune homme a appris l'existence de ce polype chez sa fiancée, puisque l'on ne peut admettre que la pudique américaine ait entretenu son Roméo de l'état de son utérus. En tout cas, c'est une leçon de prudence pour les candidats au mariage dont les vœux ne peuvent se réaliser qu'à une distance plus ou moins éloignée.

Le Budget de l'enseignement supérieur en Allemagne et en France. — Pour l'étude de la médecine, il y a à Leipsig 47 professeurs et à Berlin 87, soit dans deux villes seulement 134 professeurs, alors qu'en France il n'y en a pas plus de 134 pour toutes les Facultés de médecine. Pour les Facultés des sciences et des lettres, la différence est la même. C'est ce qui explique que l'enseignement supérieur dans les vingt et une Universités allemandes est rétribué par 16.456.672 francs, c'est-à-dire une somme supérieure de 5 millions à la somme qui lui est consacrée en France. L'enseignement supérieur est le sixième du budget total de l'Instruction publique, tandis qu'en France il n'en est que le dixième (*Revue scientifique*).

Nouveaux journaux. — Nous avons reçus les premiers numéros de *the Planet*, journal de médecine et de chirurgie paraissant à New-York, sous la direction de M. le Dr E. Nelson.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le Dr Legendre, décédé il y a quelques jours d'une fièvre typhoïde, à l'âge de 27 ans, à Bléneau, où il venait de s'établir. On lui doit une thèse intitulée : *des anévrysmes spontanés de l'aorte descendante*. — La *Semaine médicale* nous apprend la mort du Dr Houzelot, bien connu par l'appareil qui porte son nom et l'un des chirurgiens de province les plus distingués. Il a été, pendant de longues années, chirurgien de l'hôpital de Meaux. — M. le Dr Monge vient de mourir à Marseille il y a quelques jours à l'âge de 92 ans.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. — Goudron pressigne. Liqueurs concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

Dyspepsie. — *L'Elixir chlorhydro-pepsique Grez*, qui a donné de si remarquables succès dans les hôpitaux, expériences de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc., etc., constitue le traitement le plus efficace des dyspepsies, de l'anémie et des troubles gastro-intestinaux des enfants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie BERGER LEVRAULT, 5, rue des Beaux-Arts.

Almanach national. — Annuaire officiel de la République Française pour 1883. Un gros volume in-8 de 1,600 pages. — Prix broché : 18 fr.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Bichat. Conférences de clinique et de thérapeutique médicales. — M. le Dr Henri Huchard commencera ces conférences à l'hôpital Bichat, le dimanche 17 février, à 10 heures 1/2, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphylitiques : M. Fournier, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, le samedi, à 9 heures.

Médecine. — Salle Cazenave : Service de M. le Dr Besnier. — Consultation le lundi. Mardi, visite des entrants. 1, 3, favus datant de la première enfance ; 4, tricophytie de la barbe ; 7, pelade ; 8, eczéma, intertrigo aigu des organes génitaux ; 9, eczéma rebelle de la barbe et de la face ; 11, eczéma pilaire ; 36, eczéma ; 13, 14, acné ; 15, eczéma phthiriasique ; 16, gale ; 17, 19, syphilide tuberculeuse ; 20, rhumatisme blennorrhagique ; 21, 22, syphilis ; 23, érythème exsudatif polymorphe ; 24, lupus ; 27, syphilis remontant à 34 ans, périostoses crâniennes ; 38, 41, 42, 43, psoriasis ; 54, phthiriase ; 67, urticaire ; 59, purpura ; 61, ecthyma ; 67, lupus du genou ; 68, acné sébacée concrète ; 73, ecthyma ulcéreux cachectique.

Peptone Catillon

Officiel adoptée dans les hôpit. de Paris.
Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.
Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 *eau*, 3 *goutt. laudanum*, 0.30 *bicarb. de soude*.
POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, pas d'équivoque dans le dosage. 1 *cuill. à café représente* 45 *gr. de viande*.
SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 *cuill. contient* 30 *gr. de viande*.
VIN : utile complément de nutrition. 1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande*.
CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en tablettes contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner ; en croquettes, 8 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.
Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon
0,20 *de créosote du hêtre par cuillerée*.
Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs.

Seul vin au quinquina ou quina ferrugineux.
MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878.

Vin de Catillon à la Glycérine
ET AU QUINQUINA
Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Maux d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.
Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs non capables de supporter les ferrugineux ordinaires.
Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

Service de M. le Dr Hallopeau. — Salle Hillairet (H.) : 4, 18, purpura ; 2, diabète phosphatique, lichen ; 24, bouton de Biskra ; 25, favus ; 33, lupus ; 34, 35, psoriasis. — Salle Biett (F.) : 4, 21, 29, lupus ; 33, lichen planus ; 15, chancre labial ; 28, ecthyma syphilitique. — Pavillon Emery : 7, cancroïde de la face ; 9, lèpre ; 12, lupus.

Service de M. le professeur Fournier. — Salle Henri IV (F.) : 5, pemphigus ; 16, 20, syphilis héréditaire tardive ; 18, cancer du rectum ; 8, 10, gommes scrofuleuses. — Salle Saint-Louis (H.) : 3, syphilis maligne précoce ; 1, acné kéloïdienne ; 13, erythrasma.

Service de M. le Dr Vidal. — Salle Alibert (F.) : 6, syphilis cérébrale et médullaire ; 53, syphilome en nappe de la bouche, condylomes de la langue ; 59, éléphantiasis de la jambe droite ; 62, lupus corné de la fesse ; 77, favus. — (H.) : 30, ichthyose locale, nœvus papillomateux ; 37, syphilide papulo-tuberculeuse généralisée ; 36, lichen ruber ; 30, 40, lèpre tuberculeuse.

Chirurgie. — Service de M. le Dr Reynier. — Salle Cloquet : 61, kyste du foie ; 60, ostéite traumatique du tibia ; 57, fracture de côtes, emphysème sous-cutané, broncho-pneumonie ; 54, ostéotomie par fracture du radius non consolidée ; 48, anévrysme artérioso-veineux de la fémorale ; 45, pustule maligne ; 42, hydrargyrisme professionnel ; 37, ectropion opéré dans un tissu lupique. — Salle Denonvilliers (F.) : 65, érythème noueux ; 66, métrite aiguë, suites de couches ; 70, tumeur de l'aisselle ; 74, iritis aiguë ; 75, luxation du coccyx.

Service de M. le Dr Péan. — Visite à 9 heures. Clinique chirurgicale le samedi. — Salle Cloquet. 1, tumeur ganglionnaire du cou, opérée ; 3, phlegmon des bourses ; 6, arthrite purulente, arthrotomie ; 9, épithélioma de la joue, opéré ; 70, varicocèle, opéré ; 74, amputation de jambe ; 76, fracture de jambe compliquée ; 77, tumeur, ganglionnaire de l'aisselle ; 78, fistule à l'anus chez un tuberculeux ; 79, phlébite de la veine saphène ; 81, synovite fongueuse du poignet. — Salle Nélaton : 1, carie costale ; 2, rétrécissement de l'urèthre, uréthrotomie interne ; 3, hydrocèle ; 4, 15, 25, 30, fracture de cuisse ; 5, épididymite tuberculeuse ; 6, affection trochantérienne ; 10, synovite fongueuse du poignet ; 11, sarcome du testicule ; 13, tumeur blanche tibio-tarsienne ; 17, mal perforant plantaire ; 18, chancre syphilitique de la cuisse ; 20, contusion du thorax, hémoptysies, congestion pulmonaire ; 21, ablation du gros orteil avec son métatarsien ; 23, fracture de la rotule ; 24, section des tendons du pouce ; 26, amputation de la jambe ; 31, ostéomyélite, amputation de cuisse ; 34, arthrite purulente du genou, amputation de cuisse ; 35, ostéite du grand trochanter. — Salle Denonvilliers (F.) : 39, cancer du sein ; 41, sarcome de la cuisse ; 43, 51, 53, 54, kystes de l'ovaire.

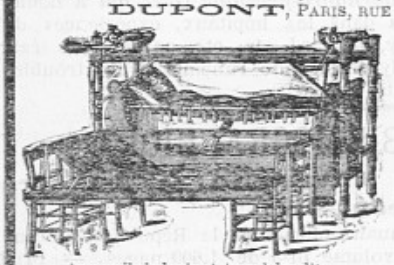
Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES POUR MALADES ET BLESSÉS

Appareil adopté par l'Académie de médecine de Paris en 1847. — 19 médailles aux Expositions franç. et angl. Académies et Sociétés savantes. Dipl. d'honn., Exp. int. de Paris 1875 ; Méd. de 1re classe, Exp. int. Bruxelles 1876 ; Méd. d'Argent Paris, 1878 ; Méd. d'Or Paris, 1879 ; *Hors concours* Paris, 1880.

DUPONT, PARIS, RUE HAUTEFEUILLE, 10 (près de l'Ecole de médecine).



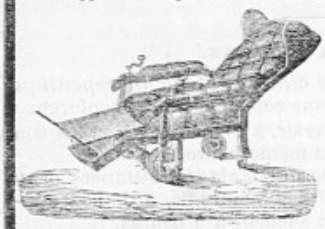
Appareil s'adaptant tous à les lits.



Voiture de promenade avec tablier et capote.



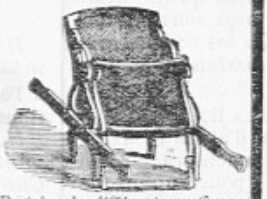
Fauteuils à grandes roues caoutchoutées, Mû par 2 manivelles.



Fauteuil à manivelles, dossier articulé.



Automoteur avec porte-pieds à 2 articulations.



Portoirs de différents systèmes.

PILULES SUISSES

(Pilules de Coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter, en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, *Pharmacien, 28, rue de Grammont, Paris.*

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

Efficaces contre *Affections pulmonaires, Bronchites, Emphysème, Asthme, Phthisie, Scrofule, Rachitisme.*

DOSE : 3 à 6 grains avant chaque repas. — Administration facile. — Rapide dissolution dans l'estomac. — Pas d'action caustique ou irritante.

DÉPOT : 3, Rue de Choiseul, Paris, et Pharmacies.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

Trajet direct de Paris a Plombières en 8 heures

EAU EN BOISSON. — BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.

Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — Adresser les demandes directement a la *Cie de Plombières ou au Dépot Principal*, **Maison ADAM**, *31, Boulevard des Italiens, à Paris.*

HYDROTHÉRAPIE SCIENTIFIQUE DU Dr FLEURY

Institut Hydrothérapique de Passy-Paris

22, rue Franklin (Trocadéro).

Fondé en 1871, par le docteur Fleury et N. Pascal, son élève, cet établissement est particulièrement consacré au traitement des maladies chroniques. Il reçoit des pensionnaires et des externes. Il est situé près du Palais du Trocadéro, au milieu d'un jardin de huit mille mètres

Service médical : Dr A. Rambaud. — *Service hydrothérapique* : N. Pascal.

EXTERNAT : 11, boulevard Malesherbes, à côté de la Madeleine.

Ouvert de 8 heures à 11 heures du matin, et de 4 heures à 6 heures du soir.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la Diastase, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 8. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 23 FÉVRIER 1884.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

De la congestion cérébrale chez les enfants, de son importance au point de vue du développement de la sclérose, de la méningite, de l'épilepsie et des affections mentales.

Messieurs,

L'encéphale, chez les enfants, peut être frappé, comme celui des adultes, de congestion aiguë ou chronique capable d'occuper les deux ou un seul hémisphère, ou même de se localiser à un sillon, à une région ou à un point particulier du cerveau. Cette affection est loin d'être rare chez les enfants. Vous l'observerez souvent sous l'influence des excès de froid et de chaleur auxquels on les expose journellement dans le but de les y habituer. Vous pouvez souvent y rattacher ces malaises de courte durée dans lesquels le bébé s'agite, crie, balance sa tête, et offre sur la face, les yeux, les joues et les oreilles, des injections qu'on attribue communément à la dentition seule.

Ce qui m'étonne et ce qui vous étonnera tout autant que moi, quand vous parcourrez les meilleurs auteurs de pathologie infantile, c'est que la congestion soit niée par un certain nombre et omise à dessein par la plupart. Elle est admise seulement par quelques-uns.

D'où vient cette lacune? L'esprit médical s'est-il lassé de vivre en tutelle sous la doctrine autoritaire, dite physiologique, de Broussais, et, en voulant éviter un écueil, s'est-il jeté dans un autre, celui de tout attribuer aux influences diathésiques ou fonctionnelles? Mais alors, il fallait pousser la conséquence jusqu'au bout et ne pas admettre la congestion cérébrale chez les adultes et chez les vieillards; chez les enfants, dont l'encéphale est d'un volume considérable et la circulation si active, si mobile, en nier l'existence ou n'y attacher aucune valeur, c'est, à mon sens, une contradiction formellement opposée à l'observation des faits journaliers.

Vous verrez, en effet, que la congestion peut se présenter *seule comme état morbide isolé*, mais qu'elle existe souvent aussi comme phénomène concomitant ou secondaire des maladies de l'encéphale, des méninges, du crâne, des organes et des tissus du voisinage, des sens, des fièvres, des convulsions, des troubles de circulation.

Envisagée comme complication ou comme phénomène coexistant de ces différentes maladies, la congestion cérébrale présente sans doute un grand intérêt et son étude permet d'embrasser le tableau plus complet de leur symptomatologie, de saisir le mécanisme, pour ainsi dire, de l'hydrocéphalie, les hémorrhagies et les autres accidents consécutifs. Mais, je veux aussi attirer votre attention sur la *congestion cérébrale idiopathique* et vous montrer comment elle évolue, comment, dans les cas heureux, elle disparaît complètement; comment, chez certains enfants prédisposés, elle passe à l'état chronique et conduit, petit à petit, à l'épilepsie, à la déchéance intellectuelle, à la sclérose et à la méningite francche ou tuberculeuse. C'est parce que je demeure convaincu qu'une hygiène bien comprise et un traitement approprié peuvent quelquefois la dissiper et éviter ces graves affections, que je suis porté à vous en parler dans cette conférence.

Vous observerez la congestion cérébrale sous trois aspects fort différents : *aiguë*, *chronique*, ou à *poussées irrégulières*.

Permettez-moi de vous citer quelques exemples qui vous feront mieux comprendre cette classification.

J'ai été appelé, au commencement de l'hiver, auprès d'un petit garçon âgé de 7 mois présentant, à la suite d'une sortie prolongée par un froid assez vif, des phénomènes de somnolence interrompus par des cris, des nausées, des vomissements. La tête était chaude, la peau des joues et des oreilles très colorée. Je songeai de prime abord, c'était dans la logique des faits, à une inflammation des voies respiratoires; l'examen attentif de la gorge et de tous les organes de la cage thoracique ne m'en révéla pas de traces. Le mouvement précipité du cœur me fit ensuite rechercher une fièvre éruptive, mais le peu d'élévation de la température des aisselles me fit rejeter encore cette opinion. D'ailleurs, l'absence de prodromes avérés ne me permit point de m'y arrêter. Au bout de 48 heures, la scène changea à vue d'œil et l'enfant, après une transpiration profuse, rentra petit à petit dans l'état de santé habituelle. La somnolence, les cris, les vomissements devaient être mis sur le compte d'une *congestion aiguë de l'encéphale a frigore*.

L'année dernière, je donnai des soins à une fillette de 13 mois, atteinte d'une coqueluche des plus violentes. A la suite de quintes trop rapprochées et trop longues pour son âge et ses forces, cette enfant tomba graduellement dans une sorte d'abattement profond; le visage bouffi, vultueux, cyanosé, couvert d'une sueur froide, restait sans expression. L'enfant ne paraissait vivre que par le bulbe. Toutes les manifestations de l'intelligence et de la vie de relation avaient disparu. Ne prenant plus que quelques cuillerées à café de lait ou de bouillon de loin en loin, elle semblait positivement à l'article de la mort. Et comme l'auscultation et la percussion de la poitrine ne décelaient que les râles ordinaires du catarrhe et de la congestion légère des bases, je rapportai cet état de mort imminente à *une congestion passive chronique* des centres nerveux, compliquée d'hydrocéphalie et même d'asphyxie.

Rappelez-vous encore l'état de mort apparente des nouveau-nés dont le cordon ombilical est enroulé plusieurs fois autour du cou. La coloration livide, cyanosée, de la peau du visage indique péremptoirement la fluxion de la tête et de l'encéphale.

Dans l'un et l'autre cas, congestion aiguë ou active, congestion chronique ou passive, l'afflux de sang s'accompagne souvent d'hydrencéphalie qui aggrave encore les phénomènes observés. Il s'y ajoute une compression intra et extra-cérébrale; à preuve le soulèvement très marqué dans cette circonstance de la région de la fontanelle antérieure chez les jeunes enfants encore à la mamelle.

Il existe, enfin, un dernier type de congestion qui

© BIU Santé

n'est pas le moins curieux, chez les bébés comme chez les enfants du second âge ; vous verrez des congestions encéphaliques apparaître par *poussées irrégulières*, séparées par des intervalles d'excellente santé. J'ai sous les yeux, en ce moment, et des enfants à la mamelle et des enfants de 7 et 10 ans, qui présentent fréquemment toutes les semaines ou moins souvent des signes non équivoques de congestion cérébrale. Le visage se colore, les yeux s'injectent, la peau du crâne devient chaude et l'enfant se plaint, crie, vomit quelquefois comme dans la migraine congestive.

Cette forme de congestion par poussées irrégulières est ordinairement héréditaire et dépend de divers états diathésiques (névropathies, syphilis et surtout tuberculose). Elle peut cependant se montrer sous l'influence de causes moins redoutables (dentition, indigestion, chaleur, froid). Telles sont les formes principales de la congestion cérébrale chez les enfants : tantôt elle est *aiguë*, active ; tantôt elle est *chronique* ou passive, tantôt enfin elle est à *marche irrégulière*, par accès intermittents et successifs.

Elle peut exister seule, à titre d'afflux de sang exagéré, ou bien se compliquer *d'hydrencéphalie*. Il est en outre nombre de circonstances dans lesquelles la température du sang, l'action des poisons morbides, l'anhématose, l'asphyxie, dénaturent et aggravent sa symptomatologie et son pronostic.

Il existe enfin une *congestion générale* et une *congestion partielle* de l'encéphale chez les enfants. C'est là une dernière particularité qui mérite d'autant plus de vous être signalée qu'elle est bien fréquente chez les enfants, et parfaitement constatée à l'autopsie.

La distension vasculaire est loin d'être uniforme dans les deux hémisphères, ni même dans les divers centres ou ganglions cérébraux.

Vous savez qu'à l'état normal l'irrigation sanguine est plus abondante dans la substance grise que dans la substance blanche, et que viennent ensuite, par ordre de décroissance, les corps striés à leur périphérie, puis les couches optiques, enfin le corps calleux et la voûte. La vascularité du cervelet se remarque surtout à la périphérie et aux corps dentelés. Quant à la protubérance, elle est moins riche encore en vaisseaux sanguins.

Aussi, lors de la constatation sur le cadavre, vous trouverez les signes de la congestion généralisée, réunis à ceux d'une congestion partielle plus forte, dans certaines régions ou zones de l'encéphale : coloration plus foncée des méninges de la pie-mère surtout, hyperémie plus grande des circonvolutions aplaties, état sablé de la coupe, plus vif, plus accentué ; voilà les caractères qui vous permettront de fixer le siège de cette congestion partielle.

Comment, en dehors de la congestion voisine des tumeurs, comprendre cette congestion partielle ? Par le raisonnement suivant : Le cerveau se compose d'une série d'organes confédérés, soumis à des lois générales de circulation et d'anastomoses, qui jouissent néanmoins d'un certain degré d'autonomie et d'indépendance. De là des excitations, des susceptibilités, et, pour en revenir au sujet qui nous occupe, des états congestifs, dissemblables, groupés ou isolés sur un fond de congestion générale. De là des phénomènes nerveux plus accusés d'un côté que de l'autre, de préférence sur un membre, sur un groupe musculaire, une région, un organe.

Quelles sont les causes de la *congestion cérébrale aiguë* chez les enfants ? En hiver, quand le froid est rigoureux, il n'est pas rare de voir de jeunes enfants en subir les atteintes. Par opposition, les grandes chaleurs de l'été, l'atmosphère surchauffée des appartements, produisent des effets identiques. C'est une grande erreur de la part des parents de croire que les enfants en bas âge peuvent supporter impunément les variations brusques de température ; si le contre-coup ne se fait pas sentir du côté des voies respiratoires ou digestives, il peut frapper sur l'encéphale.

Au début des *fièvres éruptives*, rougeole, scarlatine et variole surtout, la congestion encéphalique prend l'importance d'un phénomène prodromique, que la bénignité ou la malignité de la maladie vient accentuer ou atténuer.

Vous savez aussi que, dans la *fièvre continue* et la *fièvre typhoïde* en particulier, il existe des signes indubitables de congestion encéphalique qui, jointe à l'influence du poison morbide, donne parfois à la physionomie des symptômes et au pronostic une allure et une valeur fort alarmante.

Chez les enfants, plus souvent encore que chez les adultes, l'empoisonnement palustre peut se manifester sous forme de fluxion de l'encéphale.

On la rencontre d'abord au moment des accès fébriles, intermittents, réguliers. Vous l'observerez aussi chez les enfants, à titre de fièvre larvée. Dans les pays marémmatiques, la véritable congestion aiguë, subite, de l'encéphale, apparait tantôt avec les signes ordinaires d'une congestion simple, tantôt avec une céphalalgie atroce, des névralgies faciales, tantôt enfin avec des véritables attaques éclamptiques.

Les enfants y sont sujets à la forme pernicieuse cérébrale, qui revêt nombre d'aspects différents (anémie ou congestion), compliquant un empoisonnement profond. Les enfants succombent au troisième accès, mais, si le sulfate de quinine peut être administré en temps utile, on assiste à de véritables résurrections.

L'importance et l'esprit de cette étude analytique des causes de la congestion encéphalique aiguë se trahissent à chaque pas, et vous ne me voyez pas m'occuper d'une pure et simple question de physique, d'afflux de liquide sanguin, mais bien des sources originelles qui la produisent.

Dans la congestion *a frigore*, dans la congestion due à la chaleur excessive, vous devez tenir plus particulièrement compte de la distension des vaisseaux et de l'augmentation de la sérosité ; dans les congestions des fièvres et des empoisonnements, la thérapeutique, sans négliger ce fait important, doit chercher d'autres visées et des desseins plus élevés. Vous en trouverez la preuve dans les empoisonnements par l'opium et par l'alcool où les émissions sanguines produiraient infailliblement la mort. La déplétion sanguine, loin d'être salutaire, est fatale.

Les altérations du sang sous la dépendance de l'albuminurie, en dehors de l'urémie, se compliquent souvent de poussées congestives assez fortes pour provoquer des attaques éclamptiques plus ou moins graves. Les enfants y sont plus sujets encore que les adultes, et, dans ce cas, l'expérience démontre que les émissions sanguines locales ne sont pas interdites.

Toutes les affections dont le siège occupe la tête s'accompagnent de congestion encéphalique plus ou moins intense. Ainsi les plaies, les contusions du cuir chevelu, de la face, les fractures des os, l'érysipèle, les oreillons, les coryzas étendus, les pharyngites, les ophthalmies intenses, les otites superficielles ou profondes font nai-

© BIU Santé

tre, à des degrés divers bien entendu, des congestions légères ou sérieuses de la masse encéphalique. Il n'est pas jusqu'à la dentition qui, elle aussi, en se généralisant, n'amène parfois, je ne dis pas toujours, des accidents congestifs indéniables, quoiqu'on ait pu le nier. Les commères, les nourrices exagèrent sans doute la fréquence de cette complication, mais je puis vous assurer qu'elle n'en est pas moins réelle. J'ai vu dans ma clientèle des enfants à la mamelle présenter des symptômes de congestion cérébrale avérée, sans être grave, à chaque évolution des principaux groupes dentaires. (*A suivre*).

CLINIQUE MENTALE

ASILE SAINTE-ANNE. — M. MAGNAN.

De la dipsomanie.

Leçons recueillies par M. le Dr Marcel BRIAND et revues par le professeur (1).

Messieurs,

En terminant, je veux vous signaler un dernier fait très grave qui rend ce malade dangereux pour son entourage. Depuis déjà trois ans, il est obsédé par une voix qui le pousse à frapper quelqu'un. Il craint tellement de céder à cette impulsion comme il a cédé aux autres, qu'il n'ose plus jamais toucher à aucun couteau, la seule vue de ces objets lui cause même une impression pénible. Les angoisses de ce malheureux sont éloquemment dépeintes dans ces quelques lignes écrites à sa sœur en un style empreint de la plus entière sincérité.

« Ma chère sœur,

« Je suis très étonné de voir que tu n'as pas répondu à la lettre dans laquelle je te demandais l'adresse du père. C'est surtout dans l'ennui où je me trouve que j'ai besoin de consolations et tu m'abandonnes aussi. Il faut que je t'avoue un secret qui est toute ma maladie et qui m'a entraîné à boire, moi qui aurais pu être très heureux avec l'argent que je gagnais. Mais, hélas! la destinée ne l'a pas voulu! Ma chère sœur, ce n'est peut-être pas un secret pour vous tous, mais il y a une vingtaine d'années, un jour, en travaillant, le père me frappa et ce jour, dont je me souviendrai toute ma vie, il me dit qu'il n'était pas mon père. Depuis ce jour, un brouillard a passé devant moi, je ne puis le chasser et c'est ce brouillard qui est venu obscurcir mon existence. Je ne vis plus; je demande chaque jour à l'Etre suprême de changer mon existence ou de me rappeler dans un autre monde meilleur, car je ne puis supporter une pareille vie.

« Mon père! que je voudrais qu'il m'écrive! car lui seul peut venir m'apporter une consolation. Il pourra peut-être me chasser l'idée qui me poursuit sans cesse et que lui seul a fait naître en moi, car j'ai toujours eu un bon cœur et la mère a toujours dit que c'était moi qui avais le meilleur cœur. Maintenant, mon cœur souffre de plus en plus, c'est ce qui fait que je me suis mis à boire, non pour l'amour de boire, mais pour chasser l'idée qui me poursuit. Par moments, quand je suis plus triste, je bois encore plus fort, mais alors sans pouvoir m'en empêcher. Je ne sais ce qui m'y pousse alors.

« Je te demande bien pardon de l'ennui que je te cause, mais je t'en supplie, pardonne-moi. Je ne puis t'écrire sans trembler; quand je te dis: ma sœur, je sens que je t'aime toujours comme un frère. Je voudrais être débarrassé de l'idée qui fait tout mon mal, être auprès de vous tous et pleurer à mon aise, car ce qui me fait souffrir, c'est de ne pouvoir pas pleurer: mon cœur est trop serré. Je ne veux pas t'ennuyer plus longtemps avec mes peines de cœur; je souffrirai jusqu'au bout. Si les Prussiens m'avaient au moins débarrassé de la vie! Mais, hélas! ils n'ont pas voulu de moi! Je vois que je suis né pour souffrir!

« Je te prie de brûler ma lettre aussitôt que tu l'auras lue; écris-moi souvent et donne-moi l'adresse du père. Tu feras bien des compliments à Victor et tu lui diras qu'il me pardonne; il a bien vu que j'étais dérangé quand il est venu à Paris. Je te prie de lui dire de m'écrire; cela me fera bien plaisir. J'ai besoin de vous tous pour me sauver, car sans cela je ne suis plus un homme; je ne suis plus qu'une plante morte. Embrasse bien mes nièces tous les jours pour moi.

« Je termine en t'embrassant du plus profond de mon cœur, car j'en ai un, je le sens trop ce pauvre cœur qui ne cesse de souffrir.

« Bien des compliments à B., mais ne lui dis pas dans quelle position je me trouve. Bien des compliments à toute la famille de ma part.

« Ton frère qui vous aime tous et que vous délaissez toujours. Il n'y a que toi qui m'oublies le moins. LOUIS H.

Parmi les nombreuses tentatives de suicide de cet aliéné, il en est qui, en dehors de la prédisposition, paraissent avoir été provoquées par le chagrin et le regret d'avoir commis des excès.

Il n'est guère possible de démontrer plus clairement combien le dipsomane s'écarte de l'ivrogne qui, en général, regrette si peu ses abus de boissonss

Si tous les dipsomanes n'attentent pas à leurs jours, tous manifestent d'une façon ou d'une autre combien ils sont honteux de leur passion: Louise B..., que nous avons vue, se prête dans son repentir à toutes les combinaisons suggérées par sa famille pour seconder ses efforts; elle se soumet à toute surveillance, entre dans un magasin d'où elle ne bouge pas dans l'intervalle de ses accès, se rend plus tard chez un parent médecin pour y trouver une protection dont elle ressent le besoin. Une femme que nous verrons plus tard abandonne plusieurs fois, dans la maison ou elle servait comme domestique, sa malle contenant tout ce qu'elle possède, plutôt que d'apparaitre devant ses maitres quand elle a été surprise par eux en état d'ivresse; elle affirme même avoir commis des vols pour se faire arrêter et rigoureusement surveiller.

La durée de l'accès est très variable, il peut s'étendre de 2 à 15 jours; les retours ne sont soumis à aucune règle; cependant on peut dire, qu'en général, après avoir commencé par être rares (1 ou 2 par an), ils se rapprochent et finissent par devenir fréquents au point de n'être séparés que par des intervalles de quelques jours. Une malade restait, au début, plusieurs mois sans commettre d'excès, plus tard les rechutes se faisaient sentir tous les 30 ou 40 jours. Il en est de même d'une autre qui, pendant le temps qu'elle passa hors de l'asile, eut des impulsions presque tous les mois. La femme que nous allons interroger, après être restée sobre pendant plus d'un an, en arrive maintenant à boire tous les deux mois; quelques sujets ne retombent que tous les ans.

Dipsomanie et délire alcoolique. — On a beaucoup trop insisté sur une résistance à l'action de l'alcool, propre aux dipsomanes. Quoi qu'il en soit, tôt ou tard les conséquences des excès alcooliques, quand la dose est suffisante, finissent par déterminer chez eux, comme chez tout autre individu, un délire toxique dont la durée varie. Aucun des malades que nous avons vus ou qui nous reste à voir n'y a échappé, et l'on peut même dire que le délire a été la principale cause de leur entrée à l'asile. L'ivresse, qui, au début, accompagne seule les accès, ne laisse d'abord pas de traces de son passage,

(1) Voir les nos 4, 5 et 6.

© BIU Santé

mais, plus tard, quand les crises se rapprochent et que l'alcool agit d'une façon plus continue, les hallucinations, le délire se développent à leur tour, et, comme pour les autres formes mentales, après avoir joué le rôle d'excitant, l'alcool imprime son délire spécial, si bien que le dipsomane se présente à l'asile avec du délire alcoolique seul ; ce n'est qu'après la disparition des accidents aigus que l'on retrouve le fond maladif principal. Quoi qu'il en soit, ce sont là des exemples de la coexistence chez le même sujet de deux états différents, dipsomanie et délire alcoolique, dont l'un est cause de l'autre (1).

L'observation suivante est des plus démonstratives sous ce rapport. « La malade D..., femme V..., 57 ans, chemisière, entre à Sainte-Anne le 10 octobre 1869 accompagnée du certificat médical suivant : Alcoolisme, hallucinations terrifiantes ; angoisses ; insomnie. »

« En arrivant, D. est agitée, parle, crie, a peur ; elle entend des assassins qui veulent la frapper ; elle aperçoit à côté d'elle les têtes des victimes de Pantin ; elle se croit couverte de vermine et secoue ses vêtements ; elle entend la voix de ses parents ; l'on frappe autour d'elle, etc. Les mains sont tremblantes ; la langue blanche et la région épigastrique douloureuse. La nuit se passe sans sommeil, les hallucinations sont incessantes. Au bout de cinq jours, le délire a disparu, la malade est triste, abattue, mais elle est tranquille et s'occupe dans la journée ; le soir, le sommeil est encore mauvais et troublé par des cauchemars.

« Voici maintenant ce que disent les renseignements : Depuis une trentaine d'années, à certaines périodes, la femme V... devient triste, ne s'intéresse à rien, se sent faible, incapable de tout travail, dort mal, n'a plus d'appétit, éprouve un malaise à l'estomac qui augmente à la vue des aliments ; elle a une soif ardente et se met à boire du vin la première journée. Le lendemain, elle prend une bouteille chez elle, la cache en descendant les escaliers, va la remplir chez le marchand de vin, rentre rapidement chez elle et s'enferme ; elle boit jusqu'à ce qu'elle tombe. Dès que l'ivresse commence à passer, elle se hâte de boire, et cela pendant plusieurs jours. Après l'accès, elle se fait des reproches, a horreur d'elle-même et reprend sa vie régulière et ses habitudes de sobriété. Ces accès au début étaient séparés par des intervalles de quinze à dix-huit mois ; ils se sont rapprochés actuellement et ne laissent plus entre eux que des espaces de 3 à 4 mois. Il y a vingt ans, la femme V... a tenté de se noyer dans le canal Saint-Martin, au début d'un de ces accès de dipsomanie.

Pendant longtemps, à l'époque où les accès de dipsomanie étaient séparés par des intervalles de dix-huit mois, l'ivresse seule accompagnait les actes dipsomaniaques ; plus tard, quand ceux-ci se sont rapprochés et que l'alcool a pu agir d'une façon plus continue, les hallucinations et le délire se sont développés à leur tour (2). »

Hortense B..., que je vous présente, exerce la profession de cordonnière, elle est âgée de 53 ans, son père s'est suicidé en se précipitant dans une mare. Elle prétend être restée jusqu'à 40 ans sans faire d'excès de boissons. Mariée à 20 ans, une première fois, elle est demeurée veuve après huit mois de mariage. De 21 à 27 ans, elle se rappelle avoir souffert d'accès intermittents de gastralgie suivis de vomissements.

A 31 ans, elle s'est remariée ; les affaires marchant mal, elle a fait des pertes d'argent qui l'ont vivement affectée.

En 1869, elle but de temps à autre par occasion, quand on l'y invitait, en allant vendre des chaussures, et se mit ainsi quelquefois en état d'ivresse.

C'est seulement en février 1871, pendant le siège de Paris, qu'apparaissent des troubles assez graves pour avoir fixé son attention. Elle éprouvait alors des maux de tête et des douleurs à l'estomac, elle ressentait une pression sur le dos et à l'épigastre « comme si on y enfonçait le poing ». Les aliments lui répugnaient, son sommeil était agité, etc... A cet état physique correspondaient au moral le découragement, l'inquiétude, la tristesse. Elle avait des scrupules bizarres, s'imaginant, par exemple, que son mari, incriminé dans les affaires de la Commune, s'était compromis à cause d'elle. Tout l'ennuyait ; un rien l'exaspérait et l'image de la mort, qu'elle entrevoyait comme une heureuse délivrance, la poursuivait sans cesse.

C'est dans ces conditions qu'elle sentit pour la première fois un besoin irrésistible de boire : elle absorba du vin d'abord, puis de l'eau-de-vie « sans parvenir à se désaltérer ». La conséquence de ses excès ne se fit pas attendre, et, au bout de quelques jours, elle eut un accès de délire alcoolique avec hallucination de l'ouïe et de la vue ; les scènes les plus terribles de la Commune lui apparaissaient ; elle voyait des morts, des ombres, des figures ; elle entendait le bruit des coups de fusil. Parfois aussi, il lui semblait que dans la rue tout le monde la regardait et lui lançait des injures. La vie lui devint insupportable et c'est à la suite d'une tentative de suicide par le charbon qu'elle fut conduite à Sainte-Anne le 20 janvier 1872, en plein délire toxique. Envoyée à la Salpêtrière, elle fut mise en liberté après 3 mois de séjour.

Elle reprit son travail et resta sobre pendant quatorze mois environ. Mais bientôt, en juillet, prise d'un accès mélancolique analogue au précédent, elle se remit encore à boire impulsivement plusieurs jours de suite. Renvoyée à Sainte-Anne pour délire alcoolique, elle ne présentait plus, après quelques semaines de repos, que des idées mélancoliques sans hallucinations, mais elle conservait toutefois une tendance marquée au suicide.

Après une sortie de l'asile, elle eut 8 mois de répit : mais l'arrestation de son mari, au moment où elle y pensait le moins, la fit retomber dans un nouvel accès de tristesse qui la poussa à de nouveaux excès de boissons, et quelques jours après, elle fut encore prise de délire alcoolique. Dans ses hallucinations, elle voyait un boucher armé d'un couteau qui la voulait dépecer, elle apercevait des figures grimaçantes, des sergents de ville qui la mettaient en joue, elle se figurait qu'on l'accusait d'un assassinat. Un soir, elle alla même porter plainte au commissaire de police, lui déclarant que, dans sa maison, on avait tué la fille du concierge. Amenée à Sainte-Anne le 14 août 1874, elle fut transférée à la Salpêtrière où elle passa 10 mois. Elle put plus tard reprendre ses occupations, et, dans les quatre années qui suivirent, elle resta pendant des périodes de 6, 8 et 15 mois sans avoir ni d'accès mélancolique ni d'impulsions. Quand celles-ci survenaient, à des délais intermittents, elles étaient comme précédemment accompagnées du même sentiment d'impuissance et de tristesse. Ces abus de boissons, quoique plus rares, fatiguaient la malade et provoquè-

(1) Magnan.—*De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.* In *Archives de Neurologie*, 1880, page 57.

(2) Magnan. — *De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.* Paris, 1874, p. 257.

© BIU Santé

rent des vomissements dont elle eut beaucoup de peine à se débarasser.

Le 14 octobre 1878, Hortense fut amenée pour la 4e fois à Sainte-Anne, toujours pour un délire alcoolique. Son état s'améliora rapidement et au bout de deux mois elle put être rendue à son mari. On la conduisit à la campagne où elle passa plusieurs semaines tranquille, mais, à son retour, en janvier 1879, elle eut encore une période de tristesse. Elle lutta cette fois pendant plus d'une semaine contre son impulsion, mais finit par céder. Le délire alcoolique qui s'ensuivit eut pour résultat une tentative de suicide. Elle chercha à s'empoisonner avec du laudanum pour fuir les ennemis qui la menaçaient; une voix qui l'injuriait sans cesse lui disait, du reste, de se tuer.

Conduite à l'Asile pour la 5e fois, la malade était, à son arrivée, sous le coup d'un délire alcoolique avec hallucinations pénibles. La nuit, elle entendait sa mère, morte depuis longtemps, qui lui reprochait sa conduite et l'appelait. « Viens donc avec moi, tu seras plus heureuse, disait la voix ». Au côté de sa mère toute vêtue de noir, elle apercevait un rocher couvert de grenouilles. Après quelques jours de traitement, son état s'est de nouveau amélioré. Elle a maintenant honte de sa conduite et s'en montre profondément attristée, elle explique très bien ses sensations. Avant d'être poussée à boire, elle passe par une période de lassitude et d'impuissance; le courage lui manque pour vaquer aux occupations de son ménage; elle se sent faible et il lui semble qu'en buvant, elle sera mieux. L'eau-de-vie lui est désagréable et lui « brûle l'estomac », mais elle ne peut s'empêcher d'en boire un premier verre. Après celui-ci, sa volonté est abolie, elle ne peut plus lutter contre ses impulsions et elle boit jusqu'à l'ivresse complète. Malgré une sensible amélioration, son sommeil est parfois troublé par des hallucinations; elle assiste à des incendies et voit des feux follets autour d'elle. Il est à craindre que de semblables hallucinations ne persistent longtemps encore comme elles persistent chez les buveurs ordinaires quand ils n'en sont plus à leurs premières intoxications.

(*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Méningocèle traumatique chez un paralytique général. — Deux balles dans le cerveau. Mort trois mois après l'accident. — Deux abcès de la première circonvolution frontale gauche.

Par M. TUFFIER, interne des hôpitaux, aide d'anatomie (1).

Alexis Gilbert, âgé de 52 ans, maroquinier, entre le 30 avril 1883, salle Michon, n° 48, à la Pitié, service de M. VERNEUIL. C'est un homme maigre, chétif, peu musclé, qui vient se faire soigner pour une tumeur de la région frontale. Ses antécédents ne présentent rien de bien remarquable. Il a eu la fièvre typhoïde en 1860, et, trois ans après, il a été atteint de fièvres nettement intermittentes et justiciables du sulfate de quinine. Il y a environ un an, cet homme aurait eu de grands chagrins de famille. Depuis cette époque, il était resté triste, morose, et il était tourmenté par des idées de suicide depuis plusieurs mois.

Le 7 *avril* dernier, il voulut se tuer dans les conditions suivantes : Il se tira un premier coup de révolver dans la région frontale, il avait appuyé la gueule du canon sur le front, la balle dévia et lui fit une légère écorchure; il recommença immédiatement, cette fois le projectile pénétra, et après avoir tourné une ou deux fois sur lui-même, le blessé tomba à terre. Toutefois, il n'avait pas perdu connaissance, il saisit son arme de nouveau et se déchargea un troisième coup de révolver dans la même région, il s'affaissa de nouveau et il était sur le point de reprendre son arme quand on intervint. Il avait alors toute sa connaissance, les trois plaies du front donnaient beaucoup de sang, on lui fit un pansement et on le ramena en voiture chez son frère, à trois lieues de là. Il put faire le soir même plusieurs centaines de mètres sans éprouver la moindre difficulté à marcher. Il mangea le soir, et la nuit se passa très bien.

Le lendemain, il se sentait la tête un peu lourde, ses idées n'étaient pas très nettes. Les jours suivants, il allait et venait dans le jardin, et ne souffrait en aucune façon de sa blessure. Le seul fait qui lui ait paru extraordinaire, c'est qu'il urinait très souvent, et que la quantité d'urine était notablement augmentée.

A chaque fois qu'on défaisait son pansement, constitué par une compresse trempée dans l'eau simple, il se faisait au niveau de la plaie un bruit semblable à celui « que produirait une pompe aspirante et foulante. » De plus, quand il se baissait, un liquide roussâtre s'écoulait par les plaies. Au douzième jour, la cicatrisation était complète et le malade reprenait son travail.

C'est alors qu'il commença à se ressentir un peu de céphalalgie, sous forme d'élancements au sommet de la tête. Malgré cela, il continua de vaquer à ses occupations. A cette époque, une tuméfaction apparaissait au niveau des cicatrices et elle augmentait peu à peu. Le malade se décida alors à entrer à l'hôpital le 30 *avril*, 22 jours après l'accident.

Nous trouvons une asymétrie faciale très nette simulant une paralysie du facial inférieur, mais le malade affirme qu'il a présenté de tout temps cette anomalie. Au milieu de la région frontale, ou un peu à gauche, on trouve une tuméfaction du volume d'une petite mandarine. Au centre de la tuméfaction, deux cicatrices violacées. La peau n'a pas changé de couleur, elle est lisse. Cette tumeur est fluctuante, un peu rémittente, elle est le siège de mouvements d'expansion très nets, elle bat sous le doigt. Elle présente un bruit de souffle assez rude.

En déprimant la tumeur on la réduit; le malade accuse alors une légère douleur de tête, mais il n'a ni vertige, ni syncope, quand le malade se baisse, la tumeur se tend (les battements de la tumeur sont nettement isochrones avec les pulsations artérielles). Si on examine l'os sous-jacent après réduction, on trouve une perforation qui permet d'introduire la pulpe de l'index.

Il n'existe aucune espèce de troubles de la motilité ou de la sensibilité générale ou spéciale. L'état général est excellent. L'examen des urines permet de constater une glycosurie notable. Mais la parole scandée, le tremblement de la langue, les idées de persécution sont caractéristiques de la paralysie générale.

M. le professeur Verneuil porte le diagnostic de tumeur constituée par du liquide céphalo-rachidien consécutive à une perforation du crâne.

On protège la tumeur par une fronde ouatée légèrement compressive. Les deux premiers jours se passent sans aucun fait digne de remarque; le malade boit, mange et se promène comme s'il n'avait rien. La glycosurie a disparu, mais le malade urine 2.400 grammes. Dans la nuit du 4 au 5 *mai*, la tumeur s'ouvre par un petit pertuis situé sur une des anciennes cicatrices. Le lendemain, nous trouvons la tumeur affaissée, mais présentant encore des battements. Un liquide limpide s'en écoule, surtout quand le malade baisse la tête. On applique un pansement antiseptique, la température est à 37°, il n'existe aucune espèce de réaction locale ou générale. La lésion persiste ainsi sous forme de fistule pendant 10 jours. Le 18 *mai*, les téguments paraissaient recollés, la tumeur battait à peine, et le 20 la petite plaie était cicatrisée. Le malade ne ressentait aucune douleur et demandait à quitter le service le 5 *juin*.

Aussitôt sorti, il se remit à travailler et put vaquer à ses occupations pendant 1 mois. C'est alors qu'il commença à ressentir une céphalalgie assez violente, des vertiges, des

(1) Note communiquée à la Société anatomique, Août 1883.

© BIU Santé

étourdissements, et qu'il constata que, de temps en temps, sa mémoire s'affaiblissait. Il perdait le fil de ses idées, en même temps, la petite plaie s'ouvrait de nouveau, le malade revint nous trouver le 9 *juillet*.

L'état local n'a pas changé. La petite fistule donne un léger écoulement séreux et la peau qui l'environne est soulevée à chaque pulsation cardiaque. L'état général est assez bon, la glycosurie et la polyurie ont disparu, mais la parole est plus scandée. Il n'existe aucun trouble de motilité ni de sensibilité. La température oscille entre 37° et 38°. On fait l'antiseptie soigneuse de la plaie. M. Verneuil discute la nécessité d'une intervention et conclut à l'abstention, à cause de la paralysie générale antécédente.

Le 11 *juillet*, le malade est pris d'un accès épileptiforme qui dure une demi-heure, puis les accidents disparaissent; mais les urines et les fèces s'échappent involontairement. Les jours suivants, on remarque que l'intelligence est tout à fait obtuse, le malade a un peu de subdelirium sans paralysie motrice. La température reste toujours de 37° à 38°.

17 *juillet*. Nouvel accès épileptiforme généralisé. Les convulsions cloniques durèrent 1/4 d'heure. Après quoi, une contracture des quatre membres dans l'extension persista toute la journée. Il y a perte complète de toute faculté intellectuelle et de toute sensibilité. La température monte de 36° à 38°. Le soir, la contracture a fait place au coma. Le lendemain et le surlendemain, le malade est dans le même état comateux, sans paralysie complète et sans contracture. Le 20, la température s'élève à 40°; le 21, elle atteint 41° le matin et le malade succombe dans le coma.

Autopsie, pratiquée trente heures après la mort. — Tous les viscères sont examinés, ils sont remarquablement sains. Le crâne et la peau du front sont sectionnés au niveau des sourcils, et on enlève en même temps le crâne et le cerveau.

La dissection de la plaie du crâne montre que, derrière les deux cicatrices de la peau, le crâne est largement perforé; les deux trous forment une seule ouverture assez large. A la face profonde de cet orifice, adhère la dure-mère qui est perforée et permet l'introduction d'un stylet au-dessous d'elle, mais ce stylet introduit par la plaie cutanée n'apparait pas dans la dure-mère, il pénètre dans les circonvolutions frontales. A l'ouverture de la première frontale gauche, environ à 6 mil. de profondeur au-dessous de la couche grise et en plein dans son centre, on trouve un premier abcès du volume d'une noix contenant du pus bien lié; au centre de l'abcès, une balle enchâssée dans la substance blanche. C'est un projectile de 9 mil. En dedans de ce premier abcès s'en trouve un second, un peu moins volumineux, communiquant avec le premier par un orifice étroit. Ce second abcès contient l'autre balle. Tout autour de ces abcès, la substance blanche est congestionnée, elle présente un piqueté très serré. Le reste du cerveau est sain, les méninges sont un peu épaissies et adhérentes.

Réflexions.— En résumé, cet homme avait deux balles dans le cerveau, en pleine circonvolution frontale, et pendant deux mois il a pu tolérer parfaitement ces projectiles. Plusieurs faits dans son histoire sont dignes de remarque. Tout d'abord, le peu de réaction qu'a provoqué l'accident; malgré la pénétration des deux balles, cet homme n'a pas perdu connaissance; c'est là un phénomène insolite dans l'histoire de toutes les perturbations subites de l'encéphale.

La formation d'une méningocèle traumatique est aussi un fait rare. Nous avons recherché des cas semblables, et ce n'est que dans les relations de la guerre de Sécession que nous avons trouvé un fait semblable. D'ailleurs, il nous semble qu'il y a ici un abus de langage, on donne le nom de méningocèle traumatique à des collections qui ne méritent pas ce titre. Que l'on appelle méningocèle ces tumeurs congénitales ou acquises; caractérisées par la hernie des enveloppes du cerveau, la dénomination est parfaite; mais donner ce nom à une collection liquide enkystée en communication avec le liquide céphalo-rachidien nous semble outrepasser sa signification. Les méninges proprement dites ne sont pour rien dans l'affection. La tumeur n'est point formée par la dure-mère, elle est sous la peau. Les méninges ne sont pas herniées. Nous croyons donc que ces cas doivent être séparés des méningocèles, et qu'on doit les désigner sous les noms d'épanchement enkysté du liquide céphalo-rachidien, de façon à les séparer des cas où la dure-mère et le liquide viennent faire hernie à travers les parois crâniennes.

L'ouverture de la poche et sa cicatrisation, puis la réouverture du trajet et la formation des abcès sont également dignes de remarque. Quant à l'intervention possible, par trépanation et ouverture de l'abcès, l'autopsie nous a prouvé qu'elle eût pu réussir. Mais, l'état antécédent du malade laissait planer un doute sur l'origine des accidents. Les convulsions et le gâtisme appartiennent aussi bien à la paralysie qu'à l'encéphalite traumatique, et il était bien difficile de trancher la question.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La réorganistion des secours publics à Paris.

S'il est un des services de Paris qui laisse à désirer sous tous les rapports, c'est assurément celui des secours publics; aussi insuffisant que peu pratique, il demande une prompte réorganisation et une transformation complète. Sur un total de près de 3.500 personnes relevées annuellement sur la voie publique pour accidents, blessures ou traumatismes, il en est certainement quelques-unes dont la mort doit être attribuée au manque de soins éclairés et immédiats. De cet état de choses véritablement indigne d'une ville comme Paris, les médecins sont les premiers à souffrir, car le public, insuffisamment renseigné, et la Presse elle-même, n'hésitent pas à accuser d'inhumanité et de mauvais vouloir les praticiens qui n'arrivent que tardivement pour porter secours. Boucs émissaires de l'Administration, ils supportent à tort la responsabilité d'une organisation contre laquelle ils ne cessent depuis longtemps de réclamer.

A l'appui de notre dire, nous citerons le fait divers suivant, qui paraissait il y a quelques semaines dans divers journaux politiques.

« Dimanche dernier, dans le XIIIe arrondissement, une femme est tombée victime d'un accident. Le sang s'échappait de la tête de la blessée par une plaie béante de dix centimètres de long et l'œil lui sortait de l'orbite; en un mot, sa vie était en danger. On la transporte chez elle et on court chercher un médecin. Deux heures se passent : deux heures pendant lesquelles la blessée se tord dans d'atroces souffrances, deux heures pendant lesquelles on s'attend à tout instant à la voir succomber. On se décide à la conduire chez le pharmacien. Celui-ci n'ose entreprendre le pansement en l'absence d'un médecin et conseille aux parents de la blessée de la porter directement à l'hospice. On finit ainsi par où l'on aurait dû commencer; la femme portée à la Pitié reçut des soins dévoués et fut ainsi sauvée d'une mort certaine ».

L'un de ces journaux, le *Cri du Peuple*, est parti de là pour faire une charge à outrance contre les médecins absents, et avec une aménité dont il faut lui savoir gré, s'est contenté de les qualifier d'inhumains, de rapaces, de sans cœurs et de bourgeois. Nous nous garderons bien, on le conçoit de reste, de suivre le *Cri du Peuple* sur le terrain où il se place; mais nous profiterons de l'accident qui lui donne prétexte à déclamations pour

© BIU Santé

revenir une fois de plus sur la question de la réorganisation des secours publics à Paris.

Et d'abord, disons comment les choses se passent d'ordinaire en cas d'accident sur la voie publique. Aussitôt que l'accident s'est produit, un rassemblement considérable se forme autour du blessé; chacun crie, émet un avis; puis, quelques personnes zélées transportent la victime chez le pharmacien le plus proche, très rarement au poste de police voisin. Ce transport fait à bras et mal dirigé est très souvent nuisible au blessé. Le pharmacien chez lequel le transport a été fait croit de son devoir de ne pas rester inactif, sa dignité y est d'ailleurs engagée; il prodigue des secours empressés, nous le reconnaissons volontiers, mais nombre de fois mal appropriés; en un mot, il fait vaille que vaille un pansement d'urgence. S'il a affaire à une hémorrhagie, il inonde la plaie de perchlorure de fer, de Baume du Commandeur, et pratique une occlusion avec force bandes de taffetas; d'où suppuration très fréquente et quelquefois suites plus graves. En cas de fracture, qu'il essaiera de constater par des manœuvres intempestives, ou si la blessure lui paraît trop grave, le pharmacien envoie chercher un médecin: or, on trouve rarement un praticien chez lui, et il s'écoule parfois 3/4 d'heures avant qu'il n'en arrive un. Celui-ci donne alors des secours réellement sérieux, mais encore insuffisants, car il manque des instruments et des appareils nécessaires; le pansement fait, il ordonne de conduire le malade à son domicile où à l'hospice. Mais, pour cela il faut un brancard: on court au poste de police, aux maisons de secours du Bureau de bienfaisance; souvent ces demandes sont infructueuses, il faut attendre, le brancard étant déjà employé pour d'autres malades. « Et le blessé est là, qui n'a pu recevoir qu'un secours incomplet, qui a peut-être des lésions graves exigeant une intervention chirurgicale la plus prompte que possible, et qui peut mourir sur place. On en a vu de nombreux exemples, alors que, mis dans d'autres conditions, les malheureux eussent pu être sauvés. » (1).

Rappelons maintenant les diverses propositions faites pour remédier à ce vice d'organisation dans les secours publics. Dès 1880, M. Nachtel, dans une communication à l'Académie de médecine, démontrait l'utilité qu'il y avait d'installer dans Paris un service d'ambulances urbaines organisées d'après le système adopté à New-York. Ces ambulances, qui ont pour but de transporter les malades ou les blessés dans un endroit où il soit possible de leur donner les soins que réclame leur état, aussi bien le jour que la nuit, existent depuis 1869. Voici, d'après M. Nachtel, leur mode de fonctionnement:

Les accidents sont signalés à l'hôpital, au moyen du télégraphe, de deux façons différentes: 1° Dans le cas où l'on ne constate pas une urgence extrême, c'est-à-dire lorsque le malade ramassé dans la rue peut être transporté au poste le plus voisin, l'officier de police, par l'intermédiaire du quartier général, avise l'hôpital de faire partir l'ambulance. — 2° Si le blessé ne paraît pas transportable au poste de police, s'il n'y a pas un instant à perdre, on évite l'intermédiaire de ce poste et celui du quartier général (Préfecture de police), et l'alarme est donnée directement à l'hôpital par l'appareil télégraphique particulier le plus proche qui sert également à appeler les pompiers sur le lieu d'un incendie. Cet appareil télégraphique, destiné à la fois au service des pompes à incendie et à celui des ambulances, est placé sur la voie publique, dans une boîte adaptée à un poteau télégraphique de couleur rouge, disposé sur les trottoirs à l'instar de nos becs de gaz. La clef de cette boîte est déposée dans la boutique ou le magasin le plus proche, dont l'indication est d'ailleurs inscrite sur la boîte télégraphique, et tout citoyen peut aller la prendre afin de donner l'alarme. Dans ce dernier cas, l'avis est reçu à l'hôpital sur un instrument réservé *ad hoc*.

Les accidents très graves étant seuls signalés directement, on assure au blessé les soins les plus immédiats. En effet, au reçu du signal, les ordres nécessaires sont à l'instant transmis au médecin de service et aux écuries, où tout est constamment préparé pour le départ, de sorte que, *quarante-trois secondes* après que l'alarme a été reçue, l'ambulance sort de l'hôpital. Deux médecins étant constamment de service, lorsque l'un est sorti, l'autre se tient prêt à partir dans le cas où l'hôpital recevrait un nouvel appel.

Quant aux voitures d'ambulances, M. Nachtel les décrit ainsi:

« Ces voitures, attelées d'un seul cheval, sont légères, bien construites et se rapprochent, par leur forme, des voitures dites tapissières; elles sont ouvertes sur tous les côtés et garnies de rideaux. A l'intérieur, se trouve un brancard très commode, mobile sur des rails au moyen de roulettes et garni de couvertures, d'un matelas et d'un oreiller. Dans la caisse placée à l'avant et qui sert de siège au cocher, sont aménagés les instruments, les médicaments, etc., etc., tout ce qu'il faut pour les pansements. Le médecin est assis à l'arrière de la voiture. Pendant le trajet, le cocher, avec son pied, fait marcher une sonnerie qui donne aux autres voitures le signal de s'écarter pour lui livrer passage, conformément à une loi spéciale dont l'infraction est punie d'une amende.

L'Académie de médecine renvoya le travail de M. Nachtel à une Commission, et, à la suite du rapport de M. Chéreau, elle vota des remerciements à l'auteur « pour son intéressante communication dont le but lui paraissait digne d'encouragement. » D'autre part, ce travail et le rapport dont il avait été l'objet furent envoyés à M. le ministre de l'intérieur.

Vers la même époque, M. le Dr Levraud, « considérant que l'organisation actuelle ds secours publics est notoirement insuffisant et indigne de la ville de Paris », déposait sur le Bureau du Conseil municipal une proposition demandant le renvoi à la 8e Commission d'un projet de réorganisation de ce service, d'après les données exposées dans le travail de M. Nachtel; ce qui fut adopté.

Nous examinerons, dans un prochain article, quelles furent les suites données à ces propositions, et par le Ministre de l'intérieur, et par le Conseil municipal de Paris.

A. B.

(1) Chéreau. — *Rapport à l'Académie de Médecine.*

Cours de clinique et de thérapeutique à l'hôpital Bichat: M. Huchard.

Dimanche dernier, M. Huchard a commencé, à l'hôpital Bichat, une série de leçons cliniques et thérapeutiques. Ces leçons auront lieu tous les dimanches, à 10 h. et demie, dans la salle des consultations.

En commençant sa première leçon, M. Huchard a tenu à expliquer comment il comprenait l'enseignement clinique. Pour lui, un vrai clinicien doit toujours être doublé d'un thérapeute; aussi, ne se bornera-t-il pas à énumérer les symptômes d'une maladie, à en discuter le diagnostic, à indiquer les lésions anatomo-pathologiques; il insistera en même temps et surtout sur le traitement. Il importe, en effet, que le praticien ne soit pas désarmé devant un malade; M. Huchard cherchera donc à montrer aux élèves comment on institue un traitement efficace et rationnel. En un mot, chaque leçon

© BIU Santé

clinique sera complétée par une leçon thérapeutique au courant de laquelle il sera donné des prescriptions et leurs formules. Le professeur, abordant ensuite l'étude de la *colique hépatique*, maladie relativement rare à l'hôpital, mais très fréquente dans la clientèle, en a successivement décrit les différentes formes et les symptômes qui les accompagnent. Dimanche prochain, il parlera des causes, du pronostic et du traitement.

Nous dirons maintenant quelques mots de la manière d'enseigner du professeur. Comme il est de nos amis, nous sommes certains qu'il prendra en bonne part les critiques que nous croyons devoir lui adresser. Au début de sa leçon, M. Huchard est un peu froid. Sa diction laisse à désirer : les finales muettes des mots sont prononcées d'une façon saccadée qui impressionne désagréablement l'oreille ; les phrases sont mal ponctuées ; un peu trop lente par instants, cette diction devient parfois rapide au point de rendre la compréhension difficile. Cela tient à ce que le professeur consulte fréquemment ses notes, veut se maintenir dans le cadre qu'il s'est tracé par avance ; mais, lorsque les idées lui arrivent, il se laisse aller à parler d'abondance et c'est alors qu'il n'est plus aussi maître de lui. D'autre part, le geste, ce côté si difficile de l'art oratoire, est quelque peu défectueux. Hâtons-nous de dire que ces légères imperfections, qui disparaîtront avec un peu d'étude, s'amoindrissent lorsque le professeur s'échauffe ; l'auditeur les oublie vite et se laisse complètement gagner par l'intérêt que présente la leçon, sérieusement préparée, au courant des dernières acquisitions de la science, clairement et méthodiquement exposée.

Nous engageons vivement les élèves à assister aux leçons de M. Huchard et à ne pas se laisser effrayer par l'éloignement de l'hôpital Bichat. Ce dernier, poste-caserne transformé auquel on a adjoint deux pavillons construits d'après le système Tollet, mérite d'ailleurs d'être visité en détail (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 4 et 11 février 1884. — Présidence de M. Rolland.

Réponse aux objections présentées par M. Richet, par M. Paul Bert. — M. Paul Bert se défend d'avoir dit qu'un chirurgien soit toujours responsable des accidents du chloroforme. Mais il est évident qu'il l'est moins quand il emploie une méthode plus parfaite. Faut-il attendre pour cela qu'on ait fait 12,000 chloroformisations? M. Richet dit qu'on ne les fera jamais, alors il ne sera jamais possible d'avoir les preuves qu'il réclame. Et puis ce n'est pas un cas de mort sur 12,000 qu'il faut admettre ; Coles en admet un sur 2,800, sans compter que la presque totalité des cas ne sont pas connus ni publiés. Bien des chirurgiens comprennent le danger de la compresse, ils sont toujours inquiets, même dans les cas les plus simples. Avec la méthode des dosages, plus rien à craindre du côté de l'asphyxie ou de l'excès de chloroforme. Sans compter que l'arrivée du chloroforme au sujet étant toujours la même, il n'y a plus à s'occuper de l'anesthésie pendant toute la durée de l'opération. En terminant, M. Bert rappelle que ce n'est pas Simpson mais Flourens qui, le premier, a découvert les propriétés anesthésiques du chloroforme.

Influence de l'oxygène, sous pression augmentée, sur la culture du Bacillus anthracis ; par M. Vosnesenski. — D'après l'auteur, M. Bert a raison de considérer l'oxygène comprimé comme le poison du bacillus. De 1 à 15 atmosphères, le bacillus semble pourtant avoir une grande vitalité. Enfin, il est absolument nécessaire de faire les cultures en couches très minces si on veut toujours observer les mêmes résultats, les couches profondes du liquide étant difficilement influencées. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 février 1884. — Présidence de M. Duval.

M. Bochefontaine met sous les yeux de la Société des cuillers, une fourchette et un plat en *cuivre* fabriqués à Villedieu ; il joint à cette présentation les factures des négociants chez lesquels ces objets ont été récemment achetés. C'est à son avis la meilleure manière de répondre à M. Burq, suivant lequel il est « faux, complètement faux » que l'on se serve de ces objets à Villedieu où ils sont complètement « inconnus ». La batterie de cuisine en cuivre des Sourdins est de notoriété publique et légendaire. Après 1815, les Russes détachés à Villedieu disaient : « Comme ils sont riches dans ce pays ; ils mangent dans des plats d'or avec des cuillers en or. » M. Bochefontaine énumère les nombreux objets en cuivre que l'on fabrique à Villedieu, où le commerce de cuivre dépasse le chiffre de deux millions par an ; parmi eux, il faut remarquer les *cannelles* ou robinets en cuivre à clef, que l'on fixe à demeure aux tonneaux pour tirer le cidre de la consommation quotidienne. Il cite les nombreuses rues où la manipulation de tout ce cuivre laisse une odeur cuivreuse.

Cette odeur, ainsi que l'usage journalier d'un grand nombre d'objets de ménage en cuivre n'entraînent cependant aucun accident, fait qui est d'ailleurs établi par les recherches de M. Galippe ; mais, ils ne confèrent aucune immunité contre les maladies épidémiques. L'Annuaire de l'*Association normande* établit que, non seulement en 1849, mais en 1832 et en 1834, le choléra a marqué son passage à Villedieu comme dans le reste du département. Les ouvriers en cuivre chez lesquels l'imprégnation cuprique va jusqu'à l'intoxication éprouvent des accidents divers et notamment des troubles gastro-intestinaux ; ils paraissent être plus exposés que les autres ouvriers aux ravages du choléra. C'est du moins ce qui résulte de statistiques relevées en Angleterre. Sachant, d'une part, que les troubles de l'appareil digestif présentent justement une gravité particulière dans les maladies pour lesquelles on a surtout recommandé l'usage du cuivre (choléra, fièvre typhoïde), l'expérimentation sur les animaux ayant démontré d'autre part que les premiers effets du cuivre consistent dans les efforts de vomissement, la diarrhée ; on est donc conduit à proscrire les préparations de cuivre de la thérapeutique de ces maladies. M. Bochefontaine ajoute, qu'ayant fourni la preuve matérielle des erreurs commises par M. Burq, il s'abstiendra désormais de répondre aux faits plus ou moins fantaisistes que ce dernier ne manquera d'apporter à nouveau.

M. Bochefontaine a eu l'occasion d'étudier les effets physiologiques d'un *curare* qui déterminait fatalement la mort des grenouilles, ainsi que celle de mammifères tels que le chien, alors même que l'on prenait toutes les précautions possibles pour rappeler ces derniers animaux à la vie au moyen de la respiration artificielle. On avait pris, en outre, la précaution de ne donner aux chiens que de très petites doses de curare, que l'on injectait dans les veines, sachant que dans ces conditions l'animal reste un temps minimum sous l'influence du curare ; et cependant les ani-

(1) L'heure des leçons nous semble un peu tardive ; si elles commençaient à 10 h. moins le quart pour se terminer à 11 h., les élèves pourraient être revenus chez eux pour midi.

© BIU Santé

maux ont succombé. Chez la grenouille, la mort arrive par arrêt du cœur en systole. Chez le chien, les battements du cœur vont s'affaiblissant progressivement, l'animal a quelques secousses convulsives légères, enfin le cœur, de plus en plus affaibli, sans ralentissement considérable des battements, s'arrête et la mort arrive.

Ce curare semble agir sur le cœur à la manière du venin de crapaud plutôt qu'à la façon des plantes connues comme des poisons systoliques du cœur (digitale, inée, upas-antiar, etc.) On sait par les récits des voyageurs que le venin de crapaud entre dans la composition de certains curares. Il est donc très probable que ce curare cardiaque est préparé avec les sucs des strychnos curarisants auxquels on a ajouté du venin de crapaud.

M. Hamy répond que chaque sorcier des différentes tribus a son procédé à lui pour fabriquer le curare ; cependant, tous portent leur préparation à une très haute température et les poisons animaux sont par cela même détruits. Ce ne serait donc qu'exceptionnellement qu'il pourrait rester dans le curare du venin de crapaud ou de crotale.

De la bride masculine du vestibule chez la femme et de l'origine de l'hymen, à propos de deux cas de malformations des organes génitaux. — M. Pozzi présente une jeune fille qui, tout en ayant une vulve bien conformée, munie d'un hymen normal, n'a ni vagin, ni utérus, ni probablement d'ovaires. Il accompagne cette présentation de diverses préparations anatomiques et de moulages. S'appuyant sur ces divers éléments ainsi que sur la présentation précédente d'un cas d'hypospadias présentant un hymen (1), il formule les conclusions suivantes :

1° L'hymen est une dépendance de la vulve et non du vagin ; cette membrane est formée aux dépens du sinus uro-génital qui forme aussi le court *canal vestibulaire* qui constitue le seuil du *canal vaginal*. Nous observons en effet l'hymen et le canal vestibulaire chez notre femme dépourvue de vagin et d'utérus, et chez notre hypospade.

2° C'est par suite d'une fausse homologie qu'on a donné le nom de *bulbe du vagin* à la partie inférieure et renflée du riche plexus vasculaire qui occupe toute la hauteur du vagin, ainsi que l'a démontré M. Rouget. Il n'y a pas lieu de distinguer là un organe distinct et on ne saurait l'assimiler au *bulbe de l'urèthre* de l'homme. Les corps spongieux de l'urèthre (homme), ne sont pas non plus le résultat d'une formation analogue à celle des petites lèvres (femmes) (2). En effet, chez notre hypospade, il existe à la fois des petites lèvres parfaitement caractérisées et des corps spongieux très marqués, quoique atrophiés, sous forme de bride. Les corps spongieux sont donc le résultat d'une formation spéciale le long du bord du sinus uro-génital, bord dont le revêtement externe se développe en grande lèvre, et le revêtement interne en petite lèvre chez la femme (ou l'hypospade), tandis que, par sa soudure, il constitue chez l'homme le raphé médian et la cloison des bourses.

3° Un examen attentif décèle chez la femme et plus visiblement encore sur la petite fille, dans la région vestibulaire, entre le clitoris et le méat, une petite bride, large d'un demi-centimètre, reconnaissable à la netteté rectiligne de ses bords, marquée d'une rainure médiane et divisée inférieurement pour entourer le méat urinaire. Quand l'hymen existe, elle paraît se continuer manifestement avec cette membrane. Je propose d'appeler cette bandelette *bride masculine du vestibule*, pour indiquer ses homologies.

4° L'étude de la bride balano-uréthrale signalée dans les cas d'hypospadias et en particulier celle du cas qui vous a été soumis, révèle des connexions identiques pour cette grosse bride et pour la petite bride du vestibule féminin. Elle montre en particulier sa bifidité évidente au niveau du méat urinaire et sa continuité avec l'hymen qui ourle l'orifice pseudo-vulvaire. Or, chez l'hypospade, il est clair jusqu'à l'évidence que la bride est un vestige du corps spongieux resté à l'état embryonnaire. Donc l'hymen de l'hypospade, dépendance de la bride, est aussi une dépendance du corps spongieux, il en est la partie terminale et renflée, le *bulbe*. Cette conclusion peut être rigoureusement appliquée à la femme en suivant pas à pas les connexions identiques. En conséquence, l'hymen chez la femme est l'analogue du bulbe de l'urèthre chez l'homme. C'est le bulbe resté à l'état embryonnaire, non érectile et membraniforme à l'entrée du canal vestibulaire, transformation du canal uro-génital.

5° La *bride masculine du vestibule* chez la femme est le vestige de la portion antérieure ou cylindroïde des corps spongieux, de même que l'hymen est le vestige de leur portion postérieure ou ovoïde. Sa découverte et celle de ses connexions avec cette membrane comble une lacune dans l'homologie des organes génitaux externes de l'homme et de la femme.

(1) Voir n° 5, p. 91, col. 2.

(2) Opinion qui semble résulter de cette phrase du récent article de M. Wertheimer, d'ailleurs si remarquable : « Les deux bords du sillon génital, on le sait, deviennent le corps spongieux de l'homme et les petites lèvres de la femme. » *Journal de l'anatomie* de Ch. Robin et Pouchet, décembre 1883, 19e année, p. 564.

M. de Sinéty a examiné les pièces présentées par M. Pozzi et ne croit pas que ces faits soient suffisants pour faire rejeter la théorie de Budin relative au développement de l'hymen, et qui est généralement admise. D'ailleurs, les faits ne sont pas contraires à cette théorie, car on pourrait admettre, afin d'expliquer la coïncidence de l'hymen avec l'absence d'organes génitaux internes, que les canaux de Muller se sont atrophiés et ne se sont pas développés à la partie supérieure.

M. Pozzi répond que les divers embryologistes ont dédaigné le point qu'il traite, et que leurs Traités ne contiennent à ce sujet que quelques lignes très courtes, très vagues et sans précision. L'hypothèse qui ferait admettre que dans certains cas les canaux de Muller ont pu se développer en bas et non en haut est invraisemblable, car Tourneux et Legay ont démontré que, chez l'embryon, les canaux se développent toujours de haut en bas ; l'ordre naturel des choses serait donc renversé. D'après Budin, l'hymen est une exubérance du vagin ; or, la femme en question n'a pas de vagin et a un hymen. Ne pourrait-on pas, avec plus de vraisemblance, expliquer la formation du vagin par l'abouchement de deux canaux, ainsi que cela existe pour le rectum. La partie supérieure serait formée par les canaux de Muller et la portion inférieure par le sillon uro-génital.

M. Duval. Dans l'homologie qu'il veut établir, M. Pozzi dit que la bride représente le corps spongieux du canal de l'urèthre ; mais, si cela peut à la rigueur se soutenir pour la petite fille, comment l'admettre pour la femme, qui a son bulbe du vagin. Il ne saurait y en avoir deux.

M. Pozzi. Dans mes conclusions, j'ai répondu à cette objection. Ce qu'on appelle le bulbe n'est autre chose que la terminaison du riche plexus artérioso-veineux du vagin. Les auteurs ont tort, le bulbe n'existe pas, c'est un lacis vasculaire et rien autre chose.

M. Duval. Vos idées amènent à un remaniement complet des théories jusqu'à présent admises sur le développement des organes génitaux de la femme ; mais, si elles étaient vraies, il faudrait poursuivre l'homologie de tous les organes sexuels dans les deux sexes. Or, si les glandes de Bartholin étaient les homologues des glandes de Cooper, leurs conduits devraient s'ouvrir au-dessus de l'hymen et non pas sur les parties latérales de la vulve. Je reviendrai d'ailleurs prochainement sur cette question.

M. Pozzi. Cette objection est très sérieuse. Je ne prétends pas bouleverser l'anatomie embryogénique des organes génitaux de la femme. En résumé, j'ai présenté, avec pièces à l'appui, des données nouvelles qu'il sera nécessaire de compléter. Je maintiens que, chez la femme, il y a une bride, et que cette bride a des connexions intimes avec l'hymen, si ce n'est l'hymen lui-même.

M. Ch. Richet présente, au nom de M. Roux, une étude sur la *colombine* (principe actif du colombo).

M. Rabuteau, sous le titre *Perkinisme et métallothérapie*, lit un des chapitres de la prochaine édition de son *Traité de thérapeutique*. Il démontre avec la dernière évidence que la métallothérapie est connue depuis la plus haute antiquité, et que Perkins a précédé M. Burq dans toutes les découvertes que ce dernier s'attribue. Il termine en disant que la métallothérapie agit en développant à la surface de la peau des courants électriques.

Elections. — Au cours de la séance, il a été procédé à l'élection d'un membre titulaire. Sur 41 votants, les voix se sont ainsi réparties : M. Blanchard, 22 ; M. Vignal, 18 ; M. Déjerine, 1. En conséquence, M. Blanchard est élu membre titulaire.

A. Blondeau.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 février 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. J. Lefort lit plusieurs *rapports* officiels sur les *Eaux minérales* dont les conclusions sont successivement mises aux voix et adoptées.

M. Pinard, professeur agrégé de la Faculté, lit un mémoire relatif à une *grossesse extra-utérine*, variété abdominale. L'extraction du fœtus s'est effectuée par l'élytrotomie et a été suivie de guérison.

Election d'un membre correspondant national dans la division de médecine vétérinaire.—Sont présentés : en première ligne, M. Saint-Cyr ; en deuxième ligne, M. Abadie ; en troisième ligne, M. Arloing ; en quatrième ligne, M. Peuch. Votants, 50. Majorité, 26. Au premier tour de scrutin, M. Saint-Cyr obtient 46 voix ; M. Arloing, 4. En conséquence, M. Saint-Cyr, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie.

M. Mesnet, à l'occasion de la discussion relative à la *révision de la loi de* 1838, lit un volumineux travail qu'il divise en trois grands chapitres. Le premier est consacré à l'examen clinique et pratique des modifications proposées aux entrées ; le deuxième concerne les garanties données aux sorties ; le troisième s'adresse à la situation du médecin. M. Mesnet résume sa communication dans une série de propositions :

1° La création de nouveaux quartiers dits d'observations, dans les asiles d'aliénés, ne répond point à un but utilitaire et ne peut avoir que des inconvénients au point de vue pratique ;—2° La répartition des aliénés, à leur entrée, dans les diverses sections des asiles telles qu'elles existent aujourd'hui, est la disposition la meilleure, au double titre de l'ordre dans l'établissement et du bien-être des malades ; — 3° Si l'intervention de l'autorité judiciaire doit être appliquée à la réglementation des entrées provisoires et des entrées définitives, elle pourra s'effectuer tout aussi bien avec la répartition des malades faite dès l'entrée dans les diverses sections de l'asile, qu'avec leur placement provisoire fait dans un quartier d'observation ; — 4° Les garanties données aux entrées offrent toute sécurité contre les séquestrations arbitraires ;—5° Les sorties à titre d'essai seront utiles à quelques malades dans la période de convalescence. Prolongées un mois ou au delà, elles pourront être dangereuses pour la famille, pour la société, pour le malade lui-même.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (1).

Séance du 25 mai 1883. — Présidence de M. Cornil.

26. Dégénérescence kystique du foie et des reins.— Kyste du ligament large. — Mort par urémie; par M. Brunon, interne des hôpitaux.

Marie P..., âgée de 68 ans, entre dans le service de M. Després à la Charité, salle Sainte-Rose, le 16 mai 1883.

Au moment de l'entrée, on constate chez la malade une gingivite gangréneuse avec œdème considérable de la face, surtout de la moitié droite. Il y a un abattement très grand. La malade donne à peine quelques indications peu nettes sur son état de santé antérieur et sur le début de sa maladie actuelle.

Elle ne paraît pas avoir jamais eu d'accidents scorbutiques ou hémorrhagiques. L'urine contient une notable quantité d'albumine. Sous l'influence du mode de traitement (deux litres de bouillon et trois cents grammes de vin introduits par la sonde), l'état de la malade s'améliore dès le troisième jour. La salivation diminue, les gencives se détergent, l'œdème de la face a presque disparu, l'appétit et la spontanéité sont revenus.

Six jours après son entrée, la malade présente tout à coup les symptômes de l'ictus apoplectique ; elle reste paralysée de toute la moitié droite du corps, elle tombe dans le coma et meurt 14 heures après l'apparition de l'hémiplégie.

Autopsie. — On trouve quelques-unes de ces lésions dont l'ensemble a fait créer l'expression de « diathèse kystique ». Les reins, le foie, le ligament large, sont atteints. Les deux reins sont kystiques, mais inégalement.

Le *rein gauche* est énorme, son diamètre vertical mesure 25 centimètres, son épaisseur est de 10 centimètres environ, son poids est de 540 grammes. Enlevé avec une partie de son atmosphère cellulo-graisseuse, il forme une masse à peine reconnaissable. Toute sa surface est lobulée, couverte de vésicules saillantes séparées par de profonds sillons, on dirait d'énormes grains de raisin à moitié enfoncés dans la substance rénale et se déformant légèrement par pressions réciproques. Toutes les vésicules n'ont pas le même volume. Les plus petites sont grosses comme un pois. Les plus grosses ont le volume d'un œuf. Toutes sont transparentes et laissent voir à travers leur paroi un liquide incolore, limpide. En piquant une de ces vésicules, une grande quantité de liquide s'échappe, le rein se vide, on voit presque toutes les vésicules s'affaisser rapidement.

Le doigt introduit dans la première ouverture constate que la communication avec les vésicules voisines se fait par des orifices du diamètre du doigt et perforant la paroi commune à deux kystes. Quelques kystes seulement conservent leur contenu, malgré les pressions qu'on exerce sur leur paroi.

Sur une coupe faite parallèlement aux faces, on voit une multitude d'alvéoles dont la surface interne est parfaitement lisse, d'un blanc jaunâtre, brillant. Ces alvéoles communiquent presque toutes entre elles d'une part, et, d'autre part, avec les calices et le bassinet qui sont dilatés. Le bassinet pourrait contenir le poing d'un enfant. Deux calices viennent s'y aboucher, ils ont le diamètre de l'intestin grêle. Le tissu rénal a complètement disparu, il ne peut plus être question de papilles, de substance médullaire ou corticale.

Le *rein droit* a subi la même dégénérescence kystique, mais elle est moins avancée que dans le rein gauche. Il a mieux conservé sa forme, il est moins volumineux et moins lourd. Son diamètre vertical est de 17 centimètres, son poids de 360 grammes. Il offre le même aspect lobulé, mais les vésicules sont moins nombreuses et surtout beaucoup moins volumineuses.

Sur une coupe, on voit que tout le tissu rénal n'a pas été détruit ; les portions qui persistent ont une couleur grisâtre et résistent à la pression de l'ongle, comme le tissu de la néphrite interstitielle. Le liquide des vésicules contient une assez grande quantité d'albumine. Le tissu rénal et le liquide seront examinés au microscope. Les lésions rénales expliquent nettement les accidents apoplectiformes qui ont emporté la malade en 14 heures.

Le *foie* est peu modifié dans sa forme et son volume ; par contre, son poids, notablement augmenté, est de 3 kilogr. A la partie la plus élevée de la face diaphragmatique, on voit une traînée transversale de tumeurs kystiques absolument semblables à celles du rein ; les plus petites ont le volume d'une lentille, quelques-unes ont le volume d'un marron, le plus grand nombre peut être comparé à une noisette. Près du bord tranchant du foie, on voit une autre traînée de petites vésicules dont le volume oscille entre celui d'un pois et celui d'un grain de millet. Plusieurs coupes faites dans le parenchyme du foie montrent des kystes profonds ; mais ils sont beaucoup moins nombreux que les kystes superficiels.

Enfin, dans le *ligament large*, on trouve appendu à la trompe, tout près du pavillon, une tumeur kystique retenue par un pédicule d'un demi-centimètre. Ce kyste, transparent comme les précédents, a le volume d'une noix.

Les *uretères* et la *vessie* sont sains. L'*estomac*, très dilaté, descend jusqu'à l'ombilic. La muqueuse a subi un commencement de putréfaction ; elle paraît cependant épaissie et injectée. Les *intestins* ne présentent rien de remarquable. Le *corps thyroïde*, la *trachée*, les *bronches*

(1) Le travail de M. Broca publié dans notre dernier numéro, p. 126, a été communiqué à la Société anatomique. (Août 1883).

© BIU Santé

ont été examinés et n'ont présenté rien d'anormal. Le *cerveau* ne présente aucune lésion qui puisse expliquer les accidents d'ictus qui, du reste, se rattachent tout naturellement à l'urémie.

Examen histologique fait par M. G. Dubar au laboratoire de la Charité, sous la direction de M. Rémy.—Le rein est atteint de néphrite généralisée ; les kystes superficiels et profonds sont formés aux dépens des tubuli rénaux qui sont tapissés par un épithélium aplati. Quelques tubes sont dilatés, d'autres sont remplis par de l'épithélium graisseux.

Le foie présente des altérations identiques du tissu conjonctif et des vaisseaux biliaires inclus. Des traînées de sclérose suivent les voies biliaires. Au milieu, se voient un grand nombre de voies biliaires dilatées et de kystes. Quelques-uns sont volumineux : leurs cellules épithéliales sont aplaties et renferment un gros noyau. Leur contenu est jaunâtre, très granuleux; d'autres sont très petits et peuvent atteindre celui des capillaires biliaires. D'autres capillaires biliaires, plus gros que d'ordinaire, partent de ces points sclérosés et se retrouvent au milieu du lobule.

Réflexions. — On remarquera : 1° Comme dans les observations semblables, les kystes des reins et du foie ont été une trouvaille d'autopsie » (Rendu). 2° Comme dans la plupart des observations publiées, la maladie kystique a atteint une femme et une femme âgée (Michalowicz). 3° La partie clinique, très obscure dans la plupart des cas, présente ici un fait positif : Les accidents urémiques qui ne paraissent pas avoir été signalés jusqu'ici (Juhel Renoy) sont manifestes chez notre malade.

27. Rapport sur la candidature de M. Babinski au titre de membre adjoint ; par M. Letulle.

Parmi les présentations que M. Babinski a faites à la Société anatomique, je tiens à rappeler deux observations se rapportant à deux cas d'épithélioma. Je passe sur la partie clinique de ces observations, déjà publiées dans les Bulletins, pour insister plus particulièrement sur leur côté anatomo-pathologique, qui constitue ce qu'elles ont de plus intéressant.

Dans le premier de ces deux cas, il s'agit d'une femme de 60 ans, à l'autopsie de laquelle on avait trouvé un cancer du duodénum, de l'épiploon, des ovaires, du foie et de la rate. Dans le duodénum, à 1 centimètre du pylore, se trouvait une tumeur entourant l'organe dont la face muqueuse était irrégulière, ulcérée, fongueuse ; à la coupe, le tissu était grisâtre et donnait du suc au raclage. Le reste de l'intestin était normal. L'épiploon était envahi par une masse cancéreuse grosse comme une tête de fœtus et adhérant à l'intestin dont les parois à ce niveau n'étaient pourtant pas envahies par le néoplasme. Le foie et la rate présentaient quelques noyaux cancéreux dans leur intérieur. Les deux ovaires avaient chacun le volume d'un gros marron et étaient transformés en masses cancéreuses; l'ovaire gauche présentait en plus une cavité kystique libre à droite, adhérente à gauche à la tumeur néoplasique ; cette cavité était absolument lisse sur sa face interne. Le poumon droit présentait à sa base quelques noyaux cancéreux. Tous les autres organes étaient absolument sains. L'examen histologique des tumeurs trouvées dans les divers organes a montré qu'elles étaient constituées par de l'*épithélioma pavimenteux lobulé ;* les cellules épithéliales offraient des dentelures comme dans le corps muqueux de Malpighi ; mais l'évolution épidermique n'était pas absolument complète ; en effet, les globes étaient constitués par de grosses cellules contenant un noyau, non kératinisées par conséquent, et les cellules qui entouraient les globes ne présentaient pas d'éléidine ; on avait donc affaire à un épithélioma pavimenteux, lobulé, muqueux. L'examen du kyste de l'ovaire a montré qu'il était tapissé par de l'épithélium pavimenteux, stratifié, muqueux.

Ce qu'il y a ici de particulier, c'est que tous les organes dégénérés et envahis par de l'épithélioma pavimenteux sont, à l'état normal, dépourvus d'épithélium pavimenteux, et que ce fait paraît par conséquent en désaccord avec ce que l'on sait sur le développement de l'épithélioma pavimenteux et celui des tumeurs en général.

Dans la deuxième observation, qui a été communiquée à M. Babinski par M. le professeur Cornil, il s'agit d'une femme qui avait présenté pendant la vie les symptômes d'un kyste de l'ovaire ; une ponction avait donné issue à des cheveux ; le diagnostic avait été kyste dermoïde et l'ovariotomie avait été pratiquée. La tumeur adhérait au corps de l'utérus et à l'intestin. L'examen histologique de la tumeur montra qu'on avait affaire à un épithélioma pavimenteux, lobulé, muqueux, comme dans le cas précédent. L'autopsie de la malade, faite ultérieurement, montra que le corps de l'utérus était dégénéré ; mais aucun des organes revêtus à l'état normal par l'épithélium pavimenteux n'était malade, et, à ce point de vue, cette observation ressemble à la précédente. M. Babinski a rapproché ces deux observations et a cherché à donner une interprétation de cette anomalie.

Dans le deuxième cas, on avait affaire à un kyste dermoïde de l'ovaire présentant des cheveux à son intérieur et revêtu par conséquent par de l'épithélium pavimenteux. M. Babinski a supposé que le point de départ de l'épithélioma se trouvait dans l'épithélium qui tapissait le kyste, et que cet épithélium aurait subi une dégénérescence épithéliomateuse à la manière de l'épiderme ou de l'épithélium des muqueuses. De cette façon, peut être expliquée l'anomalie qui avait été signalée, et un des modes de transformation d'un kyste dermoïde, tumeur bénigne, en une tumeur maligne.

Dans le premier cas, on n'avait pas constaté d'une façon aussi nette la présence d'un kyste dermoïde. Pourtant, dans un des ovaires dégénérés, on avait trouvé un kyste, indépendant, par un de ses côtés, de la tumeur cancéreuse et se continuant avec elle par le côté opposé ; ce kyste était absolument lisse à sa face interne et tapissé par de l'épithélium pavimenteux muqueux. Les caractères de ce kyste rendent peu probable l'idée d'après laquelle ce kyste ne serait que le résultat de la dégénérescence kystique du cancer de l'ovaire. Il semble plus vraisemblable qu'il s'agissait là d'un kyste dermoïde, et que c'est aux dépens du revêtement épithélial de ce kyste que l'épithélioma de l'ovaire et consécutivement l'épithélioma des autres organes s'était développé. Cette interprétation paraît plus plausible quand on rapproche ce cas du cas précédent.

Ces deux observations, comme on le voit, concernent un point de l'anatomie pathologique des tumeurs et c'est de là qu'elles tirent leur intérêt.

28. M. Thouvenet présente un *kyste dermoïde de l'ovaire.* Il était rempli d'une masse abondante de substance sébacée. On y rencontrait encore des cheveux et un fragment osseux sur lequel étaient implantées deux ou trois dents molaires. La malade, âgée de 62 ans, est morte avec des phénomènes d'obstruction intestinale sans autre lésion viscérale.

29. M. Godet présente l'*intestin* d'un malade atteint d'*occlusion intestinale* ; il existait un diverticule de l'intestin et une bride mésentérique vers la partie terminale de l'iléon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 février 1884.— Présidence de M. M. Sée.

M. Pravaz (Lyon) lit un travail sur le *pronostic des déviations vertébrales au point de vue de leur curabilité.*

M. Trélat dépose un résumé des deux observations d'*ablation de ganglions tuberculeux* dont il a entretenu la Société à la précédente séance; ce qu'il a dit des indications et de la pratique du curage, ressource précieuse quand elle est *bien et judicieusement* appliquée, est également résumé en quelques lignes.

M. Després est plus que jamais d'avis qu'il ne faut point toucher chirurgicalement à ces tumeurs ganglionnaires. Le résultat de trois essais qu'il a fait et vu faire dans le cours de sa carrière n'a pas été de nature à modifier cette opinion. Il n'admet pas davantage les injections intersti-

© BIU Santé

tielles, qui ne font rien, à moins qu'elles ne fassent du mal.

M. Verneuil admet dans une certaine mesure l'intervention dans le cas de ganglions tuberculeux, auxquels il est nécessaire de limiter la question si l'on veut qu'elle aboutisse. Il y a quelques jours à peine, il en enlevait un gros paquet axillaire. Lorsqu'il a reconnu la nécessité d'intervenir, M. Verneuil préfère l'extirpation à toute autre méthode, n'ayant obtenu que des résultats assez médiocres par le raclage, le curage, les injections. Ces dernières opérations sont infidèles ; l'amélioration qu'elles donnent presque toujours n'est que momentanée.

M. Richelot, qui a employé une dizaine de fois les injections interstitielles, a obtenu 3 ou 4 succès complets ; il pense que M. Després a essayé les injections sur des ganglions pour lesquels ce mode de traitement n'était pas indiqué.

M. Trélat pense avec M. Verneuil que la question doit être circonscrite aux seuls ganglions tuberculeux ; il condamne aussi le raclage insuffisant, qui conduit à l'aveugle au fond d'une plaie ; le curage qu'il conseille équivaut à une ablation totale du tissu morbide, avec cette différence qu'au lieu d'être faite avec le bistouri, cette ablation est faite avec la curette, qui présente de grandes commodités pour cela. M. Trélat insiste sur la difficulté du diagnostic entre les tumeurs ganglionnaires tuberculeuses et les hypertrophies simples, sur la fréquence des premières et la nécessité de leur extirpation rapide au point de vue de l'état général du malade.

M. Després ne croit pas aux ganglions primitivement tuberculeux ; il croit aux adénites chroniques qui plus tard deviennent tuberculeuses, ou scrofuleuses.

M. Chauvel ne trouve pas que la théorie de la généralisation tuberculeuse ayant pour point de départ un foyer local soit suffisamment démontrée pour autoriser à intervenir dans tous les cas. Billroth, Koch, Fischer, qui opèrent ces ganglions par centaines, admettent certainement que la tuberculose locale peut devenir générale. Cependant, l'observation prouve que les malades guérissent très souvent par le traitement général. M. Chauvel pense que les rapports de causalité entre la phthisie et les adénites ne sont pas encore établis, et, se rapportant aux conclusions de son rapport, il n'admet l'opération que lorsqu'elle est indiquée par la gravité de l'état local.

M. Le Fort se rallie à cette conclusion, car il est un grand nombre de ces ganglions qui guérissent fort bien ; pour ceux-là, l'extirpation serait inutile et dangereuse.

M. Trélat trouve les conclusions du rapport excessives, surtout en ce qui concerne les ganglions axillaires.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Séance de janvier 1884.

Dans la dernière séance de la Société, M. Gellé ayant appelé l'attention sur une forme de *pharyngite rhumatismale* qui coïncidait souvent avec le vertige de Ménière, M. Mouza émet l'avis que cet état dépend d'une lésion de l'appareil circulatoire.—MM. Ménière et Plysaguier demandent si le vertige est dû à une affection concomitante de la caisse ou bien à une lésion de l'oreille interne.—M. Gellé répond que, dans un certain nombre de cas, le vertige peut être produit directement par l'état congestif du pharynx.—M. Baratoux dit que Lasègue et Isambert ont déjà parlé de cet état du pharynx, et que M. Hering et Schmidt ont appelé pharyngite latérale hypertrophique une affection du pharynx présentant des plis boursoufflés saillants derrière les piliers du voile du palais.—M. Gellé dit que le type qu'il décrit est différent, car ici la muqueuse est œdématiée et forme des plis latéraux.—MM. Baratoux et Gellé ont constaté que ces malades présentaient une hyperesthésie très notable.

M. Hering (de Varsovie) communique cinq observations de *corps étrangers du larynx et de l'œsophage*. Dans le premier de ces cas, une jeune fille avait avalé une aiguille qu'on dut retirer avec une pince, après l'avoir préalablement cassée. Deuxième cas : Enfant de 3 ans soumis au chloroforme pour l'extraction d'une boucle de jarretière placée sur les cordes. Troisième cas : Extraction, avec la pince, d'un os placé sur la corde gauche. Quatrième cas : Bande de caoutchouc avalée par un enfant et constatée dans l'œsophage avec une sonde métallique. Cinquième cas : Enfant de 6 ans chloroformé pour l'extraction d'un os placé entre les cordes vocales.

M. Baratoux conseille tout d'abord de faire mettre le malade la tête en bas ; dans ce cas, lorsque les corps étrangers sont des perles, des pièces de monnaie, etc., ils sont souvent rejetés. On peut encore avoir recours à un aimant pour enlever une aiguille ; dans le cas de non-réussite, on fait usage de la pince et quelquefois on sera obligé d'anesthésier le malade, et même de pratiquer la trachéotomie, si l'asphyxie est imminente ou si le corps étranger, par son déplacement, peut occasionner des accidents graves.

M. Moura rappelle l'histoire d'une jeune fille qui avait avalé une épingle, celle-ci, déplacée par une pince, fut avalée et rendue le treizième jour avec les gardes-robes.

M. Garel (de Lyon) présente un *laryngo-fantôme* et M. Baratoux un appareil pour l'*électrolyse et l'électrisation de la trompe d'Eustache*.

M. le professeur Berthold (de Kœnigsberg) fait une communication sur l'*autophonie*. La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

J. B.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux, étudiée au point de vue du diagnostic de la pierre et du résultat ultérieur des opérations ; par M. le Dr Jules Brongniart.

II. De l'eczéma et de son traitement ; par M. le Dr Puy le Blanc.

III. De la goutte, de la gravelle urique, du rhumatisme noueux et de leur traitement ; par M. le Dr Cocheux.

IV. Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux de Cauterets ; par M. le Dr Dehourcan.

V. Petit guide médical aux eaux de Vals ; par M. le Dr Lafon.

I. L'eau minérale de Contrexéville, dit M. Baud, mérite d'occuper une place d'élite parmi les moyens propres à déceler l'existence de la pierre. A son tour, M. Debout d'Estrées répète qu'il est aujourd'hui bien acquis que Contrexéville est le criterium de la pierre dans les cas douteux.

Dans sa petite brochure, M. Brongniart vient combattre tout ce que ces affirmations ont d'excessif, de dangereux. Il semble presque avouer que ces propositions ont été émises plutôt pour être appréciées par les malades que par les gens compétents. Qu'on en juge plutôt par cette citation : « On comprend que les malades qui redoutent l'exploration par la sonde (et tous la craignent plus ou moins) soient heureux de trouver dans des ouvrages aussi autorisés que ceux des docteurs Baud et Debout, des assertions qui justifient leur pusillanimité ; aussi, s'empressent-ils de venir faire l'essai de nos eaux avant de se décider à subir le cathétérisme explorateur. » Pour M. Brongniart, il n'y a que le cathétérisme méthodique qui puisse faire déceler une pierre soupçonnée, et il a raison. Aussi, arrive-t-il à cette conclusion que jamais le traitement hydro-minéral de Contrexéville ne devra être ordonné dans le but de diagnostiquer une pierre douteuse, parce que ce moyen est infidèle et qu'il peut être dangereux.

En ce qui concerne les opérations chirurgicales à pratiquer chez les malades ayant la pierre, M. Brongniart n'est pas moins affirmatif : le traitement hydro-minéral de Contrexéville est contre-indiqué chez les calculeux avant l'opération, mais il convient très bien aux malades déjà débarrassés de leur pierre par la taille ou la lithotritie. Il doit leur être conseillé dans le double but : 1° De prévenir la récidive de l'affection calculeuse ; 2° De faire disparaître

© BIU Santé

l'état catarrhal occasionné par la présence de la pierre ou par les manœuvres expérimentales. Enfin, si une pierre vésicale a été découverte durant le traitement thermal, il conseille d'attendre trois mois au moins avant de procéder à l'opération de la taille ou de la lithotritie, tant les effets des eaux de Contrexéville sont redoutables après la cure. C'est pour n'avoir pas suivi ces sages préceptes que huit de ses malades succombèrent à des accidents rénaux ou à des hémorrhagies.

II. Dans la première partie de la brochure, M. Puy le Blanc étudie l'eczéma sous toutes ses formes. Il s'étend longuement sur l'anatomie pathologique, peu sur les symptômes et beaucoup sur le traitement. A l'intérieur, dit-il, les alcalins, c'est-à-dire le bi-carbonate de soude, seront employés avant la cure de l'eczéma arthritique ; on donnera la préférence aux eaux alcalines lithinées, légèrement arsenicales, telles que Royat, Saint-Nectaire. Lorsque, au contraire, on se trouvera en présence d'un eczéma de nature scrofuleuse, on préférera les eaux sulfureuses, telles que Luchon, Saint-Gervais, Uriage.

Dans l'eczéma arthritique, est-ce l'arsenic ou le bi-carbonate de soude qui est l'élément curateur par excellence? En ce moment-ci, tout le monde s'accorde à dire que la médication arsenicale ne convient guère qu'aux affections cutanées tenant à l'herpétisme. Cependant, dans les cas douteux ou mixtes, on pourra en retirer quelque profit, mais alors ce sera à la Bourboule et non à Royat qu'on s'adressera. Si l'eczéma tient manifestement à l'arthritisme, qu'on ait affaire à des diabétiques, à des goutteux ou à des cholélithiasiques, les eaux alcalines fortes, telles que Vals, Vichy, seront préférables à Royat. Cette dernière station ne devra leur être substituée que s'il y a contre-indication tenant à la constitution même du sujet, l'état névropathique, par exemple.

III. Le travail de M. Cocheux est consacré tout entier à faire l'éloge de la teinture de colchicine. Qu'il s'agisse d'une attaque de goutte aiguë, ce médicament peut, dit l'auteur, arrêter immédiatement l'intensité de l'accès; s'agit-il d'éviter le retour de la goutte à la période aiguë, la même teinture, prise comme préservatif chaque matin, à la dose d'une cuillerée à café dans une tasse d'infusion aromatique, maîtrisera le mal, en apportant à son régime les modifications dont nous avons parlé dans le cours de ce travail. A entendre l'auteur, ce serait presque un spécifique, ce serait en tout cas un antigoutteux par excellence.

Il ne nous a pas encore été permis d'employer ce médicament héroïque dans des accès de goutte externe ; toutefois, nous sommes disposé à reconnaître son efficacité dans le plus grand nombre des ciconstances. Avec les préparations ordinaires de colchique, nous avons souvent enrayé la marche d'accès de goutte qui menaçaient de s'éterniser, ou qui avaient des tendances à l'envahissement ; il est donc possible que la colchicine Cocheux amène le même résultat en peu de temps. Mais, ce que nous nous refusons absolument à croire, jusqu'à plus ample informé, c'est que la teinture de Cocheux soit capable de guérir radicalement la goutte, ainsi que le prétend son inventeur.

IV. Il y a quelque temps, la Société d'hydrologie mettait à son ordre du jour la question des eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis. Après une discussion longue et savante, on adopta sur ce sujet les conclusions suivantes: 1° Les eaux sulfureuses n'ont rien de spécifique contre la vérole, elles ne sont pas antisyphilitiques dans la rigoureuse acception du mot, mais elles ont une action indirecte, réelle et importante pour aider à la cure des maladies vénériennes; 2° Elles sont des adjuvants très puissants, et c'est là leur vertu capitale, des spécifiques, mercure et iodure de potassium, soit pendant, soit après leur usage. Elles augmentent l'action curative de ces médicaments et leur enlèvent leur influence nocive en facilitant leur tolérance ; 3° Elles remédient aux cachexies syphilitiques, surtout chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux ayant fait ou faisant usage d'un traitement mercuriel ; 4° De plus, elles guérissent même la cachexie mercurielle développée à la suite d'un usage intempestif ou trop longtemps prolongé de ce spécifique.

M. Duhourcau adopte pleinement la manière de voir de la Société d'hydrologie. A elle seule, la médication sulfureuse est incapable d'enrayer la marche envahissante de la syphilis. Combinée au contraire avec la médication spécifique, elle rend de réels services aux vérolés. M. le professeur Fournier ne conseille les eaux sulfureuses qu'à une période avancée de la guérison, et après la sédation complète des phénomènes d'excitation initiale; elles lui ont été alors très utiles en facilitant la tolérance du traitement, en relevant les fonctions de nutrition, en modifiant la santé générale.

C'est, en somme, en tonifiant le sujet, en le fortifiant, qu'elles abrègent la maladie. M. Laubron expliquait cette propriété curative par une action chimique. C'est pourquoi il conseillait d'administrer les préparations mercurielles ou iodurées, mêlées à l'eau sulfureuse prescrite en boisson ; il se forme alors du sulfure de mercure, moins toxique, mais plus actif en raison de son état natif. S'il en était ainsi, les eaux sulfureuses nuiraient plutôt qu'elles n'aideraient la médication spécifique.

M. Duhourcau n'est pas partisan de l'opinion de Laubron, et surtout il s'élève avec chaleur contre ces mélanges d'eau sulfureuse et de mercure. Nous ne pouvons qu'approuver sa manière de faire. Dans le mercurialisme, l'action reconstituante des eaux sulfureuses et de Cauterets en particulier se montre dans toute son évidence. Mais le pouvoir éliminateur du mercure que possèdent ces eaux doit aussi entrer en ligne de compte dans ces heureux effets, avance M. Duhourcau. Cependant, cette action éliminatrice s'observe rarement ; c'est à peine si MM. Pagès et Armieux, à Barèges, M. Garrigou, à Luchon, ont vu deux fois chacun des sujets ayant fait jadis usage du mercure, être pris, sous l'influence du traitement sulfuré seul, de salivation ou de stomatite. Il y a donc des réserves importantes à faire sur ce point.

V. Contrairement à ses analogues, ce petit guide ne s'adresse pas seulement aux malades, mais encore aux praticiens ou aux étudiants qui ne sont pas complètement initiés à la science hydrologique.

Dans son travail, M. Lafosse énumère tout d'abord les nombreuses sources qui jaillissent à Vals et font l'ornement de cette puissante station. Il prétend qu'on en trouve près de soixante. Ce chiffre n'a rien d'exagéré, mais toutes ne sont pas exploitées. Actuellement, Vals est entre les mains de trois grandes Compagnies : la Générale, qui compte les sources les plus nombreuses et les plus variées, surtout depuis sa fusion avec la Centrale ; la Société générale des villes d'Eaux et Bains de mer vient ensuite avec les belles Vivaraises ; enfin, la Société Française, qui est la moins importante, ne possède que trois sources : l'Aniche et la Victoire, et la reine de fer à Entraigues. Autour de ces trois Compagnies gravitent plusieurs particuliers, possédant chacun une source qu'ils exploitent ou non. De telle sorte, qu'avec la meilleure volonté du monde, il est impossible de faire une statistique exacte des richesses hydrologiques de cette contrée de l'Ardèche. — Au reste, il faudrait y revenir chaque année, car tous les jours on procède à de nouveaux forages, et pour peu que cette tendance persiste, Vals deviendra à bref délai, selon l'heureuse expression de M. Lafosse, une véritable écumoire.

Prenant pour base le bicarbonate de soude, qu'on trouve dans toutes les sources de Vals, à l'exception de la Dominique et de Saint-Louis, notre confrère divise les eaux de cette station en Eaux faibles, Eaux moyennes, Eaux fortes.

Dans la première catégorie entrent les sources Amélie et Victoire, l'Impératrice, la Saint-Jean, la Pauline, les Princes, la Reine (qu'il ne faut pas confondre avec la reine au fer d'Entraigues), la Marie, la Vivaraise n° 1. Ces dix sources ont chacune moins de trois grammes de bicarbonate de soude par litre. — Dans la deuxième catégorie, on

© BIU Santé

remarque la Chloé, la Sophie, la Vivaraise n° 3, la Juliette, la Délicieuse à 3 gr. Ces cinq sources ont chacune moins de cinq grammes de bicarbonate de soude par litre. — Dans la troisième catégorie rentrent la Favorite, la Souveraine, la Marquise, la Constantine, la Rigolette, la Désirée, la Camuse, la Précieuse et la Madeleine, les Vivaraises 5, 7, 9, la source du Parc, la Délicieuse à 6 gr. et à 8 gr. Ces quinze sources ont chacune plus de cinq grammes de bicarbonate de soude par litre et moins de dix.

A côté de toutes ces sources, dont la richesse en bicarbonate de soude est si grande, se trouvent comme isolées Saint-Louis et la Dominique, qui sont ferro-arsenicales. Ce qui étonnera tout le monde, dans chacune d'elles le fer s'y rencontre en notable proportion, et peut servir à combattre certaines maladies, telles que la chlorose et l'anémie. Mais, quant à l'arsenic, il y est en si minime quantité qu'il est impossible d'établir une médication thermale quelconque en se fondant sur la présence de ce corps dans ces sources. Remarquables par leur basse température, les eaux de Vals en général sont éminemment transportables; employées sur place et maniées avec habileté, elles combattent avantageusement les diverses manifestations de l'arthritis. A la fin de son long travail, M. Lafosse passe en revue toutes les affections chroniques auxquelles Vals est appropriée ; nous ne le suivrons pas sur ce terrain, parce que nous serions entraîné trop loin. J. Cornillon.

BIBLIOGRAPHIE

Despre meduva osselone ca organu de formatiune a globulilloru rosii ai sangelui (De la moelle des os comme organe de formation des globules rouges du sang); par M. C. Vasiliu. Thèse de Bucharest. In-8 de 67 pages, avec 5 planches. 1883.

Au nombre des questions d'histogénie les plus embrouillées et les plus obscures se trouve celle qui a trait au mode de formation des globules rouges du sang. Il suffit de rappeler le grand nombre d'explications proposées, pour démontrer combien sont vaines la plupart d'entre elles.

Un étudiant de l'Université de Bucharest, M. C. Vasiliu, s'est à son tour occupé de ce difficile problème et il vient de résumer ses recherches en un intéressant mémoire qu'il a présenté comme thèse de doctorat. M. Vasiliu considère, lui aussi, la moelle des os comme l'organe formateur des hématies ; il admet que les cellules dites de Neumann, aux dépens desquelles se formeront les globules rouges, ne seraient que le résultat de la transformation des leucocytes ; en somme, les globules rouges proviendraient donc des globules blancs.

Telle est en substance la thèse de M. Vasiliu. Cette manière de voir n'est point nouvelle ; nous signalons toutefois ce travail avec un certain plaisir, parce que c'est, à notre connaissance, le premier mémoire d'histologie publié dans une Université roumaine. Le talent déployé par l'auteur et les méthodes rigoureuses auxquelles il a eu recours montrent que l'enseignement de l'anatomie générale est fait là-bas par des professeurs distingués, qui sont en train de créer un centre scientifique avec lequel il faudra bientôt compter. R. Blanchard.

CORRESPONDANCE

A propos du projet de loi sur l'inspection de la pharmacie.

Dans un de nos derniers numéros (n° 7, p. 120), nous avons publié le projet de loi relatif à l'inspection de la pharmacie, en appelant vivement sur lui l'attention de nos lecteurs, et les invitant à nous faire part des réflexions que ce projet leur suggérerait. Nous avons reçu de M. Blottière, président de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, la communication suivante, que nous nous empressons d'insérer :

Monsieur le Rédacteur,

La Pharmacie française a été vivement émue par l'apparition d'un projet de loi sur l'inspection des pharmacies, présenté au nom du Gouvernement par MM. Martin Feuillée, Ministre de la Justice et des Cultes, et Hérisson, Ministre du Commerce.

On sait qu'un projet de loi complet sur l'exercice et la police de la pharmacie a été élaboré par l'Association générale des Pharmaciens de France, par le Conseil d'Etat, et enfin par une Commission parlementaire qui vient de déposer son travail sur le bureau de la Chambre des Députés.

Ce projet de loi, qui comprend l'inspection, introduite sur les instances du Ministre lui-même qui avait également demandé certaines modifications acceptées par la Commission, représente un tout homogène dont le vote, dans ces conditions, ne soulèverait aucune difficulté.

Pourquoi, dès lors, en détacher l'inspection pour en faire un projet de loi qui ne pourra viser effectivement que la vieille loi de germinal devenue inapplicable et dont la magistrature elle-même demande le remplacement par une loi nouvelle en harmonie avec les nécessités d'une autre époque? Pourquoi supprimer, pour le choix des inspecteurs, les garanties précieuses inscrites dans le projet complet? Quel est donc le motif qui a amené le Gouvernement à présenter si inopinément un projet de loi portant spécialement sur l'inspection des pharmacies?

Pour obtenir ces divers renseignements, MM. Arthur Petit, Président de l'Association générale des pharmaciens de France, Blottière, Président de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine et Capgrand, Président de la chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques de France, se sont adressés à M. le directeur de l'école de pharmacie de Paris, à M. le Directeur du commerce intérieur, et, en dernier lieu, à M. le Ministre du Commerce. Il résulte des explications données que la crainte de voir la discussion du projet général reportée à une époque plus éloignée et le désir de l'Ecole d'être affranchie du service de l'inspection pour rester uniquement dans son rôle scientifique ont été les causes principales de la présentation du nouveau projet.

On pourrait ajouter à ces motifs la volonté de l'Administration de confier ce service à des agents spéciaux et suffisamment rétribués et dont elle se réserverait de faire le recrutement, même en dehors des pharmaciens, qui sont cependant les seuls juges compétents en pareille matière.

Les délégués ont cru devoir faire observer que le vote du projet détaché placerait tous les pharmaciens sous un régime de bon plaisir et d'arbitraire administratif et qu'il enlèverait à l'inspection le caractère essentiellement professionnel qu'elle doit avoir.

Ils ont ensuite fait remarquer qu'une loi sur l'inspection était beaucoup moins urgente qu'une loi d'ensemble, donnant satisfaction aux divers intérêts engagés et plaçant dans une situation légale une profession qui, par le diplôme exigé de tous ses membres, présente déjà les garanties les plus sérieuses au point de vue de l'intérêt public.

A la suite de ces diverses explications, M. le Ministre du Commerce a bien voulu déclarer aux représentants autorisés de la pharmacie qu'il ne presserait pas le vote de ce nouveau projet de loi, et qu'il en demanderait le renvoi à la Commission parlementaire qui avait élaboré le projet de loi sur l'exercice et la police de la pharmacie, précédemment déposé sur le bureau de la Chambre des Députés. Ces affirmations bienveillantes auront certainement le double avantage de rassurer le Corps pharmaceutique et d'inviter utilement la Commission parlementaire à faire voter sans retard son projet de loi.

Veuillez agréer, etc. Blottière.

Le *Progrès médical* continuera à insérer, s'il y a lieu, les autres communications qui lui parviendront au sujet de ce projet de loi.

VARIA

Faculté de médecine. Thèses récompensées.

Médailles d'argent. — M. Boucher : La Salpêtrière de 1656 à 1790. — M. Bouley : Etude historique expérimentale et clinique sur la taille hipogastrique. — M. Germont : Contribution à l'étude des néphrites expérimentales. — M. Leblond : Etude physiologique et

© BIU Santé

thérapeutique de la caféine. — M. Leclerc: Contusions et néoplasmes. De la prédisposition aux tumeurs. — M. A. J. Martin: L'Administration sanitaire civile à l'étranger. — M. Miquel: Des organismes vivants de l'atmosphère. — M. Ramonat: La syphilis chez les scrofuleux (Etude chirurgicale). — M. Ramonède: Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée. — — M. Roux: Des nouvelles acquisitions sur la rage.

Médailles de bronze. — M. Arragon: Etude sur les angiomes des muqueuses. — M. Brocq: Etude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée, ou mieux maladie de Wilson. — M. Capitan: Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires. — M. Carlier: Anatomie philosophique. — M. Deblenne: Essai de géographie médicale de l'île Nosi-Bé, près la côte de Madagascar. — M. Deniau: De l'hystérie gastrique. — M. Gérente: Le délire chronique; étude clinique. — M. Guelliot: Des vésicules séminales (anatomie et pathologie). — M. Guiard: Transformation ammoniacale des urines. — M. Hamon: De la paralysie pseudo-hypertrophique. — M. Jamin: Etude sur l'urétrite chronique blennorrhagique. — M. Joyeux-Laffuie: L'appareil venimeux et le venin du scorpion. — M. Lacaille: De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus. — M. Lacharrière: Etude sur le traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale. — M. de la Personne: Maturation artificielle de la cataracte. — M. Leduc: Contribution à l'étude de l'anisométropie. — M. Lemonnier: De la glossite exfoliatrice méningée. — M. Marie: Contribution au diagnostic des formes frustres de la maladie de Basedow. — M. Mouret: De la néphrite infectieuse consécutive à l'ostéo-périostite. — M. Peisson: Des végétations adénoïdes du pharynx nasal. — M. Poirier: Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. — M. Rattel: De la médecine chez les encyclopédistes. — M. Ronsin: Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose. — M. Siredey: Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde. Lésions des organes lymphoïdes.

Mentions honorables. — M. Batut: De la scarlatine chirurgicale. — M. Berthaut: Etude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires. — M. Blechmann: Contribution à l'étude de la néphrite infectieuse dans l'érysipèle de la face. — M. Bottez: Contribution à l'étude clinique des tumeurs de la région temporale. — M. Bouicli: Des anomalies et des formes frustres de la sclérose en plaques disséminées. — M. Brunet: Du traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin. — M. Cadet: Du côté sain de la coxalgie. — M. Chambellan: Etude anatomique et anthropologique sur les os wormiens. — M. Clament: Du suicide dans quelques formes d'aliénation mentale. — M. Defontaine: De la syphilis articulaire. — M. de la Celle de Chateaubourg: L'albuminurie physiologique. — M. Dérignac: Etude sur les déterminations de la fièvre typhoïde sur le pharynx et l'isthme du gosier. — M. Duplaix: Contribution à l'étude de la sclérose. — M. Girat: Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorhydrate de kairine. — M. Giscaro: Etude comparée de la pneumonie grave dite infectieuse avec les pneumonies dites à forme typhoïde. — M. Camus Govignon: Des polypes de l'estomac. — M. Guenet: Des injections intra-péritonéales de sang. — M. Lhomme: Etude expérimentale sur l'action physiologique de la saponine. — M. Liandier: Essai sur la gangrène pulmonaire dans le cours de quelques affections chroniques du poumon et des bronches. — M. Luizy: De la restauration du périnée pratiquée immédiatement après l'accouchement. — M. Mabit: De la manie chronique à forme rémittente. — M. Négel: De la syphilis rénale. — M. Pimbel: De la hernie obturatrice. — M. Rambaud: Rétention du placenta après l'accouchement et l'avortement. — M. Rémy: Etude sur la tuberculose oculaire. — M. Ruault: Recherches sur le pouls capillaire visible. — M. Sauvage: De la valeur diagnostique de la présence du bacille de Koch dans les crachats. — M. Tourtoulis: Contribution à l'étude des fièvres paludéennes à symptômes cérébraux graves.

Nos lecteurs remarqueront avec plaisir, parmi les noms des lauréats, ceux de nos collaborateurs et amis MM. CAPITAN, JAMIN, MARIE et POIRIER.

Les viandes salées d'Amérique.

M. Hérisson, ministre du commerce, a déposé sur le Bureau de la Chambre un projet tendant à l'inspection des viandes salées de provenance américaine. Ce projet porte que cette inspection sera faite non sous le contrôle des chambres de commerce ou des municipalités, mais sous celui de l'Etat. Les inspecteurs seront nommés par les Préfets. — Les frais d'inspection sont fixés à 25 centimes par caisse et à 15 centimes par pièce isolée. Ces frais sont calculés de manière à subvenir exclusivement aux dépenses qu'entraînera ce service, et nullement en vue de faire une source de recettes pour le Trésor. La taxe sera perçue par les soins de l'Administration des douanes.

Voilà une fois de plus la création d'un service régulier d'inspection microscopique remise sur le tapis, et il est fort à craindre que cette création ne soit votée par la Chambre et le Sénat. Nous avons déjà combattu les diverses propositions faites en ce sens, nous résumerons encore une fois quelques-uns des arguments qui plaident contre cette inspection.

Etant admis, ce qui est loin d'être démontré, que l'examen microscopique soit indispensable, pour qu'il produise les effets voulus, il doit être rigoureusement pratiqué et surtout il doit être confié à un personnel expérimenté, capable d'exercer une surveillance constante et précise. Il va donc falloir installer dans nos grands ports marchands, lesquels reçoivent annuellement plus de 40,000,000 de kil. de viande de porcs d'importation, une petite armée de micrographes. Cela permettra évidemment d'augmenter le nombre des fonctionnaires, ce qui est l'idéal pour certains gouvernants, mais non pour le public, aux dépens duquels ils sont rémunérés. Rien que pour le Hâvre, où il entre chaque année 28,000,000 de kil. de salaisons, il faudra 150 micrographes, avec quelques inspecteurs et sous-inspecteurs. D'autre part, nous ne comprenons guère que le Ministre parle, dans son projet, de l'expertise à la pièce, cette méthode ayant été condamnée d'une façon absolue par les membres les plus compétents du Comité consultatif d'hygiène et du Conseil de salubrité du département de la Seine (1).

M. Hérisson oublie, en outre, que les négociants américains, auxquels on ne saurait refuser une grande habileté commerciale et une sérieuse entente de leurs intérêts pécuniaires, sauront, comme cela se fait déjà, trouver une autre voie pour nous importer leurs produits. Les viandes salées nous arriveront par Anvers, en traversant la Belgique en transit. De sorte que, pour être logique, l'Administration devra établir des bureaux d'inspection sur nos frontières de terre, du côté de la Belgique et de l'Allemagne.

Il eût été plus simple de se ranger à l'avis plusieurs fois exprimé par l'Académie de médecine, qui a bien une certaine compétence, elle aussi; c'est qu'on peut, sans inconvénient, autoriser la libre entrée en France des viandes américaines à ces deux conditions: que l'indication de la provenance soit exigée lors de la vente aux consommateurs, et que le public, largement informé des dangers que peut présenter la viande de porc mangée crue, soit prévenu en même temps que par la cuisson il peut complètement se préserver de la trichine. Si l'on agit autrement, si le service d'inspection est créé, on ira directement à l'encontre des intérêts des consommateurs et cela sans grands bénéfices au point de vue de la préservation de leur santé.

Emploi de l'acide sulfureux pour la destruction des insectes dans les casernements.

Le Comité de santé, consulté sur l'efficacité de l'acide sulfureux comme moyen de destruction des insectes dans les casernements, a émis l'avis que l'emploi de ce procédé est plus efficace que celui de la poudre de pyrèthre du Caucase, prescrit par l'instruction ministérielle du 12 mars 1861.

En conséquence, le Ministre décide qu'on y aura recours toutes les fois que les conditions locales le permettront. L'opération dont il s'agit aura lieu dans les conditions déterminées par la circulaire du 8 juin 1880 (2). Cette mesure pourra être appliquée utilement au matériel du service des lits militaires employé pour le couchage des troupes dans les casernes, notamment aux couchettes et châlits en bois et en fer, dont la construction offre des refuges aux insectes.

Toutefois, afin d'éviter que ce matériel ne subisse de ce fait des dégradations dont l'Etat se trouverait responsable, il y aura lieu

(1) Pabst. — *Les viandes trichinées.* In *La Nature*, avril 1881.

(2) Extrait de la circulaire du 8 juin 1880: La quantité de soufre dans les lazarets est un peu laissée à l'arbitraire, et il serait difficile de la déterminer en raison de la grandeur variable et de l'obturation plus ou moins parfaite des ouvertures des locaux à désinfecter. On peut néanmoins l'apprécier suffisamment en se basant sur ce qu'un kilogramme de soufre absorbe, pour se transformer en acide sulfureux, un kilogramme d'oxygène contenu dans 3,33 mètres cubes d'air. Le point important est que le soufre, qui s'éteindra, du reste, avant d'avoir absorbé tout l'oxygène de l'air avec lequel il est en contact, soit en assez grande quantité pour, qu'après l'opération, il en reste dans le récipient un excès qui pourra servir à une opération nouvelle.

En vue de faire parvenir le gaz dans les plus petites anfractuosités des parois des locaux à désinfecter, il y aura lieu de multiplier les foyers de combustion dans les grandes pièces et d'y laisser séjourner les vapeurs le plus longtemps possible. Il est utile de prévenir les gens de service employés à la désinfection par l'acide sulfureux que ce gaz respiré en certaine quantité peut donner lieu à des bronchites intenses, et qu'ils doivent suivre rigoureusement les prescriptions qui leur seront faites pour s'en préserver.

© BIU Santé

de prendre, dans ce cas, les mesures de précautions suivantes: 1° Les locaux à désinfecter ne seront ouverts que 24 heures au moins, et mieux encore 36 heures après que le soufre y aura été allumé. 2° Les effets de literie à désinfecter seront laissés dans ces mêmes locaux pour y subir l'imprégnation des vapeurs sulfureuses, à l'exception des tissus de toile et de coton *teints*, dont les couleurs pourraient être altérées. 3° Les objets métalliques qu'il y aura lieu d'exposer aux fumigations devront être préalablement enduits d'un corps gras.

Le soufre nécessaire sera délivré sur bons remboursables par les pharmacies centrales et les hôpitaux militaires. Dans les villes où il n'existe pas d'hôpital militaire, les corps de troupe pourront en faire l'achat dans le commerce.

Faculté de médecine.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de Prosecteur s'ouvrira le lundi 31 mars 1884, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce Concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 18 février au lundi 17 mars 1884. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1884; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1888. — Pour tous autres renseignements, consulter le règlement, soit à la Faculté, soit à l'Ecole pratique.

Concours pour l'adjuvat. — Un Concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 28 avril 1884, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 3 mars au jeudi 3 avril 1884 inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1884; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1888. — Pour tous autres renseignements, consulter le règlement, soit à la Faculté, soit à l'Ecole pratique.

Inscriptions et consignations. Annulation des Bulletins de versement. — Seront annulés les Bulletins de versement dont le montant n'aura pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour le versement à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les Bulletins de versement annulés ne seront renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du Doyen (Décision de la Commission scolaire en date du 4 février 1884). M. le Doyen invite en outre MM. les Etudiants à ne demander de Bulletins de versement que lorsqu'ils sont munis des fonds nécessaires.

Travaux pratiques.

Exercices pratiques de médecine opératoire, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 18 mars 1884. Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique (ancien collège Rollin) tous les jours, de 1 heure à 4 heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de 4e année qui doivent en justifier pour prendre la 16e inscription; ils sont facultatifs pour les étudiants pourvus de 16 inscriptions. — Les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission: 1° Les élèves de 4e année sont admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1884; 2° Les élèves pourvus de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du Doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux pratiques pendant l'année scolaire 1883-84: Ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs). 3° Les élèves indiqués dans les deux paragraphes qui précèdent devront se faire inscrire à l'école pratique (Bureau du chef matériel), de midi à 4 heures, du 3 au 15 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis.

Exercices pratiques d'histologie sous la direction de M. Cadiat, professeur agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie. — Les exercices pratiques et démonstrations d'histologie commenceront le lundi 17 mars 1884, sous la direction de M. le Dr Cadiat, agrégé, chef des travaux d'histologie. Ils auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, tous les jours, à 3 h. de l'après-midi. Les Elèves seront exercés au maniement du microscope. Ils feront eux-mêmes les préparations de tous les éléments anatomiques. Ces exercices sont obligatoires pour les Elèves de 2e année et pour les Elèves de 3e année (ancien et nouveau régimes). Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le Chef des travaux. Ils sont facultatifs pour les Etudiants qui ont 16 inscriptions; les Docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission: 1° Les élèves de 2e et de 3e années sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits réglementaires correspondant à l'inscription de janvier 1884. Les Etudiants possédant 16 inscriptions, les Docteurs français et étrangers, qui ont acquitté les droits des travaux pratiques (40 fr.) pour la présente année scolaire, sont admis aux mêmes conditions. 2° Les élèves justifiant de 16 inscriptions, les Docteurs français et étrangers qui désireraient prendre part aux exercices pratiques d'histologie et n'ayant pas acquitté les droits prescrits, ne pourront être admis sans une autorisation du Doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande, du 3 au 10 mars inclus, au Secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir. 3° Les élèves désignés dans les paragraphes 1° et 2° devront se faire inscrire au bureau du surveillant général (ancien collège Rollin), de midi à 4 heures, du 28 février au 8 mars inclusivement. Ils recevront une lettre de convocation indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront prendre aux exercices pratiques.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 26. — 1er *de Doctorat*: MM. Béclard, Vulpian, Reclus. — 3e *de Doctorat*: MM. Regnauld, Hanriot, Blanchard. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité): MM. Trélat, Rendu, Ribemont-Dessaignes; — 2e *Série* (Charité): MM. Fournier, Tillaux, Pinard.

Mardi 26. — Pas d'actes.

Mercredi 27. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie): MM. Béclard, Hayem, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité): MM. Charcot, Tarnier, Terrillon; — 2e *Série* (Charité): MM. Fournier, Tillaux, Pinard.

Jeudi 28. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie): MM. G. Sée, Cornil, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série*: MM. Hardy, Brouardel, Hutinel; — 2e *Série*: MM. Peter, Proust, Quinquaud.

Vendredi 29. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique): MM. Verneuil, Tillaux, Segond.

Samedi 1er. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique): MM. Sappey, Le Fort, Remy. — 2e *de Doctorat*: MM. Peter, Jaccoud, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie): MM. Richet, Panas, Charpentier. — 4e *de Doctorat*: MM. Brouardel, Proust, Debove. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu): MM. Pajot, Cornil, Campenon.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 27. — M. Binet: Etude sur la sueur et la salive dans leurs rapports avec l'élimination. — M. Tostain: Du cancer ganglionnaire cervical consécutif. — M. Ledermann: Etude sur la phtisie professionnelle. — M. Baranger: Des contre-indications et obstacles à l'allaitement maternel. — *Jeudi* 28. M. Desvergnes: De la rétention passagère des urines à la suite des opérations. — M. Batault: Contribution à l'étude du pansement des fractures compliquées de plaies. — *Vendredi* 29. M. Nanu: Considérations sur les ostéotomes sous-périostiques de la mâchoire inférieure. — M. Citerne: Contribution à l'étude des abcès froids des parois du thorax. — *Samedi* 1er. M. Béraud: De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Bromuration pendant la grossesse. — M. Berne (Paul): Etude sur quelques cas de purpura d'origine traumatique.

FORMULES

19. De l'emploi de la vératrine dans le prurit généralisé ou localisé à l'époque de la ménopause. J. Chénon.

Tous ceux qui ont eu à traiter des malades en proie à ce prurit incessant, qui ne laisse ni repos ni trêve la nuit et le jour, savent combien il est difficile d'en débarasser promptement les patientes. Que ce prurit résulte de la présence de prurigo, d'urticaire, d'eczéma, d'herpès, ou qu'il existe sans éruption, il n'en est pas moins fort difficile de le calmer. De tous les moyens employés, et le grand nombre dont on fait journellement usage prouve leur peu d'efficacité, il n'en est pas un qui, efficace habituellement dans le prurit, ne reste sans action sur les démangeaisons localisées de la ménopause.

Les propriétés analgésiques de la vératrine trouvent, au contraire, à cette période de la vie de la femme, une heureuse application. Si le prurit est localisé aux aines, aux aisselles, à la paroi abdominale, derrière les oreilles, l'emploi de la pommade suivante, matin et soir, en onctions douces, suffit habituellement:

Vératrine	0,15 centigr.
Axonge	30 grammes.

© BIU Santé

Employer gros comme un petit pois.—Si le prurit est généralisé, l'usage de la vératrine à l'intérieur est préférable.

Vératrine.	0,02 centigr.
Poudre de réglisse.	Q. S.

Divisez en 40 pilules. Prendre 2 à 6 pilules par jour, une 1/2 heure avant le repas ou trois heures après. Ne prendre jamais qu'une pilule à la fois et augmenter d'une chaque jour, pour arriver à six au maximum, c'est-à-dire à 3 milligrammes. Son action sur le cœur et la circulation périphérique peut expliquer, dans ce cas, l'heureuse intervention de cet alcaloïde (*Revue méd. chir. des maladies des femmes*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 8 février au jeudi 14 février 1884, les naissances ont été au nombre de 1344, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 483 ; illégitimes, 212. Total, 695.— *Sexe féminin* : legitimes, 464 ; illégitimes, 185. Total, 649.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 8 février au jeudi 14 février 1884, les décès ont été au nombre de 1114 savoir : 607 hommes et 507 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 11. T. 26. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 14, F. 16, T. 30. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 6. T. 10. — Diphthérie, Croup. M. 30, F. 30, T. 60. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 1, F. 1, T. 2. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. ..—Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 28, F. 15, T. 43. —Phthisie pulmonaire : M. 121, F. 83. T. 204. —Autres tuberculoses : M. 11, F. 6. T. 17. — Autres affections générales : M. 28, F. 37, T. 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 41, F. 36, T. 77.—Bronchite aiguë : M. 19, F. 14, T. 33. — Pneumonie : M. 55, F. 25, T. 80. — Athrepsie : M. 36, F. 34. T. 70. — Autres maladies des divers appareils : M. 175, F. 177, T. 352. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 23, F. 8, T. 31. — Causes non classées M. 3, F. 1, T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 117, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 43 ; illégitimes, 15, Total : 58. *Sexe féminin* : légitimes, 44 ; illégitimes, 15. Total : 59.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le professeur Denucé est maintenu pour cinq ans dans les fonctions de Doyen.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le Dr Colas est nommé, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale en remplacement de M. Lotar, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Les professeurs réunis en assemblée générale ont voté sur la présentation à faire pour la chaire vacante d'anatomie pathologique. Ont été présentés ; en première ligne, M. Raymond Tripier ; en deuxième ligne, M. Colrat.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. le Dr Lévy est nommé chef de clinique chirurgicale (emploi nouveau). — M. le Dr Saliéges est nommé chef de clinique médicale (emploi nouveau). — M. Guérin est nommé préparateur de physiologie (emploi nouveau)

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Pauchon, docteur ès-sciences, pharmacien de 1re classe, est chargé du cours de physique.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. Pauchon, docteur ès-sciences, pharmacien de 1re classe, est nommé maître des conférences de physique.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Personnel administratif.* Aux termes d'un arrêté préfectoral en date du 7 février, il est créé un emploi d'économe pour l'hôpital des Tournelles, dont le maintien à titre définitif est approuvé. Ce comptable sera chargé de la direction des services de l'établissement.

INFIRMERIE DU DÉPÔT DE LA PRÉFECTURE DE POLICE. — Par arrêté du Préfet de police, il est créé deux places d'internes à l'Infirmerie spéciale des aliénés près le Dépôt de la Préfecture. Ces internes recevront une allocation de 1000 fr. par an, seront logés dans les dépendances du Palais de Justice et auront droit au chauffage et à l'éclairage. La durée de leurs fonctions sera limitée à deux années.

EPIDÉMIE DE DIPHTÉRIE A AZAZGA. — Une épidémie de diphtérie ou d'angine grave sévit sur le territoire de la commune d'azazga ou île Matten (Algérie). On nous apprend que huit enfants Européens ont succombé. En soignant les diphtériques de cette commune, M. le Dr Carlini a été lui-même atteint de ce mal, qui a nécessité son transport à l'hôpital Mustapha. (*Gaz. méd. de l'Algérie*).

LES ANTIVIVISECTIONNISTES EN ALLEMAGNE. — Les antivivisectionnistes ont adressé à la Chambre des Députés une pétition dans laquelle ils demandent la suppression des vivisections. Le gouvernement, prenant cette requête en considération, a répondu qu'il se proposait de demander conseil, à ce sujet, aux diverses Facultés de médecine.

ECOLE D'INFIRMIÈRES AUX ETATS-UNIS. — « Ces Ecoles, dit *The Weekley medical Review* (n° 4, 1884), deviennent de plus en plus nombreuses et populaires. On en compte maintenant 17 aux Etats-Unis : 3 à New-York, 3 à Boston, 2 à Philadelphie, 2 à Brooklyn, 1 dans chacune des villes suivantes : Chicago, New-Orléans, Washington, Saint-Louis, New-Haven, Burlington et Syracuse. Les plus grands hôpitaux, sur toute la surface du pays, sont en train de créer ces écoles qui rendront de signalés services aux médecins parce que l'on ne saurait trop apprécier la valeur d'infirmières instruites et sachant obéir. »

L'OPÉRA POLYMORPHE A L'HOPITAL SAINT-LOUIS. — On lit dans le *Journal officiel* : Les internes de l'hôpital Saint-Louis ont remis à l'Assistance publique la somme de 3000 francs, provenant de la fête de bienfaisance (opéra polymorphe), donnée par eux le 12 janvier 1884, pour les femmes syphilitiques indigentes sortant de l'établissement.

LA CIGUE COMME BOISSON. — Le progrès marche toujours, et nouveau Juif errant, sans trêve ni repos. Le *scientific american* nous en donne un exemple récent dans un de ses derniers numéros, où nous lisons que la ciguë, dont une seule coupe suffit pour empoisonner Socrate, est en grand usage à Chicago, où elle se mélange quotidiennement à la bière, en quantité considérable même, et sans qu'il en résulte aucun inconvénient. Elle contiendrait, en outre, quelque peu de substance nutritive et ceux qui en boivent journellement ne s'en portent pas plus mal (*L'Hygiène pratique.*)

DÉCRET RELATIF AU NOUVEAU CODEX. — Par décret en date du 13 février 1884, le nouveau *Codex medicamentarius, Pharmacopée française*, édition de 1884, sera et demeurera obligatoire pour les pharmaciens à partir du 15 mars 1884.

FEMMES-MÉDECINS. — D'après le *Medical and surgical Reporter* (26 janvier 1884), il y aurait aux États-Unis environ 2,400 femmes médecins.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle en date du 19 février 1884, M. Claudot, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon, a été désigné pour remplir les fonctions de médecin-chef à l'Ecole polytechnique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le 23 février, à l'heure et au local ordinaires. — Ordre du jour : 1° M. Coignard : De l'albuminurie physiologique ; — 2° M. Apostoli : Note complémentaire sur la faradisation utérine double. — 3° Communications diverses.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société médico-psychologique, se réunira, en séance ordinaire, le lundi 25 février, à 4 h. précises, rue de l'Abbaye, 3. — Ordre du jour. Du rôle de la profession dans le développement de l'aliénation mentale : M. Aug. VOISIN. — Hypnotisme avec hyperesthésie de l'ouie et de l'odorat : M. Aug. VOISIN. — Des mesures proposées pour la surveillance e la protection des aliénés traités en dehors des établissements spéciaux, publics et privés : M. J. FALRET.

SOCIÉTÉ GÉOLOGIQUE DE LONDRES. — Cette Société à décerné, à la date du 15 février 1884, la médaille Wolaston à M. A. Gaudry, professeur au Muséum d'histoire naturelle. C'est, avec M. Daubrée, le seul professeur actuellement vivant qui ait reçu cette haute récompense.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PHYSIQUE DE FLORENCE. — Cette Société, dans sa séance publique du 27 janvier 1884, a accordé le prix triennal Galliga à MM. les Drs A. Bianchi et C. Balocchi, pour leur mémoire sur la *paralysie spinale régressive de l'enfance.*

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le Dr BOULLANGER, décédé il y a quelques jours à Auneuil (Oise). — La *France médicale* nous apprend la mort de M. le Dr TINOCO, ancien externe des hôpitaux de Paris, et qui exerçait à la Trinitad (Antilles anglaises) où il a succombé à la phtisie pulmonaire. — M. le Dr DECAISNE, ancien inspecteur général du service de santé de l'armée belge, vient de mourir à Anvers, où il s'était retiré à l'âge de 74 ans. On lui doit un excellent travail sur les *résections*.

QUASSINE FRÉMINT. Tonique apéritif. — GOUDRON FREYSSINGE. Liqueur concentrée. — SALICOL DUSAULE. Désinfectant hygiénique. — CAPSULES DARTOIS à la créosote de hêtre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boul. St-Germain.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE des sciences, publié sous la direction du Dr DECHAMBRE. Vient de paraître, la *seconde* partie du TOME XXIX de la 1re *série*, DIJ-DIS. Ce volume renferme, entre autres, les articles suivants : Digestion, par Carlet ; — Digitale, par Baillon et Fonssagrives ; — Dioptrique, par Gariel ; — Diphtérie, par

© BIU Santé

Sanné ; — Dipsomanie, par Ritti ; — Dissection, par Aubry ; — Distilleries, par Layet.

J. J. Picot.— Leçons de clinique médicale. Vol. in 8° de 524 pages avec figures dans le texte. Paris, 1884.

Librairie OLLIER HENRY, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Guide pratique de l'étudiant en médecine et en pharmacie. — 1 vol. in-32 de 302 pages. — Prix : 2 francs.

Athénas (R.-A.). — Le ministère du commerce et les thermes de Bourbonne en 1883. Broch. in-18 de 56 pages. Wassy, 1883. — Typographie Blavier.

Publications du Progrès Médical.

CHARCOT (J.-M.) et FÉRÉ (Ch.). — **Affections osseuses et articulaires du pied chez les tabétiques (pied tabétique).** Broch. in-8 de 15 p., avec 4 figures dans le texte. — Prix . 75 c. — Pour nos abonnés. . 50 c.

DIGNAT (P.). — **Sur quelques symptômes qui peuvent se montrer chez les hémiplégiques.** Br. in-8 de 23 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

MAGNAN. — **Des hallucinations bilatérales de caractères différent suivant le côté affecté.** Broch. in-8 de 20 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 c.

SIKORSKY (M.). — **Du développement du langage chez les enfants.** Broch. in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . 50 c.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Bichat. Conférences de clinique et de thérapeutique médicales. — M. le Dr Henri Huchard a commencé ces conférences à l'hôpital Bichat, le dimanche 17 février, à 10 heures 1/2, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Hôtel-Dieu.— Clinique médicale : M. G. Sée, lundis et vendredis, à 9 h. ; — M. Gallard, mardis et samedis, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Humbert, mardis, jeudis, samedis, à 9 h. — *Clinique ophthalomologique* : M. Panas, lundis et vendredis, à 9 h.

Hôpital de la Charité. — Clinique médicale : M. Hardy, mardis et samedis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Terrillon, lundis, mercredi, vendredis, à 10 heures.

Hôpital de la Pitié. — Clinique médicale : M. Jaccoud, mardis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Verneuil, lundis et vendredis, à 9 heures 1/2.

Hôpital Necker. — Clinique médicale : M. Potain, lundis et vendredis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Trélat, mardis et jeudis, à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphylitiques : M. Fournier, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, le samedi, à 9 heures.

Hôpital des Enfants-malades.—Clinique médicale. M. Rendu, mardi, samedi, à 9 h. ; — M. Descroizilles, vendredi, à 9 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. de St-Germain, jeudi, à 9 h.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

Gros : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—Détail : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre.
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles, Lymphatisme, Maladies de la peau et des os, Voies respiratoires, Asthme, Diabète, Fièvres intermittentes.

Le Rédacteur-gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de Coca. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. Bollivian, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—Le **Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

Peptone Catillon

Officiel adoptée dans les hôpit. de Paris.

Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 *eau*, 3 *goutt. laudanum*, 0.30 *bicarb. de soude*.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, pas d'équivoque dans le dosage. 1 *cuill. à café représente* 45 *gr. de viande*.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 *cuill. contient* 30 *gr. de viande*.

VIN : utile complément de nutrition. 1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande*.

CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en tablettes contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner ; en croquettes, 8 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.

Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon

0,20 *de créosote du hêtre par cuillerée*.

Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs.

Seul vin au quinquina ou quina ferrugineux.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878.

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Maux d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.

Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs non capables de supporter les ferrugineux ordinaires.

Paris : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 9 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 1er MARS 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TERRILLON.**
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

Leçon recueillie par M. le Dr **ROUTIER**, chef de clinique.

Messieurs,

Je vais vous parler de cette jeune fille de 18 ans, couchée depuis quelques jours au n° 14 de la salle Ste-Catherine, et à laquelle vous me voyez passer des sondes dans l'œsophage tous les matins; c'est, du reste, une malade que je connais depuis plus d'un an, depuis le début de sa maladie.

C'est le 25 décembre 1882 qu'elle avala, par suite d'une erreur, environ une cuillerée de solution de potasse d'Amérique ; elle éprouva immédiatement une sensation de brûlure vive qui s'étendit de la bouche à l'estomac ; un médecin appelé de suite la fit vomir et lui fit prendre du lait. Elle put se nourrir de lait pendant les premiers jours ; mais, au bout de 15 ou vingt jours, elle commença à l'avaler difficilement et elle vomit plusieurs fois. Cette dysphagie augmentant toujours, elle vint me consulter un mois environ après l'accident. Et en ce moment-ci, elle suit la marche fatale de ce genre d'affection, que nous allons étudier aujourd'hui, les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

On peut diviser les phases diverses de cette maladie en cinq périodes: 1° Période de la cautérisation ; qui dure quelques heures. 2° Période d'inflammation ; qui dure cinq ou six jours; elle est très pénible pour les malades qui ont beaucoup de dysphagie par le fait du gonflement de la muqueuse. 3° Période d'acalmie ; les eschares sont tombées, le gonflement a disparu, les malades peuvent avaler plus facilement ; ils se trouvent beaucoup mieux. 4° Période de rétrécissement, qui succède plus ou moins vite à la précédente. 5° Période du traitement. — Nous pourrions entre ces deux dernières périodes, ajouter celle des accidents.

Avant d'entrer dans l'étude pathologique de ce genre de cautérisation, parlons d'abord des caustiques qui la produisent ; leur connaissance intéresse beaucoup le chirurgien, car il peut alors, dès le début, porter un pronostic raisonné. Ce sont presque toujours des liquides, et le plus souvent des solutions employées dans l'industrie. Chez les blanchisseurs, ce sont l'eau de javelle, la solution de potasse d'Amérique, l'acide sulfurique plus ou moins étendu d'eau ; chez les marbriers, la solution de carbonate de soude impur, mélangée avec de l'acide sulfurique, qui leur sert à vernir le marbre ; chez les chaudronniers, l'eau régale.

1re *Période.*—Tantôt, ces solutions sont avalées par mégarde, tantôt, au contraire, dans un but de suicide. Quand ces liquides ne présentent pas une saveur brûlante, ils sont avalés rapidement, et il en arrive en masse dans l'œsophage qui, sous cette impression, se contracte au niveau du cardia. Cette contraction fait que le liquide séjourne en un point de l'œsophage, et le contact avec la muqueuse est prolongé, jusqu'à ce que, comme il arrive le plus souvent, il se produise une régurgitation qui chasse le tout ; cependant, le plus souvent, il tombe quelques gouttes du liquide dans l'estomac.

Dans tous les cas, il y a un point spécialement où s'exerce le contact : si le liquide est irritant, non caustique, il n'y a qu'inflammation de la muqueuse ; au contraire, si le liquide est caustique, la muqueuse sera brûlée. Souvent aussi la couche sous-muqueuse et même la tunique externe sont atteintes, d'où possibilité de perforation de l'œsophage. Tout dépendra, on le comprend, de la force du caustique et du temps de son séjour dans ce conduit. Il faudra donc bien se renseigner, quand ce sera possible, sur tous les commémoratifs. Il y a des cas où la cautérisation n'est pas circulaire ; et cela sous une influence peu connue ; c'est par places seulement que la muqueuse a été cautérisée.

2e *Période.*—Elle peut avoir deux caractères : Tantôt, la muqueuse est seulement très irritée et cautérisée superficiellement, elle gonfle et obture le calibre du conduit œsophagien, c'est de l'œsophagite aiguë, c'est ce qui arrive dans le pharynx quand on avale de l'eau bouillante. Mais, tout rentrera dans l'ordre plus tard, et on n'aura pas à craindre de rétrécissements : c'est pour cela qu'il faut connaître les substances et leur degré de concentration.

Tantôt il y a des eschares, alors aussi il y a inflammation, et il peut y avoir rétraction rapide, car souvent les eschares elles-mêmes se rétractent. C'est ce qui arrive pour la potasse : d'où un premier degré de rétrécissement; puis l'eschare tombe et alors se produit cette période d'acalmie ; le malade se croit guéri ou tout au moins très amélioré, il peut avaler. Mais c'est un phénomène trompeur, car, sauf dans des cas rares où il y a seulement inflammation, il y a plus tard rétrécissement.

Quand le rétrécissement est produit, le chirurgien doit en chercher le *siège*, la *hauteur*, le *nombre*, le *calibre*.

Il y a deux lieux d'élection, ce sont le cardia, et la partie supérieure de l'œsophage ; certains caustiques concentrés ne vont pas plus loin que la partie supérieure de l'œsophage, toujours par le même mécanisme de la contraction spasmodique ; cette différence de siège est capitale au point de vue chirurgical. Plus rare est le rétrécissement de la partie moyenne, vers les bronches. Je le répète, le siège est variable avec la nature de la solution.

La *hauteur* du rétrécissement ; tantôt c'est un anneau de 1 cent. de hauteur ; tantôt il y a une brûlure étendue, et presque tout l'œsophage est brûlé. J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'un cas chez le professeur Béhier où le rétrécissement mesurait 21 centimètres de hauteur, presque tout l'œsophage était rétréci et ne laissait passer qu'une petite bougie uréthrale.

Entre ces deux extrêmes, il y a tous les degrés ; le cas fréquent, c'est le rétrécissement de 4 à 2 centimètres en hauteur.

Le *nombre*. Il peut arriver qu'il y ait des rétrécissements multiples ; l'explication n'en est pas facile à donner, ce sont des cas constatés, mais rares.

Le *calibre*. Que doit-on entendre par rétrécissement ? C'est la diminution du calibre, qui peut aller jusqu'à l'effacement complet. Les bourgeons charnus qui se déve-

© BIU Santé

loppent peuvent s'accoler et détruire la lumière du conduit. Le plus souvent, cependant, il reste un petit canal.

Ici encore, la nature du caustique a un intérêt de premier ordre ; s'il a agi profondément, on verra bientôt autour du point détruit se développer une zone d'inflammation de la péri-œsophagite qui se terminera par de l'induration et un rétrécissement. Ces nodosités font que, vu de l'extérieur, on peut ne pas soupçonner le rétrécissement, mais, au toucher, on sent l'induration.

Le rétrécissement peut être très rapide, se faire en quelques jours, c'est ce qui est arrivé chez notre malade ; quelquefois, il est long à se produire. Tantôt il est régulier, tantôt, au contraire, irrégulier et sinueux, d'où une grande difficulté dans le traitement.

Période des accidents. — Elle est très importante. Quel que soit le calibre du rétrécissement, surtout s'il est très étroit, il se produit des phénomènes qui causeront la mort du malade. Le premier de tous, c'est la dilatation de l'œsophage au-dessus du rétrécissement ; il se fait là une poche qui peut acquérir la capacité de plusieurs litres ; on y trouve alors des aliments fermentés, en voie de putréfaction. C'est un vrai jabot ; bientôt, cette poche aura ses parois ulcérées, d'où possibilité de perforation, ce qui cause la mort. Les malades ont des abcès alimentaires du médiastin ; souvent aussi, c'est le cathétérisme qui produit la perforation ; il faut le savoir quand on pratique l'exploration. Ces dilatations ne se font que dans les cas de rétrécissements bas placés, dans les environs du cardia.

Il peut y avoir aussi perforation des organes voisins ; la trachée, l'aorte, ont été ainsi perforées. Je n'insiste pas sur les compressions qui donnent lieu à toutes ces séries de phénomènes qui ont aussi leurs inconvénients.

Symptômes. — Je ne parlerai pas de ceux du début, ils varient avec la force du caustique, brûlures, sensation de chaleur derrière le sternum, dysphagie très douloureuse, etc, etc. ; j'arrive à ceux du rétrécissement. Il y a des symptômes fonctionnels et physiques :

1° *Signes fonctionnels.* Les malades éprouvent d'abord de la dysphagie, de la gêne de déglutition, qui commence pour les aliments solides peu mâchés ; ils éprouvent de la douleur au point rétréci, il semble que l'aliment s'arrête. Plus tard, les liquides eux-mêmes ne passent pas, mais sachez que la douleur n'est pas toujours rapportée au point malade (c'est l'analogue du malade qui ressent de la douleur à l'extrémité de la verge dans les calculs de la vessie), si cette douleur a été localisée au début, elle se déplace plus tard.

La régurgitation arrive ensuite, et c'est un symptôme de dilatation : c'est quelques minutes, un quart d'heure après que le malade a avalé qu'il rend la moitié, le quart, les trois quarts de ce qu'il avale. Il arrive même que ces malades deviennent ruminants, ils sont atteints de mérycisme ; tel est le cas d'un jeune médecin de nos amis, qui avait avalé de l'acide sulfurique par mégarde. Il existe des cas de mérycisme chez l'homme, sans rétrécissement, j'en ai observé un cas pendant mon internat chez M. A. Guérin.

Quelquefois, il arrive que des malades vomissent, tous les 4 ou 5 jours, des quantités d'aliments qui s'étaient accumulés dans la poche dilatée au-dessous du rétrécissement. Ils ont la sensation d'un bruit de glouglou au niveau du rétrécissement. Enfin, il y a de l'affaiblissement, car ils se nourrissent d'une façon insuffisante, et ils peuvent arriver à l'inanition, d'où la nécessité de pratiquer la gastrostomie, comme l'a fait M. Verneuil.

2° *Signes physiques.* C'est le cathétérisme qui donne ici les meilleurs renseignements. L'auscultation de l'œsophage, très prônée il y a quelques années, donne souvent des résultats négatifs, surtout s'il n'y a pas de dilatation au-dessus du rétrécissement.

L'exploration avec la sonde, qu'il faudra toujours pratiquer, peut, on doit le savoir, être fatale au malade ; car, sans parler des cas de perforation occasionnés par un cathétérisme mal fait, il arrive quelquefois, à la suite de l'introduction de la sonde, des poussées d'inflammation, d'œsophagite, qui souvent sont le point de départ des abcès du médiastin. (*A suivre.*)

CLINIQUE MENTALE

ASILE SAINTE-ANNE. — **M. MAGNAN.**

De la dipsomanie.

Leçons recueillies par M. le Dr Marcel **BRIAND** et revues par le professeur (1).

Messieurs,

En dehors de leurs périodes impulsives, les dipsomanes se comportent parfois comme de véritables ivrognes et se soumettent à une mauvaise hygiène. Dans ces cas, les excès répétés peuvent finir par provoquer les symptômes de l'alcoolisme chronique. Mais il est toujours facile de s'assurer si l'aliéné boit par impulsion ou par habitude d'ivrogne ; quand il boit en désœuvré, par simple distraction, il se comporte comme l'ivrogne ordinaire et entraine les amis à l'occasion ; quand, au contraire, il boit poussé par la maladie, il s'isole de son entourage, se cache, emporte son vin dans sa chambre et en avale coup sur coup plusieurs verres, après avoir pris la précaution de se renfermer. Du reste, l'impulsion à boire est toujours précédée d'une phase dépressive.

La plupart, dans l'intervalle de leurs accès, sont rigoureusement sobres et quelques-uns ne peuvent, comme on l'a vu, sentir l'odeur des boissons alcooliques. Quand la honte et le repentir ne les poussent pas au suicide, ils font des efforts pour mener une vie régulière et espèrent chaque fois ne plus retomber. Leur conviction est des plus sincères, car ils la manifestent de toutes les façons. La dernière malade que nous verrons, écrivait avec son sang la promesse de ne plus boire. Cette autre déplorait son état en des termes trop pleins de repentir et empreints d'une trop grande sincérité pour ne pas être rappelés.

Pauline H..., domestique, est âgée de 52 ans. Son père avait des habitudes d'ivrognerie. Elle-même a commencé à se livrer à la boisson dès l'âge de 26 ans. Dans les premiers temps, elle ne s'abandonnait à ce vice qu'à de longs intervalles et sous l'influence d'impulsions passagères, puis elle restait des mois entiers sans commettre d'excès ; mais, peu à peu les accès se rapprochèrent et quoiqu'elle comprit très bien les conséquences déplorables de son intempérance et qu'elle s'en fit des reproches, elle finissait toujours par céder au besoin de boire ; toutefois, honteuse d'être vue, elle achetait en cachette de l'eau-de-vie qu'elle buvait solitairement dans sa chambre. Quand elle était surprise en état d'ivresse, sa confusion était si vive qu'elle quittait la maison où elle servait, et souvent même, n'osant plus se présenter, elle préférait abandonner tout ce qu'elle possédait.

(1) Voir les nos 4, 5, 6 et 8.

© BIU Santé

Elle finit par se trouver sans place et tomba dans la misère. N'ayant pas d'asile, elle prétend avoir volé un panier de fraises aux Halles dans l'intention expresse de se faire arrêter. Pour ce fait, elle subit deux mois de détention à St-Lazare. A sa sortie, se retrouvant dans la même situation et ne sachant que devenir, elle dit avoir volé une paire de souliers à un étalage, également pour se faire arrêter. Elle fut condamnée à un emprisonnement de six mois, qu'elle passa encore à St-Lazare. Elle affirme que, dans les deux cas, elle a agi de dessein prémédité et qu'elle savait ce qu'elle faisait ; néanmoins, il est possible après tout que ces deux actes n'aient été que le résultat d'une impulsion qu'elle n'a pas pu réprimer.

Pauline est entrée à Ste-Anne pour la première fois en 1873, à l'âge de 43 ans. Elle avait été arrêtée pour coups portés à des gardiens de la paix. Dans un accès de délire alcoolique, elle se figurait que ceux-ci lui faisaient des propositions déshonnêtes et la poursuivaient. A son arrivée dans le service, elle était sous l'empire d'hallucinations terrifiantes. Elle voyait des chats, des tigres, des serpents aux yeux flamboyants qui s'élançaient sur sur sa poitrine, des hiboux qui ne la quittaient pas du regard ; elle entendait aussi des injures : on la traitait de pétroleuse. Elle présentait en outre du tremblement des mains, de la céphalalgie et des crampes dans les membres, et elle était affectée de vomissements pituitaires. Après un séjour prolongé, elle put être rendue à la liberté.

En 1877, elle est conduite pour la seconde fois à Ste-Anne, dans un accès de délire alcoolique avec hallucinations très pénibles. Elle croit assister à des scènes de vol ; elle voit des assassins qui se précipitent sur ses frères, des maisons incendiées remplies de cadavres qui brûlent, des bêtes féroces qui veulent la dévorer. Envoyée à la Salpêtrière, elle y resta neuf mois.

Quinze jours après sa sortie, elle était ramenée à Ste-Anne pour la troisième fois. Après huit mois de traitement dans le service, elle sortit au commencement d'octobre 1878.

A peine libre, elle se sent entraînée encore une fois, malgré sa résolution très sincère de ne plus boire d'alcool et les promesses formelles qu'elle m'adressait dans une lettre que je fais passer sous vos yeux.

Dimanche, 2 heures.

Monsieur,.. Je suis si honteuse d'être ici pour un vice aussi honteux et aussi dégradant, que quand vous me faites appeler je ne trouve plus un mot à vous dire ; cependant, Monsieur, la bienveillance avec laquelle vous m'avez accueillie me fait un devoir de vous parler avec franchise. Vous m'avez demandé, Monsieur le Docteur, ce que je ferai en sortant de Sainte-Anne; j'ai bien réfléchi ; le monde pour moi maintenant n'a aucun attrait; ici, tous les jours, je vois un si grand dévouement pour les malades que moi aussi, je veux m'employer à leur soulagement, quand je devrais voir tous les hospices, n'importe quel emploi ; là, au moins, je serai à l'abri de toute rechute.

Ne croyez pas, Monsieur, que tout bon sentiment soit perdu en moi. Oh non, Monsieur ! je veux me retirer du précipice dans lequel je suis tombée et reprendre la bonne voie en résistant à cette malheureuse passion qui me prend *tout-à-coup*.

Je vous garderai, en souvenir de vos bons soins, d'abord une reconnaissance sans bornes et vous promets ensuite la fuite de ce vice ignoble et repoussant auquel je ne puis penser sans rougir, vice qui est cause que je me suis éloignée de ma famille et de toutes les personnes qui m'entouraient de leur affection et de leur estime. Oui, Monsieur, je veux revenir digne de ma famille et reprendre une vie que je n'aurais jamais dû quitter. Mais, je vous assure qu'il n'y a pas de ma faut:.

L'intérêt que vous portez à vos malades vous fait sans doute vous demander, Monsieur, quelles sont mes ressources ; les sœurs ont été assez bonnes pour m'occuper au repassage depuis quatre mois, j'aurai donc un petit pécule qui suffira à mes premiers besoins.

Recevez à l'avance, Monsieur le docteur, mes remerciements respectueux et reconnaissants. PAULINE H...

Sa sortie fut signée; mais, peu de jours après, elle va chercher de l'eau-de-vie et recommence son empoisonnement. Parfois, elle a des retours sur elle-même, elle s'adresse des injures et cherche de toute sa volonté à s'arracher à cette passion néfaste, mais elle résiste vainement. Elle est arrêtée à Notre-Dame-des-Victoires où elle était entrée, dit-elle, pour prier le ciel de la délivrer de ses funestes habitudes. Mais, depuis quelques jours déjà, elle voyait des animaux, des assassins ; elle entendait la voix du médecin qui lui disait partout : « Pauline, à Ste-Anne ».

A sa dernière entrée dans le service, elle avait encore un délire alcoolique avec hallucinations. Elle voyait St-Joseph malade et courait de tous les côtés pour lui chercher un médecin. Des bêtes noires la terrifiaient (1). Elle apercevait des chiens, des serpents, des reptiles portant de l'herbe dans la bouche. En même temps, elle entendait des voix menaçantes qui l'injuriaient et lui annonçaient la mort de ses parents. Ses mains étaient agitées d'un tremblement qui, incomplètement disparu, prédomine du côté gauche, la pituite l'incommode encore chaque matin.

Depuis quelque temps, le sommeil est revenu et la santé générale s'est améliorée. La malade s'occupe d'une façon régulière et pourra plus tard être rendue à la liberté. Elle promet comme toujours, de la façon la plus formelle, d'avoir dorénavant plus de force et de courage pour résister. Mais, sachant que ses impulsions sont indépendantes de sa volonté, nous ne serons pas surpris de la voir revenir.

État mental du dipsomane. — L'état mental de beaucoup de dipsomanes semble tel, dans l'intervalle des accès, qu'on les croirait à tout jamais guéris si l'on s'en tenait à un examen superficiel. Leur lucidité conduit volontiers à une appréciation erronée de l'état de leurs facultés. Cette apparence, nous l'avons dit, a pu faire considérer la dipsomanie, par quelques aliénistes des plus éminents, comme une sorte de délire partiel, une véritable monomanie. Mais, si l'on interroge avec soin toute la vie des dipsomanes, on s'aperçoit bientôt qu'il n'est pas nécessaire de créer pour eux une maladie spéciale, dont le caractère principal serait un entraînement irrésistible pour les boissons fermentées.

Il est toujours possible, grâce à l'observation attentive des faits pathologiques, grâce à l'étude de leur enchaînement, de leurs dépendances réciproques, de rattacher les tendances dépravées pour les boissons alcooliques à leur véritable cause génératrice. Cette cause n'est autre qu'une prédisposition héréditaire.

Les actes de toute la vie des dipsomanes ne sont-ils pas là pour démontrer que toujours ils se comportent et réagissent comme se comportent les individus mal équilibrés ? — Mais ils ne sont aliénés, dira-t-on, que quand leur accès les prend. — Erreur, car les dipsomanes présentent une foule d'autres penchants qui en font des êtres instinctifs ayant toutes sortes de mauvaises ten-

(1) Une autre fois déjà, son délire hallucinatoire s'était manifesté sous une forme analogue : Pendant qu'elle vivait au dehors, elle était venue à l'asile pour me supplier de me rendre avec elle près de St-Joseph, qu'elle avait aperçu vomissant dans son lit.

© BIU Santé

dances, dont l'objet varie, suivant l'éducation qu'ils ont reçue, le milieu dans lequel ils vivent et dont la nature essentiellement maladive n'est plus à démontrer. Ce sont des penchants au vol, au suicide, à l'homicide, à l'érotisme, etc., qui se produisent successivement ou simultanément chez ces prédisposés ; c'est peut-être le hasard seul qui décidera de la direction que prendra, sous l'influence d'une cause accidentelle, leur disposition maladive, mais aucun n'échappe à la loi commune et tous sont sujets à des impulsions de même nature, quoique de forme différente !

Presque tous, pour ne pas dire tous, comptent des aliénés dans leurs ascendants ; beaucoup, dès leur enfance, ont déjà présenté des particularités d'esprit ou de caractère qui les ont fait distinguer des autres enfants du même âge, élevés dans la même condition sociale ! Une buveuse d'éther qui venait à la consultation gratuite racontait, qu'étant en pension, elle avait fait deux tentatives de suicide, la première à 9 ans, parce qu'on l'avait punie injustement (précipitation par la fenêtre d'un premier étage) ; la seconde à 16 ans, parce qu'on l'avait séparée d'une de ses amies (avait bu une macération d'allumettes chimiques). Quand sa famille la contrariait, elle avait pour habitude de se planter des épingles sur le corps pour tâcher, disait-elle, de faire de la peine à ses parents qui craignaient toujours de la voir s'ouvrir les veines.

Le développement physique des dipsomanes présente aussi quelquefois, dans l'enfance, des particularités maladives à signaler : une apparence trop précoce ou au contraire une apparition trop tardive de l'intelligence ; certains phénomènes nerveux, convulsifs, choréiques ou autres, qu'on retrouve dans les observations citées par les différents auteurs.

Il n'est pas rare de constater aussi certaines manifestations hystériques, ce qui s'explique d'autant mieux que la dipsomanie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

On peut dire des dipsomanes que, s'ils ne délirent pas continuellement, ils tiennent constamment un pied dans le domaine de la folie, et, si la dipsomanie est une affection paroxystique, elle est bien plutôt rémittente que franchement intermittente. Sans doute, le sujet est tout à fait différent de lui-même suivant qu'on l'observe dans une période paroxystique ou une période de rémittence ; mais beaucoup, même dans leurs intervalles lucides, se conduisent en véritables aliénés. La plupart sont mal équilibrés, conservent un caractère fantasque, emporté, avec tendance à la tristesse ; ils se montrent exagérés en tout ; à peu d'exceptions près, ce sont des fous raisonnants, des héréditaires, des mélancoliques impulsifs. Pour s'en convaincre, il suffit de les interroger. La malade qui viendra dans un instant va nous en fournir la preuve ; vous verrez qu'il n'est pas possible d'imaginer une existence plus dramatique et plus bouleversée que celle de quelques-uns de ces malheureux.

La malade que je vous présente, Eugénie M..., femme B..., est une institutrice âgée de quarante-huit ans ; son père était ivrogne et s'enivrait surtout avec du vin blanc ; sa grand mère maternelle s'est noyée ; elle a deux frères en bonne santé. Sa première jeunesse se passa sans maladie et sans incidents dignes d'être rapportés.

En 1850, à l'âge de 20 ans, elle se sentit irrésistiblement attirée vers la vie religieuse, et, après maintes supplications, finit par obtenir de sa famille la permission d'entrer dans un couvent de Carmélites, où elle se livra avec ferveur à toutes les exigences rigoureuses de la vie monacale, se nourrissant mal, pratiquant le jeûne et l'abstinence, dormant peu et passant une partie de ses nuits à s'administrer la discipline. Sous l'influence de ce régime, son imagination, naturellement fantasque et attirée vers le merveilleux, lui fit espérer et entrevoir la céleste béatitude qui serait un jour la récompense d'un si beau zèle ; mais, elle s'en crut d'abord indigne et redoubla de ferveur pour devenir enfin un sujet que la Supérieure donnait en modèle aux autres religieuses qui s'exerçaient à l'imiter.

Un jour, pendant une prière, elle eut une première hallucination : il lui semblait voir au milieu de la nuit des anges pénétrer dans sa cellule pour l'encourager. Cette contemplation ne tarda pas à la faire tomber en une extase qui dura plusieurs heures, car ses compagnes la trouvèrent encore en cet état le lendemain matin.

Au milieu des anges, Eugénie raconte qu'elle vit bientôt apparaître l'image d'une autre religieuse dont l'extrême douceur du regard lui produisait une indéfinissable impression. Peu à peu, les têtes d'anges disparurent de la vision et l'extase se produisait devant les seuls traits de cette compagne du couvent.

Dire qu'à partir de ce jour les deux femmes se recherchèrent, serait superflu. Il s'en suivit en peu de temps une étroite affection « qu'elles se communiquèrent par les yeux », car elles n'osaient se parler et passaient des journées entières à se regarder.

Mais cette affection ne resta pas dans les bornes étroites du mysticisme qui l'avait vu naître. Sans vouloir insister sur plus de détails et rapporter toutes les phases successives traversées par la passion de ces deux femmes, j'ajouterai seulement qu'elles se firent à la dérobée leurs confidences ; que les peines et les espérances de l'une devinrent les peines et les espérances de l'autre. Après ces provocations mystiques, Eugénie et l'autre carmélite s'abandonnèrent à de mutuelles caresses, et, à partir de ce jour, se livrèrent à l'onanisme.

Trente ans se sont écoulés depuis et cependant, encore aujourd'hui, Eugénie, qui ne s'est décidée qu'à son dernier passage dans le service à nous avouer cette partie de son histoire, éprouve, quand elle la raconte « des choses, qui, suivant son expression, la mettent hors d'elle-même. » — « C'est un remords mêlé de honte qui lui cause un certain plaisir. » « Vous ne sauriez croire, nous disait-elle un jour, combien il est pénible d'avoir à se reprocher le souvenir le plus agréable de sa vie ».

A la suite de ces pratiques, elle crut avoir trouvé définitivement sa voie et s'enfuit un jour du couvent dans l'espoir de rencontrer un mari. Mais tout ne marcha pas au gré de ses désirs : l'homme qu'elle avait rêvé se fit attendre et bientôt elle regretta la vie qu'elle venait de quitter. Peu après, elle manifesta des scrupules au sujet de ses vœux rompus ; ses regrets se changèrent en remords ; elle se reprocha amèrement la mauvaise inspiration qui l'avait poussée à s'enfuir du couvent et tomba dans le désespoir. Il fut vers cette époque question d'un mariage qui se rompit ; ne pouvant surmonter le chagrin qu'elle en éprouva, elle s'enferma dans sa chambre et chercha à s'asphyxier à l'aide du charbon. On arriva assez à temps pour ouvrir les fenêtres et pour la rappeler à la vie. Malgré cette tentative, elle trouva à se marier, mais ne rencontra pas dans le mariage tout le bonheur qu'elle en espérait. En 1858, ayant éprouvé de nouvelles contrariétés, elle commença à boire, espérant oublier ainsi ses chagrins domestiques. Elle in-

© BIU Santé

voque comme excuse la conduite de son mari qui, l'ayant emmenée en Espagne, où l'appelaient ses affaires, l'aurait délaissée pour prendre une maîtresse. A cette époque déjà, il lui suffisait d'une très petite quantité de vin pour s'enivrer : deux ou trois verres « la mettaient hors d'elle-même. » Et alors, s'excitant peu à peu, elle injuriait son entourage, cherchait à faire du scandale et frappait son mari; il lui arriva même de le frapper brutalement au milieu d'un grand repas où assistaient plusieurs personnes.

Eugénie se rend très bien compte de son état, et on remarque que déjà, alors, elle se sentait quelquefois poussée à boire par un irrésistible besoin, mais qu'il s'écoulait fréquemment plusieurs jours sans qu'elle en éprouvât le moindre désir. Dans les moments de répit, il lui semblait même que ce besoin ne se ferait plus jamais sentir, et cependant, malgré les plus fermes résolutions, elle ne tardait pas à céder de nouveau à ses impulsions. Au début de l'accès elle était triste, découragée, irritable, se sentait prise d'un grand anéantissement, puis la tête devenait douloureuse, son estomac lui donnait la sensation d'un resserrement. Elle étouffait. Tout lui faisait mal. C'est alors qu'il lui fallait se remonter, et, qu'oublieuse du scandale auquel ses accès donnaient lieu, quels que fussent les moyens employés pour se dégoûter, elle se remettait à boire « pour se donner du courage ». Toute boisson alcoolique lui était bonne : vins, eau-de-vie, absinthe, vulnéraire, eau de Cologne même, peu lui importait. A plusieurs reprises, il lui arriva de mettre des substances malpropres et insalubres dans ce qu'elle se sentait poussée à boire, telles que matières fécales et pétrole : rien ne l'arrêtait. Sous l'influence d'excès répétés, les impulsions au suicide ne tardèrent pas à s'exagérer et elle chercha plusieurs fois à se détruire. Plus tard, vinrent des idées de meurtre : elle voulut tantôt étrangler son mari, tantôt le frapper à coups de couteau. Parfois même, comme elle l'a avoué depuis, il lui vint à l'idée de tuer des personnes contre lesquelles elle n'avait en réalité aucune haine. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Étranglement de l'intestin grêle à travers une déchirure du mésentère, à son insertion antérieure, compliqué de torsion (volvulus) et de rétrécissement (1) ;

Par M. Émile **LÉVÊQUE**, interne de l'hôpital de St-Germain-en-Laye.

Le nommé F... (Hermann), 19 ans, boulanger, est admis, le 21 juillet 1883, à l'hôpital de Saint-Germain, salle Saint-Eloi, n° 15. (Service de M. Le Piez, puis de M. Salet à partir du 1er août.)

Ce jeune homme, qui est garçon boulanger depuis l'âge de 15 ans environ, a toujours eu une bonne nourriture, n'a fait aucun écart de régime, jamais d'excès alcooliques ou autres. Aucun antécédent morbide, ni héréditaire, ni personnel ; cependant, à l'âge de 14 ans, il eut un embarras gastrique fébrile, qui céda en trois jours aux purgatifs. Depuis lors, il a toujours été bien portant. Toutefois, depuis un an, il avait une tendance très grande à la constipation et s'en plaignait quelquefois; il n'allait ordinairement à la garde-robe que tous les trois jours. Sa santé n'en était nullement altérée, lorsque, le 19 juillet 1883, sans cause appréciable, il fut subitement pris de coliques violentes, siégeant surtout au niveau de l'ombilic. Néanmoins, il put encore, ce jour-là, se livrer à ses occupations habituelles; mais, dans la soirée, le mal s'accrut et des vomissements bilieux survinrent.

Le lendemain, 20 *juillet*, mêmes symptômes, absence de garde-robes, impossibilité de travailler. Le 21, le malade, en proie à des douleurs abdominales croissantes, se rend à pied à l'hôpital. Comme il n'avait pas eu de selles depuis trois jours, des lavements furent administrés, mais sans succès.

Etat actuel, 22 *juillet*. Jeune homme de taille moyenne, sans embonpoint; pâleur des téguments, qui, de même que les conjonctives, n'ont pas trace d'ictère; un peu d'abattement. Décubitus dorsal; il peut se lever et marcher assez facilement. La chaleur de la peau est normale; le pouls petit, régulier, non précipité. Langue humide, couverte d'un léger enduit blanchâtre; anorexie absolue, soif plutôt exagérée. Les vomissements verdâtres ont continué la nuit dernière; ils sont assez fréquents et deviennent alimentaires quand le malade a pris quelque nourriture.

L'abdomen est modérément ballonné; il est le siège de douleurs vives, quoique supportables, intermittentes, ramenées par la pression. L'exploration au travers de ses parois est difficile et ne fait rien découvrir de particulier. Pas de hernie. Aucune émission de gaz par l'anus, aucune garde-robe depuis quatre jours. Le toucher rectal n'apprend rien d'anormal. Rien du côté des autres organes. Urines normales. Traitement : Glace à l'intérieur, potion de Rivière, applications de vessies pleines de glace sur le ventre, lavements purgatifs, bouillon et lait glacés.

23 *juillet*. Les douleurs sont un peu moins vives; les vomissements moins fréquents.

24 *juillet*. L'amélioration ne se maintient pas; le ventre est un peu plus distendu. Les douleurs et les vomissements reprennent leur fréquence. Quelques éructations apparaissent. Les lavements sont rendus à peine brunâtres et sans matières fécales.

25 *juillet* et jours suivants. Même état; toutefois, le faciès s'altère de plus en plus, les douleurs augmentent d'intensité et le ballonnement s'accroît. A deux ou trois doigts au-dessus de l'ombilic, se voient deux saillies bien circonscrites, légèrement bosselées, peu élastiques, du volume d'une olive un peu aplatie et allongée dans le sens vertical; elles sont irréductibles et ne disparaissent pas par la pression. On pense qu'il s'agit là de paquets adipeux sous-cutanés; cependant, à la rigueur, il pourrait exister un pincement de l'épiploon engagé à travers un orifice de la ligne blanche. Cette dernière hypothèse, peu vraisemblable, mérite toutefois quelque attention, vu l'imminence de la mort et l'impuissance de la thérapeutique. Ces tumeurs adipeuses seront mises à nu si l'aggravation continue.

1er *août*. Les douleurs paraissent devenir continues et paroxystiques, surtout au niveau et au-dessus de l'ombilic; la pression les exaspère. Dans l'intervalle des crises, le malade tombe dans un léger assoupissement de peu de durée, le ventre a pris un développement excessif; la région susombilicale, fortement distendue, est le siège d'un tympanisme très prononcé; elle fait une saillie nettement limitée latéralement et en haut par les fausses côtes et le sternum, qui semblent l'étreindre, se continuant insensiblement en bas avec le reste de l'abdomen. Ces signes sont loin d'être aussi marqués au-dessous de l'ombilic, principalement à la région hypogastrique. La paroi abdominale offre une résistance et une dureté qui rendent impossible l'examen des parties profondes. Les vomissements ne sont plus verdâtres, mais fécaloïdes, formés d'un liquide jaunâtre tenant en suspension des grumeaux de même couleur; odeur fécale caractéristique. Constipation absolue. Eructations assez rares, pas de hoquet, peu de dyspnée, aucune altération de la voix. Les autres symptômes persistent. Continuation du traitement précité. Bien que les lavements froids ne fournissent aucune évacuation, ils procurent néanmoins du soulagement; aussi, le malade les réclame-t-il avec instance. Il en est de même de la glace *intus et extra*.

(1) Note communiquée à la Société anatomique, 1883.

© BIU Santé

2 *août*. Même état.

3 *août*. Aucune modification notable des symptômes. La soif devient plus vive ; mais chaque fois que le malade veut la satisfaire, ses douleurs épigastriques redoublent de violence. Pendant ces crises, le patient se tord sur son lit; les muscles de la face se contractent et lui donnent l'expression de la souffrance la plus cruelle. Néanmoins, il ne pousse que de rares gémissements, et, pour mettre fin à cet accès, il se hâte de provoquer le rejet des liquides ingérés en titillant le fond de sa gorge au moyen de ses doigts. Le vomissement ne tarde pas à suivre, procurant une amélioration notable, mais très passagère. D'ailleurs, ces vomissements, toujours fécaloïdes, se renouvellent spontanément toutes les cinq minutes environ. La température, jugée à la main, paraît normale. L'intelligence reste saine. Les traits sont tirés, les yeux un peu enfoncés, les lèvres et les joues très pâles. Abattement considérable. Le pouls est plus fréquent et plus faible.

En présence d'un état aussi grave, on croit prudent de se borner à mettre simplement à nu les tumeurs adipeuses déjà signalées au-dessus de l'ombilic. On constate alors que ce sont bien des hernies graisseuses de la ligne blanche, n'ayant aucun rapport avec l'épiploon. On ne songe à la laparotomie que pour l'écarter, à cause de sa gravité, surtout sur un sujet dont les parois abdominales, non dépressibles, ont toujours rendu la palpation impuissante à découvrir le siège de l'étranglement.

4 *août*. Aucune amélioration. T., matin, 36°,7; pouls, 98. T., soir, 37°,4; pouls, 112. Les urines, acides, pèsent 1010, ont conservé leur quantité à peu près normale et ne contiennent ni albumine ni sucre.

5 *août*. Malgré l'évacuation d'un peu de liquide jaunâtre, l'état du malade ne s'amende pas, la prostration augmente. T., matin, 36°,8.

6 *août*, au matin, mort, après dix-huit jours de maladie.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Rigidité cadavérique conservée. *Cavité abdominale* : Le péritoine, à son ouverture, ne laisse écouler ni sérosité, ni pus. Ses deux feuillets sont indemnes, sauf en deux points. Le *premier*, qui frappe immédiatement la vue, présente une bride fibreuse partant du voisinage de l'ombilic et allant s'insérer à deux anses d'intestin grêle contiguës et adhérentes entre elles, ainsi qu'au mésentère correspondant. Cette bride, très solide, n'exerce pas une pression notable sur les anses intestinales; celles-ci, immobilisées à ce niveau, ne sont pas fléchies d'une façon bien prononcée; les liquides et les gaz y circulent facilement.

L'intestin grêle semble envahir tout l'abdomen; ses anses sont fort distendues, finement injectées en quelques places, mais sans autre adhérence avec le péritoine pariétal, ni entre elles en apparence. Détachant avec soin le duodénum et le jéjunum, on arrive vers le cinquième inférieur de l'intestin grêle, sur une portion plus distendue, plus rénitente, vascularisée par plaques. Cette portion se trouve située au-dessous et un peu à droite de l'ombilic. C'est là que se trouve la *seconde* altération du péritoine, la lésion la plus importante. Là, en effet, se voit une anse de l'iléon faisant hernie à travers une déchirure du mésentère. Celui-ci est nettement détaché au niveau de son insertion à l'intestin, sur lequel on en voit encore la trace. Ce vestige de l'insertion viscérale est longitudinal, presque linéaire, et se continue sans interruption avec l'insertion normale du mésentère voisin non détaché. Le mésentère, ainsi séparé sur une longueur de 6 centimètres, disparaît en arrière au milieu d'adhérences nombreuses qui l'unissent aux anses citées en premier. La portion d'intestin, isolée de son mésentère sur une même longueur, forme en avant les deux tiers environ d'un anneau, dont l'autre tiers est constitué en arrière par le mésentère détaché et ratatiné. Cet anneau exerce une constriction assez énergique sur la partie inférieure de l'iléon qui passe en son milieu, un peu avant de se jeter dans le cœcum.

Cette même portion, privée de mésentère, est tordue sur son axe (volvulus) ; la torsion se fait brusquement en un point très limité, sur une étendue d'un centimètre à peine, à l'une des extrémités de la déchirure, celle qui avoisine le bout supérieur de l'intestin. Là, cette partie tordue est fixée dans cette position par des adhérences solides. A ce niveau, l'intestin est le siège d'un rétrécissement extrêmement prononcé, puisqu'il est imperméable aux gaz, aux liquides et au stylet explorateur. Il paraît en ce point comme oblitéré; il est très friable ; de faibles tractions ont suffi pour y déterminer une légère déchirure. A la suite, il est simplement rétréci, sans torsion, sur une étendue de 5 centimètres.

Cette partie rétrécie, qui forme le segment antérieur de l'anneau constricteur, est de la grosseur d'une plume à écrire, et se continue en bas avec le bout supérieur de l'intestin, qui se dirige à ce niveau obliquement de bas en haut, et qui, un peu auparavant, reçoit les premières adhérences mentionnées.

Elle se continue en haut avec l'anse herniée, laquelle, décrivant un cercle presque complet, long de 73 centimètres, passe bientôt dans l'anneau entéro-mésentérique déjà décrit qui l'étrangle. Cet anneau franchi, l'intestin se jette, trois centimètres plus loin, dans le cœcum. L'intestin porte l'empreinte de l'anneau qui le serre assez étroitement pour empêcher le passage des liquides et des gaz; cependant, la sonde cannelée, introduite avec soin, peut le traverser. Les bords de la déchirure ne sont pas durs et lisses ; ils sont au contraire très souples et semblent formés par un traumatisme récent. On peut aussi passer le stylet entre l'anneau et son contenu dans toute son étendue, en avant seulement, jusqu'aux deux extrémités de la déchirure. En ces points, les anses sont fixées par des adhérences, de sorte qu'il est impossible de les détordre.

L'estomac, quoique ballonné, est petit. Toute la partie de l'intestin située au-dessus du rétrécissement est fort distendue ; l'anse herniée a conservé à peu près son calibre normal. Il en est de même du cœcum et du côlon ascendant; le calibre du côlon transverse diminue rapidement et le reste du gros intestin est affaissé et presque vide. L'intestin, ouvert dans le voisinage de l'étranglement, présente une muqueuse congestionnée, un peu épaissie au-dessus de la lésion. Elle est saine, au contraire, dans le bout inférieur. On trouve : dans le bout supérieur et dans l'estomac, des gaz en grande quantité et des matières demi-liquides, jaunâtres et d'odeur infecte; dans le bout inférieur, très peu de liquide, le contenu est presque exclusivement gazeux.

Reins notablement injectés à la coupe. *Poumons* congestionnés aux bases. *Cœur* et péricarde normaux : dans le ventricule droit, un seul caillot blanchâtre, fibrineux ; dans le gauche, on ne trouve pas de caillots, mais du sang liquide et noirâtre formant une sorte de bouillie autour des colonnes charnues.

Réflexions. — Cette observation paraît intéressante à cause de la rareté des lésions trouvées à l'autopsie. Tout d'abord, la hernie de l'intestin à travers la déchirure du mésentère est loin de ressembler à celles qui sont ordinairement décrites. Dans ces dernières, l'anneau renferme les deux bouts de l'anse herniée; dans celle-là, un seul bout est contenu et étranglé dans l'anneau, l'autre se continue avec l'anneau lui-même dont il forme une partie.

Cette disposition amène une torsion de l'intestin dépourvu de mésentère et servant d'anneau. D'où, rétrécissement. Ce genre tout spécial de hernie, son étranglement, le volvulus et le rétrécissement combinés, forment un enchevêtrement compliqué, qui ne paraît mentionné par aucun auteur, et dont il est cependant facile de bien comprendre le mécanisme et le mode de formation, quand on a la pièce entre les mains et qu'on a répété l'expérience sur le cadavre (voir la pièce au Musée Dupuytren).

Quant à la cause de ces désordres, on ne peut faire que des hypothèses. La déchirure du mésentère, qui est récente et évidemment la première en date de ces lésions, n'étant pas due à un choc extérieur, a pu être déterminée par les

© BIU Santé

efforts de la défécation chez un sujet habituellement constipé, ou par les efforts continuels de sa profession (boulanger). Cette première lésion, favorisée par les mêmes circonstances, explique suffisamment les autres altérations.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'actinomycose (1).

Nous ne croyons pas utile de décrire ici les *symptômes* observés chez les animaux autres que l'homme. Chez celui-ci, ils diffèrent selon le siège primitif de la maladie et les organes atteints secondairement, selon l'abondance des parasites, leur développement ; aussi, l'affection peut-elle revêtir des formes cliniques tout à fait différentes. La chronicité est le seul caractère commun à presque tous les cas connus jusqu'ici (2). On peut cependant distinguer deux formes d'actinomycose : l'une *bénigne* et l'autre *grave*. Dans la première, on observe d'ordinaire, à l'origine, une tuméfaction siégeant à l'angle du maxillaire inférieur ; cette tuméfaction gagne de proche en proche les parties environnantes, envahit la région cervicale et s'étend jusqu'aux fosses sus et sous-claviculaires ; la peau finit par s'ulcérer en laissant échapper un liquide trouble, purulent ou sanguinolent qui contient des grains jaunes d'actinomycètes ; il s'ensuit des trajets fistuleux. L'état général est assez satisfaisant ; la fièvre fait défaut.

En résumé, la forme bénigne se caractérise généralement par des abcès à évolution lente, peu douloureux, accompagnés d'un épaississement inflammatoire du tissu sous-cutané, d'une rougeur modérée sans œdème inflammatoire ; le pus est ordinairement peu abondant.

Dans la forme *grave*, le début peut être le même que dans la précédente, mais il s'y ajoute souvent des symptômes d'inflammation pleurale ou pulmonaire, suivis d'abcès qui s'ouvrent extérieurement par des trajets fistuleux irréguliers ; on observe souvent dans ces cas la carie des côtes, des vertèbres, etc. ; des abcès du psoas, etc. Mais, plus fréquemment, l'actinomycose débute sous forme d'affection pulmonaire ou pleurale, difficile à diagnostiquer à l'origine à cause des symptômes communs à d'autres maladies ; toutefois, il est rare que la similitude symptomatique soit absolument complète. La marche est presque toujours lente et torpide. La fièvre, si elle existe, revêt souvent le caractère de la fièvre hectique.

Il est à noter que le pus qui s'écoule après l'ouverture spontanée ou chirurgicale des abcès est généralement peu abondant ; qu'il est séro-purulent, et seulement par exception purulent.

Le tableau ci-dessous donnera, mieux qu'une description, une idée de la diversité des symptômes et des lésions produits par l'actinomycose chez l'homme.

Liste des cas d'actinomycose observés chez l'homme.

I. V. Langenbert (3).	1845.	Phlegmon prévertébral. — Mort.
II. Israël (4)	Sept. 1878.	Affection pulmonaire du lobe gauche suivie de métastases. Pyémie chronique. — Mort.
III. Israël (2)	—	Tuméfaction du maxillaire inférieur avec propagation au cou. — Guérison.
IV. Israël (3)	—	Abcès dentaire. — Guérison.
V. Ponfick (4).	Avril 1879.	Homme de 45 ans, forgeron. Phlegmon prévertébral à la suite d'inflammation de la paroi thoracique gauche. — Mort.
VI. Israël (5)	Déc. 1879.	Péripleurésie avec fusées et métastases. — Mort.
VII. Ponfick (6).	Mars 1880.	Homme, 61 ans. Abcès des fosses iliaques ; phlegmon prévertébral, etc. — Mort.
VIII. Ponfick.	—	Femme, 45 ans. Plaie du pouce suivie de tuméfaction du bras ; abcès cervicaux ; généralisation au cœur, poumon, rate, cerveau. — Mort.
IX. Ponfick	—	Homme, 45 ans, barbier. Abcès au niveau de l'angle du maxillaire inférieur développé à la suite de l'extraction d'une dent molaire ; propagation au cou, à la nuque, aux vertèbres cervicales, à l'occipital, au sphénoïde, aux méninges, au cerveau, etc. ; dégénérescence amyloïde ; mort par épuisement. — Mort.
X. Rosenbach (7) . .	Avril 1880.	Homme, ouvrier, 58 ans. Abcès s'étendant de l'angle du maxillaire inférieur pour remonter le long de la branche montante avec propagation vers le cou. — Guérison.
XI. Rosenbach	—	Homme, meunier, 58 ans. Abcès sous-mentonnier. — Guérison.
XII. Rosenbach	—	Homme, ouvrier, 39 ans. Abcès cervical remontant jusqu'à l'angle de la mâchoire — Guérison.
XIII. Rosenbach	—	Femme, 62 ans. Abcès de la joue et de l'angle de la mâchoire. — Guérison.
XIV. Partsch (8)	Fév. 1881.	(Nous n'avons pas pu nous procurer cette observation). — Guérison.
XV. Partsch	—	—
XVI. Ponfick (9)	Mai 1881.	Homme, forgeron. Début de la maladie par un point de côté (à gauche), vomissement et expectoration ; Guérison apparente. — Symptômes d'une affection pulmonaire, Anasarque. Abcès au niveau de la 11e côte.

(1) Voir le n° 7.

(2) Aussi, M. Neisser classe-t-il l'actinomycose parmi les maladies infectieuses chroniques (V. *Ziemssen's Handbuch-Haut-Krankheit*, I. Hallte, p. 716, 1883.)

(3) *Virchow's Archiv.* Bd. LXXIV, p. 50.

(4) *Virchow's Archiv.* Bd. LXXIV, p. 15.

(2) *Virchow's Archiv.* Bd. LXXIV, p. 36.

(3) *Virchow's Archiv.* Bd. p. 41.

(4) *Berlin. Klin. Woch.*, 1879, p. 347. — *Breslauer ärztl. Zeitschrift*, 1879, p. 117.

(5) J. Israël. — *Virchow's Archiv.* Bd. LXXVIII, H. 3, 1879, p. 421 et *loc. cit.*, p. 7.

(6) Ponfick. — *Berl. Klin. Woch.*, 1880, p. 660 ; *Bresl. ärztl. Zeitsch*, 1880, p. 151 ; *Allg. Wiener med. Zeitung*, p. 431 et *loc. cit.*, p. p. 14, 16, 23.

(7) Rosenbach. — *Zur Kenntniss der Strahlenpilzer krankungen beim Menschen* In *Centrabl.f.Chirurgie*, 1880, n° 15,19 avril, p. 225-228.

(8) Partsch. — *Bresl. ärztl. Zeitschrift* ; 1881, p. 78.

(9) Ponfick. — *Loc. cit.*, p. 31.

© BIU Santé

			Marche presque apyrétique. — Mort.
XVII.	Weigert (1) (cas commun. par le prof. Thiersch)..	Mai 1881.	Homme, 35 ans. Carie des 3e et 4e côtes. Pleurésie et péripleurésie droite avec propagation au diaphragme et au foie. Abcès du foie. Péricardite. Dégénérescence amyloïde de la rate et des reins. — Mort.
XVIII.	Mossdorf et Birch-Hirschfeld (2).	Janv. 1882.	Homme, 21 ans. Toux, fièvre, dyspnée, amaigrissement. Développement d'un exsudat pleurétique à droite. Abcès multiples du dos (pus épais). Rupture de l'exsudat dans les branches suivie de mort rapide. Gangrène pulmonaire. Communication de la cavité pleurale droite avec les trajets fistuleux dorsaux. Actinomycose du rein droit. — Mort.
XIX.	Canali (3).	1883.	Fille de 15 ans. Bronchite chronique fétide et purulente datant de 8 ans ; accès fébriles intermittents sans altération de la nutrition générale. — En observation.
XX.	Majocchi (4)	—	Femme, 26 ans. Tumeur furonculiforme au niveau de l'apophyse mastoïde gauche. (T. 40°,5). — Mort au 6e jour.
XXI.	Reymond et Perroncito (5) . . .	—	Actinomycose des canaux lacrymaux chez des individus atteints d'ophtalmie. — Mort. — (Citation empruntée au travail cité. Nous n'avons pu nous procurer de plus amples détails).
XXII.	J. Israël (6) . . .	—	Actinomycose primitive pulmonaire avec propagation au tissu conjonctif péripleural et à la musculation du dos. —
XXIII.	A. Zemann (7) . .	—	Femme, 30 ans (service de Billroth). Paramétrite et péritonite chroniques ; fistules vésicale et rectale. Marasme. Dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins.
XXIV.	A. Zemann (7) . .	—	Homme, 18 ans (service Schopf). Actinomycose pulmonaire et du foie. Abcès s'étendant du foie à l'extrémité inférieure du rein droit. Perforation de l'iléum communiquant avec une fistule de la paroi abdominale. — Mort.
XXV.	A. Zemann (1) . .	—	Homme, 23 ans (service d'Albert). Diagnostic : abcès périty phlitique. Diagnostic post mortem : actinomycose de l'iléum avec perforation et abcès péritonéal. — Mort.
XXVI.	A. Zemann (1) . .	—	Femme, 40 ans (service de Drasche). Salpyngite droite avec abcès métastatiques du foie, des poumons et du cerveau. — Mort.
XXVII.	A. Zemann (1) . .	—	Femme, 50 ans (service de Schrotter). Actinomycose du péritoine, du foie, de l'intestin grêle et de l'ovaire gauche. — Mort.
XXVIII.	Knight Treves (2).	Janv. 1884.	Homme, 45 ans, briquetier. Abcès (considérés d'abord comme scrofuleux) de l'angle de la mâchoire avec propagation au cou et à la partie antérieure du thorax (écoulement séro-purulent à odeur acide) ; propagation ultérieure à l'autre côté du cou et à l'aisselle.

On voit, d'après ce tableau (3), qu'environ la moitié des cas publiés ont été suivis de mort. On doit, toutefois, considérer que les cas légers doivent être beaucoup plus fréquents qu'ils ne le semblent; ce qui tient encore à ce que l'actinomycose est une affection ignorée de la plupart des médecins. On est aussi frappé en parcourant ce tableau de la fréquence, au début et dans la forme aiguë, des symptômes de pleurésie ou de pleuropneumonie (surtout à gauche). Tel est le cas de la malade dont nous reproduisons plus loin (p. 181) l'observation (la 6e du tableau), afin de donner à nos lecteurs une idée aussi complète que possible de l'actinomycose.

On remarquera encore sur le tableau que l'âge et le sexe ne paraissent jouer aucun rôle sur le développement de la maladie.

Le *diagnostic* ressort clairement de ce que nous avons dit précédemment, mais il est souvent difficile au début de la maladie ; le médecin, mis en éveil par le siège de l'affection, sa marche lente, etc., la difficulté d'asseoir un diagnostic précis et certain en raison des anomalies qui se présentent, ne tardera pas à recourir à l'examen microscopique, qui seul peut lui permettre de reconnaître avec certitude la présence des actinomycètes, et de ce fait lui faire éliminer les différentes affections avec lesquelles l'actinomycose pourrait être confondue (scrofule, gommes syphilitiques, pyémie, tuberculose, pneumonie, pleurésie, etc.) (4).

(1) Weigert. — *Zur Technik der mikroskopischen Bacterien-Untertuchungen.* (*Wirchow's Archiv*, Bd. LXXXIV, H. 2, 1881, p. 303.)

(2) Mossdorf et Birch-Hirschfeld. — *Ein Fall von tödlich verlaufener Aktinomykose beim Menschen. C. Jahresb. d. Ges. f. Natur-und Heibk. in Dresden*, 1882, p. 80, d'après l'analyse de C. Friedländer, in *Centralbl. f. die med. Wissensch ;* 1882, n° 51, 23 décembre 1882.

(3) Canali. — *Loc. cit.*

(4) Majocchi. — *Gazzetta degli ospitali*, n° 66. — Citation de Perroncito et *Lo sperimentale, loc. cit.*, p. 293.

(5) Reymond et Perroncito. — *R. Accad. di medicina di Torino*, séance du 20 juillet 1883.

(6) J. Israël. — Cas signalé dans le travail déjà cité : *Erfolgreiche Ubertragung d. Act. d. Menschen auf d. Kaninchen.*

(7) A. Zemann, assist. d'anat. path. — *Uber die Aktinomykose des Bauchfelles u. der Bauch ein geweinde beim menschen.* (*Med. Jahrbücher*, 1883, III, IV, H. Wien, p. 477-495.)

(1) *Loco citato.*

(2) W. Knight Treves. — *On a case of actinomycosis*, avec une figure. (*The Lancet*, Londres, 19 janv. 1884.).

(3) Ce tableau a été dressé en partie avec celui de Ponfick (*loc. cit.*), en partie avec des cas nouveaux.

(4) Il n'est pas douteux que la maladie ne soit assez fréquente, malgré les rares observations publiées à ce jour.

© BIU Santé

Le *pronostic* varie selon le siège de la maladie ; il paraît assez favorable si celle-ci est limitée au visage et au cou, grave au contraire si les organes thoraciques ou abdominaux sont le siège primitif de l'affection. L'existence de métastases le rend complètement fatal. En tout cas, il doit toujours être réservé tant que le malade n'a été l'objet que d'une observation peu prolongée. D'une façon générale, on peut dire que le pronostic est favorable si le processus morbide est limité aux parties extérieures et superficielles, grave s'il atteint les organes internes, poumons, etc.

Le *traitement* consiste dans l'ouverture et le drainage des abcès, sous le pansement de Lister ; ainsi que dans l'enlèvement des fongosités parasitaires par le curage des parois ; celui-ci doit être complet, suivi même de cautérisations si l'on veut obtenir un résultat favorable. — Dans les formes graves, le traitement est simplement palliatif (1).

La prophylaxie de la maladie est encore mal établie ; toutefois, il est indiqué d'entretenir la bouche dans un grand état de propreté, surtout dans les cas de caries dentaires, etc. ; de faire opérer l'extraction des dents malades, et même de procéder en cas de besoin à l'ablation des amygdales. Les observations publiées jusqu'à ce jour ne permettent pas d'établir une relation certaine entre les conditions dans lesquelles se trouvent placés les individus par leur profession, et l'actinomycose (2).

P. Bricon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 février 1884. — Présidence de M. Duval.

M. Mégnin présente un *calcul salivaire* colossal, qui a été extrait du canal de Sténon d'un cheval. Ce calcul, ovoïde et du volume d'un œuf de dinde, pesait frais 290 grammes ; il était mobile dans le conduit salivaire extraordinairement dilaté et avait donné lieu à une tumeur énorme, ulcérée, et à une fistule d'où s'écoulait un liquide infect. L'opération d'extraction a été suivie d'une rapide guérison, bien qu'elle ait nécessité la ligature de l'artère. Ce calcul a pour centre un fétu de paille, qui s'était introduit dans le canal parotidien et autour duquel se sont précipités les sels de la salive, par couches stratifiées et concentriques. L'analyse, faite par M. le Dr Galippe, a montré que ce calcul est composé en majeure partie de carbonate de chaux, d'un peu de phosphates et de petites quantités de matières organiques et de matières grasses.

M. Malassez, au nom de MM. Nicati et Roviolis, dépose sur le Bureau une note intitulée : *Contribution à l'étude de la migraine*. Dans cette note, les auteurs passent en revue les diverses variétés de migraines et les troubles de la sensibilité qui les caractérisent. D'une manière générale, ils concluent que toutes les fonctions cérébrales peuvent participer aux accès de migraine.

M. Magnan fait une communication des plus intéressantes relative à certaines nouvelles *variétés de délire* chez les fous héréditaires. Depuis quelques années, un sentiment respectable, mais un peu exagéré, celui de la sollicitude pour les animaux, a contribué à faire fonder de nombreuses Sociétés protectrices pour les animaux. Dans ces milieux zoophiles, où l'on oublie trop les désidérata de notre état social, on s'occupe surtout de la création de refuges, d'asiles, de caisses de retraite pour les animaux vieux et infirmes. C'est là que certains dégénérés trouvent une thèse toute faite pour accomplir des actes bizarres et insolites, un champ grand ouvert pour se livrer à une nouvelle variété de délire qu'on pourrait appeler la *folie des antivivisectionnistes*. M. Magnan se garde bien toutefois de vouloir en faire une folie nouvelle, une monomanie, — car le règne de ces dernières a vécu —; il se hâte de dire que ce n'est qu'un syndrome épisodique de la folie héréditaire.

A côté de ces antivisectionnistes, on pourrait placer certains *végétariens* d'une espèce particulière et qui se nourrissent de végétaux, non point par mesure d'hygiène, mais pour empêcher l'abattage des animaux dits de boucherie. L'exemple qui suit fera comprendre cette nouvelle variété de délire. Mlle X.... est âgée de 37 ans ; sa grand'mère est morte à Charenton et sa mère est à la troisième période du délire de persécution. Cette demoiselle, qui est sous le coup d'une hérédité convergente, a toujours été très scrupuleuse et excessivement impressionnable. Un mariage rompu a été pour elle le point de départ d'idées maladives : elle pleure et s'attend à recevoir à chaque instant la nouvelle de la mort de son fiancé ; elle manifeste des craintes ridicules si elle aperçoit une arraignée, ou si l'on renverse à table une salière. Ces phénomènes morbides se sont accentués peu à peu ; alors sont survenues des hallucinations et des idées de persécution.

Il y a 6 à 7 mois, un délire tout particulier s'est manifesté chez cette femme : elle déclara à ses parents qu'elle ne voulait plus manger de viande ; puis elle recueillit chez elle les chats et les chiens errants. Tous les matins, elle partait avec un panier de provisions à son bras et elle les distribuait aux chiens qu'elle rencontrait. Elle se rendait ensuite dans les abattoirs et suppliait les garçons bouchers de cesser leur tuerie : « Les animaux sont nos frères » leur disait-elle. Un jour, les bouchers de l'abattoir de la Villette la reçurent mal, elle fit du scandale et fut alors arrêtée. Envoyée à Ste-Anne, cette malade refusa d'abord de manger, disant qu'elle agissait ainsi d'après les ordres de la Ste-Vierge, mais elle revint peu à peu à des idées tranquilles et fut rendue à sa famille.

Voici maintenant un exemple de délire antivisectionniste. Il s'agit d'une dame de 40 ans, examinée par M. Charcot qui l'adressa à M. Magnan. Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires, mais, cette dame est si émotive, qu'elle doit certainement avoir des prédispositions natives. Sa sollicitude pour les animaux est telle qu'elle pleure si la pluie vient à tomber, car les animaux sans abri vont être mouillés, les chevaux s'abattre sur le pavé glissant. Elle se trouva mal rue Drouot en voyant donner un coup de fouet à un cheval. Cette disposition d'esprit l'a amenée à commettre les actes les plus extravagants : Dans la rue, quoique habillée en grande dame, elle ramasse les morceaux de verre qui pourraient blesser les pieds des chevaux ; elle va se placer près des stations de voiture et supplie les clients de ne pas prendre la première voiture de la file, afin de laisser aux autres chevaux le temps de se reposer ; si un cheval mange, elle ne veut pas qu'on le

(1) Nous appelons l'attention sur le rôle joué par les traumatismes dans la propagation des tumeurs actinomycétiques (V. plus haut la citation de Rivolta).

(2) Consulter encore sur l'actinomycose les ouvrages suivants : *Handbuch der Hygiene*, etc. I. Th., 2. Abt. I H., *Fermenta u. Mikroparasiten*, par prof. C. Flügge (de Göttingen), Leipzig, 1883: p. 79. — J. Nowak. *Die Infections-Krankheiten*, etc. ; Wien. 1882, p. 90. — Corrado Tomassi-Crudali. *Istituzioni di anotomia pathologica*, t. I, 1882, p. 83. — *Archives vétérinaires*, n° 24, 25 décembre 1883, p. 945. — *Revue de chirurgie*, n° 10, oct. 1883, Anal. par Julien de la revue publiée par Bianchi dans *Lo sperimentale*, mars 1883, p. 287. — Le travail de Bianchi est très intéressant et mérite d'être lu, il nous a du reste été d'une grande utilité pour la rédaction de ce bulletin, en ce qui concerne les auteurs dont nous n'avons pu nous procurer les travaux. Nous renvoyons du reste à cet auteur pour les titres des travaux que nous n'avons pas cru utile de citer ici. — Bizzozero. *L'actinomicosi* (*Gazzetta degli ospitali*, mars 1882, n°s 18, 19, 20.). — Csokor (de Vienne). *Die Strahlenpilz-Erkranhung. Actinomykosis* (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 25 oct. 1881, p. 430.)

© BIU Santé

dérange et a des altercations avec les cochers qui sont furieux de manquer une course.

Un matin, passant devant la boutique d'un charbonnier, elle voit ce dernier qui veut atteler son cheval et le maltraite parce qu'il est rétif et ne veut pas se placer dans les brancards ; elle supplie cet homme de lui laisser atteler elle-même l'animal ; elle embrasse le cheval, le caresse, et fait si bien qu'elle le met aux brancards. Elle demanda alors au charbonnier à quelle heure il attelait habituellement. Le lendemain, elle revenait à l'heure indiquée, et cela pendant plusieurs jours de suite. Quand elle voit un cheval abattu, elle oblige le cocher à dételer l'animal, et, pour être sûre qu'on lui obéisse, elle s'assied sur la bête. Si un cheval a la jambe cassée, elle se place près de lui, le soigne et le protège. « Je ne vois plus la foule, dit-elle ; je vais chercher à boire et à manger au cheval, je lui lave les naseaux, je lui soutiens la tête, je veille sur ses derniers moments, et il a en mourant ce qui lui a toujours manqué, un ami ». Elle a acheté pour 150 fr. un vieux cheval et a payé, à raison de 78 fr. par mois, sa pension jusqu'à ce qu'il fut mort.

Elle n'a pas moins de tendresse pour les chiens. Voit-elle un chien écrasé ou blessé, aussitôt elle s'évanouit ; elle ramasse les plus laids et les plus crottés et les met en pension. Sa demeure est une véritable ménagerie ; elle a recueilli une demi-douzaine de chiens auxquels, par testament, elle a fait une rente de 25 fr. par mois, et elle espère augmenter ce chiffre qu'elle croit insuffisant. D'autre part, à l'instigation d'une amie aussi insensée qu'elle, cette dame a écrit aux journaux des lettres contre M. Bert et les vivisecteurs. A côté de ce délire si bien systématisé, elle présente d'autres syndrômes de la folie héréditaire : elle a la crainte du contact de certains objets ; elle essuie les meubles après les domestiques ; avant de manger, elle trempe son verre et son assiette dans l'eau froide, les lave soigneusement ; elle lave également ses mouchoirs et son linge de corps, quoique sortant du blanchissage. « Ce fait peut paraître étrange, dit-elle, et j'en suis étonnée moi-même, car je n'ai aucune répugnance à mettre ma bouche sur les lèvres d'un cheval, je panse ses plaies sans répugnance ». En outre, elle a une hyperesthésie des sens ; elle oblige ses domestiques à marcher chaussés de pantoufles. Elle se lave 20 ou 30 fois par jour.

Toutes les antivivisectionnistes délirantes ne sont pas pas modestes et tranquilles, il en est d'autres qui sont remuantes, actives, ambitieuses, et qui éprouvent avant tout le besoin de faire parler d'elles. M. Magnan en cite l'exemple suivant : Mme X..., qui ne manque cependant ni d'éducation ni d'un certain esprit, dans son besoin de se faire remarquer, soutient les idées les plus paradoxales. A son avis, les fous et les toqués sont les seules personnes dignes d'estime, les autres sont méprisables. Elle représente l'esprit de l'avenir, le progrès, la lumière ; elle ne tient pas à garder les réserves de son sexe et ne recule jamais pour dire la vérité. Elle veut soutenir les faibles et déclare qu'elle hait l'humanité et préfère les bêtes. Elle ne paierait pas la vie de son fils par le sacrifice d'un animal, et se montre très fière d'une campagne antivivisectionniste qu'elle vient d'entreprendre.

Il y a quelques années, elle possédait douze chats ; comme elle habitait avec son mari un logement dépendant d'une grande administration et qu'on s'était plaint de ce voisinage, elle préféra déménager et fit perdre à son mari la place qu'il occupait. Toutes les nuits, elle se lève pour surveiller ses chats ; dans le jour, elle les baigne et leur fait leur toilette. Malgré ces côtés extravagants, cette dame est très lucide ; son caractère agressif la rend cependant très dangereuse, car elle ne reculerait pas à se servir d'un révolver, qu'elle porte assez souvent avec elle.

M. Magnan résume sa communication en disant que ces diverses variétés de délire appartiennent à la folie héréditaire, et qu'il a eu affaire à des dégénérés qui sont arrivés d'emblée à la systématisation de leur délire sans avoir passé par les phases intermédiaires que parcourent d'ordinaire les délirants chroniques.

M. Gibier dépose sur le Bureau une note relative à de nouvelles expériences sur la *transmissibilité de la rage par hérédité maternelle*. Il conclut que la rage n'est pas héréditaire, mais qu'il y a cependant lieu de se demander si le virus rabique n'exerce pas une action dans le sens d'une névrose réfléchie chez le descendant.

Le même auteur remet une seconde note intitulée : *Action du froid sur le virus rabique*. Il espère que, par cette méthode, on arrivera à l'atténuation du virus. En maintenant ce virus pendant quelques jours à une température de — 40°, M. Gibier a prolongé de plusieurs mois la période d'incubation. Un chien inoculé n'est devenu hydrophobe qu'après 9 mois, tandis que, avec du virus frais, la rage survient du 15e au 20e jour.

M. Henneguy demande de quelle manière ont été pratiquées les inoculations,

M. Gibier répond qu'il délaye dans de l'eau chaude la substance cérébrale d'un animal ayant succombé à la rage, et qu'il injecte cette solution dans le cerveau d'un autre animal, après l'avoir préalablement trépané.

M. Aubeau présente un travail sur l'*anesthésie prolongée* obtenue à l'aide du protoxyde d'azote à la pression normale.

A. Blondeau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 février 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Pasteur lit une note relative à des *recherches sur la rage* faites en commun avec MM. Roux et Chamberland.

Le 11 décembre 1882, M. Pasteur a annoncé que l'inoculation du virus rabique dans le système sanguin offrait le plus souvent des rages paralytiques, avec absence de fureur et d'aboiement rabique. Il était présumable que le virus rabique devait se fixer et se multiplier, tout d'abord, dans la moelle. En sacrifiant des chiens au moment des premiers symptômes de paralysie et en étudiant ensuite, comparativement, les virulences de la moelle, principalement au renflement lombaire, et la virulence du bulbe, M. Pasteur et ses collaborateurs ont reconnu que la moelle pouvait être rabique alors que le bulbe ne l'était pas encore. Antérieurement, ils ont démontré que, dans les cas de rage, le virus rabique avait son siège dans l'encéphale et dans la moelle. Récemment, ce virus a été recherché dans les nerfs et les glandes salivaires ; c'est ainsi que la rage a pu être donnée par des portions du nerf pneumogastrique, des nerfs sciatiques et des glandes maxillaires, parotides et sublinguales. Le virus rabique peut exister dans le liquide céphalo-rachidien, mais sa présence n'y est pas constante. MM. Pasteur, Roux et Chamberland ont fait beaucoup de tentatives de culture du virus rabique, soit dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans d'autres substances et même dans la moelle extraite à l'état de pureté, d'animaux sacrifiés en pleine santé. Or, le bulbe rabique offre un nombre immense de granulations fines, et on est tenté de croire à un microbe d'une petitesse infinie, n'ayant ni la forme des bacilles, ni celle d'un microcoque étranglé ; ce sont comme de simples points.

Une méthode a permis d'isoler ces granulations de tous les autres éléments de la matière nerveuse. Cette méthode consiste à injecter dans les veines d'un animal rabique, au moment où l'asphyxie commence, du virus pur emprunté au bulbe d'un animal mort de rage. En très peu d'heures, il ne reste dans le sang que des granulations infiniment petites. Le virus rabique, inoculé dans une veine ou dans le tissu cellulaire sous la peau, engendre la rage paralytique, sans aboiement, ni fureur. La trépanation donne le plus souvent la rage furieuse. En outre, si on inocule des doses minimes de virus soit sous la peau, soit dans les veines, on obtiendra la rage furieuse. L'emploi de petites quantités inoculées peut prolonger beaucoup la durée des incubations ; et, en poussant la dilution au delà d'une certaine limite, l'inoculation du virus reste sans effet ; ces inoculations de petites quantités ne créent pas l'immunité. Il y a quelque temps, M. Pasteur a fait savoir que, chez le chien, la disparition des premiers symptômes rabiques pouvait être suivie de la reprise du mal assez longtemps après. Ces

© BIU Santé

résultats se rencontrent également chez les lapins. Le passage d'un virus rabique par les diverses espèces animales permet de modifier la virulence de ce virus. M. Pasteur et ses collaborateurs ont trouvé le moyen d'obtenir des chiens réfractaires à la rage, en nombre aussi grand qu'on peut le désirer. Cependant, en considération de la grande durée possible des incubations de la rage, qui jette toujours quelque doute sur les épreuves de contrôle, M. Pasteur prie l'Académie de vouloir bien, pour un temps, faire crédit à cette assertion, et permettre qu'il se borne à dire que l'état réfractaire est obtenu par un système d'inoculations de virus de divers ordres. Actuellement, M. Pasteur possède vingt-trois chiens qui subissent encore sans danger des inoculations virulentes.

M. Albert Robin lit un travail intitulé : *Essai de chimie appliquée à la thérapeutique: l'acide phénique et la fièvre typhoïde*, qui se trouve résumé dans les considérations suivantes : Un organisme qui subit les atteintes destructives de la fièvre typhoïde perd plus de soufre et de potasse, éléments histogénétiques, qu'un individu bien portant et convenablement nourri ; cet organisme s'achemine donc vers l'inanition minérale et l'on sent combien sont graves les effets de celle-ci sur la nutrition des systèmes nerveux, musculaire, et de tout l'individu en général. Or, le phénol, qui augmente cette déminéralisation, doit être sévèrement proscrit de la thérapeutique de la fièvre typhoïde ; et, c'est bien sur le compte de ce médicament que l'on doit mettre les accidents nerveux et cachectiques observés pendant et après son administration, accidents qui dépendent, pour une part au moins, de la déminéralisation qu'entraine l'élimination du phénol. Une deuxième conséquence découle de ces recherches, c'est qu'on doit proscrire du traitement de la fièvre typhoïde tous les médicaments qui s'éliminent suivant le même mode que le phénol. Et ce fait a plus d'importance qu'il ne parait en avoir au premier abord, puisque plusieurs des médicaments qui sont dans ce cas et jouissent de propriétés antiseptiques ou antipyrétiques, tenteraient certainement tôt ou tard un thérapeute qui ignorerait leur action chimique sur la nutrition.

M. Gouguenheim fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Etude anatomique et pathologique des ganglions péritrachéo-laryngiens* et qui se termine par les conclusions suivantes : 1° Ce mémoire ne contient que la description des ganglions situés entre la partie inférieure et postérieure du larynx, la trachée et l'œsophage, dans le voisinage immédiat du nerf récurrent ; 2° L'étude bien connue des ganglions bronchiques n'y figure pas ; 3° La description des ganglions trachéo-laryngiens a été faite d'après une vingtaine de dissections, à l'état normal et à l'état pathologique ; 4° Ces ganglions forment une chaine composée presque toujours de trois amas ou groupes ; 5° Les trois amas en groupes sont : a) le groupe inférieur, qui est le plus constant, le plus volumineux, et qui se confond avec les ganglions médiastinaux ; b) le groupe moyen, qui est moins constant que le précédent et composé de ganglions excessivement petits et pouvant échapper à la vue ; c) le groupe supérieur, situé près de la partie inférieure et postérieure du larynx, peut être moins constant que le moyen et composé aussi de ganglions très petits ; 6° Les trois groupes peuvent se réunir et former une chaine continue ; 7° Quelquefois l'un des trois groupes inférieurs peut manquer ; 8° Les ganglions sont susceptibles de s'hypertrophier et de prendre un volume considérable chez les tuberculeux, les cancéreux, et peut-être aussi chez les syphilitiques ; 9° Nos autopsies ont été souvent pratiquées sur des tuberculeux, rarement des cancéreux et jamais sur des syphilitiques ; 10° L'hypertrophie était surtout prononcée aux groupes inférieur et supérieur ; 11° Les symptômes de la compression du nerf sont soit de la paralysie, soit du spasme ; 12° Le spasme quelquefois prolongé ou permanent même semble surtout produit par la compression du nerf à sa partie supérieure ; 13° Les cas de spasmes ont aussi été décrits sous le nom de paralysie des dilatateurs, mais la possibilité d'écartement des lèvres de la glotte, et de diminution et même de cessation des bruits laryngiens, au moment de l'inspiration, sous l'influence des anesthésiques, semble devoir écarter l'hypothèse paralytique.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 1er juin 1883. — Présidence de M. Cornil.

1. **Rapport sur la candidature de M. E. Valude au titre de membre adjoint de la Société anatomique** ; par M. le Dr Ch. Féré.

Parmi les diverses communications de M. Valude à la Société, je ne vous en rapporterai qu'une ; c'est l'histoire d'une fracture du crâne qui m'a paru présenter quelque intérêt au point de vue du mécanisme.

Il s'agit d'un homme tombé la tête la première dans un trou profond destiné à recevoir les fondations d'une maison. Apporté à l'hôpital sans connaissance, il reste dans cet état pendant les seize heures qui suivent son accident jusqu'à sa mort. Aucune excitation ne parvient à le tirer du coma profond dans lequel il est plongé. Pas d'écoulement sanguin ni par le nez, ni par les oreilles, il présente seulement une plaie du cuir chevelu située à peu près au niveau de la suture fronto-pariétale gauche.

A l'autopsie, on reconnut une longue fracture fissurique partant du niveau de la plaie et gagnant le trou déchiré antérieur gauche, en s'interrompant au niveau de la fente sphénoïdale. Cette fracture de la voûte était complètement indépendante d'une fracture de la base dont il nous reste à parler et qui fait tout l'intérêt de cette observation.

Le condyle droit de l'occipital, du côté opposé par conséquent à la fracture de la voûte, était fracturé et presque complètement détaché du reste de l'os. A peine tenait-il à la partie antérieure du trou occipital par un petit pont osseux. Ce fragment, notablement porté en dedans, était le siège d'un si grand déplacement, qu'il avait pu dilacérer le lobe droit du cervelet, sur une assez grande étendue. Du même coup, la veine jugulaire interne avait été déchirée au niveau du golfe qu'elle forme en cet endroit, et le sang épanché du fait de cette rupture avait fusé, d'une part dans les masses musculaires du cou, et, d'autre part, avait produit un épanchement considérable au-dessous de la portion droite de la protubérance et du bulbe. La multiplicité de ces lésions si graves expliquait la rapidité de la mort.

Le point sur lequel nous voulons nous arrêter est le mécanisme probable de cette fracture du condyle de l'occipital. Celle-ci, nous l'avons dit, est complètement indépendante de la fracture de la voûte ; elle est, du reste, tellement complète, qu'il nous semble impossible qu'elle soit la conséquence de la fissure de la voûte. Nous ne songerons donc pas à ranger cette fracture dans les fractures de la base dites par irradiation.

L'histoire du malade nous fait plutôt songer à ces fractures dites indirectes et dans lesquelles le poids du corps se transmettant à la base du crâne par l'intermédiaire de la colonne vertébrale, vient y produire une fracture. C'est ainsi que, chez le sujet qui fait l'objet de notre observation, la tête ayant porté la première sur le sol, le poids du corps, animé d'une certaine vitesse, est venu produire la fracture au niveau de l'articulation du rachis avec les os de la base.

S'agirait-il donc d'un enfoncement du pourtour du trou occipital par la colonne vertébrale, ainsi que ce mécanisme est expliqué par Brodie et ainsi que l'admettent Trélat et Duplay, d'après les observations de Chauvel et Berchon ?

Nous ne le pensons pas, car, dans ce cas, la fracture est circulaire et entoure presque complètement le trou occipital. Les pièces qui ornent le Musée Dupuytren sont de beaux exemples de cet enfoncement. Nous serions plutôt tentés de rattacher cette fracture à un mécanisme ingénieux décrit par M. Beau, chirurgien de marine, à propos d'un fait absolument analogue au nôtre.

Dans la chute sur la tête, il se produit une torsion de la tête sur le tronc, ou du tronc sur la tête, et cet effort de

© BIU Santé

torsion multiplié par l'effort de la chute amène, non pas un enfoncement de la base du crâne, mais un arrachement du condyle de l'occipital par le ligament odontoïdien latéral. C'est ce qui explique l'unilatéralité de cette fracture.

Cette hypothèse nous paraît d'autant plus acceptable que, dans le cas qui nous occupe, ce ligament n'était pas détaché du condyle fracturé.

2. Anévrysme du cœur. — Foyer de ramolissement embolique de la protubérance; par M. JACQUET, interne provisoire.

Le nommé Georgeon, âgé de 76 ans, entre le 7 février 1882 à l'infirmerie des Ménages, service de M. QUINQUAUD.

Cet homme a eu à 20 ans une fracture du crâne, qui l'a tenu au lit pendant 9 mois. Il n'a dans ses antécédents ni rhumatisme, ni affections de poitrine. La veille de son entrée, il a failli tomber au moment où il se levait de sa chaise, et l'on a été obligé de le porter à son lit.

On constate aujourd'hui les signes d'une hémiplégie gauche : commissure labiale abaissée, pointe de la langue déviée; mouvements impossibles dans les membres du côté correspondant; son bras est, dit-il, collé au corps; il lui semble qu'il a sur le côté gauche un poids énorme qu'il ne peut soulever. La parole est difficile, embarrassée, mais pas d'aphasie vraie. Intégrité de la sensibilité sous ses divers modes. Affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence. Les artères sont dures, scléreuses. Le pouls régulier, un peu fort. Les bruits du cœur sont absolument purs à la pointe et à la base. Pas de souffles, mais le cœur est légèrement hypertrophié; la pointe bat à la partie inférieure du 5e espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. Urines normales.

16 *novembre*. Même état, sauf amélioration de la paralysie du membre inférieur gauche. Le malade est en proie à des idées sinistres ; il refuse de manger parce que cela le ferait mourir; il croit qu'on le roule à la salle des morts.

6 *janvier* 1883. Violent accès de dyspnée dans la nuit; à la visite, il respire encore avec grande difficulté. Rien dans les urines.

27 *mars*. Nouvel accès de dyspnée; il se plaint fréquemment d'étouffer pendant la nuit. Depuis le commencement du mois, teinte cachectique très prononcée. On ne perçoit d'ailleurs nulle part d'induration cancéreuse.

25 *mai*. Dyspnée depuis le matin. Dans l'après-midi, respiration stertoreuse. Somnolence. Râles nombreux dans la poitrine. Température rectale, le soir, 40°,5. — Mort le 26 *mai*, dans la matinée.

AUTOPSIE. — *Encéphale*. Les artères cérébelleuses sont athéromateuses. Une lacune, de la grosseur d'une petite lentille, du côté droit de la protubérance. Cette lacune ne présente pas la coloration ocreuse des foyers hémorrhagiques anciens. Le microscope révèle la présence dans ses parois de corps granuleux de Gluge, en grand nombre. Quelques lacunes très petites dans la 3e portion du noyau extra-ventriculaire du corps strié droit. Pas de lésions à la surface des circonvolutions. Le corps strié gauche présente comme le droit, dans la troisième portion de son noyau extra-ventriculaire, trois ou quatre lacunes minuscules, ce qui permet de rattacher l'hémiplégie gauche à la lésion protubérantielle.

Poumons. Un peu d'emphysème. Rien aux sommets. Œdème considérable aux deux bases. Le tissu pulmonaire est à peine friable, ce qui dénote surtout de l'œdème avec congestion, sans hépatisation.

Cœur. Il existe une dilatation marquée du ventricule gauche, cette dilatation porte surtout sur la pointe et le bord gauche. A ce niveau, adhérences péricardiques anciennes, existant seulement en ce point. La coupe du ventricule montre un amincissement considérable de sa paroi, dilatée en forme d'anévrysme et constituée uniquement par l'endocarde et le péricarde viscéral accolés, entre eux, sans trace de fibres musculaires. Vers la base du ventricule seulement, le muscle reparaît et présente même une épaisseur anormale. Toute la partie dilatée est tapissée de couches fibreuses stratifiées, sous une épaisseur de 1 à 2 centimètres. Au-dessous de ces dépôts stratifiés, l'endocarde apparaît blanc-jaunâtre, très épaissi, sans aucune trace de colonnes musculaires. Quelques caillots décolorés, grisâtres, sont libres à l'intérieur du ventricule. Valvules intactes, sauf de petits noyaux d'athérome (1).

Rate. Petite, sans infarctus. *Reins*. Petits. Atrophie de la substance corticale. Le rein gauche présente à l'extrémité inférieure quelques ecchymoses superficielles. Pas d'infarctus. *Foie*. Légèrement cirrhosé. Voies biliaires un peu dilatées pleines d'un liquide jaunâtre. Pas de calculs dans la vésicule.

La teinte jaune du malade peut s'expliquer par la cirrhose hépatique. Dégénérescence calcaire de quelques ganglions mésentériques.

RÉFLEXIONS. — Cette observation a paru intéressante à cause de la netteté et de l'étendue de la poche anévrysmale, dont on peut rattacher l'origine à l'altération fibreuse du myocarde. Il faut noter, en outre, la lésion protubérantielle et l'hémiplégie consécutive, qu'on peut faire remonter étiologiquement à la production d'une embolie détachée des coagulations intra-ventriculaires.

M. CORNIL. Il n'y a pas eu dans ce cas fusée de sang dans l'épaisseur du myocarde, mais transformation fibreuse, dilatation et amincissement tel que l'endocarde et le péricarde se trouvent directement accolés.

M. QUINQUAUD insiste sur l'existence des polypes fibrineux qui ont pu fournir matière à des embolies successives, capables d'expliquer les attaques hémiplégiques multiples relevées chez le malade. Des accès de dyspnée indépendants de toute lésion pulmonaire pouvaient, seuls, faire soupçonner l'existence de la lésion cardiaque.

M. LETULLE. Les artères coronaires sont athéromateuses et il existe certainement de la myocardite scléreuse. La dilatation anévrysmale de la pointe n'est-elle pas la conséquence de cette sclérose myocardique ?

M. CORNIL fait remarquer qu'il existe un degré évident d'endocardite chronique caractérisée surtout par l'épaississement de la membrane. D'autre part il y avait, au niveau de la dilatation anévrysmale, de la péricardite adhésive. Sans nier l'existence de la myocardite, on peut donc attribuer aux séreuses un certain rôle dans la pathogénie de cette lésion.

3. Tuberculose de l'encéphale ; par M. AYROLLES, interne des hôpitaux.

Dans le service de M. ARCHAMBAULT, actuellement suppléé par M. LABABIE-LAGRAVE, est entrée, le 9 mai, une fille de 4 ans, nommée Elisabeth B. Cette enfant est malade depuis 15 jours. Son affection a débuté par des convulsions qui sont survenues brusquement et se sont renouvelées à plusieurs reprises pendant 8 jours. Depuis 8 jours, dit la mère, les convulsions n'ont pas cessé. Elle désigne par là, sans doute, la contraction qui existe encore au moment de l'entrée. On n'a pu savoir si les convulsions avaient été générales ou localisées. Le père et la mère sont vivants, on n'a pas d'autres renseignements héréditaires.

Etat actuel. Nous avons à observer une fille de 4 ans, bien développée pour son âge, et ne présentant pas de traces de rachitisme ni de scrofule. Elle n'a pas eu de graves maladies antérieures, pas de fièvres éruptives. Ce qui frappe dès l'abord, c'est l'aspect singulier du regard. Les yeux sont fixes, les pupilles dilatées, il y a un peu de strabisme; l'enfant, au dire de la mère, ne voit pas. Cependant, on constate facilement le contraire en présentant à l'enfant un objet qu'il saisit. Il est vrai que la préhension ne se fait pas en un seul temps, et ce n'est qu'après quelques tâtonne-

(1) La coupe des portions non dilatées du ventricule, des piliers valvulaires, etc., montre que le myocarde a subi une transformation fibreuse assez marquée. Ce cœur a été déposé au Musée Dupuytren.

© BIU Santé

ments que l'objet est saisi. La main est portée à droite ou à gauche du but, puis s'en rapproche peu à peu. En variant l'expérience, on voit que l'objet est saisi beaucoup plus facilement lorsqu'il est placé à droite de l'enfant. Outre ces erreurs de lieu dans le sens transversal, il en est d'autres qui portent sur la distance, souvent la malade dépasse le but ou ne l'atteint pas. De ces faits, on conclut à de la diplopie, fait du reste en rapport avec le strabisme occasionné par la paralysie du muscle moteur oculaire externe de l'œil gauche. L'enfant dit voir deux objets, mais on ne peut prêter grande attention au dire d'un malade de 4 ans. La vue paraît persister dans les deux yeux isolément, mais il y a de l'amblyopie. Pas de ptosis, ni de lagophthalmos, les pupilles sont dilatées mais non pas inégales, elles sont sensibles à l'action de la lumière, cependant, cette sensibilité est très diminuée. La photophobie est très légère.

Pendant le rire, on constate une paralysie de la face du côté gauche, cette paralysie porte seulement sur le facial inférieur. Du côté des membres, paralysie incomplète du bras et de la jambe du côté gauche, il est inutile de dire que l'enfant ne peut marcher, ni se tenir debout. Les mouvements du bras sont possibles, mais les muscles sont sans force et la main est contracturée, le pouce étant replié dans la paume et les doigts fléchis sur le pouce. Cette contraction est faible et peut être facilement vaincue, mais les doigts reprennent presque aussitôt leur position. Les orteils sont fléchis et le pied est porté en dedans.

La sensibilité est intacte, pas de retard apparent, il semble même qu'il y ait de l'hyperesthésie, l'enfant se plaignant de froid lorsqu'on le découvre. Le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Le côté droit est sain. Traitement, bromure de potassium.

20 *mai*. Du côté malade, l'œil est atteint de conjonctivite, il y a de la rougeur de la paupière, du larmoiement, l'enfant est mal en train, fièvre légère.

21 *mai*. Les deux yeux sont atteints de catarrhe, bronchite légère. Quelques taches de rougeole commencent à se montrer.

23 *mai*. L'éruption est très intense et a envahi tout le corps. La bronchite reste bénigne.

25 *mai*. L'éruption a une très longue durée, elle persiste encore très nette sur les cuisses, les jambes et la face. Il n'y a pas de différence d'un côté à l'autre. Diarrhée abondante depuis deux jours ; sous cette influence, l'éruption a pris au niveau des fesses une forme papuleuse et on y constate de nombreuses exulcérations.

27 *mai*. Le matin, à la visite, l'enfant est assoupie. Il est très difficile de l'éveiller, un moment on se demande s'il existe du coma, mais il n'y a qu'un état d'accablement profond. La fièvre a repris un peu d'intensité.

28 *mai*. L'enfant est cyanosée. La respiration, fréquente et superficielle, commence à devenir stertoreuse. Râles nombreux dans toute la hauteur des deux poumons. Il y a en même temps des râles sibilants et ronflants, et aussi des râles humides dans les moyennes et petites bronches. Les lèvres sont violacées, la face est injectée, le pouls, quoique fréquent et un peu faible, n'est pas irrégulier. La peau est refroidie, surtout aux extrémités, il y a un abaissement notable de la température. — Mort à 10 h. 1/2 du matin.

Autopsie, faite 30 heures après la mort. — Les muscles sont rigides, la peau est marbrée de taches violettes. A l'ouverture du thorax, on trouve les poumons affaissés, la partie antérieure est décolorée et présente des saillies emphysémateuses de la plupart des lobules. Il y a un peu d'air infiltré sous la plèvre. Le poumon gauche est retenu dans la cavité pleurale par quelques adhérences lâches. A la coupe, il s'écoule un liquide spumeux et ocré mélangé d'un sang noirâtre. Si l'on presse le tissu pulmonaire, on sent de la crépitation et on fait sourdre des petites bronches un peu de muco-pus. On ne sent pas de granulations tuberculeuses. A la base du poumon gauche, le tissu pulmonaire ne crépite plus, le poumon est à l'état de carnisation, et un fragment de tissu jeté dans l'eau gagne le fonds.

Quelques ganglions médiastiniques sont dégénérés. Le foie et les reins sont fortement congestionnés, mais ne présentent pas d'altérations microscopiques. Le cœur est rempli de caillots noirâtres, le ventricule gauche, dur et revenu sur lui-même. Les dimensions sont normales, pas d'insuffisance aortique.

A l'ouverture de la cavité crânienne, on ne trouve pas d'adhérences de la dure-mère et de la calotte crânienne. Il s'écoule, après l'incision de la dure-mère, une quantité considérable de sérosité, et les vaisseaux de la convexité paraissent congestionnés. Pas de traces de méningite, et à part une injection marquée de la pie-mère, on ne constate ni opacités, ni tubercules. Pas d'adhérences à la substance cérébrale.

Le cervelet est séparé du cerveau au niveau des pédoncules, et l'on constate alors, au niveau du vermis supérieur, une énorme tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, qui vient faire saillie sous les méninges. Elle a un aspect légèrement mamelonné. Sa couleur est jaunâtre, sa consistance dure et un peu élastique. A la coupe, on constate qu'elle s'enfonce profondément entre les deux lobes du cervelet, envahissant les deux tiers de la surface de section de l'arbre de vie. La coupe présente les mêmes caractères de consistance que la superficie, mais la couleur est jaune verdâtre et la masse paraît parfaitement homogène, peu friable, elle ne garde pas l'empreinte du doigt. Le bulbe n'offre rien de spécial. La tumeur est séparée du plancher du 4e ventricule par une partie du vermis inférieur, encore intact. Le cerveau, coupé suivant la méthode de M. Pitres, ne présente rien de spécial dans le lobe gauche.

A droite, dans la portion antérieure de la couche optique, on trouve une tumeur de volume et de consistance semblable à la première. Elle siège exactement dans la partie antérieure de la couche optique et une partie du noyau lenticulaire du corps strié. En dehors, elle s'étend presque jusqu'à l'insula et la scissure de Sylvius, au pied de la 3e frontale droite. Cependant, l'avant-mur et une partie de la capsule externe en arrière sont encore sains. Le noyau caudé du corps strié n'est nullement envahi par la néoplasie. Autour des deux foyers tuberculeux, on rencontre une zone de substance cérébrale ramollie, rougeâtre, formant une sorte de bouillie, et parcourue par des vaisseaux nombreux. Cette inflammation développée autour des néoplasmes ne permet pas de délimiter plus exactement l'étendue des lésions. Le facial gauche et le moteur oculaire externe ne présentent pas de lésion bien nette, ils paraissent peut-être un peu plus friables que ceux du côté opposé.

4. Lymphadénome du testicule droit. — Castration. — Récidive à l'extrémité du cordon ; par M. A. Ricard, interne des hôpitaux.

L'observation que nous rapportons a trait au malade occupant le lit n° 10 de la salle Sainte-Vierge, dans le service de M. le professeur Gosselin (suppléé par M. Berger).

Le nommé Plotzniski Appolinus, âgé de 54 ans, est de bonne santé habituelle ; son extérieur indique une constitution assez robuste. Aussi, dans les antécédents pathologiques de notre malade, nous ne relevons rien qui nous rappelle les différentes manifestations de la scrofule. Le malade n'accuse point d'affections fébriles antérieures. Cependant, dans son passé, quelques faits méritent d'être notés, car ils ont eu leur importance au moment du diagnostic de la lésion dont le malade était venu se plaindre.

A l'âge de 20 ans (34 ans avant l'époque actuelle), le malade eut un chancre du frein avec polyadénite inguinale ; la guérison en fut rapide, quoique sans traitement interne. Dix-sept ans après, à l'âge de 37 ans, le malade eut autour du gland quelques chancres qui se compliquèrent d'un bubon suppuré, dont la cicatrice est encore actuellement visible.

Six ans après, survint une paralysie du moteur oculaire commun, du côté gauche ; le malade en rappelle très nettement les symptômes. Tout aurait disparu en quelques semaines, sous l'influence d'un traitement à l'iodure de potassium. A la même époque, le malade fit une chute de

© BIU Santé

cheval ; peut-être son testicule aurait-il été légèrement contondu. L'usage habituel du cheval rendait d'ailleurs fréquentes les contusions légères du testicule.

Cinq mois avant d'entrer à l'hôpital, le malade s'aperçut que son testicule droit augmentait sensiblement de volume, d'une marche progressive, mais toujours indolente. Jamais il n'aurait observé auparavant, à la surface du testicule, aucune nodosité qui aurait précédé le développement dont il se préoccupe actuellement. Aujourd'hui, il vient demander les soins du chirurgien, à cause de la gêne que lui occasionnent le poids et le volume de la tumeur.

16 *mars* 1883. A l'examen local, nous trouvons le scrotum distendu à droite par une tumeur du volume du poing, mais aplatie en galet et rappelant même à la vue la forme générale du testicule. La palpation ne réveille aucune douleur et permet de reconnaître une légère couche de liquide à la surface de la tumeur. Quant à la tumeur elle-même, elle est lisse, aplatie sur ses faces, arrondie sur ses bords. Son bord postérieur est coiffé d'un renflement en bourrelet, qui rappelle la forme de l'épididyme, de même que la tumeur principale rappelle la forme du testicule. La consistance est celle du testicule normal, peut-être un peu plus ferme; mais cette consistance est partout la même, ni plus molle, ni plus dure en aucun point.

Les divers éléments du cordon paraissent sains. Les ganglions lombaires semblent également indemnes. Dans la tête de l'épididyme, du côté opposé, existe un kyste du volume d'une petite noix, manifestement fluctuant et transparent. Le malade ignore la date de son apparition.

Le diagnostic fut hésitant entre l'hématocèle, le carcinome et le testicule syphilitique. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium et aux frictions mercurielles. Le traitement antisyphilitique parut achever le développement de la tumeur, qui augmenta rapidement et sensiblement de volume, à la vue comme à la mensuration. Cette évolution entraîna le diagnostic du côté d'une tumeur maligne et M. Berger pratiqua l'ablation de la tumeur.

La tumeur enlevée est fortement vascularisée à sa surface, son aspect est blanc-bleuâtre, lisse ; à la coupe, tissu blanchâtre homogène, un peu plus résistant et plus grisâtre au niveau de l'épididyme.

Ce qui frappe sur la coupe, comme à l'aspect extérieur de cette tumeur, c'est le développement commun de l'épididyme et du testicule. Guérison rapide, mais, huit jours après l'opération, on constatait déjà un noyau dur à l'extrémité du cordon. Pendant la convalescence, le malade fut pris d'un érysipèle spontané de la face.

L'*examen histologique* apprit que la tumeur était un lymphadénome du testicule. Voici, d'ailleurs, la note qui nous a été remise par M. Dubar, à la suite de ses recherches dans le laboratoire des Cliniques de la Charité.

Des coupes de cette tumeur se montrent formées par une accumulation de cellules arrondies et un stroma réticulé qui rappelle les tissus appelés adénoïdes. Ces cellules, colorées en rouge par le picro-carmin, ont un noyau à deux nucléoles; pas de corps cellulaire ; pas de membranes. Le réseau est formé par l'entrecroisement de fibrilles de un μ à deux μ d'épaisseur. Des capillaires nombreux s'y trouvent. On y rencontre aussi quelques artères et quelques veines. Enfin, il persiste quelques tubes séminifères profondément altérés. Ils sont en petit nombre ; leur paroi propre a complètement disparu, ainsi que leur revêtement épithélial. On ne trouve dans leur intérieur que des détritus jaunâtres de leurs cellules épithéliales.

Réflexions. — Cette observation, outre la rareté de l'affection qu'elle relate, présente comme intérêt le développement proportionnel de l'épididyme et du testicule, l'absence des noyaux cutanés signalés par MM. Trélat et Malassez. Enfin, ajoutons que la récidive est survenue rapidement et que le malade, qui était sorti quelques jours après l'opération, est revenu avec une tumeur du volume d'un œuf à l'extrémité du cordon sectionné, présentant de plus des phénomènes douloureux du côté de l'autre testicule. Disons, en outre, que l'état général du malade est fort mauvais et qu'il s'est rapidement cachectisé depuis l'opération.

8. Lipome myxomateux de la face profonde de la peau, à la région inguinale ; par M. L. Malassez.

M. Reclus a présenté dans une des séances du mois de février une tumeur de la région inguinale qu'il avait observée chez un homme de 72 ans, mort en 3 ans d'un squirrhe de la région parotidienne. Cette tumeur datait de l'enfance. Elle siégeait au niveau du canal crural, entre la peau et l'aponévrose ; elle était adhérente à la peau par son extrémité supérieure, et semblait envoyer un prolongement à travers un des orifices du fascia crébriforme ; mobile d'ailleurs, elle était donc comme appendue à la face profonde de la peau. La forme générale était celle d'un ovoïde très allongé, à grosse extrémité inférieure. Elle était très nettement lobulée; les lobes supérieurs avaient à peu près la même forme et le volume d'une amande, les inférieurs étaient plus gros et plus aplatis. Il existait autour d'elle une sorte d'enveloppe conjonctive; dans l'épaisseur de cette enveloppe, à la partie inférieure, se trouvait une plaque allongée d'un blanc-jaunâtre, qui, vue de près, paraissait formée par de très petits grains jaunâtres, infiltrant cette partie de l'enveloppe à la coupe ; le tissu composant les lobules est rougeâtre, granuleux, on y distingue des petits grains jaunâtres se détachant sur un fond rosé, semi-transparent, fibreux par places. Au toucher, ce tissu est mou, mais il est assez résistant à la traction. Enfin, à côté de cette tumeur, se trouvait comme un petit nodule isolé, et qui avait l'aspect d'un ganglion hypertrophié.

Cette néoformation ayant été l'objet de diagnostics très divers, j'ai été chargé d'en faire l'examen.

1° Le petit nodule isolé trouvé au voisinage de la tumeur principale est un ganglion lymphatique devenu presque complètement fibreux ; on n'y constate plus que quelques rares follicules lymphatiques, qui sont comme suspendus dans des loges que leur forme le tissu fibreux au moyen d'une mince couche de tissu caverneux. On y rencontre aussi, çà et là, des espaces canaliculaires qui sont probablement des vaisseaux lymphatiques afférents ou efférents dilatés.

2° La tumeur principale a une structure toute différente : nulle part, même dans les plus petits lobes à peine plus gros que le ganglion sclérosé susdécrit, il n'existe de trace de tissu lymphatique. Le tissu est formé de cellules conjonctives et adipeuses, de capillaires sanguins, et d'une substance fondamentale amorphe et transparente. Il est divisé en lobules par des travées plus ou moins épaisses de cette même substance amorphe, au milieu de laquelle on distingue seulement d'assez gros vaisseaux et une délicate charpente conjonctive, se continuant avec la membrane d'enveloppe. Dans certains lobules, les cellules sont presque toutes adipeuses et très rapprochées les unes des autres, en sorte que l'on croirait avoir sous les yeux du tissu adipeux ordinaire. Dans d'autres lobules, la plupart des cellules qu'on y rencontre sont simplement surchargées de gouttelettes graisseuses et ressemblent aux cellules adipeuses en voie de formation ou de régression. Enfin, il est des lobules qui présentent surtout des cellules étoilées avec de longs prolongements s'anastomosant entre eux, et qui étant en même temps plus riches en substance fondamentale amorphe, ont l'aspect de tissu muqueux.

Les vaisseaux qui irriguent ces divers lobules ont au contraire partout même aspect : ce sont de très fins capillaires, à parois minces et très nettes, à noyaux peu saillants, formant pour chaque lobule un fin réseau, indépendants de ceux des lobules voisins, à la façon des systèmes glomérulaires des lobules adipeux.

3° La plaque blanc-jaunâtre que présentait l'enveloppe à la partie inférieure de la tumeur est formée par les lamelles conjonctives surchargées de cellules adipeuses, c'est une véritable plaque de tissu adipeux.

Quelle est la nature ? quelle est l'origine de cette néoformation ?

1° L'examen microscopique nous y révèle trois élé-

© BIU Santé

ments constituants principaux : des cellules adipeuses, du tissu muqueux, des capillaires. Il s'agit donc de savoir si nous avons affaire à un lipome myxomateux, ou bien à un myxome lipomateux télangiectasique, ou encore à un angiome myxomateux et lipomateux. — La disposition lobulaire du tissu, la vascularisation propre à chaque lobule nous prouvent que nous avons affaire à une néoformation bâtie sur le type du tissu adipeux normal ; en sorte, qu'elle doit être rangée dans les lipomes. Et maintenant, cette tumeur a-t-elle toujours eu cette structure mixte, est-ce un lipome d'emblée myxomateux, et étant toujours resté tel, ou bien est-ce un lipome devenu consécutivement myxomateux? L'exemple des moelles des os devenant gélatineuses dans nombre d'états cachectiques, le fait que le malade est mort d'un cancer, rendent très vraisemblable cette seconde hypothèse.

2° Quant à l'origine de ce lipome myxomateux, la dissection soignée qui en a été faite par M. Reclus nous montre qu'on n'a affaire ni à une hernie épiploïque, ni à un sac herniaire comblé, mais bien à une néoformation « in situ ». Or, plusieurs possibilités se présentent.

Virchow admet qu'il peut se développer des lipomes dans la capsule des ganglions lymphatiques enflammés (*Pathol. des Tumeurs*. Trad. fr. t. I, p. 376). L'existence du ganglion sclérosé trouvé au voisinage de la tumeur plaiderait en faveur de cette origine. Je ne crois pas cependant qu'il en soit ainsi, parce que l'on ne trouve aucun reste de tissu lymphatique, même dans les plus petits lobes de la tumeur, et parce que les lipomes capsulaires des ganglions ne semblent jamais atteindre un volume bien considérable.

Il est peu probable aussi que ce soit un lipome sous-cutané ordinaire, né entre le fascia superficialis et l'aponévrose d'enveloppe, parce qu'il devait être mobile sur la peau et que M. Reclus n'a pas trouvé traces d'accidents inflammatoires capables d'expliquer cette adhérence. Tout s'explique, au contraire, si l'on admet que l'on a affaire à l'un de ces lipomes sous-cutanés décrits par Cruveilher, qui naissent entre le fascia superficialis et la peau (*Anat. pathol.*, t. III, p. 304) ; lesquels partent de la face profonde de la peau et tombent dans le tissu cellulaire sous-cutané, de la même façon que les polypes cutanés qui se développent au dehors.

En résumé, nous aurions ici un lipome de la face profonde de la peau, devenu myxomateux.

Séance du 8 juin 1883. — Présidence de M. Cornil.

9. M. Ribail présente un *foie cirrhotique*, fortement lobulé. Peut-être trouve-t-on, sur certains points, de l'adénome hépatique ?

10. M. Ribail présente des *ovaires en dégénérescence myxomateuse* avec noyaux sarcomateux

11. M. Picqué montre un cas de *fracture de l'extrémité supérieure du tibia*. Le malade est mort au bout de six heures, dans un état évident de choc traumatique. Il n'existait pas cependant de lésions viscérales antérieures à l'accident.

MM. Petit et Cornil insistent sur l'intérêt qu'il y aurait eu, dans ces conditions, à rechercher les embolies graisseuses.

12. Rapport sur la candidature de M. P. de Gennes au titre de membre-adjoint de la Société anatomique ; par M. Ch. Talamon.

Parmi les communications faites à la Société anatomique par M. de Gennes, nous en citerons une qui a trait à des abcès multiples du foie consécutifs à une périty phlite gangréneuse.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était entré dans le service de M. Grancher avec des symptômes de typhlite, mais bientôt ces symptômes disparaissaient pour faire place à des signes beaucoup plus graves et qui firent soupçonner l'existence d'un abcès du foie. En effet, ce malade se plaignait d'une douleur vive à l'hypochondre droit, douleur exagérée par la pression; le volume du foie était augmenté ; en même temps survint de l'ictère et de grands frissons accompagnés d'une haute température. La courbe thermique, caractérisée par de grandes oscillations séparées par des intervalles de rémission relative, plaidait aussi en faveur d'une suppuration profonde, et, dans l'espèce, d'un abcès de foie. Les symptômes se continuèrent ainsi pendant une quinzaine de jours et le malade mourut.

L'autopsie démontra l'existence d'abcès multiples du foie. Sur la face sous-diaphragmatique de l'organe, se voyait une large tache noirâtre qui empiétait un peu sur la face inférieure. Plusieurs taches semblables étaient disséminées sur la face convexe du foie et surtout sur le lobe droit ; le tissu hépatique, à ce niveau, était très mince, se déchirait facilement, et laissait sourdre un pus grumeleux couleur chocolat, ayant une odeur infecte. A la coupe, au niveau de la tache la plus étendue, on trouva un vaste abcès contenant cette matière gangréneuse qu'on voyait sourdre tout à l'heure par les déchirures du parenchyme hépatique. Plus bas, on trouva un autre abcès plus petit, gangréneux également. En certains points du foie et particulièrement dans le lobe gauche, on trouva des abcès miliaires très nombreux.

Ces divers abcès gangréneux une fois lavés prenaient l'aspect de cavernes de sphacèle pulmonaire. En soulevant le foie, on voit que tout le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite est transformé en une masse gangréneuse. Le tissu cellulaire qui tapisse le processus et celui qui double la paroi abdominale ont une couleur noirâtre. Les anses intestinales qui avoisinent ce foyer présentent le même aspect, à la surface seulement, car on peut, en ouvrant l'intestin, constater que la tunique externe est seule atteinte. Le cœcum est ainsi altéré superficiellement ; mais, cherchant l'appendice iléo-cœcal après avoir ouvert cet intestin, on ne le trouve pas; un stylet introduit par son orifice tombe de suite dans la masse sphacélée de la fosse iliaque. Il reste à dire que le foyer gangréneux était en contact avec le foie. Les autres organes n'étaient pas altérés.

M. de Gennes, tirant des conclusions de l'examen de ces pièces anatomiques, croit qu'un corps étranger (qui n'a pu être retrouvé du reste) a perforé l'appendice iléo-cœcal et déterminé cette inflammation gangréneuse, puisque ces produits septiques portés par la veine-porte sont allés déterminer les divers abcès du foie déjà mentionnés.

M. Netter, s'appuyant sur un cas analogue qu'il a présenté à la Société anatomique, croit que l'abcès du foie a été déterminé par simple contiguïté. M. de Gennes ne croit pas que cette interprétation soit possible, étant donnés les abcès multiples et surtout les petits abcès miliaires constatés dans le lobe gauche; car on ne voit pas bien quel trajet aurait suivi le pus pour aller former ces petits abcès, tandis qu'avec l'hypothèse de la transmission par les vaisseaux-portes, la dissémination s'explique très bien.

13. Généralisation du cancer dans le système osseux survenant à la suite d'un cancer du sein opéré, avec récidive un an après ; par M. Baunon, interne des hôpitaux.

Bergol Marie, 68 ans, est entrée dans le service de M. Desprès à la Charité, le 8 mars 1882. Elle venait se faire opérer d'une tumeur du sein gauche dont le début remontait à deux ans. La tumeur était ulcérée et il y avait des masses ganglionnaires dans l'aisselle. M. Desprès porta le diagnostic cancer encéphaloïde et opéra; le 10 juin suivant, la malade sortait guérie.

Au mois de février 1883, elle entre de nouveau chez M. Desprès, salle Sainte-Rose, n° 4. La tumeur du sein n'avait pas récidivé, mais l'état général de la malade était des plus mauvais. Sa misère et son aspect cachectique la firent recevoir.

Le 6 *mars*, on remarqua pour la première fois une asymétrie de la face. La malade accusait de plus une céphalalgie supportable, mais continue. Les jours suivants, l'asymétrie se dessina et bientôt la paralysie faciale fut des plus nettes. Elle était à gauche.

© BIU Santé

Dès cette époque, la malade ne se leva plus. Les fonctions digestives étaient restées normales. Pas de troubles circulatoires ou respiratoires. Dans les premiers jours d'avril, la malade tomba de son lit et se fractura le fémur gauche. On la mit immédiatement dans une gouttière de Bonnet. En même temps, on constatait une paraplégie avec anesthésie du tégument des membres inférieurs. Rétention des matières fécales et de l'urine.

On pensa à une généralisation du cancer dans le système osseux; l'examen de la colonne vertébrale ne donna cependant aucune indication pouvant expliquer les phénomènes médullaires. — Mort survenue le 27 mai 1883.

Autopsie. — On trouve les lésions suivantes. Fémur gauche : fracture comminutive à la partie moyenne. Sur la surface du fragment inférieur, on trouve des masses informes d'îlots régulièrement allongés dans le sens de l'os et faisant un large relief à la surface. Elles semblent s'incruster dans le tissu osseux. Elles ont une coloration jaunâtre et sont d'une consistance sensiblement élastique.

Sur quelques points, le tissu osseux fait complètement défaut dans un espace circulaire et du diamètre d'un centime ; cette solution de continuité est comblée par une petite masse du néoplasme qui paraît émerger de la profondeur de l'os. Toutes les masses cancéreuses paraissent avoir débuté dans le tissu sous-périostique. Au niveau de leurs bords, le périoste est sain et facilement détaché de l'os; çà et là, il est plus adhérent, et à ce niveau le tissu osseux est érodé.

A la surface du fragment supérieur, on ne trouve que deux petits noyaux du diamètre d'un centime. Au niveau de la fracture, il n'existe pas la moindre trace d'un travail de consolidation *sur une coupe longitudinale de l'os*.

Dans le fragment inférieur, les îlots cancéreux vus à la surface de l'os ont envahi le canal médullaire et en partie remplacé le tissu osseux. Au point où la fracture s'est faite, il n'existait plus que quelques traînées de tissu osseux. On s'étonne même que la fracture ne se soit pas produite spontanément.

Dans le fragment supérieur, tout le canal est comblé par des noyaux cancéreux. Les uns jaunâtres comme les précédents, les autres du rouge le plus vif, d'autres, enfin, jaunes en partie, présentent un centre rouge. Les uns sont près de l'axe de l'os, les autres placés près de la périphérie ont commencé à creuser le tissu compacte et ont une tendance manifeste à se faire jour à travers ce tissu.

On voit donc que les noyaux nés dans le périoste et ceux formés dans le canal osseux vont à la rencontre les uns des autres. Là où ils se sont rencontrés, le tissu osseux n'existe plus. Le fémur droit n'a pas été examiné.

La voûte crânienne, enlevée avec la scie, présente une épaisseur normale. Sur la face externe, on voit une plaque cancéreuse ayant 6 centim. dans tous les sens et recouvrant la partie médiane du frontal. Cette plaque en forme de disque, plus épaisse à son centre qu'à ses bords, présente quelques inégalités plus molles, plus élastiques que le reste du tissu. Sur les pariétaux, on trouve deux plaques de même aspect que la précédente, mais ayant le diamètre d'une pièce de 2 francs et symétriquement placées. Deux autres plaques du diamètre d'une pièce de 5 francs, et à peu près symétriques aussi, sont situées près le bord postérieur des pariétaux, tout près de l'angle supérieur de l'occipital.

Le périoste, méconnaissable au niveau de ces plaques, se détache facilement et paraît normal sur le tissu osseux qui les sépare. Enfin, toutes ces plaques, sauf celles du frontal, remplacent complètement le tissu osseux; elles sont donc enchâssés dans des pertes de substances de la voûte et apparaissent à la face interne.

Dure-mère. Aux points correspondants de la dure-mère, on trouve sur cette membrane des plaques semblables aux précédentes et formant des disques enchâssés dans le tissu de la dure-mère elle-même.

L'angle supérieur de l'occipital fait corps avec la dure-mère, il y est resté adhérent quand on a enlevé la voûte crânienne; il est complètement transformé en tissu pathologique, il n'y a plus trace de tissu osseux. Il forme une masse ayant conservé la forme normale, mais ayant deux centimètres d'épaisseur et la consistance du cartilage. On trouve encore sur la dure-mère des noyaux qui n'ont pas leur homologue sur le crâne; mais, à leur niveau, le tissu osseux est érodé. Le rocher n'a pu être examiné. La fosse orbitaire droite, le sternum, la colonne vertébrale montrent des noyaux absolument semblables aux précédents.

Dans la colonne vertébrale, la première vertèbre lombaire est la plus profondément lésée. Le tissu morbide s'est substitué au tissu osseux dans tout le corps de la vertèbre. Cependant, la forme du corps a été conservée et il n'y avait pas de déformation de la colonne envisagée dans son ensemble.

Dans les viscères, on ne trouve aucun noyau cancéreux. La plèvre seule était couverte de petits disques ayant la forme et les diamètres d'une lentille et tout à fait comparables aux petits noyaux qu'on trouvait sur la dure-mère.

M. Cornil fait voir que les masses cancéreuses se développent les unes sous le périoste, les autres dans la moelle osseuse. Elles forment de véritables plaques étalées. Quand par hasard deux plaques, l'une interne l'autre externe, marchent à la rencontre l'une de l'autre, il peut en résulter une perforation pour les os du crâne, ou une fracture quand il s'agit d'un os long, ainsi que cela s'est fait pour le fémur dans le cas présent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 février 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Verneuil présente, de la part du Dr Laurens (Montpezat), deux observations de *taille hypogastrique*. Un rapport sera fait ultérieurement par M. Verneuil.

M. Monod fait un rapport sur un travail de M. Henriet intitulé : *les applications de la lithotritie au traitement des corps étrangers de la vessie chez l'homme*. Ce travail, basé sur plusieurs observations, dont une personnelle, conclut que la fragmentation à l'aide des instruments lithotriteurs peut être employée avantageusement dans certains cas de corps étrangers recouverts d'une enveloppe phosphatique.

M. Lannelongue communique une bien intéressante observation de *cloisonnement du gros intestin*. Un enfant, né à terme, porteur d'une imperforation anale, et microcéphale, fut apporté à l'hôpital. L'enfant était très vivace. M. Lannelongue crut devoir intervenir. L'anus était bien conformé, une sonde ou le doigt s'y enfonçaient à une profondeur de deux centimètres, où l'anus finissait en cul-de-sac au-dessus duquel on ne sentait point l'ampoule intestinale dilatée. Il était vraisemblable que l'intestin finissait assez haut, c'est pourquoi M. Lannelongue crut devoir aller à sa recherche par la fosse iliaque où il établit facilement un anus contre nature sur l'S iliaque. L'enfant mourut le septième jour, et, à l'autopsie, on trouva ceci : à l'S iliaque normale qui finissait en ampoule, au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, succédait un rectum du calibre d'une plume d'oie allant jusqu'au cul-de-sac anal; il y avait donc un intestin complet avec un rectum rétréci, séparé de l'S iliaque par une cloison et de l'anus par une autre cloison; entre ces deux cloisons, la cavité rectale était perméable et pût être injectée. Ces deux cloisons étaient d'une minceur extrême et paraissaient formées seulement par la muqueuse intestinale.

M. Lannelongue croit avoir déjà rencontré un cas analogue : sur un enfant qui présentait la même infirmité et qu'il avait opéré par le même procédé, il lui arriva un jour, en sondant la plaie iliaque, de briser quelque chose de peu résistant ; après quoi, il put conduire la sonde jusqu'au cul-de-sac anal. M. Lannelongue acheva l'opération que le hasard avait commencée, c'est-à-dire qu'il enfonça la cloison anale, et put passer ainsi une sonde assez grosse qu'il laissa à demeure. L'enfant fut revu pendant une dizaine de jours ; tout allait bien ; puis on cessa de l'amener à l'hôpital ; vraisemblablement il est mort. M. Lannelongue pense qu'il a eu affaire, dans ce cas, à un cloison-

© BIU Santé

nement double, comme celui qu'une autopsie récente lui a permis de mettre en évidence.

Il conclut : que l'on peut rencontrer dans la dernière partie du gros intestin des cloisons multiples, situées à des hauteurs différentes ; que ces cloisons sont constituées par de simples replis muqueux ; et que le chirurgien, désormais prévenu de ce fait qui n'avait pas encore été signalé, devra modifier son manuel opératoire.

M. Marchand a rencontré un cas analogue, avec cette différence que le petit conduit qui séparait les deux valvules était dépourvu de muqueuse, ce qui répond mieux à ce que nous savons du développement de l'intestin.

M. Trélat trouve que ce cas, fort intéressant au point de vue chirurgical, n'a rien de surprenant en lui-même, car on a signalé dans de nombreux mémoires différentes variétés de cloisonnement de l'intestin.

M. Tillaux pense que ce cas ne rentre pas dans la catégorie de ceux que les données embryogéniques actuelles permettent d'expliquer, et qu'il est difficile de se rendre compte de la présence du petit canal intermédiaire aux deux cloisons.

M. Verneuil pense que tous les cloisonnements rencontrés jusqu'ici, sur toute la longueur de l'intestin, ne sont pas du ressort de l'embryologie. Il y a des maladies intra-utérines qui donnent lieu à des difformités que l'on constate à la naissance et que l'on a trop de tendance à expliquer exclusivement par un vice de développement.

M. Lannelongue tient à appuyer l'opinion que vient d'émettre M. Verneuil sur l'existence de toute une pathologie intra-utérine dont nous ignorons les causes et les résultats. La discussion sera continuée à la prochaine séance.

Présentation de pièces.—M. Terrillon présente un *kyste de l'ovaire* développé dans le *ligament large* et comprimant l'uretère ; il insiste sur la fréquence et la gravité de ces compressions.

M. Pozzi partage cette opinion sur la fréquence de la gravité de cette compression de l'uretère par des kystes intra-ligamenteux ou par d'autres tumeurs enclavées dans le petit bassin. La dilatation de l'uretère et des formations kystiques du rein, qui en sont la conséquence, sont signalées dans un grand nombre d'observations.

M. Terrillon présente une *artère proplitée ulcérée* par un abcès ; le malade a succombé à l'hémorrhagie.

M. Monod fait remarquer que, dans ce cas comme dans un grand nombre d'autres qu'il a rassemblés, il est impossible d'arguer, pour expliquer la plaie artérielle, de la présence d'un corps étranger, drain, esquille, etc.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 février 1884. —Présidence de M. Bucquoy.

M. Desnos, secrétaire général, analyse une lettre adressée par M. Hubert Boens, président de la ligue des anti-vaccinateurs et qui vise les délibérations prises par la Société au sujet des *revaccinations dans les lycées*. Dans cette lettre, assez peu courtoise, M. Boens traite les membres de la Société de routiniers et les voue « aux condamnation de la postérité ». Si l'on jugeait les membres de la Ligue d'après cette lettre, on prendrait une triste opinion et de leur éducation et de leur valeur scientifique. M. Desnos ajoute que l'on peut d'ailleurs douter de la compétence des anti-vaccinateurs, car parmi eux on voit figurer des sériciculteurs, des agriculteurs, des négociants, des baronnets anglais et Mme la comtesse de Noailles.

M. Martineau dépose sur le Bureau ses leçons sur la *vaginite blennorrhagique* (1).

M. Laveran présente un travail sur la *contagion de la fièvre typhoïde* (2). Cette question n'est pas encore bien étudiée : on admet généralement que la fièvre typhoïde est peu contagieuse dans les grands centres et les hôpitaux ; Andral n'aurait pas observé un seul cas de contagion dans son service. Cela tient à ce que la population hospitalière est peu prédisposée à la contagion ; elle se compose de gens âgés ou d'ouvriers déjà acclimatés ; d'autre part, bon nombre l'on eu déjà et ont par cela même acquis une certaine immunité. Cependant, cette contagion a été observée à l'hôpital : MM. Quinquaud et Ollivier en ont signalé plusieurs exemples. Dans les hôpitaux militaires, où les sujets sont jeunes, nouveaux venus de la campagne et dans des conditions de réceptivité, on en voit de nombreux cas. M. Laveran a personnellement constaté 28 cas de fièvre typhoïde par contagion chez des infirmiers ou des soldats malades entrés à l'hôpital pour une autre affection ; M. Daga, médecin inspecteur, en a relevé 25 cas à l'hôpital militaire de Nancy, et 3 de ces cas ont été suivis de décès. Les médecins militaires ont noté également diverses épidémies dans lesquelles la contagion à joué un rôle important, et notamment en Tunisie. M. Laveran conclut que la fièvre typhoïde est contagieuse et que, dans les hôpitaux militaires, il y a lieu de consacrer des salles spéciales aux typhoïdiques.

M. Martineau fait une cinquième communication sur la *syphilis chez le singe*. Après avoir résumé ce qu'il a dit précédemment et rappelé que le 12 octobre 1883, il avait montré à la Société un moule reproduisant une syphilide ulcéreuse développée sur le voile du palais, il expose les nouvelles manifestations qui se sont produites chez son singe depuis cette époque. Le 20 octobre 1883, le singe sortit de sa cage lentement, sans qu'il fut besoin de le violenter. Presque aussitôt, il fut pris de mouvements convulsifs de la face ; les parties dépourvues de poils devinrent très pâles, les mâchoires étaient agitées de mouvements rapides, il s'écoulait par les commissures des lèvres une salive blanche, la muqueuse buccale, que l'on voyait par la bouche entr'ouverte, était complètement décolorée. Frappé de ce tableau, le garçon qui soignait le singe s'écria : « Tiens ! il écume comme un épileptique. » C'était en effet une attaque épileptiforme, qui dura 4 à 5 minutes. L'animal remonta avec peine dans sa cage et se laissa caresser sans résistance, ce à quoi il s'oppose énergiquement d'habitude. Cette attaque ne se renouvela pas. C'est du moins la seule qu'on ait vue, car le singe n'est pas surveillé d'une façon permanente. Peut-être cependant y en a-t-il eu d'autres ? M. Martineau déclare que cet accident est semblable à ceux que l'on observe *si fréquemment* chez l'homme à la première période de la syphilis, et qu'elle est due à la compression des centres nerveux par la syphilisation.

En outre, le 3 décembre, une syphilide papulo-hypertrophique se développait sur le scrotum du singe. Le 6, la surface malade se hérissa de petites syphilides papuleuses et il y avait une induration prononcée. En janvier 1884, le scrotum se prit tout entier, et il s'écoula des syphilides un liquide séreux et transparent ; l'induration persista, le testicule ne fut pas modifié. Le 18 janvier, on remarqua sur le voile du palais une éruption syphilitique papulo-érosive ; elle devait dater de quelques jours. Le 24, elle disparaissait sans laisser de cicatrices. M. Martineau dit que cette syphilis, dont le début remonte au 16 novembre 1882, évolue chez son singe comme elle évolue chez l'homme.

Une discussion s'engage sur cette communication : MM. Guyot, Fèrèol et Legroux nient que les accidents épileptiformes soient aussi fréquents dans la première période de la syphilis que le prétend M. Martineau, et font des réserves au sujet de l'interprétation qu'il donne à cette attaque.

M. Hanot montre le moulage d'un *ulcère tuberculeux de l'avant-bras*. Sans l'examen des bacilles, il aurait été presque impossible de porter un diagnostic exact de la nature de la lésion. Cette ulcère, qui date de 4 ans, a succédé à un panaris suivi de lymphangite ulcéreuse. Le sujet qui en est porteur est âgé de 70 ans ; il n'a de lésions pulmonaires que depuis quelques mois, on a donc eu affaire a une tuberculose locale cutanée primitive.

M. Gallard lit une nouvelle observation d'*anévrysme miliaire de l'estomac* ayant occasionné une *hématémèse*

(1) Voir *Progrès médical*, n° 7, p. 136.
(2) *Archives de médecine et pharmacie militaires*, n° 4, 16 février 1884.

© BIU Santé

mortelle. — En 1875, en faisant des recherches sur l'ulcère simple de l'estomac, il avait déjà noté des cas mortels à la suite d'hématémèses foudroyantes ; toutefois, à l'autopsie, des lésions graves avaient pu expliquer cette issue fatale. Mais, en 1876, en faisant une autopsie dans un cas de ce genre, il ne trouva que des lésions très minimes ; la mort était due à un anévrysme miliaire de l'artère coronaire stomachique qui, s'étant ulcéré, avait amené une hémorrhagie mortelle. Quelque temps après, il observait un fait semblable. Les deux cas en question furent le sujet d'une communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Clermont-Ferrand, 1876), et ils paraissaient uniques dans la science.

Il y a un mois, M. Gallard a pu observer un troisième cas du même genre à l'Hotel-Dieu. Il s'agissait d'un homme de 48 ans, qui fut amené par un sergent de ville qui l'avait soutenu au moment où il s'affaissait dans la rue, à la suite d'une hémorrhagie. Depuis quinze jours, cet homme avait des hématémèses, son appétit était diminué, et il éprouvait une douleur à la région épigastrique. L'interne ne constata à l'entrée qu'une distension de l'estomac et de l'abdomen. Malgré un traitement actif et rationnel (glace, toniques), le malade mourut dans la nuit. A l'autopsie, on trouva les voies digestives pleines de sang ; la muqueuse de l'estomac était ramollie ; au niveau de la grande courbure, à gauche, près du cardia, on aperçut une petite tumeur, du volume d'un haricot, ovoïde et placée sur la direction d'un vaisseau. Cette tumeur était perforée ; un petit caillot de sang obturait la perforation.

M. Gallard résume rapidement les deux cas qu'il avait observés en 1876, et montre que, dans les 3 cas, les symptômes et les lésions anatomiques ont été identiques. La connaissance de ces faits sera utile lorsqu'on reprendra la discussion sur les faux cancers de l'estomac. Il conclut en disant qu'il est nécessaire de ne pas admettre aussi facilement que l'on est tenté de le faire les gastrorrhagies essentielles, car les trois cas cités pourraient tromper un observateur inattentif, les lésions étant très minimes et pouvant passer inaperçues.

A. Blondeau.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 27 février 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Roussel présente des observations critiques sur la *transfusion du sang*, à propos de la communication récente de M. Dieulafoy. Pour M. Roussel, l'appareil de M. Dieulafoy ne serait que la reproduction de celui de Wagstaffe (de Londres) (1875) et de celui de Leblond et Collin (1874). Il lui fait les mêmes reproches qu'à ces derniers : ils ne peuvent injecter que 100 à 120 grammes de sang, après quoi le sang se coagule et l'appareil ne peut plus fonctionner.

M. Martineau se fait le défenseur de l'appareil de M. Dieulafoy qui, pour lui, rendra de grands services à la clinique en facilitant la transfusion, comme il le fait. Jamais, avec cet appareil, on n'a rencontré les accidents signalés par M. Roussel.

M. Roussel répond que les critiques qu'il formule aujourd'hui avaient déjà été énoncées par lui en 1876, à propos des appareils à canule en verre, et qu'elles s'adressent, par conséquent, à celui de Dieulafoy comme à ceux-ci. Il a expérimenté cet appareil et trouve qu'il ne peut donner qu'une quantité de sang insuffisante (100 à 120 grammes).

M. Martineau. M. Dieulafoy a fait la transfusion, comme essai thérapeutique, dans le diabète et l'albuminurie. 80 gr. de sang suffisent dans ces cas ; jamais il n'y a eu aucun accident.

M. E. Labbée comprend que M. Roussel défende son appareil : il y a là une question de concurrence. Mais il aura beau faire, cela n'empêchera pas que l'appareil de M. Dieulafoy soit reconnu supérieur par tous les médecins. Par conséquent, la question d'instruments est une question jugée et il faut surtout discuter sur les interventions de la transfusion en elle-même. M. Labbée est d'avis qu'il ne faut pas dépasser 90 gr. de sang dans tous les cas, par conséquent les objections adressées à l'appareil de M. Dieulafoy, à savoir qu'il ne peut donner qu'un maximum de 120 gr., n'ont pas leur raison d'être.

M. Roussel prétend que, si on se contente de 80 à 90 gr., c'est qu'*on ne peut pas* donner davantage avec les appareils actuels. Pour lui, plus on injecte de sang, plus vite le malade guérit : il aurait guéri des cachexies scorbutiques en injectant en une seule fois 150 gr. de sang.

M. Dujardin-Baumetz. La Société ne peut discuter la question d'appareils, mais elle peut discuter l'opportunité de la transfusion. Or, il ne faut pas abuser de cette méthode thérapeutique, comme on a des tendances à le faire en l'employant dans le diabète, la leucocythémie, le scorbut, l'albuminurie, sans quoi on la déprécierait et elle disparaîtrait de la thérapeutique. Les accidents qu'on observe sont inhérents aux conditions même de la transfusion (introduction de fibrine étrangère dans le torrent circulatoire) et non pas à l'imperfection de l'appareil, comme le prétend M. Roussel.

M. Dujardin-Baumetz a continué ses expériences sur la *paraldéhyde* : les résultats observés, lors de la dernière séance, se maintiennent. C'est un hypnotique d'un grand secours, mais bien moins sûr cependant que le chloral. De plus, l'odeur de l'haleine persiste pendant très longtemps et est fort désagréable pour le malade et pour ceux qui l'entourent. Enfin, son prix est fort coûteux (45 fr. le kilog.)

M. Yvon. Il est fort difficile d'atténuer l'odeur de l'haleine, car ce n'est même plus l'odeur de la paraldéhyde qui s'élimine par la bouche, mais bien le produit de sa transformation.

M. C. Paul a obtenu de nouveaux succès contre la morphinomanie, en se servant de la paraldéhyde. Il a essayé ce médicament en solution concentrée, pour le faire inhaler, dans certaines toux coqueluchoïdes des phthisiques. Dans les premiers temps, il a obtenu quelques effets calmants, qui ne se sont pas maintenus.

M. Tanret, à propos de cette discussion sur la paraldéhyde, se demande si l'odeur de l'haleine, observée chez les diabétiques, ne serait pas due à l'aldéhyde plutôt qu'à l'acétone. Or, s'il en était ainsi, comme le premier corps est très toxique, il se pourrait qu'il soit la cause des phénomènes comateux observés dans le diabète.

M. Dujardin-Baumetz a trouvé, en effet, de l'aldéhyde dans l'haleine d'un diabétique, mais il n'a pas recherché l'acétone dans ce cas là ; aussi, cette observation est-elle peu concluante.

M. C. Paul, en donnant de la glycérine à des diabétiques, a trouvé l'odeur d'aldéhyde dans l'air qu'ils expiraient.

M. Féréol fait remarquer que, si, au point de vue du diagnostic, l'odeur d'aldéhyde ou d'acétone a une grande valeur, il n'en est pas de même au point de vue du pronostic, car il connait nombre de diabétiques qui ont ce symptôme depuis bien des années sans que leur état s'aggrave.

M. Yvon. Chez les diabétiques, l'acétone ne se forme pas seulement dans la bouche, comme le dit M. Baumetz, car il a pu lui-même retrouver dans l'urine de quelques diabétiques un corps ressemblant beaucoup à l'acétone.

F. Bottey.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. De la couveuse pour enfants; par M. A. Auvard, interne à la Maternité. In *Archives de Tocologie*, octobre 1883.

I. Parmi les questions obstétricales à l'ordre du jour, il en est deux fort importantes qui concernent l'élevage des nouveau-nés. L'une a trait à l'allaitement artificiel, et l'on se souvient du retentissement qu'ont eu les remarquables communications faites récemment à ce sujet par M. Tarnier et le regretté professeur Parrot à la tribune de l'Académie de médecine. L'autre, qui va nous occuper, concerne

© BIU Santé

l'hygiène particulière qui doit être appliquée aux enfants nés avant terme. On conçoit toute l'importance de cette dernière question, qui se rattache d'une façon si étroite à celle de l'accouchement prématuré artificiel. Du moment, en effet, qu'il est établi que des enfants de sept mois et moins peuvent être élevés presque aussi sûrement que des enfants à terme, l'accouchement prématuré fait un pas immense en avant, et les attaques qu'il a eu à subir, récemment encore, tombent d'elles-mêmes.

C'est de la Maternité que sont parties les premières recherches, commencées il y a deux ans, et déjà les résultats sont si remarquables qu'ils s'imposent à l'attention de tout le corps médical. M. Tarnier a eu le premier l'idée de maintenir les enfants nouveau-nés, venus avant terme, dans une atmosphère chaude, et d'une température à peu près constante, à l'aide de véritables couveuses, et c'est sur ce sujet que M. Auvard, son interne, vient de publier un très intéressant mémoire. Nous allons analyser rapidement ce travail où l'auteur expose le résumé des recherches de son maître et des siennes propres sur la question.

Les couveuses employées jusqu'à ces derniers temps à la Maternité, et dont le modèle a été adopté à peu de chose près dans les nouveaux services d'accouchement des hôpitaux, sont, réduites à leur plus simple expression, de larges boites en bois, cubiques, à parois épaisses, reposant sur un piédestal. Elles sont divisées en deux compartiments, l'un inférieur, qui contient un réservoir à eau chaude, l'autre supérieur, où repose l'enfant. Ce dernier compartiment a un couvercle formé de deux glaces de verre superposées et mobiles, à travers lesquelles on peut s'assurer de l'état de l'enfant, de la température indiquée par un thermomètre placé à l'intérieur, etc.; de plus, il présente sur une de ses parois latérales une ouverture, fermée par une porte, par où l'on peut retirer facilement le berceau de l'enfant. Des orifices établissant une communication suffisante avec l'air extérieur sont ménagés dans chacun des compartiments, qui communiquent de même l'un avec l'autre par d'autres ouvertures.

Le jeu de l'appareil est des plus simples : « L'air pénétrant entre le piédestal et la boite par les solutions de continuité qui existent à ce niveau, monte le long des parois du réservoir d'eau chaude, arrive échauffé dans le compartiment supérieur, où il séjourne un temps variable, et enfin s'échappe par un des orifices que nous venons de mentionner. » L'enfant se trouve ainsi placé dans un bain d'air chaud, dont la température est maintenue aussi constante que possible.

Un thermo-syphon est adapté au réservoir, et la chaleur est fournie par une lampe qu'on ne doit allumer que deux ou trois fois en vingt-quatre heures, en la laissant brûler seulement deux heures chaque fois ; on doit éteindre cette lampe aussitôt que le thermomètre indique dans le compartiment supérieur une température inférieure de 2 degrés à celle qu'on veut obtenir, car la température continue à s'élever encore de 2 degrés environ.

Pour éviter les dangers qui pourraient résulter pour les enfants d'une température trop élevée, à la suite d'un défaut de surveillance, on peut adapter à la couveuse un régulateur Regnard, de façon à avoir une température constante; de plus, un avertisseur électrique prévient quand la chaleur devient par hasard trop considérable. C'est une couveuse de ce genre qui est installée à la Charité, dans le service du Dr Budin.

En raison des soins que réclame le chauffage de ces couveuses, M. Tarnier a conseillé de recourir à un procédé plus simple; il supprime la lampe du thermo-siphon, et se borne à faire enlever deux fois par jour ou trois, suivant la saison, un seau de l'eau du réservoir et à le faire remplacer par une quantité égale d'eau bouillante.

Les couveuses que nous venons de décrire sont d'un grand volume et d'un prix élevé; utiles dans les Maternités, car elles peuvent contenir plusieurs enfants, elles ne sont point faites pour la clientèle privée. Aussi, M. Tarnier vient-il de faire construire par M. Galante un modèle de couveuse très simple, peu coûteux, et dont le mode de chauffage est aussi facile qu'ingénieux. M. Auvard consacre la dernière partie de son mémoire à la description de cette couveuse, et nous croyons devoir, vu l'importance pratique de l'appareil, le citer presque textuellement :

« L'appareil est représenté par les trois figures ci-jointes : Il se compose d'une caisse en bois longue de 65 centimètres,

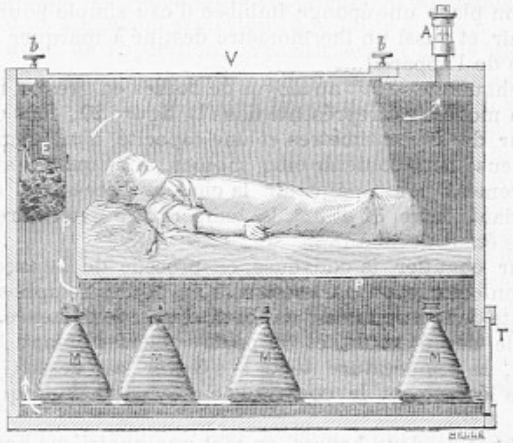


Fig. 18.

large de 36, haute de 50, (dimensions extérieures), l'épaisseur des parois étant d'environ 25 millimètres.

« L'intérieur de la caisse est divisé en deux parties par une cloison horizontale incomplète (*Fig.* 18, P) située à environ 15 centimètres de la paroi inférieure.

« Dans l'étage inférieur destiné à recevoir des boules d'eau

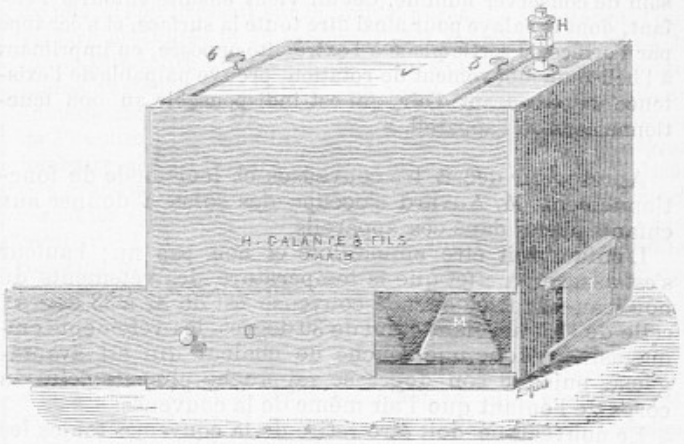


Fig. 19.

chaude en grès, connues à Paris sous le nom de moines, sont pratiquées deux ouvertures, l'une latérale (*fig.* 19, O), occupant toute la longueur de la paroi, fermée par une porte à coulisse et pouvant à volonté se tirer dans les deux sens : c'est la voie

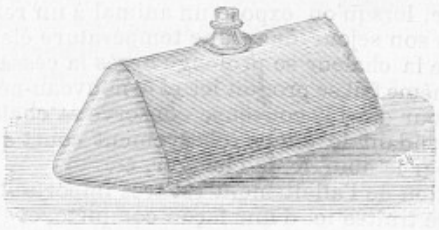


Fig. 20.

d'introduction des boules; l'autre percée à une des extrémités de la boite (*fig.* 18 et 19, T), obturée par une porte incomplète, c'est-à-dire moins grande que l'orifice qu'elle recouvre, de manière à permettre toujours le passage d'une certaine quantité d'air.

« L'étage supérieur, disposé pour recevoir l'enfant, est garni

© BIU Santé

de coussins à cet effet; il s'ouvre en haut par un couvercle vitré (*fig.* 19, V) dont la fermeture est aussi complète que possible; deux boutons (*fig.* 18 et 19, *bb*) permettent de l'enlever facilement. Sur la paroi supérieure se trouve un orifice de sortie, auquel est fixé, si on veut, un tube muni à son intérieur d'une petite hélice très mobile et pouvant tourner sous l'influence d'un faible courant d'air (*fig.* 18 A et 19, H).

« Dans l'ouverture qui fait communiquer les deux compartiments, on place une éponge imbibée d'eau simple pour humidifier l'air, et aussi un thermomètre destiné à marquer la température de l'appareil....

« Le chauffage se fait au moyen de boules en grès ou moines, dont un modèle est représenté dans la figure 20; elles ont une longueur de 20 centimètres et une capacité d'un demi-litre. La couveuse peut contenir cinq moines, mais quatre suffisent ordinairement pour maintenir la chaleur nécessaire, c'est-à-dire variant entre 31 et 32°, la température extérieure de la chambre étant de 16 à 18°.

« Pour chauffer la conveuse, on procède de la façon suivante: on commence par mettre trois boules remplies d'eau bouillante dans l'appareil; au bout d'une demi-heure, elle a atteint le degré voulu, et on peut y placer l'enfant. Si, à ce moment, la température tend à s'élever au dessus de 32°, on ouvre légèrement le couvercle en verre pendant quelques instants.

« Au bout de deux heures, on met une quatrième boule, et, à partir de ce moment, toutes les heures et demie ou deux heures, il faut changer le contenu d'une des boules, celle qui est la moins chaude, et avoir soin d'y faire verser de *l'eau bien bouillante*.....

« L'air pénétrant par la petite trappe décrite plus haut, s'échauffe au contact des boules, et, devenant ainsi plus léger, monte dans l'étage supérieur, s'imprégnant au passage de vapeur d'eau au contact de l'éponge (*fig.* 18 et 19, E) qu'on aura soin de conserver humide. Cet air vient ensuite entourer l'enfant, dont il balaye pour ainsi dire toute la surface, et s'échappe par l'orifice de sortie placé à l'extrémité opposée, en imprimant à l'hélice un mouvement de rotation, preuve palpable de l'existence de ce courant d'air, qui est indispensable au bon fonctionnement de l'appareil. »

Après avoir décrit les couveuses et leur mode de fonctionnement, M. Auvard s'occupe des soins à donner aux enfants placés dans ces appareils.

L'enfant doit être emmailloté et non pas nu; l'auteur s'est assuré en effet que la température des vêtements du nouveau-né placé dans la couveuse est de 32 à 33 degrés, celle de l'air ambiant étant de 30 degrés, les vêtements emmagasinent donc une couche de chaleur qui est avantageuse, puisque son degré se rapproche plus de celui du corps de l'enfant que l'air même de la couveuse.

Le nouveau-né doit être retiré de la couveuse toutes les deux heures environ pour prendre ses repas, pour être changé, etc. On pourrait craindre que ce brusque passage d'un air chaud à une température relativement froide ne soit préjudiciable à sa santé; or, il n'en est rien, pourvu que le séjour hors de la couveuse ne soit pas prolongé trop longtemps. M. Auvard donne l'explication de ce fait en rappelant des expériences faites sur les animaux; on sait en effet que, lorsqu'on expose un animal à un refroidissement après son séjour dans une température élevée, l'application de la chaleur se prolonge après la cessation de la cause. Le même fait se produit ici, et le nouveau-né, échauffé par son séjour dans la couveuse, conserve sa chaleur à l'air extérieur pendant le temps relativement court qui est nécessaire pour le nourrir, le changer, etc.

La question de l'allaitement est très importante; elle ne pouvait être traitée ici d'une façon complète, et l'auteur se borne à indiquer que les enfants doivent être confiés à une nourrice, qui doit les replacer dans la couveuse aussitôt la tétée terminée; si l'enfant est trop faible pour prendre le sein, on devra le nourrir de préférence avec du lait d'ânesse, à la cuiller ou au verre, jamais au biberon.

M. Auvard arrive ensuite aux résultats obtenus à la Maternité à l'aide de la couveuse, depuis novembre 1881 jusqu'à juillet 1883. 151 observations sont résumées dans une série de tableaux très bien faits et très instructifs à consulter à beaucoup de points de vue : âge de l'enfant, son poids, durée de son séjour dans la couveuse, etc.

Il est intéressant de remarquer que, sur ces 151 enfants, tous n'ont pas été mis dans la couveuse uniquement à cause de leur naissance prématurée; bon nombre d'entre eux étaient presque à terme ou même à terme, et y ont été placés pour d'autres motifs, que l'auteur a résumés dans le tableau suivant :

	TOTAL.	VIVANTS.	MORTS.
Enfants avant terme	93	62	31
Faiblesse.	6	4	2
Cyanose	5	5	»
Œdème.	25	21	4
Gêne respiratoire.	5	2	3
Mort apparente	4	3	1
Athrepsie.	3	1	2
Syphilis	4	4	»
Opération obstétricale . . .	2	2	»
Fracture	1	1	»
Vice de conformation. . . .	3	»	3
Total. . .	151	105	46

Les enfants nouveau-nés, faibles ou mal portants, sont donc justiciables du séjour dans la couveuse; pour l'œdème en particulier, l'auteur fait remarquer avec raison que le résultat est des plus heureux, puisqu'il n'a à signaler que 4 morts sur 21, alors que le professeur Depaul indique la proportion de 16 morts sur 20 comme conséquence habituelle de cette maladie.

Mais le résultat statistique le plus important est à coup sûr celui qui concerne les enfants venus avant terme et pesant moins de 2,000 grammes. On sait que, malgré les soins les plus assidus, malgré la ouate, les boules chaudes dont on les entoure, ces enfants, lorsqu'ils sont élevés à l'air libre, succombent ordinairement; si quelques-uns, pesant de 1,600 à 1,800 grammes, ont pu être élevés, ce sont là des faits isolés et rares, dus seulement à des soins minutieux et incessants qu'il serait presque impossible de donner à des nouveau-nés dans un service d'hôpital. Or, M. Auvard arrive au total de 79 enfants pesant moins de 2,000 grammes et placés immédiatement dans la couveuse; de ces enfants, 49 ont survécu; ce qui donne une mortalité de 38 0/0. Au contraire, cette mortalité a été de 66 0/0 à l'hôpital Cochin, en 1882, et de 65 0/0 à la Maternité, du 1er août 1879 au 31 juillet 1881, chez les enfants de même poids et élevés sans couveuse. Les chiffres nous semblent assez éloquents par eux-mêmes pour se passer de commentaires. Nous ajouterons seulement que le nombre des succès obtenus à la Maternité, et aussi dans tous les services où fonctionnent des couveuses, augmentera certainement encore, par suite du perfectionnement de la méthode et par la connaissance plus exacte de certains faits encore aujourd'hui à l'étude.

Ceci nous amène à dire quelques mots du chapitre consacré par l'auteur à des recherches qu'il a faites sur le pouls, la respiration et la température des nouveau-nés, et sur l'influence qu'exerce la couveuse sur les fonctions des enfants nés avant terme. Des tracés intéressants sont annexés à cette étude, sur laquelle nous ne voulons pas insister, car, si la couveuse paraît activer les fonctions de l'enfant, et cela d'autant plus qu'il est plus éloigné du terme, trop d'éléments manquent encore pour juger la question; l'auteur se propose de la reprendre dans un travail ultérieur.

En résumé, le résultat clinique des couveuses n'est pas douteux: le maintien des enfants nés avant terme à une température élevée et constante semble remplacer pour eux la période intra-utérine qui leur a manqué. On peut dire que les couveuses sont le premier essai sérieux, et couronné de succès, dans le but d'élever un grand nombre d'enfants condamnés à peu près fatalement à la mort. Sans doute l'emploi des bains d'eau chaude prolongés de Winckel pour les nouveau-nés qui ne sont pas à terme ou qui présentent des troubles respiratoires, a pu donner de

© BIU Santé

bons résultats; mais ce traitement présente des difficultés et des inconvénients, et ne saurait être comparé à l'action des couveuses.

La simplification de ces dernières, grâce au nouveau modèle de M. Tarnier décrit plus haut, qui en rend l'usage possible même dans les familles, va donner à cette méthode d'élever les nouveau-nés chétifs ou avant terme une grande extension, et lui assure pour l'avenir de nombreux succès.

Ch. MAYGRIER.

REVUE MÉDICALE

Une observation d'Actinomycose; par J. ISRAEL.

Nous pensons qu'on lira avec intérêt le résumé d'une observation d'actinomycose de l'homme. Nous choisissons celle qui a été publiée dans les *Archives de Wirchow* du 15 déc. 1879, par le Dr James Israël (1).

Une femme de 24 ans, cuisinière, jusque-là bien portante, tombe malade le 26 avril 1878; frisson, fièvre et points douloureux dans le côté gauche de la poitrine; fréquence de la respiration avec légère toux sans expectoration; reçue à l'hôpital le 3e jour de la maladie, on constate une température de 39°,2, une légère matité à gauche en arrière et en bas, avec augmentation des vibrations thoraciques, du souffle bronchique à l'inspiration, sans râles ni expectoration : Diagnostic *pleuro-pneumonie* probable.

La température, jusqu'au 8e jour de la maladie, a une marche continue avec écart de quelques dixièmes seulement entre le matin et le soir; elle descend alors peu à peu à 37°,4 et s'y maintient du 9e au 11e jour; alors se déclare une température de fièvre hectique oscillant le matin entre 37° et 38° et le soir entre 38° et 39°. Le 35e jour la malade part pour suivre une cure de lait. Légère matité à gauche en arrière et en bas jusqu'à l'omoplate et dans l'espace interscapulaire, en bas, respiration faible et râles humides; souffle bronchique dans l'espace interscapulaire; rien aux sommets.

Malgré de bons soins reçus dans son pays, la malade ne se rétablit pas, elle s'affaiblit de plus en plus; 14 jours après sa sortie de l'hôpital, se produisit au côté postérieur et latéral de la paroi thoracique un gonflement légèrement douloureux et la malade dut rentrer à l'hôpital (25 juin 1878) dans un service de chirurgie.

Elle était pâle, mais son état général était assez bon; T. 39°,1; dyspnée modérée avec soulèvement des ailes du nez. Silence respiratoire à la moitié inférieure du thorax gauche. Au point d'intersection et en arrière de la ligne axillaire gauche et de la 9e côte, se trouvait un gonflement de la grosseur du poing d'un enfant avec fluctuation profonde. En arrière, à gauche, du milieu de l'omoplate jusqu'en bas, matité et faible souffle bronchique. Diagnostic : *empyème* de nécessité; opération le 26 juillet. — Elle donna issue à très peu de pus, beaucoup moins que l'on n'aurait pu penser d'après la sensation de fluctuation donnée par l'abcès.

Le doigt introduit entre les côtes pénètre dans un espace si peu étendu que l'on dut se demander si l'on n'était pas tombé dans un abcès pleural ou dans une cavité péripleurétique. A la suite de l'incision, la fièvre disparut pendant trois jours, puis la température puisqu'au 7 août oscilla entre 37° et 38°. De cette date, les températures vespérales s'élevèrent jusqu'aux environs de 39°. La peau sur la paroi latérale gauche du thorax était très épaissie, surtout autour des lèvres de l'incision; le gonflement avait à l'œil un aspect œdémateux, mais ne cédait que peu à la pression du doigt, donnant une sensation de dureté. Pas de rougeur. Ce gonflement associé à la fièvre fit penser à une rétention purulente, et le 14 août on se décida à pratiquer la résection d'une portion de la 9e côte. Par l'ouverture, le doigt pouvait être introduit à 5 centimètres de profondeur où il rencontrait une résistance élastique fort tendue; sur les côtes, au contraire en haut et en bas parallèlement à la paroi thoracique, on ne pouvait atteindre les limites de cette cavité. Il ne sortit presque pas de pus, mais l'on put avec les doigts et la curette enlever, en produisant une assez forte hémorrhagie, une grande quantité de granulations d'un gris-jaunâtre, molles et pendantes. La température du matin fut après l'opération un peu au-dessus de 37° et le soir d'un degré plus élevé. Le souffle bronchique, entendu anciennement à gauche et en arrière, fit place à la suite de cette dernière opération à un bruit faible et indéterminé. Aux deux lobes supérieurs, on entendait de temps à autre un sifflement expiratoire à tonalité élevée.

En dépit de l'opération, l'épaississement diffus de la peau du thorax ne diminua pas, et s'étendit au contraire encore en arrière et en bas, mais resta indolent jusqu'au 10 septembre (quatre semaines après la résection). A cette date, on remarqua un gonflement de la grosseur d'un œuf de poule, fluctuant, à peine douloureux, un peu à gauche de la dernière vertèbre dorsale. L'incision laissa écouler un pus épais et abondant, sans odeur. Les parois de l'abcès étaient tapissées de granulations gris-jaune tremblotantes, qui furent enlevées (forte hémorrhagie). — Ce tissu de granulations gélatineuses s'étendait dans le tissu sous-cutané au delà des limites de l'abcès, de telle sorte que la peau épaissie et couenneuse pouvait facilement être détachée de sa couche sous-cutanée. Dans le haut, on pouvait suivre cette dégénérescence du tissu hypodermique jusqu'aux lèvres de la résection.

Pendant ce temps, l'état général avait fortement empiré; l'amaigrissement était devenu considérable et des sueurs profuses enlevaient à la malade tout sommeil. L'appétit était toujours vif, les selles fréquemment diarrhéiques; la toux rare, sans expectoration; la température un peu au-dessus de 37° le matin, à un degré plus élevé le soir. Malgré la dernière incision, le tissu de granulation et la suppuration s'étendirent au dos et le 4 octobre on pouvait sentir une nouvelle fluctuation étendue à gauche près des vertèbres lombaires au-dessous de la plaie produite par la dernière incision; celle-ci laissait écouler du pus, si l'on pressait sur le nouvel abcès. Le 10 octobre, l'ouverture pratiquée le 10 septembre fut prolongée en bas à la limite inférieure du nouvel abcès qui s'étendait jusqu'aux dernières vertèbres lombaires. La peau incisée présentait un épaississement ressemblant à une couenne épaisse et résistante de 3 centim. 1/2; vers les fausses côtes comme vers la région lombaire, elle était minée de tous côtés. La cavité était tapissée des granulations déjà décrites plusieurs fois. Bientôt augmentèrent les symptômes répondant aux lésions de l'appareil respiratoire. La toux rare jusqu'alors devint fréquente et pénible, associée à une sensation de sécheresse, siégeant à la gorge sans aucune expectoration.

Le 18 *octobre* éclatèrent de forts accès de dyspnée avec douleur constrictive spasmodique dans la région gauche du diaphragme, augmentant à chaque choc de toux. Les douleurs partaient du dos pour atteindre le creux de l'estomac, elles venaient irrégulièrement et étaient toujours liées à une très forte oppression, elles atteignaient une telle force que la malade devait se courber et se tordre. Le 30 octobre, six mois après le début de la maladie, on nota au milieu de la face externe de la jambe un abcès gros comme une amande, sous-cutanée et assez indolent; ouvert le 2 novembre il se vida d'un pus épais, sans mauvaise odeur, dans lequel *flottaient des petites masses rondes de la grosseur d'un grain de millet, en partie de couleur blanchâtre, en partie d'aspect gris transparent;* ces petites masses étaient composées de végétations cryptogamiques (actinomycètes).

Le 4 novembre, à la face postérieure de la jambe, dans la région des muscles fléchisseurs, on trouva un abcès situé profondément, de la grosseur d'un œuf d'oie. Un troisième abcès fut ouvert le 14 novembre; il siégeait sur la tubérosité de l'ischion gauche et était gros comme une petite pomme; il en sortit un pus fétide dans lequel se trouvaient suspendues en grande quantité les mêmes masses parasitaires déjà mentionnées. Le 15 novembre, la malade se plaint de douleurs au niveau de la moitié droite du thorax. De ce côté, on constate, de la 7e côte en bas, de la matité, un affaiblissement de la résonnance de la voix et du murmure respiratoire; on sent à la limite supérieure des frottements pleurétiques.

L'*urine* contient pour la première fois de l'albumine en grande quantité; depuis six semaines, on n'en trouvait que des traces de temps à autre. Le *pus* provenant de la plaie dorsale et de

(1) J. Israël.—*Neue Beitræge zu den mykotischen Erkrankungen der menschen.* (*Virchow's Archiv.* T. LXXVIII, pl. III, p 421).

© BIU Santé

celle résultant de la résection est alors examiné avec plus de soin, montre que celui-ci contient les mêmes colonies parasitaires que celui des abcès précédents.

La *dyspnée* atteint un haut degré depuis l'existence de la pleurésie droite; P. 180 et T. S. 39°. Le 18 novembre, l'examen d'une goutte de sang, obtenue au moyen d'une piqûre au doigt, dénote l'existence de nombreux noyaux mobiles ressemblant à des *micrococcus* qui, parfois, étaient associés par 2 ou 3. Leur dimension était variable, leur nombre était beaucoup plus élevé selon l'auteur que celui qu'il avait vu dans les maladies fébriles. Cet examen fut fait sans l'aide de réactifs; mais M. Israël ajoute que c'est la seule fois que ces éléments, trouvés dans les maladies fébriles, lui firent l'impression d'appartenir à des organismes parasitaires. Le 19 novembre, la malade mourait *sans que jamais l'on eût constaté un seul frisson ou des écarts irréguliers de température.*

Résumé de l'autopsie. — Dans le poumon gauche, principalement au lobe inférieur, on trouve un grand nombre de noyaux pneumoniques disséminés et abcédés, toujours remplis de conglomérats parasitaires miliaires; forte adhérence entre le lobe inférieur du poumon et la plèvre costale et le diaphragme. Phlegmon péripleurétique à la paroi dorsale et latérale de la moitié gauche du thorax. Infiltration purulente du diaphragme; abcès rétro-péritonéal au côté du ligament transverse des vertèbres lombaires avec rupture dans le carré des lombes et la masse sous-lombaire. Métastases purulentes dans le foie, le rein gauche, le poumon droit; pleurésie droite. Abcès métastatiques à la cuisse et à la jambe ainsi qu'aux fesses. Grains actinomycétiques dans tous les abcès.

Réflexions. — Ainsi, une femme bien portante jusqu'alors, est atteinte d'une affection pulmonaire (lobe inférieur gauche) qui, à cause de l'augmentation des vibrations thoraciques, du souffle bronchique, de la matité et de la haute température est considérée comme pneumonique, malgré, toutefois, l'absence d'expectoration. Le 9e jour, la fièvre cesse, mais la chute est lente et se fait en 24 heures. Il semble ensuite que l'exsudat subit la fonte purulente et la fièvre hectique se déclare le 12e jour et continue jusqu'à la mort. Comme phénomène secondaire apparaît l'inflammation péripleurétique à marche lente. La résection costale et le drainage restent infructueux. Puis viennent la propagation aux organes voisins et les métastases sans que jamais la fièvre n'ait présenté d'exacerbations (pas de frissons).

P. B.

VARIA

Faculté de Médecine.

(Année scolaire 1883-1884).

Les Cours du semestre d'Eté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 16 mars 1884 :

Cours.

Histoire naturelle médicale : M. Baillon. — Etude spéciale des principales plantes usitées en thérapeutique. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Petit Amphithéâtre).

Physiologie : M. Béclard. — Les muscles. Le système nerveux. Les organes des sens. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale : M. Guyon. — Maladies chirurgicales du rectum et maladies chirurgicales des organes génitaux chez la femme. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Médecine légale : M. Brouardel. — Déontologie médicale. Asphyxies : pendaison, strangulation, submersion. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Pharmacologie : M. Regnauld. — Etude des médicaments, au point de vue de la chimie pharmacologique et de la posologie. Mardi, jeudi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre).

Pathologie et thérapeutique générales : M. Bouchard. — Application des données pathogéniques au diagnostic, au pronostic, à la prophylaxie et à la thérapeutique. Mardi, jeudi, samedi, à 1 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie interne : M. Damaschino. — Les maladies des vaisseaux sanguins et du système lymphatique. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie expérimentale et comparée : M. Vulpian, suppléé par M. Hallopeau, agrégé. — Etude expérimentale des causes morbifiques et des processus morbides. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Petit Amphithéâtre).

Accouchements, maladies des femmes et des enfants : M. Tarnier. — Grossesse. — Accouchement. — Délivrance. — Opérations obstétricales. Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Grand Amphithéâtre).

Hygiène : M. Bouchardat. — Durée de la vie. — Hérédité. — Alimentation. — Exercice. — Excrétions. — Principales causes des maladies. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Thérapeutique et matière médicale : M. Hayem. — Des médications. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Exercices pratiques de médecine légale à la Morgue : M. Brouardel. — Exercices pratiques de médecine légale. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures.

Cliniques.

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu.
— M. Hardy, à la Charité.
— M. Potain, à l'hôpital Necker.
— M. Jaccoud, à la Pitié.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants : M. N..., M. Rendu, agrégé, chargé du cours, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux : M. Charcot, à la Salpêtrière.

Cliniques chirurgicales : M. Gosselin, suppléé par M. Terrillon, agrégé, à la Charité.
— M. Richet, suppléé par M. Humbert, agrégé, à l'Hôtel-Dieu.
— M. Verneuil, à la Pitié.
— M. Tarlat, à l'hôpital Necker.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel Dieu.

Clinique d'accouchements : M. Pajot, à la Clinique de la Faculté.

Cours auxiliaires.

Chimie médicale : M. Henninger, agrégé. — Chimie organique. — Applications à la médecine. — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 3/4 (Grand Amphithéâtre).

Histoire naturelle : M. Raphael Blanchard, agrégé. — Zoologie. — Etudes des arthropodes et des vertébrés intéressant la médecine. — Jeudi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre).

Physique : M. Gariel, agrégé. — Instruments d'optique. — Magnétisme. — Electricité — Propriétés moléculaires des corps. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie interne : M. Troisier, agrégé. — Maladies de l'appareil digestif et des organes génito-urinaires. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie externe : M. Reclus, agrégé. — Maladies générales et maladies des tissus. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Physiologie : M. Ch. Richet, agrégé. — Chaleur animale. — Nutrition. — Démonstrations pratiques. — Samedi, à une heure et demie (Ecole pratique, rue Vauquelin, 1).

Anatomie pathologique : M. Raymond, agrégé. — Histologie pathologique du système nerveux, du système musculaire et des reins. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures, mardi et samedi (Amphithéâtre Laënnec). Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, jeudi (Lab. d'anat pathol., rue Vauquelin).

Accouchements : M. Ribemont-Dessaignes, agrégé. — De la dystocie maternelle et fœtale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

Travaux pratiques.

Chimie : M. Armand Gautier, agrégé, chef des Travaux. — Travaux pratiques de chimie. Mardi, jeudi samedi, de 7 heures 1/2 à 10 du matin.

Physique : M. Guébhard, agrégé, chef des Travaux. — Travaux pratiques de physique. Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures.

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des Travaux. — Travaux pratiques d'histoire naturelle. Lundi, mardi, jeudi, samedi, à 7 heures 1/2 du matin

Physiologie : M. Landrde, chef des Travaux. — Démonstrations pratiques de physiologie expérimentale. Mardi, jeudi, samedi à 1 heure 1/2.

Histologie : M. Cadiat, agrégé chef des Travaux. — Travaux pratiques d'histologie. Tous les jours, à 3 heures.

Médecine opératoire : M. Farabeuf, agrégé, chef des Travaux. — Exercices de médecine opératoire. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures.

© BIU Santé

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des Travaux. — Travaux pratiques d'anatomie pathologique. Tous les jours, à 2 heures.

Semestre d'été. — Division des études.

1re *Année* : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale. — Travaux pratiques : Chimie, physique, histoire naturelle.

2e *Année* : Histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques : histologie, physiologie.

3e *Année* : Histologie, physiologie, anatomie pathologique, pathologie interne, pathologie externe, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques : Stage hospitalier, histologie, physiologie.

4e *Année* : Pathologie interne, pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, hygiène, accouchements, maladies des femmes et des enfants, pharmacologie, médecine légale, thérapeutique et matière médicale, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales. — Travaux pratiques : Stage hospitalier, médecine opératoire, anatomie pathologique.

Avis. — Le Musée Orfila et le Musée Dupuytren sont ouverts aux Elèves tous les jours, de 11 à 4 heures. — La Bibliothèque est ouverte tous les jours de 11 h. du matin à 5 h. de l'après-midi et tous les soirs de 7 h. 1/2 à 10 h.

Travaux pratiques.

Démonstrations pratiques de physiologie, sous la direction de M. le Dr Laborde, chef des travaux pratiques de physiologie. — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le mardi 18 mars 1884, sous la direction de M le Dr Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2 de l'après-midi. Les élèves de 2e et de 3e années (ancien et nouveau régimes) sont obligés d'assister à ces démonstrations. (Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet, s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux.) Ces démonstrations sont facultatives pour les étudiants qui ont 16 inscriptions ; les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves de 2e et de 3e années sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits réglementaires, correspondant à l'inscription de janvier 1884. 2° Les élèves justifiant de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers qui désireraient assister aux démonstrations pratiques de physiologie, ne pourront être admis sans une autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande, du lundi 3 au jeudi 13 mars, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir. Ceux d'entre eux qui auraient déjà obtenu l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant la présente année scolaire, sont admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits (40 fr.). 3° Les élèves indiqués dans les paragraphes 1 et 2 devront se faire inscrire au Bureau du surveillant général (ancien collège Rollin), du 3 au 13 mars inclusivement, de midi à 4 heures.

Pauvres sœurs !

Le journal la *Presse* du 28 février publie, sous une forme humoristique, une critique de la manière de procéder des sœurs garde-malades. Nous en extrayons les passages suivants :

« Mais passons. Il y a encore les sœurs hospitalières, sur lesquelles le *Soleil* verse des larmes d'orléanistes. En abordant les sœurs dites hospitalières, on a l'espoir de s'édifier un peu. Voici le carême! Soyons sincères et plus graves. La bêtise humaine est quelque chose de colossal. On serait moins bête, hélas! si l'on était moins vaniteux. J'attends ici, intrépidement, les contradicteurs.

Les riches mondains — j'entends ceux qui joignent le servilisme et l'esprit d'imitation à pas mal d'écus plus ou moins bien acquis — les riches mondains ne veulent plus que des cornettes au chevet de leurs malades. Dieu seul peut savoir ce que ça leur coûte. On donc serait le mérite de servir la mode et Loyola, si l'escarcelle n'avait pas à s'en plaindre? Voudriez-vous, par hasard, aller au ciel en carrosse?

C'est d'abord un honoraire de cinq à dix francs par jour; puis vient la colonne des observations : 1° La religieuse mangera à part et sera traitée comme les maîtres. 2° Celle du jour ne restera jamais la nuit. On en fera venir une autre, et la religieuse de garde pendant la nuit aura sa chambre à coucher à elle, et ne reposera jamais dans celle du ou de la malade. — Hein! comme tout ça est cossu! 3° On traitera directement les questions d'honoraires avec la supérieure ou avec l'économe de la communauté. Rien de fixe. On débattra les prix. Oh! je vous jure que les couvents de gardes-malades sont joliment renseignés sur la fortune de chacun.

Voilà ce que le *Soleil* appelle « des religieuses admirables, établies au chevet du pauvre invalide ». Il est vrai qu'un rayon de lumière solaire va plus loin que mes yeux. Toujours est-il que, même dans les hôpitaux, infirmiers et infirmières, serviteurs et servantes veillent seuls, d'habitude, au lit des moribonds, et que si la sœur prend leur place, c'est surtout pour obséder d'infortunés mourants.

Et cela m'a toujours bouleversé, chaque fois qu'appelé dans un hôpital je voyais ces prétendues bonnes sœurs verser, à pleine coupe, les terreurs et l'amertume dans l'âme de celui auquel le bon Dieu allait donner sa paix. O peuple de gobeurs que nous sommes, *quousque tandem* ! Quand, enfin, serons-nous sérieux? »

Oui ! et quand saurons-nous regarder autour de nous et avec l'intention d'y voir clair. Malgré les affirmations intéressées, on verrait que, dans les hôpitaux, les salles de malades sont simplement censées surveillées par les sœurs, mais qu'en réalité, ce sont des laïques, hommes ou femmes, qui soignent les malades. Chez nos voisins, on s'apercevrait que les diaconesses protestantes, non contentes de donner des soins hospitaliers, veulent s'instruire, fondent et fréquentent des écoles, tandis que nos religieuses ont la haine la plus profonde de l'instruction. On saurait enfin, ce qu'il faut répéter à satiété, que les infirmières laïques existent en Suisse, en Allemagne, etc.; qu'au grand hôpital de Vienne la surveillance des services leur est confiée. Ce qu'il faut et ce à quoi l'Administration doit veiller, c'est fournir aux médecins des auxiliaires intelligents, instruits, dévoués et obéissants. Les sœurs manqueront toujours d'au moins trois de ces qualités là.

Commission des voyages et missions scientifiques.

Par arrêté ministériel en date du 31 décembre 1883, la Commission des voyages et missions est composée comme suit pour l'année 1884.

MM. le Ministre, président ; Milne Edwards, membre de l'Institut, vice-président ; E. Charton, vice-président ; Xavier Charmes, directeur du secrétariat, membre de droit ; Billotte, chef au 2e bureau de la direction du secrétariat, membre de droit ; R. de St-Aroman, sous-chef au 2e bureau de la direction du secrétariat, secrétaire ; Mallet, rédacteur au 2e bureau de la direction du secrétariat, secrétaire adjoint.

MM. P. Bert, membre de l'institut ; Bertrand, membre de l'institut, conservateur du Musée de St-Germain ; Bureau, professeur au Muséum d'histoire naturelle ; Casimir Périer, député ; Chatin, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ; Cosson, membre de l'Institut ; Delisle, membre de l'Institut, directeur de la bibliothèque nationale ; Desjardins, membre de l'Institut, professeur au Collège de France ; Dislere, conseiller d'Etat ; Du Mesnil, conseiller d'Etat ; Dumont, directeur de l'enseignement supérieur ; Fouqué, professeur au Collège de France ; Fournier, membre de la Société de géographie de Paris ; Gérard de Rialle, chef de la division des archives au ministère des affaires étrangères ; Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris ; Hamy, conservateur du Musée d'ethnographie ; Heuzey, membre de l'Institut, conservateur des antiquités asiatiques au musée du Louvre ; F. de Lesseps, membre de l'Institut ; H. Liouville, député ; Maunoir, secrétaire général de la Société de géographie de Paris ; Meurand, directeur honoraire au ministère des affaires étrangères ; Michaux, ancien directeur des colonies au ministère de la Marine ; A. Milne-Edwards, membre de l'Institut ; G. Paris, membre de l'Institut ; Georges Périn, député ; Perrier, membre de l'Institut ; G. Perrot, membre de l'Institut, directeur de l'Ecole normale supérieure ; de Quatrefages, membre de l'Institut ; Rambaud, chargé de cours à la Sorbonne ; Rayet, professeur au Collège de France et à l'Ecole des hautes études ; Reille, député ; Renan, de l'Académie française ; Renier, membre de l'Institut ; Schefer, membre de l'Institut, directeur de l'Ecole des langues orientales vivantes ; Comte Louis de Ségur ; Tissot, ambassadeur, membre de l'Institut ; Topinard, membre de la Société d'anthropologie ; de Wateville, directeur honoraire au ministère de l'instruction publique.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 3. — 1er *de Doctorat* : MM. Trélat, Fournier, Reynier. — 2e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Rendu, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — (N. R. 1re partie) : MM. Verneuil, Tillaux, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Robin.

Mardi 4. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Cornil, Campenon. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Le Fort, Remy. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Pajot, Jaccoud, Bouilly ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Gosselin, Ball, Charpentier.

Mercredi 5. — 1er *de Doctorat* : MM. Charcot, Tillaux, Terrillon. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Hanriot, Pouchet.

Jeudi 6. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Pajot, Richet, Humbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Jaccoud, Hallopeau.

© BIU Santé

Vendredi 7. — 2e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Rendu, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Guyon, Damaschino, Ribemont-Dessaignes ; — (N. R. 1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Tillaux, Segond.

Samedi 8. — 2e *de Doctorat* : MM. Richet, Proust, Quinquaud ; — (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Panas, Richelot. — 3e *de Doctorat* : (N. R. 2e partie) : MM. Hardy, Peter, Hanot. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Ball, Humbert ; — 2e *Série* (Hôtel-Dieu) : MM. Gosselin, Brouardel, Charpentier.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 4. — M. Saubost : Accidents cérébraux au début de la pneumonie chez les enfants. — M. Maigret : De la créosote en thérapeutique. — *Mercredi* 5. M. Regnard : Quelques expériences avec le nouvel appareil Collin pour le redressement brusque du genu valgum. — M. Pascalis : De l'épididymite syphilitique. — *Jeudi* 6. Mlle Kraft : Traitement de l'empyème par la pleurotomie complètement antiseptique. — M. Chachereau : Un kyste hydatique du poumon ; urticaire hydatique. — M. Arnaud : Contribution à l'étude de l'endométrite dans la blennorrhagie. — M. Jollet : De l'influence de la rougeole sur le développement et la marche des arthrites. — M. Speckhahn : De la guérison rapide ou immédiate de l'entorse du pied par le massage.

FORMULES

10. Du sublimé en collyre contre les ophtalmies granuleuse.

L'emploi du sublimé dans le traitement des affections des yeux date de très loin : c'était la base de l'eau phagédénique, du collyre de Conradi, mais cette vogue était depuis longtemps éteinte. L'an dernier, au Congrès de Heidelberg, Sattler, s'appuyant sur les propriétés antiseptiques du sublimé, proposait d'utiliser ces propriétés dans le traitement des affections oculaires dont l'origine parasitaire ou infectieuse a été reconnue. C'est ainsi qu'il conseille le sublimé dans les maladies blennorrhoïques de la conjonctive, dans le trachome, dans les affections du sac lacrymal, enfin dans les ulcères rongeants de la cornée. Après Sattler, le Dr Pœschel (de Turin), a essayé le sublimé dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse et dit en avoir tiré de bons effets. Il employait la solution au 1/10,000, appliquée sous forme de bains continus, au moyen d'un appareil en caoutchouc.

Cette solution au 1/10,000 a paru insuffisante au Dr Dujardin, à moins d'employer en même temps les caustiques. Il croit qu'il faut recourir à une solution plus forte, et, après divers tâtonnements, il s'est arrêté à la solution au 1/250, y compris la quantité d'alcool ou de sel ammoniac nécessaire pour dissoudre le sublimé. Voici exactement la préparation dont il fait usage :

Sublimé.	1 gramme.
Alcool.	10 —
Eau distillée	240 —

On procède comme d'ordinaire : les paupières bien retournées on passe sur tous les points de leur face conjonctivale un pinceau imbibé de leur solution. Inutile de neutraliser ensuite avec de l'eau l'effet du caustique. On laisse son action s'étendre d'elle-même, ce qui arrive assez promptement dans la plupart des cas. La douleur est très supportable avec la solution au 1/250 ; plus concentrées, les préparations du sublimé deviennent très douloureuses et sont mal supportées (*Paris médical*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 15 février au jeudi 21 février 1884, les naissances ont été au nombre de 1337, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 510 ; illégitimes, 210. Total, 720. — *Sexe féminin* : legitimes, 456 ; illégitimes, 161. Total, 617.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 15 février au jeudi 21 février 1884, les décès ont été au nombre de 1037 savoir : 548 hommes et 489 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 29, F. 12. T. 41. — Variole : M. 5, F. 1, T. 6. — Rougeole : M. 8, F. 9, T. 17. — Scarlatine : M. 6, F. ., T. 6. — Coqueluche : M. 3, F. 5. T. 8. — Diphthérie, Croup. M. 27, F. 25, T. 52. — Dyssenterie : M. .. F. 1, T. 1. — Erysipèle : M. 2, F. 2, T. 4. — Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. ..— Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 23, F. 30, T. 53. — Phthisie pulmonaire : M. 123, F. 67. T. 190. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 5. T. 13. — Autres affections générales : M. 28, F. 44, T. 72. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25, F. 29, T. 54.— Bronchite aiguë : M. 11, F. 28, T. 39. — Pneumonie : M. 38, F. 32, T. 70. — Athrepsie : M. 33, F. 37. T. 70. — Autres maladies des divers appareils : M. 164, F. 151, T. 315. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 11, F. 4, T. 15. — Causes non classées M. 4, F. 3, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 121, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 46 ; illégitimes, 21, Total : 67. *Sexe féminin* : légitimes, 43 ; illégitimes, 11. Total : 54.

Faculté de médecine de paris. — M. Vulpian, professeur de pathologie expérimentale, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le second semestre de l'année scolaire 1883-84, par M. Hallopeau, agrégé.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un accident est arrivé dans le laboratoire de chimie de la Faculté de médecine. M. Blarez, chef des travaux chimiques, chauffait du phosphore dans un ballon en verre. Le récipient ayant éclaté, M. Blarez a eu la main droite atteinte par le phosphore, qui l'a brulé assez grièvement. Tout fait espérer que les blessures n'auront pas de suites fâcheuses.

Faculté de médecine de Lille. — Par décret en date du 21 février 1884, M. le Dr Tourneux a été nommé professeur d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Lambling, ancien préparateur, est nommé chef des travaux de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Garnier, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Vuillemin, ancien préparateur, est nommé chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Faculté, en remplacement de M. Macé, démissionnaire.

Ecole de médecine de Caen. — M. le Dr Catois, licencié ès-sciences naturelles, est nommé, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Roberty, professeur de physiologie, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite et est nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le Dr Lerat est institué, pour une période de dix ans, chef des travaux anatomiques en remplacement de M. Bureau, démissionnaire.

Ecole de médecine de Reims. — M. Drincourt, professeur agrégé de physique au lycée de Reims, est chargé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-84, du cours de physique.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecin du Bureau central*. Le jury est ainsi composé : MM. Hardy, président ; Bergeron, Straus, Rendu, du Castel, Dieulafoy, Ferrand, Dumontpallier, Desormaux. — Les candidats inscrits sont au nombre de 54. Ce sont : MM. Ballet, Barié, Barthélemy, Béclère, Béringier, Bourceret, Bourcy, Brault, Brissaud, Brocq, Bruchet, Buzot, Chantemesse, Chouppe, Comby, de Beurmann, Decaisne, Delpeuch, Dreyfous, Eloi, Faisans, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (E.), Hirtz (H.), Jean, Josias, Juhel, Ledoux, Leduc, Legendre, Leloir, Leroux (Ch.), Leroux (M.), Liandier, Lorey, Lucas-Championniere, Marie, Martin, Mathieu, Muselier, Netter, Oulmont, Petit, Renault, Robert, Robin, Stackler, Talamon, Variot et Veil.

Concours pour une place de pharmacien des hôpitaux. — Le jury se compose de MM. Bourgoin, Gay, Baudrimont, Chastaing, Regnauld, Moisson et Gombault. — Les candidats inscrits sont au nombre de sept.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Piéchaud.

Hôpitaux de Marseille. — On nous signale un fait profondément regrettable, et qui soulève les protestations unanimes du Corps médical de Marseille. L'Administration des hospices aurait nommé sans concours un médecin adjoint des hôpitaux, ancien candidat malheureux du dernier concours, qui date de quelques mois. — Nous attendons sur ce fait des renseignements que nous communiquerons à nos lecteurs.

Hôpital militaire a Tarbes. — La construction d'un hôpital militaire à Tarbes est aujourd'hui une chose décidée. Cet hôpital doit s'élever au nord de l'hospice civil et le bâtiment isolé que la ville a fait construire pour les militaires sera démoli ou formera une aile du nouvel établissement.

Asile d'aliénés de clermont (Oise). — MM. Labitte frères viennent de vendre leur grand établissement d'aliénés au département de l'Oise, au prix de quatre millions.

Faculté des sciences de Paris. — M. Saglier, bachelier ès-sciences, est nommé aide préparateur du laboratoire d'enseignement de la chimie, en remplacement de M. Bruneau, démissionnaire.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Dodéro, bachelier ès-sciences, est nommé préparateur de chimie en remplacement de M. Ebray, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Rennes. — Un congé, jusqu'à la fin de

© BIU Santé

l'année scolaire 1883-84, est accordé à M. Minier, préparateur de chimie.

Missions scientifiques. — M. Oustalet, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission pour représenter le Ministère de l'instruction publique au Congrès international d'ornithologie qui s'ouvrira à Vienne le 16 avril 1884.

Médecins députés. — Les électeurs de la deuxième circonscription de Brives (Corrèze), viennent de nommer pour les représenter à la Chambre des députés M. le Dr Labrousse. Ce dernier appartient au parti républicain radical.

Autonomie des universités italiennes. — En Italie, la Chambre des Députés vient d'adopter à une très grande majorité le premier article de la loi Bacelli sur la réorganisation de l'enseignement supérieur. Cet article laisse aux Universités, sous la surveillance de l'Etat, la liberté en matière d'enseignement ainsi que l'autonomie administrative et judiciaire (*Lyon médical*).

La trichinose et les viandes américaines. — L'irritation qui s'est élevée en Amérique contre M. Paul Bert à propos de son intervention dans la question de la trichine se montre jusque dans les journaux médicaux. *The New-York medical journal*, dans son numéro du 26 janvier, consacre un article à ce sujet. Il fait remarquer que M. Paul Bert, en déclarant qu'en France la trichinose est plus commune qu'on ne le croit généralement et que si elle n'est pas observée plus souvent, c'est qu'elle est confondue avec la fièvre typhoïde, émet une opinion vraiment peu flatteuse pour les médecins de notre pays, car c'est leur supposer peu de connaissances que de leur attribuer une erreur de diagnostic aussi fréquente dans une maladie aussi commune que la fièvre typhoïde l'est chez nous.

Ecoles d'infirmières en amérique. — Nous apprenons que des écoles d'infirmières vont être créées au Blockley hospital, à Philadelphie, sur le plan de celles qui existent déjà à New-York, à la Charité et à l'hôpital de Bellevue. La résolution en a été prise ces jours derniers, mais l'école ne sera définitivement installée que lorsque les fonds nécessaires auront été inscrits au budget. (*New-York medical journal*).

Herborisation. — M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'Histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 2 mars 1884, à Versailles. Départ gare Montparnasse, à onze heures du matin.

Nécrologie. — M. le Dr Marmy, ancien membre du Conseil de santé des armées et président de la Société des sciences arts et belles lettres de Lyon, vient de mourir en cette ville à l'âge de 68 ans. Il avait pris sa retraite depuis quelques années — *L'Art médical* annonce la mort de deux médecins homœopathes, MM. les Drs Patin et Rognin. — M. le Dr Elisha Harris, auteur de nombreuses publications relatives à la statistique et à l'hygiène, est mort dans les premiers jours de février à Albany. — M. le Dr Ricque, médecin-major du 82e de ligne, est décédé le 18 février, à Courbevoie. Il s'était particulièrement distingué lors de l'épidémie de fièvre typhoïde d'Auxerre, en 1883. Le corps des officiers du 82e a décidé qu'il supporterait les frais des funérailles, voulant ainsi témoigner de son estime et de ses regrets. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Bertrand, médecin-major du 103e de ligne, décédé à Paris, à l'âge de 44 ans. — *L'Union médicale du Canada* nous annonce la mort de M. le Dr Filiatrault, professeur d'histologie normale et pathologique à l'Université Laval-Montréal. Il était âgé de 38 ans. — Nous apprenons la mort, à l'âge de 76 ans, du Dr Leclerc, ancien médecin de la marine. Il pratiqua pendant de longues années à Pont Labbé Lambour (Finistère).

AVIS. — *La Société française de produits pharmaceutiques* Adrian et Cie, bien connue pour la pureté de ses produits, recommande d'une façon toute particulière à MM. les Médecins ses *granules médicamenteux mathématiquement dosés* au moyen du pilulier mécanique, qui a obtenu à l'Exposition universelle de 1878 la plus haute récompense accordée à ce genre d'appareils.

Elle les délivre en flacons de 100 granules ou en boîtes de 10 tubes, contenant chacun 20 granules. — Les prescrire sous le nom de *Granules Adrian*.

Dyspepsie. — *L'Elixir chlorhydro-pepsique Grez*, qui a donné de si remarquables succès dans les hôpitaux, expériences de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc., etc., constitue le traitement le plus efficace des dyspepsies, de l'anémie et des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. — Goudron freyssinge. Liqueur concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Bichat. Conférences de clinique et de thérapeutique médicales. — M le Dr Henri Huchard a commencé ces conférences à l'hôpital Bichat, le dimanche 17 février, à 10 heures 1/2, et les continuera les dimanches suivants, à dix heures.

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale : M. G. Sée, lundis et vendredis, à 9 h.; — M. Gallard, mardis et samedis, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Humbert, mardis, jeudis, samedis, à 9 h. — *Clinique ophthalomologique* : M. Panas, lundis et vendredis, à 9 h.

Médecine. — Service de M. le Dr Vulpian, suppléé par M. Danlos. — Salle Saint-Martin : 1, myélite transverse ; 2, névralgie sciatique ; 3, cyanose des extrémités ; 7, carcinome généralisé ; 9, typhlite ; 11, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 11 *bis*, contracture hystérique ; 12, tumeur de la rate ; 15, psoïtis. — Salle Saint-Denis : 2, fièvre typhoïde ; 5, alcoolisme, accidents gastriques ; 7, dilatation de l'estomac ; 11, sclérose en plaques ; 13, albuminurie ; 15, pleurésie 19, tumeur cérébrale ; 20, vertige de Ménière.

Service de M. le Dr Moutard-Martin, suppléé par M. Letulle. — Salle Saint-Augustin : 1, cancer de l'estomac ; 2, phlébite double des membres inférieurs ; 6, syphilis cérébrale ; 7, fièvre continue ; 10 goitre exophtalmique ; 12, fièvre ; 15, tumeur du médiastine, lymphadénie ; 23, 23 *bis*, pleurésies ; 28, paralysie agitante. — Salle Sainte-Monique : 1, ictère, grossesse ; 5, fièvre continue ; 14, péritonite tuberculeuse ; 18, 23, 23, fièvre continue ; 21, érythème noueux ; 24, ictère.

Service de M. le Dr Hérard. — Salle Saint-Charles : 1, hémiplégie, contracture tardive ; 2, rhumatisme polyarticulaire ; 3, pleurésie droite ; 9, insuffisance mitrale ; 11, albuminurie ; 12, fièvre continue — Salle Sainte-Madeleine : 1, rhumatisme ; 2, métrorrhagie chez une vierge ; 3, pelvi-péritonite : 4 *bis*, vaginisme ; 4, laryngite tuberculeuse ; 8, phlébite double ; 27, asystolie ; 29, érysipèle de la face.

Service de M. le Dr Empis. — Salle Saint-Thomas : 2, fièvre typhoïde ; 3, mal de Pott ; 7, hémorrhagie de la moelle ; 2 *bis*, dilatation bronchique, asystolie ; 18, péritonite tuberculeuse ; 24, mal de Bright, saturnisme. — Salle Saint-Anne : 4, fièvre typhoïde ; 7, hémorrhagie de la protubérance ; 9 *bis*, tétanie des nourrices ; 18, rétrécissement de l'œsophage ; 19, goitre exophtalmique ; 29, rhumatisme ; 33, embolie cérébrale.

Chirurgie. — Service de M. le professeur Le Fort. — Salle Sainte-Marthe : 2, épithélioma du col, péritonite ; 3, tétanos ; 7, sarcôme de la paroi abdominale ; 8, phlegmon de la joue d'origine dentaire ; 11, carie costale ; 12, péritonite tuberculeuse ; 14, héma-

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 187

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le rectum comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation. *Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande.*

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique. 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion 1 verre à *madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents.*
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

POUDRE DE VIANDE
de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

tocèle rétro-utérine ; 17, prolapsus utérin, opération de M. Le Fort ; 23, coup de couteau dans la région cardiaque.—Salle Saint-Côme : 2, orchite traumatique ; 4, rétrécissement de l'œsophage ; 7, gangrène de la verge ; fracture du condyle interne du fémur, épanchement de sang dans l'article ; 14, fracture de la malléole interne et du péroné ; 19, phlegmon diffus de la cuisse ; 20, plaie du cou par instrument tranchant ; 21, fracture des os propres du nez.

Hôpital Lariboisière. — Médecine. Service de M. le Dr Proust. — Consultation le mardi. — Laryngoscope tous les jours excepté le mercredi. — Salle Saint-Charles : 2, 10, 13, 16, fièvre typhoïde ; 3, 11, 21, 28, 32, pleurésie, 19, lésion mitrale congénitale ; 15 *bis*, ménin-go-encéphalite syphilitique ; 12, pachyméningite cervicale, gangrène symétrique ; 34, cirrhose hypertrophique ; 27, carcinome du foie ; 33 *bis*, néphrite intersitielle. — Salle Sainte-Marie : 6, 7, 27, 28, fièvre typhoïde ; 25, rhumatisme déformant ; 12, rein flottant ; 24, diabète ; 16, 26, 19 *bis*, hystérie.

Service de M. le Dr Duguet.—Consultation le vendredi. — Salle Saint-Vincent : 1, asystolie chez un brightique ; 7 *bis*, arthritique, pleurésie droite à frigore ; 15, rhumatisme blennorrhagique ; 17, syphilis cérébrale ; 18 *bis*, psoriasis chez un éthylique ; 23, péritonite tuberculeuse, pleurésie droite ponctionnée et guérie, pleurésie gauche. — Salle Sainte-Joséphine (F.) : 1, tuberculose pulmonaire, pleurésie gauche, thrombose de la saphène interne gauche ; 5, phlegmatia alba dolens, suite de couches ; 11, tuberculose pulmonaire, thrombose de la jambe droite ; 15, stomatite ulcéro-membraneuse, grossesse ; 19, pleurésie droite, thoracentèse ; 33, phlébite de la saphène externe, gauche.

Service de M. le Dr Gérin-Roze. — Visite à 9 heure. Consultation le samedi. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 4, rétrécissement mitral pur ; 5, 6, 32, métrite chronique ; 10, pleurésie droite ; 13, 15 *bis*, 33, fièvre typhoïde ; 14, 19, rhumatisme articulaire aigu ; 15, 22, insuffisance mitrale ; 16, épithélioma du rectum ; 27, péritonite puerpérale ; 36, prolapsus utérin. — Salle Saint-Augustin *bis*, (H.) : 11, paralysie saturnine ; 13, 19, 24, fièvre typhoïde ; 17, emphysème pulmonaire ; 20, dilatation bronchique ; 22, pneumonie lobaire ; 22 *bis*, scarlatine ; 23, glycosurie ; 26, pleurésie purulente, empyème ; 27, lithiase biliaire, angiocholite ; 30, pleurésie tuberculeuse.

Service de M. le Dr Bouchard, suppléé par M. Barth. — Consultation le jeudi. — Salle Saint-Landry : 1, sciatique ; 2, tuberculose pulmonaire ; 9, tétanie, entérite chronique ; 17, goutte, artério sclérose, néphrite interstitielle ; 27, fièvre typhoïde ; 34, polyomélite antérieure subaiguë. — Salle Sainte-Mathilde : 1, 4, fièvre typhoïde ; 9, péri-hépatite ; 12, pleurésie droite ; 13, insuffisance mitrale, hypertrophie du cœur ; 15, bronchorrée ; 18, albuminurie gravidique ; 11, paralysie faciale ; 26, angine tuberculeuse ; 34, métrite.

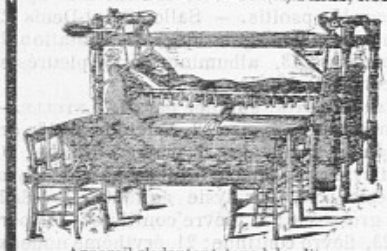
Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy & Jourdan, rue de Rennes, 71.

LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES POUR MALADES ET BLESSÉS

Appareil adopté par l'Académie de médecine de Paris en 1847. — 19 médailles aux Expositions franç. et angl. Académies et Sociétés savantes. Dipl. d'honn., Exp. int. de Paris 1875 ; Méd. de 1re classe, Exp. int. Bruxelles 1876 ; Méd. d'Argent Paris, 1878 ; Méd. d'Or Paris, 1879 ; *Hors concours* Paris, 1880.

DUPONT, Paris, rue Hautefeuille, 10 (près de l'Ecole de médecine).



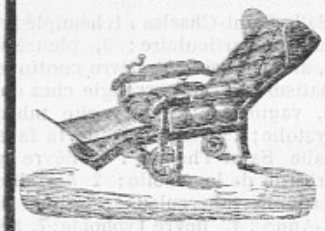
Appareil s'adaptant tous à les lits.



Voiture de promenade avec tablier et capote.



Fauteuils à grandes roues caoutchoutées, Mû par 2 manivelles.



Fauteuil à manivelles, dossier articulé.



Automoteur avec porte-pieds à 2 articulations.



Portoirs de différents systèmes.

HYDROTHÉRAPIE SCIENTIFIQUE DU Dr FLEURY

Institut Hydrothérapique de Passy-Paris

22, rue Franklin (Trocadéro).

Fondé en 1871, par le docteur Fleury et N. Pascal, son élève, cet établissement est particulièrement consacré au traitement des maladies chroniques. Il reçoit des pensionnaires et des externes. Il est situé près du Palais du Trocadéro, au milieu d'un jardin de huit mille mètres

Service médical : Dr A. Rambaud. — *Service hydrothérapique* : N. Pascal.

EXTERNAT : 11, boulevard Malesherbes, à côté de la Madeleine.

Ouvert de 8 heures à 11 heures du matin, et de 4 heures à 6 heures du soir.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

Trajet direct de Paris à Plombières en 8 heures

EAU EN BOISSON. – BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.

Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — ADRESSER LES DEMANDES DIRECTEMENT A LA *Cie de Plombières* ou au *Dépôt Principal*, Maison ADAM, 31, *Boulevard des Italiens, à Paris.*

PILULES SUISSES

(Pilules de Coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter, en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, *Pharmacien, 28, rue de Grammont, Paris.*

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

Efficaces contre *Affections pulmonaires, Bronchites, Emphysème, Asthme, Phthisie, Scrofule, Rachitisme.*

Dose : 3 à 6 grains avant chaque repas.—Administration facile. — Rapide dissolution dans l'estomac.—Pas d'action caustique ou irritante.

DÉPOT : 3, Rue de Choiseul, Paris, et Pharmacies.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION
MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 10. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 8 MARS 1884.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

De la congestion cérébrale chez les enfants, de son importance au point de vue du développement de la sclérose, de la méningite, de l'épilepsie et des affections mentales (1).

Messieurs,

La *congestion chronique* de l'encéphale dépend de deux ordres de causes distinctes. Dans le premier, il y a obstacle au retour du sang veineux : thrombose, phlébite des sinus, tumeurs intra-crâniennes comprimant les veines et les sinus, ganglions volumineux intra-thoraciques, affections cardiaques chroniques (endo-péricardite chronique), affections généralisées des poumons (bronchites capillaires, congestion pulmonaire, quintes de coqueluche), certaines malformations cardiaques, toutes les attaques éclamptiques, épileptiformes et épileptiques, par leur répétition et leur rapprochement provoquent de la congestion encéphalique.

Le second ordre de cause de congestion chronique c'est l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis et l'état névropathique des parents. Nés dans ces mauvaises conditions héréditaires, les enfants présentent dès le bas âge une tendance continuelle aux congestions de l'encéphale. D'ordinaire, chez ces petits malades, la congestion se manifeste soit par de l'irritation cérébrale constante que je vous ai déjà décrite, soit par des poussées irrégulières, soit par des attaques répétées de somnolence, d'abattement ou de mouvements convulsifs. Cette forme de congestion chronique peut être *le prélude de l'épilepsie, de la méningite tuberculeuse* ou *de la sclérose cérébrale*. Pourtant, elle peut se dissiper avec le temps et sous l'influence d'un traitement méthodique.

Les *symptômes* de la congestion aiguë de l'encéphale apparaissent soit brusquement, soit d'une manière progressive. Il n'est pas aisé de constater de la céphalalgie chez l'enfant à la mamelle. Les plaintes et les gémissements continuels accompagnés de mouvements oscillatoires de la tête en sont pourtant le témoignage. Souvent, chez les enfants qui parlent, les réponses sont très affirmatives ; d'autrefois, ils se contentent de porter les mains au front. La douleur de l'encéphale prend quelquefois le caractère névralgique à accès irréguliers et l'enfant pousse alors des cris aigus, déchirants, comme au début de la méningite. Ces douleurs paroxystiques existent le jour, mais reviennent de préférence la nuit.

En même temps, on observe une grande susceptibilité des organes des sens. La lumière et le bruit deviennent insupportables. Le globe oculaire est injecté, tendu, brillant, et la pupille, peu mobile, est étroite, rigide. La muqueuse nasale est le siège de démangeaisons qui portent les enfants à des attouchements continuels et déterminent souvent des épistaxis d'une intensité variable.

La peau du visage, plus colorée que d'habitude au niveau des pommettes et du pavillon de l'oreille, laisse voir les veines temporales et frontales distendues. La région des fontanelles est soulevée et animée de battements isochrones au pouls et à la respiration, et la saillie offre une tension exagérée.

Ces phénomènes s'accompagnent de troubles réflexes du côté des voies digestives. Non seulement l'appétit est perdu, sans que l'état de la langue puisse l'expliquer, mais il existe des nausées, des vomissements et de la constipation. L'aspect du ventre n'offre point de caractères anormaux. Ni ballonnement, ni dépression qui appartiennent en propre à la congestion cérébrale.

Sur la peau rayée par l'ongle, on ne détermine pas ces traînées paralytiques écarlates que vous avez vues dans les méningites et les états adynamiques graves, quand l'innervation du sympathique est compromise.

Le pouls est tendu, petit, vibrant ; dans la congestion simple, les extrémités se refroidissent pendant que la peau s'échauffe dans la région supérieure ; dans la congestion symptomatique d'une fièvre ou d'un état pathologique quelconque, le mouvement fébrile rentre dans le cadre de la maladie qui a provoqué la congestion.

Dans tous les cas aigus, les sensibilités cutanée et réflexe sont exaltées au début et les muscles excités ; de là des mouvements, une grande agitation, des soubresauts des tendons. Parfois même l'excitation nerveuse, la douleur, ont été jusqu'à faire éclater de véritables attaques éclamptiques dont la physiologie pathologique est complexe. La congestion n'entre pas seule en ligne de compte. Il faut invoquer chez certains sujets la susceptibilité idiosyncrasique ; chez d'autres, le paroxysme de la douleur ; tantôt l'attaque paraît due à la brusquerie de de l'afflux sanguin, tantôt au contraire à la température du sang combinée avec l'action intime des poisons morbides, causes premières de la congestion. Le médecin qui ne verrait dans l'attaque éclamptique qu'un fait de congestion active ferait fausse route dans le choix des indications thérapeutiques à remplir.

La *marche*, la *durée*, la *terminaison*, méritent aussi de vous être signalées. Après un début variable, brusque ou lent et progressif, la congestion aiguë encéphalique se termine en 5 et 6 jours par la résolution, dans un grand nombre de cas où elle est simple. Parfois, cependant, elle augmente et persiste dans de telles proportions et avec une telle ténacité que les enfants succombent dans la huitaine. Chez les enfants à la mamelle, le fait n'est pas très rare. Dans les deux cas, heureux ou malheureux, la congestion aiguë est baptisée à tort du nom de méningite. La plupart des cas, pour ne pas dire tous les cas, de guérison de méningite ne sont pas autre chose que des congestions et des hydrencéphalies aiguës.

D'autrefois, la congestion prend une marche chronique. D'aiguë qu'elle était, elle se perpétue sous l'influence héréditaire des névropathies, de la tuberculose, de l'alcoolisme ou de la syphilis. Alors, tantôt le petit patient est tourmenté par une irritation cérébrale con-

(1) Voir le n° 8.

© BIU Santé

stante, non pas encore incurable, mais conduisant souvent à la déchéance intellectuelle, à l'imbécillité, ou même à la sclérose. Tantôt il est frappé de méningite granuleuse.

Diagnostic de la congestion aiguë. — Entre le début de la *méningite tuberculeuse* et l'affection qui nous occupe, il n'existe souvent pas de différence notable. L'une et l'autre peuvent être caractérisées par une céphalalgie intense, des cris, de l'insomnie, de l'injection de la face, des yeux et des oreilles, des pupilles étroites, peu mobiles, des nausées, des vomissements, de la constipation et de la fièvre.

Cependant, dans la *méningite*, le strabisme, l'inégalité des pupilles, l'irrégularité de la respiration, les fréquentes variations de coloration, de température et de fièvre ; plus tard les parésies, les contractures, la lenteur et l'irrégularité du pouls finiront, au bout de quelque temps, par trancher la question.

Sachez toutefois que vous rencontrerez des cas de méningite à forme lente, insidieuse, dont vous ne pourrez faire le diagnostic qu'au bout de 8 à 10 jours, quelquefois même plus tard, c'est-à-dire à une époque où la congestion doit être ou guérie, ou transformée.

L'apparition brusque d'un mouvement fébrile, celui des *fièvres éruptives*, s'accompagne ordinairement de congestion encéphalique. Dans la variole, cet état prend la valeur d'un signe prodromique. Malgré son importance, au début de la variole, je ne saurais trop vous engager à ne point vous prononcer définitivement avant l'invasion de l'éruption dessinée d'une manière indéniable. Même avec l'éruption sous les yeux et des phénomènes prodromiques normaux et caractéristiques, en apparence, il peut encore exister des éruptions chez les enfants qui donnent le change, à s'y méprendre ? Tout dernièrement, une de mes petites clientes de la ville, âgée de 5 ans 1/2, prend froid et mal à la gorge. Elle ressent subitement un malaise très accusé, vomit un repas qu'elle terminait, et, au bout de huit heures, présente, le soir, une éruption d'un rouge uniforme, scarlatineuse. Le lendemain, elle était encore brisée, avait la tête chaude, congestionnée, et la gorge couverte d'enduits pultacés. Mais la fièvre et l'éruption avaient disparu, il s'agissait d'une amygdalite chez une fillette dont l'enveloppe cutanée se colorait aisément. Il n'y eut pas de desquamation.

Il est tout aussi difficile d'établir nettement les bases d'un diagnostic différentiel entre la congestion cérébrale simple et la congestion appartenant à *la fièvre typhoïde*.

L'âge éloigne de l'idée de cette dernière maladie avant 4 à 5 ans. La fièvre typhoïde est tellement rare au-dessous de 3 ans qu'il ne faut se résigner qu'à son corps défendant à ce diagnostic ; chez les enfants à la mamelle, le fait est à peu près problématique. Donc, passé 4 à 5 ans, le diagnostic se pose et se résout, mais seulement à la longue, quand la langue pointue, rouge aux bords, les fuliginosités, la douleur dans la fosse iliaque droite, les taches rosées lenticulaires et les râles sibilants se sont groupés dans un ordre voulu.

Quand vous aurez éliminé l'idée de méningite et de fièvre typhoïde, il faudra rechercher encore si la congestion cérébrale aiguë n'est point un symptôme initial ou concomitant de la *pneumonie*, des *angines*, des *otites*, des *grippes*, des *ophthalmies*.

Le problème est d'autant plus malaisé à tirer au clair dans les premiers moments de la pneumonie que, ni la percussion, ni l'auscultation, ne révèlent chez les enfants les signes physiques du début de cette inflammation. L'accélération de la respiration, une petite toux sèche, l'apnée, une sorte de petit bruit de détente mettent sur la voie du diagnostic qui est confirmé au bout de 24 à 36 heures par le râle crépitant et le souffle tubaire.

Vous pourrez facilement reconnaître les autres inflammations qui sont plus fréquentes, et parmi lesquelles les angines occupent le premier rang. On peut dire, avec M. Roger, notre ancien maître dans cet hôpital, que chaque fois qu'un état congestif des centres nerveux, accompagné de fièvre, ne peut être expliqué par l'état local des grands appareils, ni par un poison morbide, c'est dans la gorge qu'on en trouvera presque toujours la cause indéniable.

Dans le cas où la congestion cérébrale aiguë ne peut être mise sur le compte ni de la méningite au début, ni de la fièvre typhoïde, ni de la pneumonie, ni des inflammations des membranes muqueuses voisines de la tête, vous aurez quelquefois l'occasion de la considérer comme un symptôme de l'*empoisonnement palustre*, où elle se place soit comme un épiphénomène, soit comme une manifestation capitale, suivant que la fièvre est régulière, irrégulière, franche, larvée, simple ou pernicieuse. Je ne veux pas revenir indéfiniment sur ce sujet, malgré son intérêt. Je vous en ai maintes fois entretenu à l'occasion du sulfate de quinine. Rappelez-vous seulement que l'état congestif, ainsi que la céphalée, la céphalalgie, et la forme cérébrale pernicieuse s'observent tout aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et présentent une gravité non moins grande.

Enfin, vous vous trouverez quelquefois en présence de l'albuminurie, l'asphyxie rapide réunie à la stase ou l'afflux sanguin. Quelquefois c'est un état bilieux, des affections hépatiques, qui sont l'origine de la congestion cérébrale aiguë J'ai souvent vu, chez des enfants à la mamelle, des poussées congestives vers l'encéphale, qui disparaissaient dès que les fonctions gastro-hépatiques, mais hépatiques surtout, rentraient dans l'ordre. Les troubles physiologiques du foie ont une tendance à produire, chez les petits enfants, de véritables accès de fièvre rémittents dont le diagnostic est des plus embarrassant.

Vous apprécierez mieux la valeur de cette remarque en vous rappelant que ces maladies du foie et de l'estomac peuvent relever d'une même cause : la chaleur ou le froid excessif par exemple, et qu'il est parfois impossible de dire si l'enfant déjà nerveux n'a pas été plutôt pris d'une migraine que d'un embarras gastrique bilieux.

Les signes de la *congestion cérébrale chronique* diffèrent des précédents. Je prends pour exemple ces enfants atteints de forte coqueluche. Voyez leur visage bouffi, bleuâtre, leurs yeux injectés avec quelquefois des ecchymoses sous-conjonctivales, les veines des tempes distendues. Quand la congestion est portée à l'extrême, ils deviennent somnolents, puis entrent dans un état de torpeur effrayant.

Dans les cas moins accusés, on les trouve moins animés, moins gais, d'une intelligence amoindrie. Les enfants qui peuvent parler se plaignent de pesanteur de tête et de résolution générale. La peau de la tête, du front et des joues est facilement couverte de sueurs et manifestement refroidie. Les mains et les pieds sont également atteints de refroidissement, et prennent une teinte plus moins mate.

A cet état congestif s'ajoute toujours de l'hydrencéphalie. Enfin, parfois, la congestion cérébrale chroni-

© BIU Santé

que amène des convulsions plus ou moins fréquentes qui peuvent même conduire l'enfant au tombeau.

Cette affection à marche lente, chronique, peut encore guérir. Suivant la cause qui l'entretient, vous la verrez produire la sclérose cérébrale, la méningite, les déchéances intellectuelles, l'épilepsie.

Vous n'aurez pas de peine à la séparer des affections scléreuses et méningitiques. La paralysie, la contracture, les convulsions pour les premières, la fièvre pour les dernières en constituent les caractères les plus importants.

La *congestion par poussées successives* et *irrégulières* présente un type à part. Chez un enfant en apparence bien portant, on voit apparaître à des intervalles inégaux les signes de la congestion aiguë. Rougeur, chaleur de la tête, du visage, injection du globe oculaire et du pavillon de l'oreille, céphalalgie, plaintes, cris, insomnie, agitation, nausées, inappétence, quelquefois vomissements et constipation.

Cette poussée congestive dure depuis quelques heures jusqu'à deux à quatre jours et se termine par résolution. D'autrefois, elle s'accompagne d'une surexcitation du système nerveux que je vous ai décrite sous le nom d'irritation générale, qui s'exaspère à chaque accès nouveau. Il n'est pas rare de le voir préluder au développement des affections nerveuses épileptiques, ou à la sclérose, ou à la méningite.

Dans mon esprit, la confusion ne s'est jamais établie avec l'asphyxie, ou les simples attaques éclamptiques, ou les céphalalgies de croissances. Cette distinction se devine d'ailleurs. (*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TERRILLON.**
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

Leçon recueillie par M. le Dr **ROUTIER**, chef de clinique (1).

Messieurs,

Pour explorer l'œsophage, il y a deux moyens : quand le rétrécissement est situé très haut, on peut chez certaines personnes l'explorer avec le doigt, mais mieux vaut se servir d'un véritable explorateur. Cet instrument consiste en une tige de baleine sur laquelle on peut monter des boules de divers calibres à l'aide d'un pas-de-vis. Quand on soupçonne un rétrécissement étroit, il faut se servir d'une petite boule, mais encore faut-il prendre des précautions, car on peut pénétrer dans le larynx, ou encore, par le fait du spasme produit, ne pas dépasser la partie supérieure de l'œsophage et croire à un rétrécissement qui n'existe pas.

La toux vous avertira que vous êtes dans le larynx ; cependant, quelquefois, il y a une médiocre susceptibilité de la trachée, et on a pu pendant plusieurs jours cathétériser la trachée, y introduire même des aliments sans s'en douter, jusqu'à ce que des accidents terribles vinssent révéler la faute commise.

Il arrive aussi quelquefois que l'extrémité de la sonde va butter sur les parties latérales de la partie laryngienne de l'œsophage, il y a là comme un repli qui permet à la sonde de s'engager dans une sorte de cul-de-sac, la sonde est arrêtée.

(1) Voir le n° 9.

Un troisième obstacle, c'est le spasme de l'œsophage, qui arrête très bien la sonde ; mais, en insistant légèrement, le spasme est bientôt vaincu.

Il faut toujours se guider avec l'index de la main gauche pour abaisser la base de la langue, on arrive jusqu'à l'épiglotte et la sonde n'a qu'à suivre le doigt pour pénétrer dans l'œsophage.

Supposons que nous ayons franchi ces obstacles, nous pénétrons dans l'œsophage. La boule va nous faire reconnaître le siège du rétrécissement, mais il faut encore se défier du spasme inférieur ; il se fait comme des nœuds de contraction ; il faut alors insister doucement, maintenir la pression, et on arrive dans l'estomac ; c'est la manœuvre analogue qu'on emploie dans le cathétérisme de l'urèthre. Malheureusement, ce spasme est quelquefois très difficile à vaincre, surtout chez les femmes, et simule pendant des mois et des années un vrai rétrécissement.

Le spasme joue un grand rôle dans les rétrécissements de l'œsophage, c'est un élément avec lequel il faut toujours compter ; il exagère les degrés de rétrécissement, il peut tromper sur leur nombre ; il est dû à la douleur. — Le siège du rétrécissement est souvent difficile à apprécier : pour cela, il faut se rappeler la distance qui sépare les dents incisives de l'extrémité supérieure de l'œsophage. Je vais vous répéter brièvement les mesures qu'il faudra avoir présentes à l'esprit. L'œsophage a une longueur variable entre 22 et 25 centimètres, et il y a 15 centimètres entre les incisives et la partie supérieure de l'œsophage. Il faut donc pénétrer à 38 ou 39 cent. pour être sûrement dans l'estomac. Vous trouverez dans la thèse de M. Mouton toutes les recherches relatives à ce sujet.

Supposons le siège du rétrécissement connu, et préoccupons-nous maintenant de son calibre. Ici encore, j'ai besoin de faire appel à vos connaissances d'anatomie normale. Quel est le calibre normal de l'œsophage ? Il est aussi variable, mais retenez que le diamètre maximum est de 0,02 cent. Un diamètre moindre est compatible avec une excellente santé ; les symptômes de rétrécissement commencent quand on n'a plus que 12 millim. Quand on veut pratiquer l'exploration, on introduit une boule de 14 millim. de diamètre, elle doit passer ; si elle éprouve un obstacle, il y a rétrécissement, on essaie alors une boule plus petite, jusqu'à ce qu'on puisse passer ; la grosseur de la boule indique le degré de stricture.

La notion de la longueur du rétrécissement est plus difficile à acquérir, c'est une affaire de sensation, il faut avoir la main un peu habituée. Le nombre des rétrécissements sera marqué par le nombre de ressauts qu'éprouve la boule, mais vous savez déjà qu'il faut tenir compte des spasmes ; les rétrécissements multiples sont une rareté. — Les explorateurs ont été d'abord des boules pleines qu'on vissait sur une tige flexible : on les introduit facilement, mais, en les retirant, le talon de la boule rencontre toujours le chaton du cricoïde, arcboute contre lui, et on a des difficultés pour enlever la boule. Aussi, a-t-on modifié leur forme ; au lieu d'être olivaires, les boules sont aplaties sur la face qui regarde en avant ; mais c'est là un petit détail.

La grande amélioration a consisté à rendre ces boules capables de suivre un conducteur, on a pour cela perforé ces olives suivant leur grande axe, et, après avoir passé une baleine munie à son extrémité d'une petite bougie en gomme flexible (modification Verneuil-Colin), on visse la boule sur un manche flexible porteur de

© BIU Santé

deux œillets, puis on introduit la boule sur la bougie qui est en place, et qui passe dans le trou central de l'olive et dans les œillets du manche sur lequel elle est vissée. Grâce à cet artifice, on peut passer dans des rétrécissements très étroits.

Maintenant que nous voilà à peu près au courant de l'appareil instrumental dont vous pourrez disposer, étudions le traitement de ces rétrécissements cicatriciels. On peut le diviser en deux grandes méthodes : 1° La dilatation brusque ou rapide. 2° La dilatation lente ou progressive.

La première a été peu employée, sauf pour l'extrémité supérieure et quand le rétrécissement était peu étroit. C'est une opération brutale ; on agit à l'aveugle et on peut avoir des accidents de péri-œsophagite qui, dans certains cas, entraînent la mort.

La seconde se fait par les instruments à boule et les bougies. Je vous ai assez longuement parlé des instruments à olive pour n'y pas revenir. Dans le cas d'un rétrécissement de 4 millim., nous ferons passer une boule, le lendemain nous augmenterons le diamètre et ainsi peu à peu nous arriverons à dilater le rétrécissement.

Ces boules ont d'immenses inconvénients : par leurs formes, elles déterminent un tiraillement de la muqueuse que l'on fait souvent saigner ; elles passent en allant, repassent en revenant toujours avec le même inconvénient, ces traumatismes répétés peuvent entretenir en outre ces ulcérations si fréquentes au niveau des rétrécissements. Les boules augmentent aussi ces culs-de-sac qui avoisinent les rétrécissements ; si on n'est pas patient, si on n'a pas la main exercée, on peut même perforer l'œsophage au niveau de ces dilatations où la paroi est amincie par le fait de l'inflammation et du ramollissement des tuniques. Aussi est-on arrivé, après bien des tâtonnements, à traiter ces rétrécissements comme ceux de l'urèthre, c'est-à-dire avec des bougies.

Ce sont des bougies en gomme noires, lisses, terminées par une olive comme celles de l'urèthre, on peut les visser à l'extrémité d'un mandrin, d'une tige en baleine qui sert à les maintenir. C'est le professeur Bouchard qui a surtout préconisé ce mode de traitement ; les diamètres de ces bougies varient entre elles de 1 millimètre ; il y a 20 bougies, la plus grosse a 2 centimètres.

Ces bougies sont lourdes, elles contiennent un morceau de plomb dans l'intérieur, ce qui aide beaucoup à leur introduction. On passe, avec le soin voulu, ces bougies qu'on laisse tomber, pour ainsi dire ; il faut très peu pousser.

Cette bougie, en passant dans le rétrécissement, repousse les parois excentriquement comme un coin ; il y a même avantage à ne pas pousser la bougie jusque dans l'estomac, la bougie restant sur le rétrécissement pèse sur ses parois : peu à peu elle le dilate, et cette dilatation durant tout le temps du séjour de la bougie, vous exercez ici une action continue, durable. La boule au contraire agit instantanément et d'une façon tout à fait momentanée. Il ne faut augmenter le diamètre de ces bougies que très lentement, avec cette échelle de 1 millimètre de différence il est bon de ne changer la bougie que tous les 10 ou 15 jours. Cet instrument a aussi un inconvénient, s'il y a un cul-de-sac, s'il y a une dilatation, la bougie aura aussi de la tendance à se loger dans ce cul-de-sac et on peut encore faire une perforation.

C'est en allant lentement, avec douceur, qu'on se met à l'abri de ces accidents ; du reste, vous serez sûr que vous êtes dans le rétrécissement quand, après avoir enfoncé la bougie, vous essaierez de la retirer, si vous êtes dans le rétrécissement, l'instrument est serré, et la main qui retire sent une résistance.

On arrive quelquefois à dilater ces rétrécissements cicatriciels en quelques semaines ; mais, quand il y a cette péri-œsophagite fibreuse dont je vous ai parlé, on arrive à un certain degré de dilatation qu'on ne peut pas dépasser. C'est ce qui arrive chez notre jeune fille. Je ne puis pas arriver à dépasser la sonde que j'emploie depuis déjà longtemps et qui, vous le voyez, n'est pas très grosse, elle a 9 millimètres de diamètre ; cependant, comme nous la passons tous les jours depuis une semaine que j'ai fait entrer la malade dans la salle, la déglutition est devenue beaucoup plus facile.

Ce n'est donc pas tant l'étroitesse que la résistance des parois du rétrécissement qui doit faire porter le pronostic.

Il y a des cas qui résistent à toute tentative de dilatation, aussi, les chirurgiens se sont-ils demandé s'il n'y avait pas lieu de faire ici une opération comme pour l'urèthre, et on a imaginé deux opérations : l'œsophagotomie interne et l'œsophagotomie externe, analogues à l'uréthrotomie.

1° *Œsophagotomie interne.* Il faut d'abord que le rétrécissement soit perméable. Maisonneuve, Trélat, et je ne vous cite pas tous les noms des auteurs qui se sont occupés de la question, ont fait des tentatives, ont eu de bons résultats, mais aussi des mécomptes, car on a quelquefois de graves accidents. Pour faire l'œsophagotomie interne, on introduit d'abord une baleine, et, sur cette baleine, on conduit l'instrument qui coupera soit en allant, soit en revenant. On se sert d'instruments à lames cachées, on fait deux petites sections, et on peut ensuite dilater ; mais il faut redouter les inflammations phlegmoneuses consécutives. Je ne me déciderais pas volontiers à l'employer.

2° L'*œsophagotomie externe* est une opération tout autre, mais qu'on ne peut appliquer que dans les cas de rétrécissements de la partie supérieure, siégeant dans la partie cervicale de l'œsophage.

Cette opération ayant pour but de nourrir la malade, il faut arriver au-dessous du rétrécissement. C'est encore une opération dangereuse, qui a donné lieu à des phlegmons qui tuaient les malades ; aujourd'hui, on la pratique à l'étranger encore assez souvent, mais elle est inapplicable chez notre malade.

Enfin, j'arrive à une opération toute moderne, c'est la *gastrostomie* ; on fait dans la région stomacale un orifice par lequel on nourrira la malade.

Tout chirurgien qui a vu mourir un malade d'inanition a dû songer à faire des tentatives d'urgence ; mais le premier malade opéré dans ces conditions, pour ce but, et qui a guéri, a été opéré par M. Verneuil.

Je ne vous décrirai pas l'opération, qui consiste à faire une fistule à l'estomac ; avec les succès que nous avons dans la chirurgie abdominale, c'est cette opération pour laquelle j'aurais le plus de préférences. Pour le moment, notre malade se nourrit bien avec des liquides. Mais, cela durera-t-il ? Nous ne dépassons pas un certain diamètre depuis longtemps ; nous allons cependant tâcher de dilater encore, et ce n'est que si décidément nous ne pouvions pas maintenir notre malade en bonne santé que je lui proposerais la gastrotomie.

Une société neurologique a Philadelphie. — Le *Philadelphia Times* annonce l'organisation d'une Société neurologique dans cette ville. M. Kerlin est nommé président et le comité d'organisation est composé de : MM. Mills, Sinkler, Chase, Eskridge et Brubaker.

© BIU Santé

CLINIQUE MÉDICALE

Rétrécissement de l'œsophage (tiers inférieur) dû à un carcinome primitif. — Tuberculose généralisée: poumons, rate, rein. — Méningite tuberculeuse. — Péricardite aiguë. — Pleurésie aiguë à droite (1) ;

Par M. le Dr Albert JOSIAS, chef de clinique de la Faculté.

Le nommé Morel Claude, âgé de 61 ans, ébéniste, est entré, le 27 mars 1883, salle Saint-Charles, lit n° 9, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur HARDY.

Antécédents de famille. Mère morte à 76 ans. Père inconnu. Une première femme, morte subitement à 53 ans. Une deuxième femme, bien portante. N'a jamais eu d'enfants.

Antécédents personnels. Etant enfant, était sujet à avoir des maux d'yeux, mais non des glandes au cou, ni la gourme. A 6 ans, variole. A 21 ans, a eu trois blennorrhagies. A 47 ans, ophthalmie double? Jamais de rhumatisme ni d'accidents syphilitiques. Nie avoir fait des excès alcooliques. Avant le mois de juillet 1882, ce malade était bien portant; cependant, depuis deux mois déjà, son appétit, qui était excellent, excessif, avait diminué. Au mois de juillet, il se met à tousser d'une façon quinteuse; la toux était suivie d'une expectoration pénible; les crachats étaient alors blancs, jamais striés de sang. Depuis cette époque, il ne cesse de tousser, principalement durant l'hiver. Presque en même temps, il ressentit une douleur vive au niveau de la région sternale, qu'il compare à « un couteau qui lui aurait labouré la poitrine ». Ces douleurs auraient persisté cinq à six mois, nuit et jour, empêchant le sommeil. En raison de la toux et des douleurs sternales, le malade fut contraint de passer tout son temps, étant assis, durant six mois. Il prétend que la station assise calmait momentanément les douleurs et la toux pénible.

Au mois de juillet également, les membres abdominaux étaient œdématiés à ce point que le malade avait de la peine à marcher, à fléchir les jambes. Les urines étaient alors moins abondantes. L'œdème a disparu entièrement trois mois après. Au mois de novembre, le malade est étonné de ne pouvoir faire passer ses aliments dans son estomac; il remarque que « le trou est bouché » et raconte qu'il avait la parfaite sensation de l'arrêt des matières alimentaires au niveau du creux de l'estomac, puis, que l'œsophage ne cessait de se remplir pour se vider entièrement par la bouche et de la façon la plus simple, sans aucun effort; le malade baissait la tête, ouvrait la bouche, puis tout ce qu'il venait de manger était ainsi rejeté au dehors. Déjà, à cette époque, le malade avait un moins bon appétit, ce qui le désespérait.

Pendant quatre mois (novembre, décembre 1882, janvier et février 1883), ces mêmes phénomènes se produisent. Aucun aliment ne passe dans l'estomac. Les matières alimentaires ne cessent d'être rendues presque immédiatement après avoir été ingérées. Jamais les vomissements ne furent bilieux, ni sanglants, n'eurent une coloration noire, marc de café, suie de cheminée. Quelquefois, les vomissements furent glaireux. Pendant ces quatre mois, l'amaigrissement se produit, les forces s'affaiblissent, sans s'accompagner de sueurs nocturnes, de fièvre vespérale.

Au mois de février 1883, le malade entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, où il séjourne cinq semaines. En arrivant à Saint-Antoine, on lui découvre une pleurésie à droite, pour laquelle on fait, à deux reprises différentes, la thoracentèse; le liquide retiré de la plèvre était comme du vin blanc; la première fois, on lui retire deux litres environ; la deuxième fois, un litre et demi.

Durant le temps qu'il séjourne à Saint-Antoine, la malade ne peut toujours pas manger, à ce point qu'il fut question de le nourrir par le rectum. Pendant ce temps, le malade continue à s'affaiblir et à maigrir, mais toujours sans réaction fébrile. Le 25 mars, il quitte Saint-Antoine et va au Bureau central, d'où il est envoyé dans le service de la clinique, à la Charité. Le 27 mars, il entre salle Saint-Charles, lit n° 9.

Etat actuel. Amaigrissement notable. Emaciation. Affaiblissement considérable. Téguments décolorés. Les creux de la face sont très accentués. Appétit conservé. Les aliments solides et liquides sont rendus presque immédiatement, sans le moindre mélange de sang; ces vomissements se produisent facilement, ne s'accompagnent pas de douleurs à la gorge, au niveau de la région sternale, ni au creux épigastrique. Le ventre est aplati, déprimé d'une façon notable. La palpation abdominale ne donne lieu à aucune douleur et ne révèle l'existence d'aucune tumeur gastrique. Pas de dilatation de l'estomac, ni de diarrhée.

La poitrine est caractérisée par une émaciation excessive. Les clavicules sont saillantes, les creux sous-claviculaires très accentués, les espaces intercostaux très nettement dessinés, exagérés. La poitrine est sonore et renferme çà et là des râles sibilants et ronflants. Cœur : battements réguliers, affaiblis, sans souffle. Le deuxième temps, à la base, est légèrement frappé. Le pouls est petit, régulier. Les artères sont dures. Les cornées présentent à leur partie supérieure un arc sénile et à leur bord interne un placard de dégénérescence graisseuse. Les urines ne contiennent pas d'albumine, mais de l'urohématine. Insomnie. La voix est rauque depuis deux mois environ.

Le soir de son entrée à l'hôpital, je fais le cathétérisme de l'œsophage avec une boule d'ivoire (petite dimension, n° 2); le cathétérisme fut difficile, un peu long. La sonde s'arrêtait au niveau de l'extrémité inférieure de l'œsophage; néanmoins, après quelques tâtonnements, elle pénétra dans l'estomac. Après ce cathétérisme, qui ne s'accompagna d'aucun accident (sang, matières sanguinolentes), le malade put, pour la première fois, avaler deux litres de lait. En même temps, la respiration fût moins gênée et la nuit meilleure.

28 *mars.* Le cathétérisme est répété; le cathéter passe assez difficilement et semble donner une sensation de rugosités à la partie inférieure de l'œsophage. Cette opération, un peu douloureuse, ne détermine aucune excoriation et ne provoque aucun vomissement de sang. Le malade continue à ne prendre que du lait et en boit quatre litres environ. Le malade subit le cathétérisme tous les matins et est soumis au régime exclusivement lacté. L'état général se montre alors meilleur et le moral du malade est moins affecté.

4 *avril.* Introduction du cathéter, puis d'une sonde en caoutchouc, par laquelle on introduit un potage. Cette opération est répétée le 5 et le 6 avril.

7 *avril.* On arrête le cathétérisme, et l'introduction de la sonde cesse par cela même que le malade mange bien à la cuiller. Depuis ce moment, le malade mange naturellement des potages au vermicelle, à la pâte d'Italie, au tapioca, des panades. Le malade se sent moins faible et dort bien.

15 *avril.* L'amaigrissement est toujours notable, la voix est enrouée; la respiration est toujours courte; l'inspiration est un peu bruyante, lorsque le malade se trouve anhélant. Langue rose. Plus de vomissements. Appétit excellent. Aucun phénomène gastrique. Selles régulières (les jours précédents, diarrhée légère qui a cédé sous l'influence du sous-nitrate de bismuth). *Poitrine*: En arrière, Sonorité, râles sous-crépitants, disséminés, principalement dans la fosse sus-épineuse du côté droit. En avant, sonorité exagérée. Respiration rude au sommet droit, frottements pleuraux à droite. *Cœur* : Battements réguliers. Pointe : Absence de souffle, battements affaiblis. Base : Souffle systolique au niveau du sternum, dans le deuxième espace intercostal droit. *Vaisseaux du cou* : Pas de souffle. — Hernie inguinale gauche datant de l'âge de 22 ans. Pas de douleur hépatique. *Foie* : 7 centimètres 1/2. *Rate* normale.

(1) Note communiquée à la Société anatomique, 1883.

© BIU Santé

Sur les membres inférieurs, nombreux placards croûteux, notamment sur la jambe gauche.

19 *avril*. Le malade parle avec difficulté. Il répond assez bien aux questions qui demandent une réponse brève, mais il ne peut arriver à conduire une phrase entière. Il ne se souvient pas de ce qu'il a fait la veille. Il a eu du délire dans la journée et dans la nuit. Ce matin, il est très affaissé.

20 *avril*. Délire toute la nuit. Pas de fièvre. T. R. 37°,4. P. 96. Mictions involontaires, aucune paralysie. La pupille droite est un peu rétrécie. Le malade ne prend que du lait. De temps en temps, soubresauts dans les membres. P. 96, régulier, fort, large, artère radiale dure et fluxueuse. *Poumons* : En avant, on n'entend pas l'expiration. L'inspiration est rude et accompagnée de râles sous-crépitants sous la clavicule, principalement à droite.

21 *avril*. Le délire a beaucoup diminué; il reste seulement de l'altération de la mémoire. Inappétence. Affaissement.

22 *avril*. Subdélirium, incohérence des idées, pas d'aphasie. Le malade répond nettement à certaines questions; mais, dès qu'on fait appel à ses souvenirs, il s'égare (amnésie). Ichthyose généralisée. Selles et mictions involontaires. Œdème à la face dorsale du pied gauche et au niveau de la partie supérieure externe de la cuisse droite. Au niveau de la région sacro-coccygienne, il existe une petite eschare noirâtre de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Autour de cette eschare, la peau a une coloration vineuse avec tendance à la suppuration. Un peu de balano-posthite. Pas de vomissements. Un peu de matité à la partie inférieure de l'abdomen et très légère sensation de flot. Pas de sensation de néoplasme abdominal.

Sous la clavicule droite, *sensation de frottement;* rien du côté gauche. En arrière, râles sous-crépitants à la base des deux poumons. *Cœur* : Frottements péricardiques à la base du cœur. Souffle systolique à la base. Langue collante, rouge. Prescription : café et rhum.

23 *avril*. *Poumons* : Quelques bruits de frottement ressemblant à des râles sous-crépitants très fins et très superficiels au début de l'inspiration, en avant et à droite. Expiration égale à l'inspiration; respiration rude au sommet droit, mais aucun bruit ne décelant la présence d'une caverne. Les membres supérieurs sont agités par un tremblement rhythmique, continu. Prescription : cognac, 30 gr.; extrait quinquina, 4 gr. — *Soir*. Affaissement. Collapsus. Le malade ne cesse de marmotter; ses mots sont prononcés faiblement, sans suite, incohérents; les membres supérieurs présentent un tremblement continuel. Il est possible de faire sortir le malade de sa torpeur, de provoquer quelques réponses brèves, mais non des phrases entières. Il ne tarde pas alors à retomber dans cet état de torpeur. Eschare légère au niveau du sacrum.

24 *avril*. Mort à cinq heures du matin.

Autopsie. — Rigidité cadavérique. Dans l'abdomen, ascite, liquide citrin, 500 grammes environ. A l'ouverture de la poitrine, on constate à droite un épanchement séreux, environ 1 litre, et, à la base du poumon droit, un exsudat fibrineux extrêmement abondant réunissant les lobes moyen et inférieur du poumon. Par endroits, cet exsudat se détache facilement. Adhérences pleurales anciennes à gauche, mais que l'on parvient assez facilement à rompre.

Poumons. A la surface du poumon droit, on constate un semis de granulations jaunâtres, variant comme étendue de celle d'un grain de mil à la grosseur d'un petit pois. A la coupe, on constate une infiltration tuberculeuse généralisée. Au sommet, existe une véritable masse d'infiltration. Il existe une petite caverne dans le lobe supérieur ayant les dimensions d'une noisette. Le parenchyme non envahi par les tubercules est de couleur rouge vif et laisse écouler un liquide spumeux, aéré. Les tubercules miliaires sont moins nombreux dans le lobe inférieur.

Reins. Rien de manifeste à la surface. A la coupe, on constate quelques granulations jaunâtres dans la substance corticale et les pyramides de Malpighi. La capsule est très adhérente et se déchire quand on veut l'enlever; elle met à jour quelques petites granulations jaunâtres. Rein droit, 160 gr.; rein gauche, 165 gr. *Rate*, 132 gr.; couleur lie de vin, diffluente, présentant quelques granulations tuberculeuses.

Foie, 1,580 grammes. Décoloré, grisâtre, non mamelonné, ne crie pas sous le couteau, mou. A la coupe, la surface présente une décoloration manifeste; on distingue nettement les lobules hépatiques, sous un aspect grisâtre; au centre, se trouve une veine dont le contenu est peu coloré. Pas de tubercules appréciables.

Cerveau. Œdème sous-arachnoïdien, principalement à la partie antérieure, où la pie-mère est colorée en rose groseille. Sur le trajet des vaisseaux, traînées blanchâtres et une multitude de petits points miliaires d'un blanc opaque. Les veines des circonvolutions occipitales sont très congestionnées, tandis que celles des régions frontales et temporales sont anémiées. Vu par sa base, le cerveau présente quelques granulations tuberculeuses au niveau des scissures de Sylvius.

Cœur. Avant d'ouvrir le péricarde, on constate qu'il est distendu par un liquide séreux, trouble. A l'ouverture du péricarde, en effet, on trouve un épanchement constitué par un liquide jaune-trouble (séro-purulent), environ 500 grammes. — Le péricarde est épaissi. A la surface du péricarde, il y a des exsudats fibrineux multiples. Les adhérences existent à la base du cœur entre les feuillets du péricarde. Les exsudats se détachent facilement.

Œsophage. Au niveau du tiers inférieur, à quatre centimètres de l'orifice cardiaque, on constate que la paroi œsophagienne est dure, consistante; en comprimant cette région, on fait sourdre à la partie postérieure du conduit œsophagien une bouillie blanchâtre, crémeuse. Le canal œsophagien étant ouvert par sa face postérieure, on met à nu une tumeur blanchâtre, qui siège à quatre centimètres du cardia; cette tumeur mesure 0.045 millimètres de longueur; 0.032 de largeur; 0.004 d'épaisseur. Cette tumeur paraît s'être développée dans la muqueuse et le tissu sous-muqueux, et avoir refoulé la couche musculaire qui, à l'œil nu, paraît intacte. La surface de la tumeur est blanchâtre; le grattage permet d'enlever un liquide lactescent. Les confins, les limites de la tumeur carcinomateuse font une saillie dont la couleur blanche contraste avec la coloration rosée de la muqueuse non envahie. Cette surface carcinomateuse présente çà et là quelques traînées vasculaires noirâtres. Les autres points de la muqueuse œsophagienne sont sains, le cardia n'est pas envahi par la matière carcinomateuse. En aucune région de l'œsophage, on ne trouve de dilatation. Le raclage de la tumeur donne un liquide lactescent, trouble, constitué par des corpuscules volumineux, arrondis, à gros noyaux et à granulations, et par des cellules cylindriques déformées.

La muqueuse stomacale offre un aspect grisâtre, sans aucune ulcération. La cavité stomacale paraît augmentée. Le pylore est normal. Les ganglions périœsophagiens et péribronchiques sont hypertrophiés et donnent, à la coupe, un liquide blanc, crémeux, caséeux.

Le *testicule* gauche présente une dureté manifeste au niveau du bord supérieur du testicule. L'albuginée offre des concrétions cartilaginiformes. Le parenchyme testiculaire est intact.

Réflexions. — En résumé, tumeur cancéreuse, circonscrite, siégeant au niveau du tiers inférieur de l'œsophage, tuberculose généralisée, méningite tuberculeuse chez un homme âgé de 61 ans, tel est le bilan des lésions intéressantes, peu communes, que cet homme a présentées.

Commission de statistique municipale. — Aux termes d'un arrêté préfectoral du 18 février, M. Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées, a été nommé membre de la Commission permanente de statistique municipale en remplacement de M. Paul Nouvel, démissionnaire.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La réorganisation des secours publics à Paris.

Dans un Bulletin récemment publié (1), nous avons exposé les desiderata du service des secours publics à Paris et indiqué les propositions faites par MM. Nachtel et Levraud pour remédier aux nombreux inconvénients que ce service présente actuellement. Dans notre article de ce jour, nous nous proposons d'examiner quelles furent les suites données à ces propositions et d'indiquer la solution qui nous paraît la plus pratique et la plus rationnelle.

Ainsi que nous l'avons dit, le projet de M. Nachtel, accompagné d'un rapport favorable, fut adressé par l'Académie de médecine à M. le Ministre de l'intérieur. Celui-ci renvoya projet et rapport à M. le préfet de police, qui en saisit au bout de quelques mois le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. Après une courte discussion, M. le Dr A. Voisin fut chargé, par le Conseil, de présenter un rapport à ce sujet. Le choix du rapporteur était mauvais, car celui-ci arrivait avec des idées préconçues; de son côté, en effet, il avait émis dès 1866 un projet de réorganisation des secours publics dont l'économie peut ainsi se résumer: Réserver dans les dépendances du poste central de police établi dans chaque mairie nouvellement construite un *cabinet médical*. Dans ce cabinet, les médecins de quartier qui consentent à se tenir à la disposition de l'Administration iraient passer plusieurs heures par jour, afin d'être à même de donner des soins aux individus recueillis sur la voie publique, malades ou blessés; ces médecins de garde auraient pu se rendre, en cas d'appel, aux différents postes de police du quartier. — Toutefois, dans sa proposition, M. A. Voisin ne parlait ni des modifications à apporter au mode de transport des blessés, ni des moyens de faire arriver rapidement les médecins sur le lieu de l'accident, ce qui est, sans contredit, un des côtés les plus importants de la question.

Aussi, remarque-t-on dans le rapport de M. A. Voisin la préoccupation constante de faire adjoindre au projet de M. Nachtel ses propositions d'autrefois; de plus, voulant faire grand et définitif, il conclut à des installations multipliées et excessivement coûteuses; enfin, et ce n'est pas un des moindres inconvénients de son projet, il laisse de côté les nombreux avantages que présentent les hôpitaux au point de vue de l'installation des ambulances volantes et demande une réorganisation complète, ressortissant de la Préfecture de police et sous son entière dépendance. Après avoir, dans les conclusions 3 à 6 de son rapport, demandé la création dans les postes centraux de police des cabinets médicaux qu'il réclamait en 1866, M. A. Voisin propose en outre:

8° De faire construire, dans l'enceinte des maisons de police projetées, une écurie et une remise pour la voiture et le cheval et deux chambres pour les cochers; mais, en attendant l'établissement des maisons de police, de faire construire, dans l'enceinte des mairies où il y a de la place (2) une écurie et une remise pour deux chevaux et une voiture. Quant aux mairies où la place manque, il serait installé ou loué, dans le voisinage de chacune d'elles, une écurie ou une remise. De plus, il serait établi dans l'enceinte de la Préfecture de police une ambulance complète;

9° De faire placer, dans tous les postes de police d'arrondissement et de quartier, un brancard à roues, tout en laissant celui à bras qui peut servir dans certaines circonstances;

10° De faire établir de distance en distance, tous les 200 mètres à peu près, dans les rues et les avenues de Paris et aux carrefours les plus populeux, des poteaux en fonte qui renfermeraient deux boites, l'une portant l'inscription « secours publics », l'autre « secours contre l'incendie », lesquelles boites renfermeraient chacune un bouton télégraphique correspondant avec le poste de police du quartier ou de l'arrondissement le plus voisin et pouvant indiquer l'endroit du poteau avertisseur. Les clefs de ces boites seraient déposées dans une boutique ou un magasin le plus rapproché dont l'adresse serait, du reste, inscrite au-dessus de la boite. Chaque gardien de la paix aurait une clef de ces boites.

11° Au reçu du signal dans le poste de police du quartier, le chef de ce poste enverrait de suite un gardien de la paix sur le lieu de l'accident, et, en même temps, avertirait par un téléphone le chef du poste central et lui indiquerait la place du poteau avertisseur où la voiture d'ambulance devra transporter le médecin. Le médecin arrivé près de la personne à secourir, ou bien la ferait emporter dans la voiture au poste central, si le cas était grave, ou bien lui donnerait sur place les premiers soins, sauf à la laisser s'en aller à pied ou en voiture de place, si le cas était de peu d'importance. Si le signal était reçu dans le poste central comme étant le plus voisin du poteau avertisseur, les choses se passeraient sans l'intermédiaire du poste de quartier et le médecin serait de même transporté au lieu de l'accident. L'individu arrivé à l'ambulance du poste central ou de la maison de police séjournerait pendant le nombre d'heures que le médecin jugerait convenable, et, après y avoir reçu des soins, s'en retournerait, soit à pied, soit en voiture, ou bien serait transporté à son domicile ou à l'hôpital sur un brancard à roues.

12° Si l'individu à secourir avait été amené ou transporté à un poste de police du quartier, le chef du poste avertirait par le téléphone le chef du poste central d'avoir à y faire transporter la voiture d'ambulance et le médecin. Dans les cas légers, celui-ci pourrait donner les soins dans le poste du quartier. Dans les cas graves, le médecin ferait transporter l'individu dans la voiture d'ambulance jusqu'au poste central ou à la maison de police pour lui donner les soins nécessaires.

Ce rapport fut discuté par le Conseil d'hygiène publique et de salubrité dans sa séance du 10 juin 1881. MM. Dujardin-Beaumetz, Trélat, Bouchardat et Bourneville prirent successivement la parole et combattirent les conclusions du rapporteur. Ils insistèrent fortement pour que les ambulances fussent établies dans les hôpitaux et pour que le service en fût confié, dans des conditions à déterminer, aux internes des hôpitaux. C'était envisager la question par son côté réellement pratique: aussi, firent-ils rejeter, à une grande majorité, le rapport de M. A. Voisin. Le Conseil d'hygiène adopta alors le contre-projet suivant, présenté par M. Dujardin-Beaumetz:

1° Adresser des remerciements à M. le Dr Nachtel; — 2° Prier M. le Préfet de police de vouloir bien s'entendre avec le directeur de l'Assistance publique à l'effet d'établir, conjointement avec lui, dans les hôpitaux les mieux appropriés à cet effet, des services d'ambulances volantes analogues à ceux qui existent à New-York.

De son côté, la 8e Commission du Conseil municipal ne restait pas inactive; elle étudiait dans quelles conditions le projet de M. Nachtel pouvait être appliqué à Paris; elle nommait un rapporteur, M. Bourneville, qui se livra à une enquête minutieuse et approfondie. Celui-ci demanda à New-York, Boston, Philadelphie, Chicago, des renseignements sur le mode de fonctionnement des ambulances urbaines; il se procura également tous les documents relatifs à l'organisation du service d'ambulances inauguré en septembre 1881 au *London hospital* et à la création projetée à Londres

(1) V. n° 8, p. 148.

(2) C'est-à-dire dans les mairies des IIIe, IVe, VIe, IXe, XIIe, XIIIe, XVe, XVIe, XVIIe, XIXe, XXe arrondissements.

© BIU Santé

d'un « Hospital and accident ambulance. » D'accord avec la 8e Commission, le rapporteur comprit qu'avant de généraliser à toute la ville de Paris le système des ambulances volantes, il était nécessaire de tenter une expérience plus restreinte, qui démontrerait la possibilité d'appliquer ce système et permettrait de se rendre compte et du prix de revient et des avantages qu'il présenterait pour la population. La Commission comprit d'autre part que les hôpitaux étaient le véritable lieu d'élection de ces ambulances, dont le service pouvait être facilement assuré en utilisant les internes, qui offrent toutes les garanties de savoir et de dévouement. Il suffit en effet, pour cela, d'augmenter le nombre des internes de garde et de leur donner une rémunération suffisante. Le rapport fut présenté à la séance du 27 juin 1883, et le Conseil municipal, adoptant les conclusions de la 8e Commission, pensa qu'il conviendrait : 1° D'insister de nouveau pour diviser Paris en *circonscriptions* hospitalières ; — 2° D'établir, à titre d'*essai*, des ambulances analogues à celles de New-York dans les deux circonscriptions répondant à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital La Riboisière, par exemple (1) ; — 3° D'installer dans les circonscriptions choisies des *postes avertisseurs* qui serviraient et pour les accidents (Assistance publique) et pour les incendies (Préfecture de police) ; les réseaux télégraphiques, dont disposent déjà ces deux Administrations, rendraient moins coûteuse cette réorganisation. »

Ces conclusions furent résumées dans le projet de vœu suivant, voté à l'unanimité :

Le Conseil, vu la proposition déposée par M. Levraud, vu le rapport de sa 8e Commission, émet le vœu :
Que la ville de Paris soit divisée en *circonscriptions hospitalières* ;
Qu'il soit établi, dans deux hôpitaux, des ambulances analogues à celles qui fonctionnent à New-York.

Les mesures proposées par le Conseil municipal offraient de tels avantages pratiques, qu'il y avait lieu d'en espérer la prompte application. Le Conseil s'était prononcé sur la question de principe et laissait à une Commission, nommée par le Préfet de police et le Directeur de l'Assistance publique, le soin de régler les détails de l'organisation des ambulances ; il votait les fonds et s'en remettait aux Administrations du soin de l'exécution : on ne pouvait, en réalité, se montrer plus conciliant. Et cependant, depuis *huit* mois, ces Administrations sont restées inactives et n'ont pas songé un seul instant à donner satisfaction aux vœux exprimés par les élus de Paris. L'une des raisons majeures de ce retard, c'est la rivalité, ou plutôt l'hostilité qui existe entre les Directeurs des grands services de la cité. Chacun veut avoir la haute main sur les ambulances futures. « Les secours publics relèvent uniquement de *ma* Préfecture de police, dit M. Camescasse. » « Les ambulances sont installées dans *mes* hôpitaux, je prétends rester le maître, répond M. Quentin » ; et pendant ce temps là, rien ne se fait et les décisions du Conseil restent à l'état de lettre morte.

Neus craignons bien d'autre part que le rattachement de la Préfecture de police au Ministère de l'intérieur, rattachement qui est malheureusement à la veille d'être définitif, ne vienne apporter un empêchement de plus à la réorganisation demandée. Si les secours publics relèvent de la Préfecture de police et par cela même du Ministère de l'intérieur, le Conseil municipal accordera difficilement des crédits sur lesquels il n'aura aucun contrôle, et en cela il aura raison. Reste à savoir si on laissera l'Assistance publique organiser le service? Il est permis d'en douter. Combien la question eut été plus facile à résoudre si le Conseil élu eut possédé quelques-unes des franchises accordées aux villes des pays voisins, s'il eut été, ce qui est juste et légitime, maître de sa police communale et son assistance. Tout fonctionnerait à présent. Mais on tient en suspicion Paris et les Parisiens, et, sous prétexte que Paris est capitale, on le garde en tutelle et on lui refuse les droits que l'on concédera volontiers à la dernière des communes de France. Et voilà pourquoi l'on verra, pendant longtemps encore, des citoyens payer de leur vie notre mauvaise organisation des secours publics. A. B.

(1) Le rapporteur avait indiqué l'hôpital La Riboisière en raison de son voisinage de deux grandes gares de chemin de fer, et l'hôpital Saint-Antoine à cause de sa situation dans un quartier populeux et où existent un grand nombre d'ateliers et d'établissements industriels.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 février 1884. — Présidence de M. Rolland.

Nouvelle communication sur la rage, par MM. Pasteur, Chamberland et Roux. — Les auteurs rappellent leurs précédentes expériences et font remarquer que, si la trépanation est nécessaire pour l'inoculation de la rage, c'est une opération de fort peu d'importance chez le chien et qu'elle guérit toujours. Ils rappellent aussi que l'inoculation par le cerveau est le seul moyen d'obtenir la rage furieuse, que l'inoculation de toutes les parties du système nerveux produit la rage, que le virus peut se conserver très longtemps par le froid ou dans des tubes scellés. On peut encore trouver le virus dans le liquide céphalo-rachidien, même quand il est très limpide. On ne peut pourtant pas cultiver le virus dans ce liquide céphalo-rachidien et, comme microbes, on n'a encore pu voir que des organismes très petits, punctiformes et sans structure appréciable.

On peut être étonné que la rage furieuse provienne expérimentalement de l'inoculation intra-crânienne, tandis que, par les morsures, elle provient de l'inoculation dans les tissus. Cela tient à ce que la rage furieuse résulte toujours des inoculations de peu de substance.

Il ne semble pas que les inoculations donnent lieu à une vaccination. Le froid n'atténue pas non plus les virus rabique et la rage ne peut être transmise de la mère au fœtus. Les auteurs ont néanmoins trouvé des animaux absolument réfractaires à la rage, ils feront connaître les raisons de cette résistance, dont ils commencent à apercevoir la cause.

Sur la réaction électrique des nerfs sensitifs de la peau chez les ataxiques, par M. Mendelssohn. — Les recherches de l'auteur démontrent l'existence d'une réaction électrique anormale des nerfs sensitifs de la peau chez les ataxiques, analogue à la réaction de dégénérescence des nerfs moteurs trouvée par Erb. Des travaux ultérieurs permettront de préciser la période de la maladie où cette anomalie de la réaction électrique survient, ainsi que ses rapports avec les altérations des nerfs cutanés dans l'ataxie, décrites dernièrement par Westphal et Déjerine. P. R.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er mars 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DUVAL.

M. DUMONTPALLIER, secrétaire général, lit une lettre de M. BUDIN en réponse au mémoire de M. Pozzi sur le *développement de l'hymen*. De ce mémoire, il semblerait résulter que M. Budin ne s'est livré, pour appuyer sa théorie, qu'à des recherches anatomiques insuffisantes. Cet auteur a fait au contraire des dissections multipliées et M. de Sinéty, dont on connait la compétence toute spéciale, lui a prêté son concours pour de nombreuses préparations histologiques (1). L'anatomie et l'histologie ont montré à M. Budin que l'hymen n'est autre chose que l'extrémité antérieure du canal vaginal, doublée à l'extérieur par la muqueuse vulvaire. Il espère que de nouveaux travaux seront entrepris sur ce sujet et que la question sera définitivement résolue.

M. BEAUNIS communique un travail intitulé : *Des phénomènes d'arrêt ou d'inhibition en ce qui concerne les fonctions motrices.*

M. A. ROBIN donne le résumé des recherches et des analyses chimiques auxquelles il s'est livré à propos du malade atteint d'*acholie* et qui a été l'objet d'une note de M. Hanot (2). L'urine des 24 heures de ce malade contenait 21 gr. 87 d'urée et 4 gr. 454 d'acide sulfurique. Cet acide sulfurique se décomposait en 2 gr. 510 d'acide sulfurique préformé et 1 gr. 944 de soufre. De cette analyse, on peut conclure que l'acholie présente plusieurs variétés. On sait, en effet, que la bile est composée d'acides biliaires et de pigment, et qu'elle ne se forme que dans le foie ; d'autre part, on admet qu'il existe un rapport constant entre la sécrétion biliaire et la composition de l'urine. Or, chez ce malade, on constatait dans l'urine une quantité relativement considérable de soufre incomplètement oxydé. Ce dernier ne pouvant provenir que de la taurine, il faut bien admettre que le foie a continué à sécréter de l'acide taurocholique. Il est vrai que certains auteurs ont avancé que la taurine pouvait se former ailleurs que dans le foie, et l'ont signalée dans un poumon atteint de pneumonie croupale et dans les muscles d'un vieux cheval. Friedereich (de Gand) a dit, en 1878, l'avoir trouvé dans les muscles de certains céphalopodes. Mais ces faits sont loin d'être précis et, jusqu'à plus ample informé, il est établi que la taurine provient du foie. Il est donc légitime de conclure que, chez le malade de M. Hanot, la sécrétion biliaire existait, mais que la bile ne contenait plus de pigment. Si l'on adopte cette conclusion, il faut admettre dès lors que l'acholie peut présenter trois variétés : acholie pigmentaire, acholie des acides biliaires et acholie complète.

M. DUMONTPALLIER lit une note de M. BERT relative à l'*anesthésie par les mélanges titrés d'éther et d'air*. Lorsque l'on fait respirer à des chiens des mélanges d'air et d'éther, la mort est d'autant plus rapide que la proportion d'éther contenue dans le mélange aura été plus considérable. Le tableau suivant permettra de se rendre facilement compte des variations :

Ether.	*Air.*	*Mort, après avoir respiré pendant :*
20	100	2 h. 25 minutes.
25	100	2 h. 15 »
30	100	1 h. 43 »
40	100	1 h. 05 »
50	100	0 h. 38 »

Le nombre d'inspirations va toujours en diminuant et la mort survient par arrêt de la respiration. La circulation est peu troublée ; les battements cardiaques sont réguliers et se continuent quelques instants après la mort. La phase d'agitation n'est que de 5 à 6 minutes de durée. On observe en outre que la quantité réelle d'éther absorbé à peu varié.

M. GIBIER continue l'exposé de ses *recherches sur la rage*. Malgré quelques cas rapportés dans la science, cas très discutables il est vrai, on n'admet pas aujourd'hui que les *oiseaux* puissent contracter la rage. Si l'on s'en tient à l'observation superficielle des phénomènes, l'inoculation de la rage chez les oiseaux ne paraît être suivie d'aucun résultat fâcheux pour ceux-ci. Cependant, il est arrivé à M. Gibier d'observer, parmi les oiseaux qu'il a inoculés, une poule qui fut atteinte, 15 jours après l'inoculation, d'une paralysie ou plutôt d'une parésie des membres inférieurs et des muscles extenseurs du cou. Au bout de huit jours, elle était guérie et sa guérison ne s'était pas démentie au bout de 7 mois. Ce cas intéressant lui inspira l'idée que les oiseaux contractent peut être la rage, mais s'en guérissent. Pour s'assurer du fait, il fit les expériences suivantes : Il inocula à un pigeon et à un coq de la matière virulente provenant d'un chien enragé, au moyen d'une aiguille de Pravaz introduite sous les os du crâne. Au bout de 12 jours chez le pigeon et de 20 jours chez le coq, il excisa un fragment du cerveau, dans lequel le microscope fit reconnaître le microbe signalé et déjà décrit par l'auteur dans une communication de juin 1883 à l'*Académie des sciences*. Il inocula cette substance à des rats et à un cochon d'Inde, qui moururent avec tous les symptômes de la rage et qui servirent à transmettre cette maladie à d'autres animaux. Quant aux volatiles qui ont subi ces opérations, leur santé ne s'en est pas trouvé altérée ; ils vivent encore et vont servir à déterminer le moment où la virulence disparaîtra de leur cerveau, c'est-à-dire où ils seront guéris de la rage. M. Gibier a pu constater déjà que la virulence était éteinte 28 jours après l'inoculation chez le pigeon qui a servi dans les expériences notées plus haut. La matière cérébrale d'un pigeon inoculé *sept mois auparavant, à trois reprises différentes* ne produisit aucun symptôme chez deux cobayes et quatre rats qui reçurent une injection intracrânienne de cette substance délayée dans de l'eau distillée stérilisée. Ainsi donc, voilà des expériences qui témoignent qu'une maladie jusqu'à présent réputée incurable peut guérir spontanément chez une classe d'animaux. N'a-t-on pas le droit d'espérer que, si l'on parvient à saisir le déterminisme de ce fait dont on comprendra toute l'importance, on ne soit conduit un jour à une thérapeutique rationnelle de la rage et à sa guérison ? C'est une induction qui paraît légitime.

M. DUMONTPALLIER. Van Swieten, dans ses Commentaires sur Boerhaave, rapporte qu'un coq donna la rage à une vieille femme, laquelle mourut. Il n'explique pas comment ce coq avait pu devenir enragé.

M. GIBIER. D'autres cas ont été cités, mais ils sont dépourvus de rigueur scientifique. Pour le cas en question, Van Swieten admettait qu'il y avait eu rage spontanée chez ce coq, qui depuis longtemps était privé de femelles.

M. LABORDE. Avez-vous essayé d'inoculer le sang d'animaux enragés pour produire la rage ?

M. GIBIER. Non. M. Bert a cependant transfusé à un chien le sang d'un autre chien enragé, et il ne s'est rien produit. J'ajoute que M. Pasteur n'admet pas que cette inoculation soit toujours sans résultats.

MM. GILLES DE LA TOURETTE et BOTTEY font une intéressante communication sur un cas de *sialorrhée d'origine nerveuse*. Il s'agit, dans la circonstance, d'un individu à état mental peu satisfaisant qui fut pris subitement, le 8 février, de douleurs très vives dans la *région parotidienne droite*, douleurs qui durèrent de 6 à 10 heures du soir et cessèrent subitement pour revenir le 15, à 8 heures du matin, et durer jusqu'à 11 heures. Pendant ces deux périodes, le malade rendit 1.200 gr. de salive parotidienne, les autres glandes ne participant en rien à l'irritation de la parotide, qui avait augmenté considérablement de volume. L'examen clinique de cette salive la montra riche en mucine, en phosphates et en carbonates avec des traces à peine marquées de ptyaline et de sulfocyanure de potasse. L'*examen microscopique*, fait avec le plus grand soin sous le contrôle du professeur Ranvier, montra des cellules *pavimenteuses* venues du revêtement de la bouche, des *corpuscules* salivaires, organes lymphoïdes en migration constante à travers les muqueuses, mais très nombreux dans la circonstance. Il fut impossible de trouver la moindre *cellule*

(1) Voir *Progrès médical* de 1879, nos 35 et suivants.
(2) Voir *Progrès médical* de 1884, no 5, p. 91.

© BIU Santé

muqueuse caliciforme dans ces très nombreuses préparations. Les auteurs concluent qu'il y a là une nouvelle preuve expérimentale apportée à la théorie si brillamment soutenue par M. Ranvier, que, même dans les cas de plus grande excitation, les cellules muqueuses restent fixes et ne quittent pas leur paroi d'implantation. Le cas qu'ils ont observé réalise en outre une rareté clinique et expérimentale, vu que, le plus souvent, soit par le fait d'affections nerveuses, soit par l'emploi de sialagogues, toutes ces glandes salivaires participent à l'expérimentation. Ils se sont trouvés au point de vue de la parotide dans les conditions expérimentales d'hypersécrétion de la glande sous-maxillaire par irritation de la corde du tympan.

M. Laborde dit que des sialorrhées aussi considérables ont été produites avec le jaborandi et que l'on a observé des sialorrhées mercurielles.

M. Gilles de la Tourette répond que le jaborandi fait sécréter toutes les glandes, tandis que, dans son cas, on n'avait affaire qu'à la sécrétion de la parotide.

A. Blondeau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mars 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Charpentier donne lecture d'un travail sur l'*emploi du sulfate de cuivre en obstétrique* et dont voici les conclusions :

1° Le sulfate de cuivre employé en solution au centième est un antiseptique de premier ordre et qui peut rendre en obstétrique des services signalés ; 2° absolument inoffensif pour les malades, d'un prix très modéré, d'un maniement facile, il joint aux avantages d'être un antiseptique très puissant ceux d'être un désinfectant pour ainsi dire instantané ; 3° qu'il soit employé sous forme d'injection intra-vaginale ou d'injection intra-utérine, son innocuité est absolue ; 4° le sulfate de cuivre jouit de propriétés astringentes et coagulantes telles qu'il pourra peut-être un jour être substitué comme hémostatique au perchlorure de fer, sur lequel il a la supériorité de ne pas salir les plaies ; 5° la solution employée doit être la solution au centième, chauffée à une température de 36° à 38° centigrades ; 6° l'usage de la solution peut être continué pendant les huit ou dix premiers jours, à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, sans que cela détermine chez les malades autre chose que de l'abaissement de la température, la diminution de la fréquence du pouls, c'est-à-dire une amélioration rapide et incontestable ; 7° les chirurgiens ont tout intérêt à essayer cet antiseptique qui, dans un certain nombre de circonstances et en particulier dans les cas de thrombus volumineux de la vulve, nous a permis d'obtenir la guérison et la réparation du foyer sans une goutte de pus.

M. Ball, à propos de la nouvelle *loi sur les aliénés* et sans vouloir rentrer dans le vif de la discussion, appelle l'attention de l'Académie sur un point spécial, à savoir : la question du concours appliqué au recrutement du personnel médical, qu'il serait désirable de voir appliquer à tous les asiles de France comme il l'est pour ceux de la Seine. Car, quoi qu'on en ait dit, sauf pour les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, dans tous les autres établissements, les nominations se font par voie administrative. Et cependant, combien il serait plus utile, dans l'intérêt de la science et des malades, d'appliquer à tous les asiles d'aliénés les mêmes règles que celles qui ont donné des résultats si favorables pour le recrutement du personnel médical des hôpitaux. Au point de vue de l'enseignement même, le concours aurait un autre avantage ; il permettrait aux jeunes gens qui, par un travail assidu, ont acquis des connaissances spéciales, de ne plus être à la merci des fluctuations administratives ; il pousserait et amènerait vers l'étude de cette psychologie morbide si attrayante, mais si difficile, une jeunesse studieuse, qui, aujourd'hui, ne voyant pas où la conduiraient ses efforts, s'éloigne de cet enseignement, le déserte et reste étrangère à la psychiatrie. Et cependant, en présence du nombre toujours croissant des aliénés, ne serait-il pas désirable de voir un plus grand nombre d'hommes possesseurs de connaissances spéciales, et les Facultés ne devraient-elles pas s'en préoccuper ? Aussi, M. Ball émet-il le vœu que les règlements soient modifiés et qu'un examen relatif à la psychiatrie devienne obligatoire (1).

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 22 juin 1883. — Présidence de M. Cornil.

18. Grossesse extra-utérine remontant à 15 ans. — Fœtus calcifié ; par M. Œttinger, interne des hôpitaux.

Le 11 juin 1883 entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, lit n° 14, la nommée Deligne Eugénie, vernisseuse, âgée de 55 ans. Cette femme déclare n'avoir jamais été malade. Elle a eu 6 grossesses et 2 fausses-couches. La dernière grossesse est arrivée à terme, il y a quinze ans environ, mais elle a présenté des difficultés qui ne s'étaient pas produites aux précédentes ; le travail a été fort long et on a dû recourir à une application de forceps. Elle a toujours été réglée régulièrement. Depuis quelques jours, 10 à 12 environ, elle est fatiguée, mal en train. Elle souffre de vomissements fréquents ; ils sont soit bilieux, soit alimentaires, mais n'ont pas le caractère fécaloïde. L'abdomen est très distendu, peu douloureux à la pression, les anses intestinales se dessinent sous les parois abdominales. Par la palpation, on remarque la présence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur ou plutôt d'un empâtement profond, ne se déplaçant pas dans les mouvements de latéralité qu'exécute la malade.

Les selles sont rares, irrégulières, mais il n'y a pas d'interruption absolue au cours des matières fécales. L'état général est grave. Prostration très grande, faiblesse extrême. La malade ne répond qu'avec difficulté aux questions que nous lui adressons. La langue est sèche, la température de 38,°5.

A l'examen des poumons, nous constatons en arrière une matité étendue au tiers inférieur à droite, un souffle très accusé à ce niveau, une notable diminution des vibrations thoraciques. Les autres viscères semblent normaux. Le toucher vaginal nous révèle un utérus petit, sain, très mobile ; les culs-de-sac sont absolument libres.

En présence de ces différents symptômes, nous pensons avoir affaire à des phénomènes d'obstruction intestinale produits par une ancienne tumeur abdominale, dont il serait difficile de préciser la nature. Peut-être s'agit-il d'une péritonite tuberculeuse ? L'affection pulmonaire serait là le phénomène principal venant rendre la situation très grave. Traitements toniques. Mort 24 heures après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie, 24 heures après la mort. — A l'ouverture de la cavité abdominale, nous sommes tout d'abord frappés de l'existence d'une tumeur beaucoup plus volumineuse que nous ne le supposions pendant la vie, et qui occupe le flanc droit. Cette tumeur est constituée par un fœtus absolument calcifié. Il a pris l'attitude du fœtus de la cavité utérine, les membres repliés sur lui-même, la tête fléchie. Il a les dimensions d'un fœtus de 6 mois et demi environ. Tous les tissus sont infiltrés de sels calcaires et il ne forme plus dans son ensemble qu'un bloc dur et très résistant. Les muscles ont cependant, en quelques endroits, surtout au niveau des cuisses, conservé une certaine souplesse. Ce fœtus est absolument libre dans la cavité abdominale ; il n'est nullement enkysté et ne présente que quelques adhérences à l'épiploon et à une anse de l'intestin grêle. L'utérus, les ovaires, les trompes sont absolument libres

(1) Nous rappelons à nos lecteurs que le *Progrès médical* a publié le texte complet de l'*avant-projet de loi sur les aliénés*, dans les n°s 43, 45 et 47 de 1882 (p. 828, 898, 933). En s'y reportant, il leur sera plus facile de suivre la discussion qui se poursuit à l'Académie. Quand au texte de la loi du 30 juin 1838, il se trouve dans la plupart des Traités de médecine légale.

© BIU Santé

de toute connexion avec lui. C'est une grossesse purement abdominale.

La plèvre du côté droit renferme une certaine quantité de pus qui provient d'un foyer purulent péri-hépatique vidé de la cavité pleurale; la perforation du diaphragme est manifeste. Quant au foyer péri-hépatique, il englobe le foie, s'étend surtout à sa face postérieure jusqu'au rein en bas; à ce niveau, le péritoine est épaissi, tapissé de fausses membranes anciennes. Les autres organes sont sains.

Réflexions.— Cette observation nous a paru intéressante à deux points de vue. D'abord l'existence d'un fœtus dont la présence avait passé inaperçue pour la malade pendant de longues années et dont la procréation devait remonter assez loin en arrière; depuis sa dernière grossesse, qui avait présenté des difficultés particulières, elle n'avait cessé de voir ses règles jusqu'à la ménopause, à 45 ans, et n'avait éprouvé aucun trouble de la santé. Sa grossesse extra-utérine remonterait-elle à une date antérieure? Elle daterait donc d'au moins 16 ans. Cette tolérance est particulièrement remarquable par sa longue durée.

Quant aux causes de la mort, nous pensons qu'il faut la chercher dans cette péritonite circonscrite suppurée survenue dans le cours d'une péritonite chronique latente, produite par la présence longtemps persistante d'un véritable corps étranger dans la cavité abdominale.

M. Cornil a eu l'occasion de faire l'examen anatomo-pathologique d'un fœtus ainsi transformé. Il se fait dans ces conditions une dégénérescence graisseuse suivie d'incrustation calcaire. Il est possible de reconnaître certains des organes ; les nerfs, le cerveau, les faisceaux musculaires, etc.

19. Hydrocèle vaginale.— Déroulement de l'épididyme. — Corps flottants ; par MM. P. Reclus, chirurgien de Bicêtre et A. Festal, interne du service.

Observation I. — Ces pièces ont été recueillies sur un malade mort à Bicêtre ; nous n'avons aucun détail sur le début ni la marche de son hydrocèle. A gauche, la collection se présente sous forme d'une tumeur ellipsoïde mesurant 14 à 15 cent. de longueur.

A l'ouverture de la poche, il s'écoule 420 gr. d'un liquide citrin à reflets verdâtres. Un corps étranger libre flotte dans ce liquide ; il a la couleur et l'irrégularité d'un petit caillou blanc de rivière. Pressé entre les doigts, il offre la consistance et l'élasticité du cartilage. Convexe en un point, il présente là un hile très net, remarquable en ce qu'on y voit le point où s'abouchaient les vaisseaux du pédicule ; ce corps étranger mesure 0,007 millim. suivant un diamètre, et 0,005 millim. suivant l'autre. Des coupes en ont été faites et l'examen microscopique a montré que la périphérie est formée de faisceaux conjonctifs régulièrement stratifiés, entre lesquels existent de petits amas calcifiés ; au centre, existe un noyau calcaire volumineux.

Sur un autre corps étranger semblable et encore adhérent à l'hydatide de Morgagni, on voit le hile, semblable à celui du rein, embrasser un pédicule large à la surface duquel se dessinent les arborisations des vaisseaux qui le pénètrent. Sur le même pédicule, un corps beaucoup plus petit, de la grosseur d'un plomb de perdreau, est sur le point de se détacher.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette hydrocèle, c'est un déroulement particulier de l'épididyme ; celui-ci décrit, en effet, une boucle complète, une fronde dont le plus grand diamètre mesure 12 à 14 cent. de l'extrémité antérieure au bord postéro-supérieur du testicule. L'épididyme se porte directement en haut, au milieu des éléments épars et atrophiés du cordon ; après un trajet de 0,05 cent. environ, il s'infléchit selon une courbe et redescend, appliqué à la partie externe et antérieure de la vaginale distendue ; il parcourt ainsi une longueur de 12 à 14 cent., puis dessine une boucle nouvelle et rejoint l'extrémité inférieure du bord postéro-supérieur du testicule, pour se continuer directement avec le canal déférent qui remonte et traverse comme un grand axe l'ellipse formée par le déroulement de l'épididyme.

On s'explique facilement ce trajet, bizarre au premier abord : il est évident que le liquide, insinué primitivement dans le cul-de-sac de la vaginale qui sépare le corps de l'épididyme du bord supérieur du testicule, en a distendu les parois d'une façon exagérée ; l'épididyme, suivant ce mouvement excentrique, a subi une élongation considérable et a dû ainsi se dérouler dans ses diverses portions ; quant à ses deux extrémités, fixées qu'elles sont au testicule, elles ont conservé leur situation et leur configuration normales et constituent ainsi les deux extrémités de la fronde. Qu'on supprime, en effet, par la pensée, la séreuse comprise dans cette boucle épididymaire, et l'on aura la disposition normale de l'épididyme sur le testicule gauche. Ce mécanisme que nous invoquons pour expliquer le déroulement de l'épididyme se comprend d'autant plus facilement qu'il existe, d'une façon normale, des cryptes plus ou moins grandes dans le cul-de-sac sous-épididymaire, cryptes pouvant être le point où l'épanchement séreux s'accumule tout d'abord ; par suite d'une distension exagérée, l'orifice s'agrandit et finit par disparaître.

L'examen microscopique du ruban épididymaire déroulé contre la paroi vaginale n'a montré aucune altération dans la structure de l'organe ; le tissu conjonctif n'a subi aucune prolifération. La séreuse est évidemment altérée, épaissie en certains points, chagrinée, peu vasculaire ; on trouve néanmoins çà et là des arborisations très nettes dessinées à sa surface.

Testicule droit. Dans la vaginale du côté droit existe un épanchement de 12 à 15 gr. ; le liquide a le même aspect que celui du côté gauche.

On observe un assez grand nombre de cryptes siégeant, ainsi que nous l'avons dit, entre l'épididyme et le testicule. Dans deux de ces cryptes, on trouve de petits corps étrangers, blanc-jaunâtres, ressemblant à de petits grains de mil et absolument dissimulés tant qu'on ne les expulse pas de leur loge en en comprimant les parois. C'est sur le siège de ces corps libres ainsi dissimulés que M. Reclus insistait déjà, en avril 1875, dans une présentation faite à cette Société.

Observation II. — Les pièces qui font l'objet de cette observation proviennent d'un malade mort au n° 30 de la salle Nélaton, porteur d'une hydrocèle vaginale double.

A l'ouverture de la poche gauche, il s'écoule 210 gr. d'un liquide citrin, sans fausses membranes; un petit corps étranger libre, du volume d'un pois, flotte dans ce liquide, lisse et convexe sur une de ses faces, il est excavé sur la face opposée et sa coupe a la forme d'un croissant.

L'examen microscopique le montre formé de couches stratifiées de faisceaux conjonctifs dont on voit manifestement la réflexion aux extrémités des cornes du croissant ; la partie concave de la coupe contient du tissu conjonctif plus jeune, les faisceaux sont plus lâchement unis entre eux par une substance amorphe et l'on y distingue de nombreux noyaux; vers le centre du corps étranger, se trouve un noyau calcaire.

Rien d'anormal n'apparaît au premier abord après l'ouverture de la poche ; il faut regarder la paroi par transparence pour voir les détails suivants : dans son épaisseur, est une anse en fer à cheval de 6 cent. de flèche, dont les deux extrémités reposent chacune vers une des extrémités du bord postéro-supérieur du testicule; la supérieure répond à la tête, l'inférieure à la queue de l'épididyme dont la continuation avec le canal déférent est bien mise en évidence par quelques coups de scalpel ; le corps de l'épididyme refoulé en haut, étalé et en partie déroulé, constitue la partie intermédiaire ou anse proprement dite. Les éléments du cordon sont dissociés et passent en arrière.

Du côté droit, le volume de l'hydrocèle, la nature et la quantité du liquide sont les mêmes; nous trouvons également une anse épididymaire à peu près semblable à la précédente, avec cette seule différence que, si on l'examine par transparence, on y voit avec la plus grande netteté

© BIU Santé

des tubes déroulés et les nombreuses circonvolutions qu'ils dessinent.

Il existe un notable degré de vaginalite chronique plus marqué seulement sur le feuillet viscéral; la séreuse est très épaissie et mamelonnée par places; de distance en distance apparaissent des taches rouillées, légèrement saillantes, et dont les dimensions varient du volume d'une lentille à celui d'une tête d'épingle.

Ces mamelons, examinés sur une coupe, sont formés de faisceaux de tissu conjonctif adulte; au niveau des taches rouillées, des amas arrondis offrant une coloration jaunâtre et constitués par de fines granulations, sont interposés entre les faisceaux conjonctifs. Ces taches rouillées sont évidemment le reliquat d'hémorrhagies interstitielles anciennes.

Réflexions. — Ces trois cas nous ont paru intéressants à cause de la disposition spéciale de l'épididyme, non encore décrite et signalée seulement par Curling dans son *Traité des maladies du testicule*. Nous pouvons résumer de la façon suivante le mécanisme de ces trois cas. Une petite quantité de liquide s'accumule dans une des cryptes existant normalement sous l'épididyme et le distend peu à peu; la tête et la queue fixées au testicule conservent leurs rapports normaux, mais le corps cède à la poussée, s'éloigne progressivement de la glande et le premier stade se trouve ainsi constitué. Que la distension s'exagère, le liquide continuant à s'accumuler, les dimensions de l'anse augmenteront jusqu'à former une ellipse à peu près complète, comme cela s'est produit sur notre première pièce.

20. M. Brunon fait voir le *cœur* d'un homme atteint d'un *sarcôme fasciculé du creux poplité*. Il existait des noyaux de généralisation dans le foie, le cœur et les poumons.

21. M. Richardière montre des *calculs biliaires*. La femme qui les portait a présenté un abcès de la paroi abdominale, séparé de la vésicule biliaire distendue par toute l'épaisseur du grand droit abdominal. Peut-être les traumatismes répétés, dus à la présence de la poche calculeuse, ont-ils été la cause du développement de cet abcès ?

22. M. Thibierge présente le *foie* d'un homme atteint de *mal de Pott*. Il existe sur le bord libre une masse de couleur ambrée, dans laquelle la trace des divisions lobulaires se constate facilement. Elle se continue insensiblement avec le tissu hépatique avoisinant. Des masses jaunâtres semblables, moins distinctes, se remarquent sur divers points du foie. Il semble qu'il s'agisse de masses lobulaires ayant subi la dégénérescence amyloïde.

M. Cornil pense qu'il s'agit, en effet, de dégénérescence amyloïde. On voit dans cette dégénérescence les parois vasculaires s'épaissir considérablement; les cellules hépatiques paraissent atrophiées par compression. Les globules rouges pénètrent difficilement dans les vaisseaux rétrécis; il arrive donc un moment où la masse amyloïde est assez compacte pour prendre la coloration jaune ambrée que l'on remarque sur la pièce présentée par M. Thibierge.

23. Elections. — M. Caron est nommé membre correspondant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 mars 1884. — Présidence de M. M. Sée.

Signalons dans la correspondance une lettre de M. Demons (Bordeaux), proposant que les chirurgiens se réunissent en Congrès annuel, à l'exemple des chirurgiens de plusieurs autres pays. — La proposition est prise en considération et renvoyée à une Commission composée de MM. Verneuil, Trélat, Chauvel et Horteloup.

M. Lannelongue présente les pièces du cas d'*imperforation* ano-rectale, à double cloison, dont il a entretenu la Société à la précédente séance; il répond en même temps à une observation qui lui a été faite sur la nature de la muqueuse qui tapissait le rectum rétréci; c'était bien une muqueuse avec tous ses caractères histologiques, et l'intestin rétréci présentait la structure de l'intestin normal.

M. Lannelongue, pour confirmer ce que M. Verneuil rappelait à propos de ce cas, à savoir que toutes les malformations que l'on constate à la naissance ne sont point le fait de vices de développement, que bon nombre d'entre elles ont pour causes des affections intra-utérines, présente une *ulcération anale* constatée au moment de la naissance.

M. Lannelongue rappelle que, dans un mémoire récent, il a insisté sur les malformations développées sous l'influence d'une affection intra-utérine et il présente à l'appui le dessin d'un *spina-bifida* qui appartient à cette catégorie. A côté du spina-bifida ordinaire, dont la cause est une hydropisie rachidienne qui s'oppose à la soudure des lames vertébrales, il en est une autre dans lequel une ulcération joue le même rôle que l'arrêt de développement; cette ulcération se cicatrice, mais le canal n'a pu se fermer en arrière et l'enfant naît avec un spina-bifida sur lequel on retrouve la cicatrice originelle.

M. Trélat complète ce qu'il a dit précédemment du développement de l'extrémité inférieure du tube digestif et constate que le cas de M. Lannelongue peut et doit être expliqué par une déviation embryologique. M. Trélat ne nie pas les malformations qui relèvent d'affections intra-utérines, mais il désire qu'elles ne fassent pas oublier celles qui sont du ressort de la tératologie.

M. Gillette présente une *ulcération artérielle* produite dans un vaste foyer purulent; c'est un cas de plus à ajouter à ceux qui ont été présentés par MM. Monod, Terrillon, Pozzi.

M. Cazin (Boulogne) lit un travail sur les *résultats de l'intervention chirurgicale dans les adénites tuberculeuses*. M. Cazin enlève les ganglions lorsqu'ils sont ulcérés, et il se sert pour cela le plus souvent du thermo-cautère; sur plus de cent interventions faites à l'hôpital de Berk-sur-Mer, il n'a eu que deux cas malheureux. Il a comparé les statistiques de l'hôpital avant et après l'introduction de cette pratique, et elles ont répondu en faveur de l'intervention chirurgicale; la durée du traitement est plus courte, les cicatrices moins difformes, les récidives plus rares, et les décès par phtisie ont diminué depuis que le traitement chirurgical a été substitué à l'ancien traitement.

M. Trélat constate avec plaisir que les statistiques de M. Cazin viennent à l'appui de la doctrine qu'il a, depuis longtemps, défendue devant la Société de chirurgie; il regrette que M. Cazin ne l'ait pas rappelé.

M. Pozzi présente les pièces d'une malade qu'il a opérée d'un *corps fibreux de l'utérus* et d'une *tumeur kystique de l'ovaire*. Ce cas présente un grand intérêt, parce que la malade, âgée de 45 ans, présentait, avec des métrorrhagies abondantes, des douleurs abdominales violentes et divers phénomènes de l'hystérie dans sa forme grave, hémianesthésie, hémiparésie, amaurose, amblyopie, etc. En raison de la gravité de l'état général, M. Pozzi résolut d'opérer; la malade a guéri non seulement de l'opération, mais encore de toutes les manifestations hystériques, qui n'ont pas reparu depuis dix mois, date de l'opération. M. Pozzi rappelle à ce propos que la question de l'intervention chirurgicale par la castration est très controversée et différemment résolue.

M. Terrier considère cette question comme fort difficile à résoudre; l'opération, acceptée à l'étranger, ne l'est point en France; il a cru quelquefois rencontrer l'indication d'opérer, une fois surtout, dans un cas d'hystérie très grave, il en parla à M. le Dr Charcot, qui ne se montra pas favorable à l'intervention.

M. Terrier regrette aussi que l'intéressante observation de M. Pozzi soit incomplète, en ce sens que les deux ovaires n'ont pas été enlevés. Il a opéré, il y a une quinzaine de jours, d'une tumeur kystique parovarique avec ovaire polykystique, une jeune femme fort bien portante jusque-là, mais qui avait présenté quelques phénomènes nerveux au moment de l'établissement des règles; or, depuis l'opération, la malade présente des phénomènes hystériques très violents; ils sont sans doute de l'ordre de ceux que

© BIU Santé

l'on voit apparaître chez les nerveuses sous l'influence d'un acte chirurgical.

M. Reclus a opéré, il y a deux mois environ, à la Salpêtrière, une jeune femme qui présentait avec deux kystes ovariques des phénomènes hystériques. *Il enleva les deux ovaires.* La guérison s'est effectuée, mais au milieu d'attaques hystériques fréquentes et violentes. Quinze jours après l'opération, les manifestations hystériques ont commencé à diminuer; il sera très intéressant de voir ce qu'elles deviendront.

M. Gillette considère l'opération de Battey comme une assez mauvaise opération quand l'ovaire est sain. Il croit savoir qu'elle a été pratiquée deux fois en France et qu'elle aurait donné d'assez mauvais résultats. Il a interrogé les statistiques étrangères et elles ne lui ont pas paru répondre en faveur d'une opération qu'il considère comme peu raisonnable.

M. Terrier répond qu'il se déclare incompétent pour prononcer ainsi sur une opération, qui est souvent pratiquée à l'étranger et par des chirurgiens raisonnables. Quand on aura réuni et examiné beaucoup de faits comme ceux que viennent d'apporter MM. Pozzi et Reclus, alors seulement on sera en droit de prononcer; en attendant, il ne faut pas condamner absolument une opération dont toutes les indications ne doivent pas être prises dans l'état des ovaires. M. Duplay l'a pratiquée une fois avec succès pour des hémorrhagies utérines graves; et puis, rien n'est difficile comme de juger de l'état des ovaires, alors même qu'on les a entre ses doigts. L'opération paraît être quelquefois rationnelle : M. Terrier se gardera donc de l'absolutisme de M. Gillette et attendra des faits pour conclure.

M. Polaillon pense que l'opération de Battey est indiquée dans certains cas. Il a rencontré un de ces cas; la malade présentait des névralgies hystériformes qui rendaient la vie absolument insupportable. Après avoir essayé en vain toute espèce de traitement, M. Polaillon pensait à opérer quand la malade quitta l'hôpital.

M. Pozzi constate que l'opération est actuellement classique en Angleterre, en Allemagne, en Amérique, et qu'il serait peu sage de la condamner absolument parce qu'il a pu en être fait abus.

P. Poirier.

REVUE DE CHIRURGIE

I. Considérations sur le trachélœmatome des nouveau-nés; par M. le Dr Ed. Tordeus (de Bruxelles).

II. De la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif par luxation en arrière du condyle du maxillaire; par M. le Dr E. Baudrimont, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux. Paris, 1883. A. Coccoz, libraire-éditeur.

I. On rencontre parfois chez les nouveau-nés une tumeur plus ou moins circonscrite, produite par un épanchement sanguin dans la gaine du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Désignée par certains auteurs sous le nom de myo-sclérose sterno-mastoïdienne, par d'autres (Bohn, Hénoch) sous celui d'hématome du sterno-mastoïdien, cette tuméfaction serait mieux dénommée, d'après M. Tordeus, trachélœmatome des nouveau-nés. Elle est assez rarement observée, car, n'apportant aucun trouble fonctionnel appréciable, elle échappe généralement à la vigilance du médecin et même de la mère; cependant, l'attention étant attirée sur ce point, il suffit d'examiner à cet égard un certain nombre de nouveau-nés pour la rencontrer plus souvent qu'on le supposerait tout d'abord.

Le trachelœmatome est déterminé par la rupture de quelques rameaux vasculaires situés dans les muscles du cou : aussi, succède-t-il presque toujours aux difficultés d'un accouchement laborieux. Quelques autopsies, pratiquées en Allemagne par Skrzeczka, démontrent péremptoirement l'origine toujours hémorrhagique de cette lésion. Peut-être la syphilis joue-t-elle un certain rôle dans sa production, comme l'admettent les médecins anglais, mais seulement parce qu'elle s'accompagne souvent d'une dégénérescence vasculaire. Siégeant plus fréquemment à droite qu'à gauche, parfois néanmoins bilatérale, cette tumeur ne dépasse généralement pas 3 à 4 centimètres de long : on l'a vu dans quelques cas occuper la totalité ou la presque totalité du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Elle est d'ordinaire ovoïde ou fusiforme, ou, d'autres fois, elle n'est représentée que par quelques légères bosselures indurées, rondes ou irrégulières, occupant la partie moyenne. Sa dureté habituelle peut n'être pas dépourvue d'une certaine élasticité. La peau qui la recouvre (sauf dans deux cas où elle était bleuâtre) conserve son aspect normal et sa mobilité sous la grosseur sous-jacente. Quant aux symptômes fonctionnels, ils sont bien difficiles à étudier chez les enfants : on a signalé dans quelques observations une certaine douleur à la pression ou une légère inclinaison de la tête du côté malade. Quoiqu'il en soit, en quelques semaines ou quelques mois, la tumeur a progressivement disparu, de sorte que la guérison spontanée et complète est la règle; les applications de pommades ou de solutions résolutives ne semblent pas hâter cette heureuse terminaison.

Ce travail de M. Tordeus, basé sur 15 observations, fournit en somme un résumé très-instructif des rares études publiées à l'étranger sur ce point de pathologie infantile.

II. La fracture de la paroi antérieure du conduit auditif a été depuis longtemps étudiée et décrite, et elle est aujourd'hui parfaitement connue. Mais, M. Baudrimont s'est surtout attaché à démontrer la possibilité d'une luxation concomitante du condyle maxillaire, pénétrant et persistant dans le conduit auditif enfoncé. Jusqu'à présent, en France, on niait cette complication ou l'on n'en parlait pas. Un exemple de cette lésion, absolument net et indiscutable, s'est présenté au chirurgien de Bordeaux qui en a profité pour rechercher et recueillir 23 faits à peu près semblables, qui ne laissent plus aucun doute sur l'existence possible de la luxation de la mâchoire inférieure en arrière, par pénétration du condyle dans le conduit de l'oreille. D'ailleurs, l'auteur, ne s'en rapportant pas exclusivement à la clinique, a aussi entrepris une série d'expériences cadavériques, dans lesquelles il a pu produire également l'enclavement de ce condyle. En conséquence, nous croyons pouvoir dire que le récent travail de M. Baudrimont constitue un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire des fractures et des luxations.

Robert Jamin.

BIBLIOGRAPHIE

Rapport d'exercice de l'hôpital de Sabbatsberg à Stockholm, pour 1882; par M. le Dr Warfvinge, médecin directeur. Stockholm, 1883.

En 1882, il a été soigné à l'hôpital, qui comprend 340 lits, 2774 malades : 1646 pour la division médicale, 920 pour la division chirurgicale et 208 pour la division gynécologique. Le nombre des décès s'est élevé à 245, soit 8,83 0/0, et celui des journées de traitement à 93.407. Les frais par jour et par tête ont été en moyenne de 2 fr. 20 centimes.

Depuis 4 ans et quelques mois que l'hôpital est ouvert, M. le Dr Warfvinge a soigné dans sa division 11 cas d'anémie pernicieuse progressive, 11 cas de pseudo-leucémie et seulement 2 cas de leucémie véritable. Ces maladies qui, pour l'auteur, sont liées par une parenté étroite, ont été traitées avec un certain succès par l'arsenic. Il se loue beaucoup de l'emploi des antiseptiques dans la fièvre typhoïde, et en particulier de l'acide phénique administré en potions et en lavements.—M. Netzel, chef de la division gynécologique, a eu l'occasion de pratiquer, avec des succès divers, des opérations assez nombreuses : extirpation de corps fibreux interstitiels, de polypes intra-utérins, amputation de cancers du col, etc. — M. Ivar Svensson a également, dans sa division chirurgicale, fait des opérations importantes : amputations de la langue, gastrotomie, colotomie, taille vésicale, extension des nerfs, etc.

Les auteurs suédois ont l'habitude de donner, à la fin de leurs publications scientifiques, un résumé en langue française qui n'a pas peu contribué à populariser leurs travaux dans notre pays. C'est là une marque de courtoisie et de sympathie dont nous sommes touchés et dont nous les remercions vivement.

J. Comby.

© BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE

De la peptone phosphatée dans les accidents consomptifs de la phthisie pulmonaire.

Par M. le Dr CHOFFART.

Il n'y a certainement pas, à l'heure actuelle, de médecin instruit qui mette en doute la curabilité de la phthisie confirmée. Il n'y en a pas non plus qui ne la voie toujours traitable alors qu'elle est incurable et qu'elle paraît justifier le mot de Fonssagrives : « C'est une maladie qu'on ne guérit pas, mais qu'on panse. » Curable ou seulement réduite à ces termes plus modestes, le rôle de la thérapeutique n'en demeure pas moins des plus consolants et des plus utiles.

D'agent spécifique de la phthisie, il n'y en aura évidemment jamais que pour les charlatans ; mais de ceux-là qui, associés à une hygiène raisonnée, hygiène corporelle, morale, alimentaire et climatérique, de ceux-là, dis-je, la liste n'en est pas fermée ; elle s'est seulement modifiée de la façon la plus heureuse, en même temps qu'on apprenait à mieux connaître la lésion anatomique qui caractérise la tuberculose pulmonaire, ainsi que ses causes et son étiologie.

En fait, ce qui doit dominer toute la thérapeutique tuberculeuse, c'est cette conviction que la phthisie n'est que la manifestation locale, le symptôme d'une vitalité épuisée ; « le dernier terme des affections cachectisantes », dit Guéneau de Mussy ; et Peter : « le témoignage de la déchéance de l'organisme, une maladie qui finit » ; « une manière de mourir », dit Brunet.

Rien d'étonnant, dès lors, rien de plus rationnel, que le rôle considérable que la médication reconstituante joue dans le traitement de la phthisie. Dans cet ordre d'idées, j'ai aujourd'hui un exemple frappant, que je vais relater en quelques mots, de l'utilité grande que la thérapeutique devra retirer de l'emploi de la peptone phosphatée à de certaines phases de la phthisie.

Observation. — Marthe D... a 21 ans ; elle est domestique à la campagne, Savigny-sur-Orge. Ses maîtres, qui l'ont en grande estime, me font appeler pour lui donner mes soins, le 17 juillet dernier. Au moment où je la vois, cette jeune fille fait remonter sa maladie, son *rhume négligé* comme elle dit, à l'automne précédent. Les renseignements, assez obscurs d'ailleurs, qu'elle me donne sur sa famille, ne me permettent pas de voir chez elle une prédisposition héréditaire ; elle a eu dans son enfance de l'engorgement des ganglions cervicaux. Aujourd'hui, la situation est celle-ci : Muqueuses décolorées, amaigrissement très notable, dégoût pour les aliments, à ce point que, depuis quinze jours, dit-elle, elle n'a pas mangé 250 grammes de pain ; un peu de douleur à l'épigastre, fièvre le soir, sueurs profuses, dyspnée, toux fatigante, expectoration assez abondante formée de crachats opaques. L'examen de la poitrine me permet de constater, en avant et en arrière, de la matité au sommet du poumon gauche, de la respiration bronchique et de gros râles humides. Deux vésicatoires volants en avant et en arrière à appliquer à quatre jours d'intervalle, potion codéine bromurée à alterner avec la potion de Todd. Sous l'influence de vésicatoires, il y a d'abord un mieux réel, mais ce mieux est de courte durée ; et, lorsque je revois la malade quinze jours plus tard, je la trouve de nouveau en proie à une anorexie incoercible qui lui fait rejeter les quelques aliments qu'elle essaie d'ingérer ; ces aliments sont rendus dans un état d'inaltération qui dénote la profonde adynamie de l'estomac ; cette anorexie ajoutant son action à celle des sueurs, de la fièvre, d'un peu de diarrhée qui est survenue, l'ont amenée à un véritable état de déliquation me laissant peu d'espoir d'enrayer l'évolution implacable d'un mal qui semble devoir aller rapidement à un dénouement fatal.

Badigeonnages de teinture d'iode, régime lacté, continuation de la potion bromurée ; mais la potion de Todd sera remplacée par trois cuillerées à bouche de peptone phosphatée (*vin de Bayard*), à prendre en trois fois dans la journée. Quinze jours plus tard, je trouve l'état de la malade très avantageusement modifié : plus de vomissements, plus de diarrhée, nuits calmes et appétit assez vif qui se développe chaque jour. La malade me raconte que, le jour même où elle fit usage de ce vin, elle fut bien étonnée de se surprendre portant machinalement à sa bouche quelques-unes des fines tranches de pain qu'elle coupait pour le potage de ses maîtres ; depuis ce jour, l'appétit n'a fait que croître, les forces reviennent un peu. Continuation des badigeonnages tantôt en avant, tantôt en arrière, suppression graduelle de la potion, 6 cuillerées de peptone phosphatée en trois fois. Le mieux ne s'est pas ralenti. Aujourd'hui, fièvres et sueurs ont totalement disparu, les crachats peu abondants, sont redevenus muqueux ; la malade récupère rapidement ses forces et son embonpoint ; je ne constate plus qu'un léger souffle râpeux au sommet du poumon.

Tout me porte à espérer une guérison complète, dont je fais remonter le bénéfice à la *peptone phosphatée*. Etant par elle-même un reconstituant de premier ordre, en quelque sorte tout digéré, et, de plus, un excitant de la nutrition générale qui devait provoquer l'assimilation des aliments concurremment ingérés, la peptone phosphatée Bayard a eu, pour premier effet, d'arrêter le mouvement de dénutrition, et, comme conséquence, le processus de la néoplasie tuberculeuse. Je ne crois pas téméraire non plus de supposer que plus tard elle a contribué, par son phosphate de chaux, à enrayer la caséification des tubercules et leur désagrégation finale pour les transformer en tissu fibro-calcaire.

VARIA

La laïcisation de l'Assistance publique à Roanne.

La municipalité de la ville de Roanne a pris une délibération touchant le mode de distribution des secours aux indigents et en vertu de laquelle, depuis le 1er mai 1883, cette distribution est désormais confiée à un employé laïque, qui opère sous la surveillance d'une Commission administrative.

L'Administration de cette ville a bien voulu nous transmettre les documents et rapports relatifs à cette délibération et au mode de fonctionnement des divers services du Bureau de bienfaisance. Nous utiliserons une partie de ces documents pour indiquer les progrès réels que la municipalité de Roanne a su accomplir, n'épargnant pour cela ni temps ni sacrifices. — Avant la décision précitée, voici comment étaient distribués les secours : lorsqu'un indigent réclamait l'Assistance de la ville, il était pris des renseignements sur sa moralité et sur ses besoins ; si ces renseignements étaient favorables, il lui était délivré un Bulletin avec lequel il se rendait chez les sœurs, dites du Phénix, qui lui donnaient des secours en pain et en charbon, en rapport avec les besoins constatés par elles. Le pain était fabriqué par le boulanger attaché à l'établissement du Phénix avec la farine achetée directement par le Bureau de bienfaisance, moyennant une rétribution de 4 fr. par sac de farine. Pour le charbon, les sœurs ne réclamaient aucun frais d'emmagasinement.

Malgré les économies qu'elle réalisait avec ce mode de distribution, la Commission administrative n'hésita pas à en proposer un autre. Elle comprit qu'un Bureau de bienfaisance a le devoir de faire lui-même la distribution des secours, parceque c'est lui qui est responsable. D'autre part, il lui fallait tenir compte de l'opinion publique, qui réclamait une répartition directe à la mairie, sachant bien que là seulement existerait un contrôle effectif et que de cette façon les indigents bien pensants ne seraient plus avantagés au détriment de ceux qui ne pratiquent pas. La Commission du Bureau de bienfaisance soumit en conséquence au Conseil municipal un projet tendant à réorganiser la distribution des secours, et le Conseil, malgré les charges nouvelles qu'on lui demandait de s'imposer, émit un avis favorable. Le projet était ainsi conçu : Installation à la mairie d'un bureau spécial, dirigé par un employé sous la surveillance et le contrôle de la Commission administrative, et dans lequel on distribuerait les secours de toute sorte : soupes aux voyageurs, bons de pains, charbon, bons de visites gratuites de médecins, de sage-femmes, de médicaments, etc. Nous avons déjà dit que ce Bureau était installé depuis le 1er mai 1883, nous ajouterons qu'il fonctionne très bien et à la satisfaction générale.

Un des côtés non moins intéressants de l'assistance à Roanne est celui qui a trait au service médical à domicile. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire les dispositions du rapport relatif à ce service, dispositions qui ont été adoptées à l'unanimité par le Conseil, dans sa séance du 14 août 1882 :

Art. 1er. — Il sera créé à Roanne un service médical public et gratuit pour les indigents, sous la direction et le contrôle du Bureau de bienfaisance.....

© BIU Santé

Art. 2. — Tous les indigents inscrits sur les listes du Bureau de bienfaisance auront droit aux secours médicaux et pharmaceutiques. Pourront être également admis aux bénéfices de la gratuité ceux qui, n'étant pas inscrits sur les listes, seraient cependant reconnus par qui de droit comme dénués de ressources et munis d'un bon de visite ou de consultation.

Art. 3. — Il sera délivré aux ayants droit un livret spécial analogue à celui que possèdent les membres des sociétés de secours mutuels.

Art. 4. — MM. les médecins sont priés d'indiquer sur chaque carnet le nom et la gravité de la maladie pour laquelle ils auront eu à donner des soins au titulaire ou aux membres de sa famille. Ils seront également priés de consigner à la suite leurs observations soit sur l'utilité ou l'inutilité de nouvelles visites, soit sur tout autre sujet.

Art. 5. — Ce carnet devra être présenté chaque fois que le malade viendra demander un bon de visite médicale à la mairie ou une consultation.

Art. 6. — Il sera retiré à tout indigent qui en aurait abusé en le prêtant à d'autres. Il serait également retiré à toute personne ayant une conduite scandaleuse et notoirement déréglée.

Art. 7. — Lorsqu'un indigent sera malade ou blessé, s'il ne peut quitter le lit ou la chambre, il s'adressera à la mairie et là, sur le vu de son livret, il sera donné un *bon de visite* avec lequel il ira demander le médecin de son choix.

Art. 8. — Les ordonnances du médecin seront par suite présentées au Président ou secrétaire du Bureau de bienfaisance, qui apposera le timbre de la mairie après avoir vérifié l'identité du réclamant. Ces prescriptions seront remises aux Pharmaciens qui auront consenti,en faveur du Bureau de bienfaisance, les réductions d'usage en pareils cas et accepté le tarif des sociétés de secours mutuels.

Art. 9. — Lorsque l'indigent pourra se déplacer, s'il désire une consultation, il devra se rendre aux consultations gratuites que l'administration de l'hospice a organisé. Là il présentera également son livret sur le vu duquel il lui sera délivré une prescription qu'il devra faire timbrer à la mairie avant de la porter aux pharmaciens chargés de la remplir.

Art. 10. — MM. les médecins et pharmaciens devront fournir leurs mémoires tous les trois mois, dans la première quinzaine qui suivra la fin du trimestre (1).

Comme on le voit, la municipalité de Roanne a fait un grand pas vers la laïcisation de l'assistance publique. Espérons que, d'ici quelque temps, elle complètera son œuvre en créant une école d'infirmières,ce qui lui permettra en six mois de laïciser son hôpital.

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Dans sa séance du 29 février 1884, présidée par M. Alfred Riche, vice-président, le Conseil discute et approuve des rapports présentés par MM. Bouchardat, Lebland, Levraud, Troost, concernant les établissements classés ci-après : dépôt de chiffons, échaudoir de tripier, abattoir-brûloir à porcs, fabrique de vernis avec cuisson d'huiles, etc.

M. Chatin donne ensuite lecture d'un rapport concernant la *torréfaction en grand de la chicorée*. Il fait connaître que l'odeur et la fumée qui se dégagent de cette opération présentent les mêmes inconvénients que la torréfaction du café. Conformément à sa proposition, le Conseil émet le vœu que la torréfaction de la chicorée soit rangée dans la 3e classe des établissements insalubres ou incommodes.

M. le Dr Voisin présente un rapport sur les *travaux*, en 1882, des *Commissions d'hygiène* instituées dans le ressort de la Préfecture de police. Il fait ressortir l'importance et le développement qu'ont pris ces Commissions dont le zèle et le dévouement ne font que s'accroître. Ainsi que les années précédentes, le rapport de M. le Dr Voisin sera publié avec les rapports généraux des Commissions d'hygiène.

M. le Dr Loiseau, chargé de faire une enquête sur divers cas de *rougeole* dans les 5e et 13e arrondissements, fait connaître que cette épidémie n'a pas eu un caractère sérieux. Sept cas seulement se sont produits dans l'école signalée qui est fréquentée par 160 enfants, et il n'y a pas lieu d'en demander la fermeture. D'après M. le Rapporteur, il suffit qu'une surveillance attentive soit exercée par le médecin de l'école, que les enfants affectés ou suspects de contagion soient séparés immédiatement de leurs camarades et que les classes et les préaux couverts soient largement aérés.

M. Larrey rend compte ensuite de la visite qu'il a faite dans un immeuble de la rue Beethoven, où trois enfants ont succombé aux atteintes du *croup*, dans l'espace de huit jours. Cet immeuble est composé de trois masures ; les chambres sont encombrées, la misère et la malpropreté y sont extrêmes. Les constructions sont dans un tel état qu'on devrait les démolir complètement, dans l'intérêt de la santé publique.

D'autre part, M. le Dr Levraud a visité également quelques maisons rue des Partants, rue Gasnier-Guy et rue Désirée, où des cas de *rougeole* suivis de *croup* ont été observés. M. le Rapporteur n'a pas remarqué de causes permanentes d'insalubrité dans les immeubles contaminés, ni de filiation dans le développement de la maladie, mais il a relevé la négligence des parents, négligence malheureusement trop fréquente dans la classe ouvrière, quant aux mesures d'assainissement pendant la maladie et après le décès. Il a demandé que l'Administration et les médecins réunissent leurs efforts pour vaincre l'inertie de la population en présence du danger de la contagion.

M. le Dr Ollivier a rappelé à cette occasion que les malades atteints de diphthérie devraient, comme les varioleux et les typhoïques, être transportés à l'hôpital dans les *voitures spéciales* construites par les soins de la Préfecture de police. On sait que ces voitures sont gratuitement à la disposition du public. Il suffit, pour les mettre en mouvement, de s'adresser à un commissariat de police, lequel envoie immédiatement un télégramme à la Préfecture. MM. les médecins des bureaux de bienfaisance devraient le faire savoir à leurs malades. Ces observations ont été approuvées par le Conseil qui a décidé, en outre, qu'une Commission prise dans son sein et formée de MM. Ollivier, Levraud, Béclard, Bouchardat, Schutzenberger et Pasteur, rédigerait une instruction sur les mesures prophylactiques à recommander contre la diphtérie.

Conseils d'hygiène publique et de salubrité. Travaux récompensés.

Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France et par arrêté du 29 février 1884, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes dont les noms suivent, qui se sont signalées par leur participation active aux travaux des Conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1881.

Médaille d'or. — M. le Dr Nivet, vice-président du conseil central d'hygiène du département du Puy-de-Dôme, pour la part très active qu'il prend depuis de longues années aux travaux du conseil, et pour les mémoires intéressants qu'il a publiés sur l'hygiène du département.

Médailles d'argent.— M. le Dr Lande, de Bordeaux, membre du conseil central d'hygiène de la Gironde, pour son rapport sur l'usine à pétrole de Blaye. — M. Rivoire, ingénieur des ponts et chaussées à Grenoble, membre du conseil central d'hygiène de l'Isère, pour ses rapports sur des teintureries de peaux, une fabrique d'ammoniaque, etc. — M. de Tastes, professeur au lycée de Tours, membre du conseil central d'Indre-et-Loire, pour son rapport sur une fabrique de boutons d'os et de noir animal. — M. le Dr Dubreuilh, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son rapport sur le concours de vaccine en 1881, et la part qu'il a prise à l'étude du cow-pox d'Eysines. — M. le Dr Thonion, d'Annecy, membre du conseil central d'hygiène de la Haute-Savoie, pour son rapport sur l'insalubrité des marais d'Espagny, de Sillingy et de la Balme (Haute-Savoie). — M. le Dr Fouquet, de Vannes, membre du conseil central d'hygiène du Morbihan, pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Vannes. — M. le Dr Jablonski, de Poitiers, pour son activité comme secrétaire du conseil central d'hygiène de la Vienne. — M. Dhuicque, pharmacien à Beauvais, membre du conseil central d'hygiène de l'Oise, pour ses nombreux et intéressants rapports sur diverses questions d'hygiène.

Médailles de bronze. — M. Renon, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Provins (Seine-et-Marne), pour sa statistique du canton de Nangis. — M. Grandin, pharmacien à Tours, membre du conseil central d'hygiène d'Indre-et-Loire, pour ses rapports intéressants concernant l'abattoir de Château-Renault. — M. Moreau, ingénieur à Grenoble, pour ses rapports sur une fabrique de présure.

Excision de la luette par les barbiers persans.

M. le Dr Tholozan a envoyé à l'Académie de médecine une note très curieuse relative à l'excision de la luette par les barbiers persans. Nous en détachons les passages suivants :

« Dans les districts de Semnan et de Firouz-Kouh, situés à cinq journées de marche à l'est de Téhéran, l'excision de la luette est pratiquée par les barbiers persans chez presque tous les enfants, comme moyen prophylactique des inflammations de la gorge. Ils se servent pour cela des deux instruments suivants : 1° une spatule en bois assez forte ; 2° une tige grossière de fer aciéré, dont l'extrémité tranchante est courbée sur le plat, ou même forme quelquefois un anneau complet de 7 à 8 millimètres de diamètre. Je joins à cette note des modèles de ces deux variétés d'instruments tout à fait primitifs. On remarquera qu'ils sont construits de manière à mettre les opérés à l'abri de toute lésion accidentelle des parties voisines de la luette.

(1) Les dépenses entraînées par le service médical et pharmaceutique s'élèvent environ à la somme de 5,000 fr.

© BIU Santé

« Le barbier porte très rapidement la spatule dans la gorge et couche sur la face supérieure de cet instrument la face postérieure de la luette. Il applique alors l'instrument tranchant dans la concavité de la face antérieure de la luette, courbée d'arrière en avant par la spatule. La luette est ainsi coupée par la pression combinée à quelques mouvements de latéralité. On retire le petit lambeau excisé avec les deux instruments juxtaposés. Les barbiers des deux localités que j'ai citées font cette petite opération avec une dextérité très grande et pour la somme modique de quelques centimes. Ce sont les femmes qui se livrent à cette pratique dans les harems. Je n'ai pas pu voir faire cette opération devant moi; mais j'ai examiné un très grand nombre de personnes chez lesquelles la luette avait été soit totalement enlevée, soit excisée aux deux tiers.

« Cette coutume est très ancienne dans les districts que j'ai visités il y a quelques mois. Personne n'a pu me dire à quelle époque précise en remonte l'origine. Je présume qu'elle date de cinq ou six générations au moins. Les parents font exciser la luette de leurs enfants quelquefois dès les premiers mois, et même dès les premiers jours après leur naissance; le plus souvent à l'âge de un, deux ou trois ans. Ils prétendent les mettre, par cette excision et par l'élargissement consécutif de l'isthme du gosier, à l'abri des dangers de suffocation dans les différentes maladies de la gorge. Ils pensent même, ce qui est loin d'être démontré, rendre ainsi les attaques de ces maladies beaucoup moins fréquentes et moins graves.

« J'ai interrogé sur le manuel opératoire plusieurs barbiers qui avaient pratiqué cette opération un très grand nombre de fois. Ils n'y voient aucun danger et m'ont assuré qu'il ne leur est jamais arrivé d'accident d'aucune sorte. Les habitants du pays qui ont subi cette excision dans leur enfance ont déclaré aussi qu'ils n'avaient jamais entendu parler d'accidents. Il est à supposer que les inconvénients de cette opération, s'il en existe, doivent être très rares; sans cela cette coutume ne se serait pas perpétuée jusqu'aujourd'hui. Il n'est pas sans intérêt de remarquer que la pratique que je signale ici n'existe dans aucune autre localité de la Perse, et qu'elle reste cantonnée dans les deux petites villes de Semnan et de Firouz-Kouh et dans les villages qui les environnent, où les maladies inflammatoires et catarrhales de la gorge sont assez fréquentes. »

Dans la séance de l'Académie au cours de laquelle cette note fut remise, M. Larrey a fait remarquer que cette opération, usitée dès les temps anciens, est formellement prescrite par Celse (1) pour des cas réservés mais non comme pratique usuelle ou préventive.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 10. — 1er *de Doctorat* : MM. Vulpian, Rendu, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Béclard, Hayem, Henninger. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Tillaux, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 11. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Panas, Richelot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Pajot, Jaccoud, Peyrot.

Mercredi 12. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Damaschino, Tillaux, Pinard.

Jeudi 13. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Jaccoud, Peter, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Brouardel, Campenon. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Richet, Le Fort, Charpentier.

Vendredi 14. — 2e *de Doctorat* : MM. Trélat, Vulpian, Straus.

Samedi 15. — 2e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Ball, Cornil, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 10. M. Hache : Etude clinique sur les cystites. — M. Andret : Des manifestations cutanées de la blennorrhagie. — *Mercredi* 12. M. Labonne : Contribution à l'étude des suites des fractures de la rotule et de leur thérapeutique. — M. Malécot : De la spermatorrhée. — *Vendredi* 14. M. Daucourt : Résultats cliniques éloignés des opérations césarienne et de Porro. — M. Jourdin : Contribution à l'étude des lésions congénitales de l'artère pulmonaire et de la cloison inter-ventriculaire. — M. Auvard : De la pince à os et du crânioclaste. — M. Morival : Traitement des vomissements incoercibles pendant la grossesse. — *Samedi* 15. M. Delotte : Des migrations de l'empyème dans la région lombaire. — M. Revolat : De l'insuffisance des droits internes et de son traitement par la ténotomie partielle.

Enquête sur le myxœdème.

La Société clinique de Londres a nommé une Commission pour faire une enquête sur le myxœdème. Nous avons reçu d'elle un certain nombre de feuilles statistiques à remplir et nous nous ferons un plaisir de les adresser à ceux de nos lecteurs qui ont observé des cas de myxœdème et qui seraient disposés à contribuer à cette enquête, qui présente un grand intérêt.

(1) *Traité de médecine de Celse*, traduction du Dr Védrènes, 1876, p. 504.

Enseignement médical libre.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr Cadet de Gassicourt recommencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance le jeudi 13 mars, à 10 heures, et les continuera les jours suivants, à la même heure.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Clinique infantile*. M. le Dr A. Ollivier, agrégé de la Faculté de médecine, commencera des conférences cliniques sur les maladies des enfants le lundi 17 mars, à 9 h. du matin, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. — Visite des malades à 8 h. Consultation publique le jeudi, à 9 heures.

FORMULES

11. Napelline dans la névralgie. Grognot.

Dans une lettre adressée au *Bulletin général de thérapeutique*, M. le Dr Grognot (de Milly), raconte le succès qu'il a obtenu de l'emploi de la napelline dans un cas de névralgie qui avait résisté à l'aconitine cristallisée donnée avec persévérance. Il a prescrit :

Napelline	2 milligr. 1/2
Extrait de réglisse . .	q. s.

Pour un granule. En faire 20 pareils et en donner un toutes les deux heures.—Le premier jour, le malade en question en prit dix. Le soir, le mal avait disparu. Deux mois après, le mal ayant reparu, la napelline le calma tout aussitôt. M. Grognot dit que l'aconitine amorphe guérit plus souvent que la cristallisée. Il se demande si ce ne serait pas parce que la première est un mélange d'aconitine et de napelline. Ceci expliquerait la supériorité de la napelline pure sur l'aconitine cristallisée.

12. Traitement antiseptique de la coqueluche.

La nature infecto-contagieuse de la coqueluche, admise de tout temps, semble démontrée par les recherches microscopiques de V. Poulet, qui a trouvé dans les crachats un microbe auquel il attribue la production de la maladie. Donc, un traitement externe et interne spécial antibactérique est parfaitement justifié. Le traitement extérieur consiste dans une atmosphère antiseptique dans laquelle vivent et respirent les enfants. A cet effet, on place au-dessus d'une veilleuse ou d'un petit fourneau une assiette de fer battu ou une petite terrine remplie avec une partie de ce mélange.

Essence de thym	10 grammes
Alcool	250 —
Eau ordinaire	750 —

Par l'évaporation et par la respiration, les vapeurs pénètrent dans les narines, le pharynx et les bronches jusqu'aux vésicules pulmonaires ; c'est là une atmosphère antiseptique dont l'influence arrête le développement des microbes. — A l'intérieur, on prescrit le sirop phéniqué, le sirop avec l'essence de thym ou de serpolet, les sirops de goudron, d'élatine, de sève de pin maritime, d'eucalyptus globulus; l'essence de térébenthine, etc. Tous ces médicaments ont une action analogue, et, s'il n'y a pas de complications, la coqueluche guérit en 15 ou 20 jours. S'il y a complication de grosse bronchite ou de broncho-pneumonie, le succès est moins rapide, et il faut, tout en continuant l'atmosphère antiseptique, donner des vomitifs avec l'ipécacuanha, du kermès, ou appliquer des emplâtres révulsifs sur le thorax, etc. (*Le Scalpel*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 22 février au jeudi 28 février 1884, les naissances ont été au nombre de 1168, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 430; illégitimes, 147. Total, 577. — *Sexe féminin* : legitimes, 441 ; illégitimes, 150. Total, 591.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 22 février au jeudi 28 février 1884, les décès ont été au nombre de 1143 savoir : 625 hommes et 518 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 36, F. 11. T. 47. — Variole : M. 1, F. ., T. 1. — Rougeole : M. 18, F. 13, T. 13. — Scarlatine : M. 2, F. ., T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 9. T. 13. — Diphthérie, Croup. M. 36, F. 34, T. 70. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. ., F. 4, T. 4. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. ..— Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 36, F. 28, T. 64. — Phthisie pulmonaire : M. 148, F. 92. T. 240. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 3. T. 12. — Autres affections générales : M. 31, F. 38, T. 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 20, F. 26, T. 46. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 13, T. 30. — Pneumonie : M. 37, F. 36, T. 73. — Athrepsie : M. 30, F. 34. T. 64. — Autres maladies des divers appareils : M, 169, F. 162, T. 332. —

© BIU Santé

Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 23, F. 8, T. 37. — Causes non classées M. 2, F. 2, T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 114, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 45 ; illégitimes, 16, Total : 61. *Sexe féminin* : légitimes, 40 ; illégitimes, 13. Total : 53.

Faculté de médecine de Paris. — M. Delahousse, appariteur de l'Académie de Paris, est nommé chef du service de l'Ecole pratique annexée à la Faculté de médecine, en remplacement de M. Gautier, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Faculté de médecine de Lille. — M. Raynal, chef de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-84. — M. le Dr Richez est institué, pour une période de 3 ans, chef de clinique ophtalmologique en remplacement de M. Legroux, dont le temps d'exercice est expiré.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de chirurgien du Bureau central*. Le jury tiré au sort se compose de MM. Péan, Terrillon, Polaillon, de Saint-Germain, Trélat, Lannelongue et Sevestre. Ce jury pourra subir des modifications, tous les professeurs n'ayant pas encore adressé leurs lettres d'acceptation. — Les candidats inscrits, au nombre de 19, sont MM. Bazy, Brun, Campenon, Castex, Garnier, Jalaguier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Le Bec, Marchant, Nélaton, Nepveu, Ch. Petit-Vendol, Picqué, Prengrueber, Ramonède, Remy et Routier. — Le concours s'ouvrira le jeudi 20 mars 1884.

Hôpitaux de Paris. — *Prix Civiale*. Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le Dr Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'Administration avant le 15 août 1884, au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

Prix de l'internat en pharmacie. — Le concours des prix de l'internat vient de se terminer par les résultats suivants : *Première division* (Elèves de 3e et 4e année) : Prix, médaille d'or, M. Sonnié Moret, interne de 4e année à l'hôpital des Enfants-Malades ; — Accessit, médaille d'argent, M. Béhal, interne de 3e année à l'hôpital de la Pitié ; — 1re mention honorable, M. Meillère, interne de 3e année à l'hôpital Trousseau ; — 2e mention honorable, M. Causse, interne de 3e année à l'hôpital du Midi. — *Deuxième division* (Elèves de 1re et de 2e année) : Prix, médaille d'argent, M. Gosselin, interne de 2e année à l'Hôtel-Dieu ; — Accessit, livres, M. Baudran, interne de 1re année à l'Hôtel-Dieu ; 1re mention honorable, M. Carette, interne de 1re année à l'hôpital Saint-Antoine ; — 2e mention honorable, M. Gérard, interne de 2e année à l'hôpital Trousseau.

Hôtel-Dieu d'Amiens. — Le concours pour l'externat vient de se terminer par la nomination de MM. Fiquet, Ransquens, Scherbacheff.

Faculté des sciences de Paris. — Une session extraordinaire pour le baccalauréat ès-sciences complet et restreint s'ouvrira à la Sorbonne le 22 avril prochain. Sont admis pour s'inscrire à cette session, entre autres élèves, les étudiants en médecine en cours régulier d'études avant le 1er novembre 1879 et qui justifient du diplôme de bachelier ès lettres.

Faculté des sciences de Clermont. — M. Robinet, préparateur de physique, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Purrey, des fonctions de préparateur d'histoire naturelle à ladite Faculté.

Muséum d'histoire naturelle. — Par décret en date du 29 février 1884, rendu sur la proposition du ministre, vu les présentations de l'Académie des sciences et de l'assemblée des professeurs du Muséum, M. Cornu, docteur ès-sciences, aide naturaliste au Muséum, a été nommée professeur titulaire de la chaire de culture de cet établissement, en remplacement de M. Decaisne, décédé.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Par arrêté en date du 3 mars 1834, les élections pour le renouvellement du Conseil supérieur de l'instruction publique sont fixées au mardi 22 avril. L'examen des opérations électorales et le dépouillement des votes auront lieu au ministère de l'instruction publique le mardi 29 avril. Si un second tour de scrutin est nécessaire, il y sera procédé le mardi 6 mai.

Médecins des lycées. — M. le Dr Déremy est nommé médecin adjoint au lycée de Valenciennes (emploi nouveau).

Société de médecine de Paris. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le samedi 8 mars 1884, à 4 heures, 3, rue de l'Abbaye, local de la Société de chirurgie. — Ordre du jour : 1° Discussion sur la faradisation utérine ; — 2° M. Apostoli : Note sur un pessaire ; — 3° MM. Thevenot et Fraigniaud : Rapports sur les candidatures de MM. Pasquier et Pineau au titre de membres correspondants ; — 4° Communications diverses.

Société de médecine légale. — Cette Société tiendra prochaine séance le lundi 10 mars 1884, à 4 heures très précises, au Palais de Justice (Salle d'Audiences de la 5e chambre du Tribunal Civil). — Ordre du jour : 1° Correspondance. — 2° Rapport de la commission d'élections pour le classement des candidats aux places de membres titulaires. — 3° Rapport de M. Lutaud sur les titres d'un candidat à une place de membre correspondant étranger. — 4° Communication de M. Descoust sur les erreurs de diagnostic auxquelles exposent les éruptions cutanées chez les enfants. — 5° Discussion sur la question de savoir si les pharmaciens sont autorisés à exécuter plusieurs fois la même prescription sans nouvelle ordonnance d'un médecin. — 6° Fractures du crâne chez les nouveau-nés (Discussion). — 7° Les aliénés et la sécurité publique.

Herborisation. — M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 9 mars, dans les bois de la Grange. — Rendez-vous à Brunoy, à l'arrivée du train partant de Paris (gare de Lyon), à midi 15 minutes.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Manec, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, décédé à la Blanche, le 15 février dernier, à l'âge de 85 ans. Manec avait largement collaboré au *Traité d'anatomie descriptive* de Cloquet, et avait publié, outre sa thèse inaugurale sur la *hernie crurale*, 1826, un *Traité de la ligature des artères*, 1832. — On annonce la mort de M. le Dr Chateau, lauréat de la Faculté de médecine (Prix Corvisart et ancien chef de clinique de Rostan, qui vient de succomber aux suites d'une affection cérébrale à la Bourboule, où il était médecin consultant. — M. Leroy, interne des hôpitaux de Nancy et élève du service de santé militaire, vient de mourir à l'âge de 23 ans des suites d'une fièvre typhoïde contractée dans son service hospitalier. — Le *Concours médical* nous apprend la mort de M. le Dr Rouyer, de Martigny-les-Bains (Vosges). — M. le Dr Putzeys, conseiller communal de Liège, est mort en cette ville le 26 février dernier, à l'âge de 69 ans. — M. Ribollet, pharmacien-major de 2e classe, est décédé le 23 février dernier, à l'hôpital militaire de Lyon. Il n'était âgé que de 37 ans.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. — Goudron Freyssinge. Liqueur concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boul. St-Germain.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales publié sous la direction de M. le Dr Dechambre. Vient de paraître la *première* partie du Tome XIII de la 3e *série* : SUE-SUL. Ce volume renferme entre autres, les principaux articles suivants : Suette, par Colin ; — Sueur (Physiologie et pathologie), par François Franck et du Cazal ; — Suffocation, par Morache ; — Suicide, par Ritti ; — Sulfures, par Fonssagrives.

Ancienne librairie GERMER-BAILLIÈRE et Cie, F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

Revue philosophique, dirigée par Ch. Ribot. — Sommaire du n° de mars 1884 : Deux lois psycho-physiologiques, par A. Bertrand. — L'Esthétique du vers moderne, par Guyau. — Sur le mode d'action de la musique, par G. Lechalas. — Analyses et comptes rendus. — Revue bibliographique. — Revue des périodiques étrangers.

Rilliet (F.) et Barthez (B.). — Traité clinique et pratique des maladies des enfants. Troisième édition entièrement refondue et considérablement augmentée par Barthez (E.) et A. Sanné. T. I, 1 vol. in-8 de 936 pages. — Prix : 16 fr.

Richet (Ch.). — L'homme et l'intelligence, fragments de physiologie et de psychologie. 1 vol. in-8 de 570 pages. — Prix : 10 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Bazy (P.). — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme. Broch. in-8 de 50 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Moure (E.-J.). — Recueil clinique sur les maladies du larynx. Tome 1er, premier fascicule. Br. in-8 de 120 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Armangué y Cusset. — Estudios clinicos de neuropatologia. Br. in-8 de 244 pages. Barcelone, 1884. — Tipografico de los sucessores de Ramirey y Cie.

Publications du Progrès Médical.

Bourneville et Bricon. Manuel des injections sous-cutanées. Un volume in-32 de 210 pages, avec 10 figures dans le texte. Prix : 2 fr. 50. —

© BIU Santé

Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.
Nous avons fait faire un élégant cartonnage Bradel.— Prix du cartonnage, 50 c.

BOURNEVILLE, DAUGE et BRICON. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots de Bicêtre en 1882. In-8° de XXIV-162 pages avec 15 figures. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, prix : 2 fr. 75.

Chronique des hôpitaux.

Hôtel-Dieu.— Clinique médicale : M. G. Sée, lundis et vendredis, à 9 h.; — M. Gallard, mardis et samedis, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Humbert, mardis, jeudis, samedis, à 9 h. — *Clinique ophthalomologique* : M. Panas, lundis et vendredis, à 9 h.

Hôpital de la Pitié. — Clinique médicale: M. Jaccoud, mardis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Verneuil, lundis et vendredis, à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Antoine. — Chirurgie. Service de M. le Dr Delens. Visite à 8 heures et demie. Consultation les mardi, jeudi, samedi. — Salle Lisfranc : 1, ophthalmie purulente ; 5, abcès du plancher de la bouche ; 8, prolapsus utérin ; 12, iritis syphilitique ; 17, plaie pénétrante de l'abdomen, hernie de l'épiploon. — Salle Dupuytren : 2, fracture de jambe compliquée ; 6, vaginalite suppurée ; 15, arthrite du poignet ; 17, 33, phlegmon de la main ; 32, épithélioma de la verge.

Service de M. le Dr Périer.—Visite à 9 heures moins le quart. Consultation les lundi, mercredi, vendredi. Spéculum le lundi. — Salle Broca : 11, abcès froid de la région iliaque ; 14, fracture de la clavicule, emphysème sous-cutané, pneumonie traumatique ; 16, fracture de la cuisse non consolidée ; 17, ostéite du grand trochanter ; 20, cancer de l'ombilic ; 22, fractures multiples, delirium tremens ; 24, phlegmon périarticulaire du genou ; 37, opération d'Estlander ; 38, 44, amputation de la cuisse.

Médecine. — Service de M. le Dr Tenneson. — Visite à 9 heures. Consultation le samedi. Spéculum le mardi. — Salle Axenfeld : 6, néphrite parenchymateuse ; 11, pleurésie aiguë ; 13, granulie ; 15, pneumonie chronique ; 5, 13, 16, 27, fièvre typhoïde ; 52, insuffisance et rétrécissement mitral. — Salle Nélaton : 6, 15, pleurésie aiguë ; 7, broncho-pneumonie ; 11, insuffisance mitrale, anévrysme de la sous-clavière ; 12, 14, 16, pelvi-péritonique.

Service de M. le Dr Dieulafoy. — Visite à 9 heures. Consultation le jeudi. Spéculum le samedi. — Salle Andral : 1, ataxie ; 5, rhumatisme noueux ; 6, atrophie musculaire progressive ; 9, scarlatine ; 12, monoplégie brachiale ; 17, rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; 18, diarrhée de Cochinchine ; 33, pleurésie. — Salle Barth : 1, périostite orbitaire syphilique ; 6, érysipèle erratique ; 9, ataxie, crises gastriques ; 10, ictère grave.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

Gros : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—Détail : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

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

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

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles. Lymphatisme, Maladies de la peau et des os, Voies respiratoires, Asthme, Diabète, Fièvres intermittentes.

Le Rédacteur-gérant: Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou. Dans son numéro du 2 avril 1872, *l'Union médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent **thérapeutique** ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, **pharmacien à Paris**, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses **préparations** de Coca, qui ont été favorablement **accueillies** par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **C ca**. L'**Elixir**, le Vin et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de **premier choix**, provenant des plantations de M. Bollivian, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—Le **Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 187

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le rectum comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande.

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique. 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. 1 *verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents.*

en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;

en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 11. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 15 MARS 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Hémiplégie hystérique.

Leçon recueillie par M. P. MARIE, chef de clinique.

Messieurs,

Il y a quatre jours, à notre consultation du mardi, s'est présenté un cas de paralysie motrice, à début brusque, digne de fixer votre attention ; comme il serait possible que les accidents présentés par la malade disparussent d'un moment à l'autre, j'ai cru opportun de vous présenter aujourd'hui même cette malade.

Henriette A..., âgée de 19 ans, d'une bonne santé habituelle, est blanchisseuse et va laver sur la Seine au bateau. Son père, fabricant de verres de lunettes, actuellement âgé de 50 ans, a été frappé, il y a quelque temps, d'une hémiplégie gauche à la suite d'une attaque d'apoplexie, et est sujet à de fréquents étourdissements. Sa mère et sa sœur ne présentent pas de phénomènes nerveux anormaux.

Quant à notre malade elle-même, elle a eu à l'âge de 16 ans une scarlatine, et, dans la convalescence, a été prise d'attaques de nerfs ayant, d'après ce qu'elle nous dit, présenté les caractères suivants : pas d'aura, perte de connaissance, pas de mouvements des membres ; au réveil, sensation de boule épigastrique et besoin de pleurer ; jamais il n'y a eu de morsure de la langue ni d'évacuations involontaires pendant les attaques. Ces accidents nerveux n'ont duré qu'une année, de 16 ans à 17 ans ; ajoutons qu'à cette époque la menstruation était fort irrégulière ; mais, depuis l'âge de 17 ans, elle est devenue tout à fait normale. Jamais la malade n'a eu de rhumatisme, il n'y a aucun signe de lésion cardiaque.

Maintenant que vous connaissez, Messieurs, les antécédents de cette jeune fille, je vais vous raconter dans quelles circonstances a débuté l'affection dont elle est atteinte. Le 29 *novembre*, dans la nuit, pendant qu'elle dormait, une planche placée au-dessus de son lit se descelle et tombe avec les objets qu'elle supportait sur la tête de Henriette A... Elle se réveille en sursaut, très effrayée par le bruit, par ce choc imprévu, et, pendant tout le reste de la nuit, elle est agitée et ne peut retrouver le sommeil ; ajoutons que la chute de cette planche n'avait produit aucun traumatisme et Henriette A... ne présentait pas, affirme-t-elle, la plus légère trace de contusion. Toutefois ses règles, qu'elle ne s'attendait à voir paraître que quelques jours plus tard, survinrent dans le courant de la nuit.

Le lendemain matin, 30 *novembre*, elle se lève comme d'habitude, va au bateau et travaille comme elle le faisait chaque jour sans éprouver rien de spécial ; mais, vers 7 heures 1/2 du soir, au moment où son seau à la main elle allait chercher de l'eau, elle s'affaisse tout d'un coup sur le côté droit, elle ne peut se relever, sa jambe droite ne peut la supporter, son seau a roulé loin de sa main droite qui ne peut plus le retenir. D'ailleurs, aucune perte de connaissance ; dès qu'elle se sent tomber, elle appelle pour qu'on vienne la relever ; aucune sensation de vertige ni d'étourdissement, aucun vestige de convulsion, en un mot aucun phénomène cérébral ; la paralysie occupe le membre inférieur et le membre supérieur du côté droit, mais elle ne s'étend pas aux muscles de la face, c'est là un fait sur lequel j'appelle toute votre attention. L'impotence était telle à ce moment qu'il fallut reconduire en voiture la malade chez ses parents.

Les jours suivants, 1er, 2, 3 *décembre*, la paralysie de la jambe droite s'amenda légèrement et progressivement ; cependant, lorsque Henriette A... se présenta mardi dernier à notre consultation, elle dut y être conduite en voiture et eut besoin d'être vigoureusement soutenue pour parvenir jusque dans la salle.

Pendant les quatre jours qui viennent de s'écouler depuis ce moment, l'amélioration s'est encore accentuée, et, comme vous allez le voir, la motilité est revenue dans une proportion notable au membre inférieur.

A présent, Messieurs, que vous savez les circonstances dans lesquelles s'est produite l'hémiplégie dont a été frappée notre malade, il est temps d'aborder l'étude des caractères qui lui sont propres.

Examinons d'abord l'état actuel de la motilité. Le membre supérieur droit est absolument inerte, flasque, et retombe en masse quand on le soulève ; tel est, du moins, l'aspect général du membre, mais une étude plus minutieuse permet de constater que, si la plupart des muscles du bras et de l'avant-bras ont perdu la motilité, il en est quelques-uns qui l'ont conservée ; c'est ainsi que l'avant-bras peut être étendu (action du triceps), mais ne peut être fléchi (biceps-brachial antérieur), et que les mouvements de flexion des doigts peuvent être exécutés quoique très faiblement ; quant à la pronation, à la supination, à la flexion de l'avant-bras, elles sont devenues impossibles de même que l'adduction ou l'abduction du poignet, mais il y a encore de légers mouvements de flexion et d'extension du poignet, les doigts peuvent être légèrement rapprochés les uns des autres et mis dans la position spéciale due à l'action des interosseux.

Examinons la motilité des muscles de l'épaule : nous voyons que le deltoïde ne fonctionne plus du tout, que le grand pectoral a conservé en partie sa force, que le trapèze et les autres muscles de l'épaule et du tronc se contractent d'une façon tout à fait normale.

Quant au membre inférieur, il a, nous vous l'avons dit tout à l'heure, repris en partie ses forces et ne présente plus les signes d'une paralysie véritable et totale, mais plutôt ceux d'une parésie plus accentuée sur certains muscles que sur d'autres ; aussi, la malade peut-elle marcher quoiqu'en boitant légèrement. Il faut bien remarquer aussi ce fait que la face ne présente aucune déviation, qu'il n'y a aucune paralysie de l'orbiculaire des lèvres ; on ne constate non plus aucune paralysie des muscles du tronc. En somme, la paralysie présentée par cette malade est non pas une hémiplégie, mais plutôt une monoplégie brachio-crurale.

Quant aux réflexes tendineux, ils ne sont pas, vous le voyez, exagérés comme dans les hémiplégies vulgaires ; tout au contraire, ils sont moins accentué du

© BIU Santé

côté paralysé que du côté sain; nous avons donc affaire, non pas à une paralysie spasmodique, mais à une paralysie flasque, quoique non flaccide.

Nous allons passer maintenant à l'examen de la sensibilité; nous constatons qu'à la piqûre et à la température il y a au membre inférieur droit une obnubilation assez marquée; au membre supérieur droit, il y a une abolition totale de la sensibilité, cette abolition comprend: la main, l'avant-bras, le bras jusqu'au niveau de l'acromion; la peau de la poitrine est restée sensible, la limite de séparation entre la zone sensible et la zone insensible siège vers le milieu de la paroi axillaire. Quant aux sens spéciaux, vue, odorat, goût, ouïe, on n'y remarque aucune modification. Dans aucun point du corps, nous n'avons trouvé d'hyperesthésie, non plus que de point ovarien bien caractérisé.

Reste l'examen du sens musculaire: nous allons dire à la malade de saisir de sa main gauche saine la main droite paralysée, après avoir pris soin de lui boucher les yeux, et vous voyez, Messieurs, qu'elle est tout à fait incapable d'y arriver, elle cherche sa main droite, en haut, en bas, de tous côtés et ne peut la trouver; du côté du membre inférieur droit, nous ne constatons rien d'analogue et elle n'éprouve aucune difficulté à saisir son pied droit avec la main gauche, après l'occlusion des yeux.

Un phénomène qui présente aussi quelque intérêt, c'est l'état de la température locale, celle-ci est abaissée de plusieurs dixièmes de degré du côté paralysé, ainsi qu'on peut s'en assurer par des applications répétées et comparatives du thermomètre de surface sur l'un et l'autre côté du corps. Il n'y a d'ailleurs rien à signaler au point de vue de la température centrale, pas de fièvre, état général excellent.

Si maintenant, Messieurs, nous cherchons à résumer les différents phénomènes présentés par cette malade et à les grouper ensemble de façon à arriver à un diagnostic rationnel, que trouvons-nous?

Une monoplégie associée avec diminution des réflexes tendineux, à début brusque, sans phénomènes cérébraux épileptiformes ou apoplectiformes; cette monoplégie s'accompagne d'une anesthésie absolue limitée au bras du même côté que la paralysie, et avec abolition du sens musculaire; enfin, tous ces accidents sont survenus chez une jeune fille de 19 ans ayant présenté auparavant des accidents hystériques.

Ce sont là les éléments qui nous permettent, Messieurs, d'établir la nature de cette hémiplégie. Et d'abord, est-elle due à une lésion cérébrale en foyer, hémorrhagie ou ramollissement? On peut hardiment répondre par la négative; ce ne sont pas là les allures de l'hémorrhagie ou du ramollissement cérébral; car, nous l'avons vu, il n'existe pas dans notre cas d'hémiplégie véritable mais une monoplégie associée, sans participation aucune de la face; de plus, il y a une anesthésie concordant absolument comme siège et comme degré avec la paralysie des membres. Ce n'est pas davantage une hémiplégie de nature spinale, car, dans ce cas, vous le savez, la paralysie et l'anesthésie devraient être croisées, tandis qu'elles sont non seulement homologues, mais pour ainsi dire absolument superposées l'une à l'autre.

En somme, Messieurs, il n'est pas besoin de nous attarder davantage, de nous créer des difficultés imaginaires de diagnostic, la nature purement hystérique de cette paralysie s'impose avec la plus grande évidence après l'examen détaillé que nous avons fait de cette malade, et nous n'avons qu'à l'accepter en ayant soin d'en tirer, au point de vue du pronostic et du traitement, les conséquences qui en découlent tout naturellement. (Après avoir fait remarquer que, si l'on avait différé jusque-là l'examen électrique des muscles, c'était parce que, vraisemblablement, toute tentative de ce genre amènerait le retour de la motilité et la guérison, et qu'il tenait à ce que ses auditeurs fussent témoins de ce qui en pourrait advenir, M. le professeur Charcot fait alors faradiser les muscles de l'épaule et du bras du côté droit; au bout d'une minute la sensibilité était revenue dans cette région (sans transfert), une minute plus tard la sensibilité existait dans tout le membre supérieur et la paralysie avait disparu, la malade se servait de son bras aussi bien qu'avant l'accident et serrait vigoureusement la main des auditeurs désireux de se rendre compte de la réalité des phénomènes qui venaient de se produire devant eux) (1).

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — **M. J. SIMON.**

De la congestion cérébrale chez les enfants, de son importance au point de vue du développement de la sclérose, de la méningite, de l'épilepsie et des affections mentales (2).

Messieurs,

Le pronostic de ces trois états congestifs présente un grand intérêt. Il ne faut pas désespérer d'enrayer le mal dans l'ordre chronologique des faits, des symptômes, qui conduisent par étapes à l'hydrencéphalie acquise, à la sclérose cérébrale, à l'idiotie, à l'épilepsie et à la méningite. Le processus irritatif peut s'arrêter en chemin, mais, souvent aussi, il prépare le terrain aux états diathésiques, aux influences héréditaires. Envisagée à ce dernier point de vue, la congestion cérébrale aiguë, ou chronique, ou par poussées successives, réclame un *traitement* spécial. Vous ne perdrez jamais de vue la double indication à remplir, celle de la déplétion vasculaire et celle de la cause qui l'a produite.

Contre la congestion aiguë proprement dite, vous provoquerez vers la peau une circulation plus active. Chez les enfants, l'enveloppement des membres inférieurs dans de la ouate ou du taffetas gommé atteint en partie ce but. Ajoutez à cette sorte de bain de vapeur local des révulsifs non douloureux comme la farine de moutarde disséminée sur l'ouate ou des cataplasmes sinapisés aux cuisses. L'action réflexe étant exagérée, vous devez éviter les révulsifs douloureux, ce qui ne veut pas dire qu'il faut se refuser le bénéfice d'un vésicatoire à la nuque; on l'enlève au bout de deux heures, et on recouvre la région, qui n'est presque pas encore irritée, d'un cataplasme de fécule; la cloche se fait, et, par un pansement répété deux fois par 24 heures, au plus, en ayant soin de mettre beaucoup d'ouate au-dessus du linge cératé vous aurez un procédé fort utile et une médication salutaire. Vous devrez aussi agir sur le tube digestif par des lavements à l'huile, à la glycérine, au sel, au sulfate de soude et au séné, et par des laxatifs ou même des purgatifs. Tous les jours ou tous les deux jours,

(1) A ce moment, la faiblesse du membre inférieur, sur lequel aucune application électrique n'avait été faite, existait encore, elle persista pendant 2 jours, puis disparut spontanément et dès lors la sensibilité et la motilité furent absolument normales.

(2) Voir les nos 8 et 10.

© BIU Santé

suivant l'intensité des cas et la susceptibilité idiosyncrasique des enfants, vous administrerez soit de la magnésie, de la manne, de la mannite ou du calomel.

Ne négligez pas, en outre, de donner des agents décongestifs et calmants comme le sulfate de quinine, l'aconit et le bromure. Je ne puis revenir ici sur le dosage et le mode d'administration de ces médicaments. Je vous renvoie, pour plus ample informé, aux leçons précédentes qui contiennent tous les détails afférents à ces questions si délicates chez les enfants. L'atmosphère de la chambre ne doit pas être trop élevée, la position de la tête plutôt soutenue par un oreiller de crin que placée horizontalement, et si l'état général ou la maladie concomitante ne s'y opposent pas, il faut entretenir un peu de fraîcheur sur la peau du visage et du front par des lavages répétés ou une compresse d'eau fraîche.

Quand le petit sujet est robuste, a dépassé l'âge du sevrage, et que la congestion aiguë prend des proportions inquiétantes, vous êtes autorisés à mettre sur une des apophyses mastoïdes d'abord, puis sur l'autre, une sangsue dont on modérera les effets suivant les indications. Cette émission sanguine peut être fort utile dans les congestions aiguës simples, celles qui sont dues au froid ou à la chaleur excessifs. Je suppose, en vous la conseillant — en dernier lieu — que vous vous êtes mis sur vos gardes et que votre diagnostic, que vos indications sont nettement posés. Je suppose que vous ne vous laisserez pas guider pour la reconnaître par les seuls troubles fonctionnels, agitation, cris, délire, vomissements, que vous tiendrez compte des influences réflexes (pneumonie), de l'action des poisons (fièvres continues, éruptives, palustres, alcoolisme) et que vous ne perdrez pas de vue que si la congestion encéphalique peut constituer un état pathologique isolé qu'il faut activement combattre, elle se présente, le plus souvent, comme une complication concomitante, secondaire ou consécutive, nécessitant une médication appropriée à la maladie qui en est le point d'origine. Je n'insiste pas. La médication déplétive par des purgatifs exagérés ou des émissions sanguines donnerait des résultats désastreux dans la pneumonie, où l'alcool est indiqué, dans les fièvres palustres, où le sulfate de quinine triomphe. Chercher à lutter exclusivement contre la congestion serait une visée aussi peu médicale que d'envisager ces maladies au seul point de vue théorique. Dans un cas, l'observation est bornée, dans un autre, elle porte trop loin et trop haut et elle dépasse le malade.

Le traitement de la congestion chronique, simple ou à poussées successives, repose sur l'emploi des *révulsifs*, des *bromures* et de l'*hygiène*.

Vous devrez avoir recours aux *révulsifs* chaque fois que la tolérance du système nerveux le permet. Par contre, chez les enfants excités, dont les actions réflexes sont exagérées, vous vous en abstiendrez, sachant bien que la plus légère douleur peut être une source d'agacement et même de convulsions. Dans les cas où la médication révulsive est compatible avec la susceptibilité du petit malade, il faut appliquer sur la nuque, en arrière du cou, des agents irritants à longue échéance, comme le crayon Limousin, qui provoque lentement une éruption vésiculo-pustuleuse de longue durée. Vous pourrez aussi mettre en œuvre de la même façon les pommades épispastiques à la surface d'un vésicatoire volant posé dans la même région.

Ces différents moyens de révulsion ne peuvent être utiles, je le répète en soulignant ma pensée, que chez les enfants congestionnés, peu sensibles et d'un tempérament calme. Les conditions opposées forment une contre-indication absolue à cette médication.

Les *bromures* vous rendront toujours des services, et jamais vous n'aurez à craindre de sérieux accidents par leur emploi, en suivant la ligne de conduite que je vous ai tracée. Vous les administrerez pendant 6 à 8 jours de suite, puis vous les suspendrez le même laps de temps. La durée de la prise du médicament, comme les temps de suspension, varieront avec les résultats obtenus. Ainsi l'enfant peut prendre, dans les cas urgents, sérieux, 15 jours de suite le bromure et le suspendre 8 jours seulement. Toutefois, n'omettez jamais de cesser les bromures par intervalle. Ils sont tous plus ou moins affaiblissants ; le bromure de potassium, surtout, détermine à la longue une anémie alcaline très manifeste. Parmi les divers bromures, je préfère le bromure de potassium qui est plus fixe et plus actif que le bromure de sodium. Je le donne à la dose d'un gramme à partir de 2 à 3 ans. Dans les cas rebelles, menaçant de s'éterniser et de conduire à la sclérose ou à l'épilepsie, j'en élève progressivement la dose, puis les effets étant bien accusés, je la diminue graduellement pour la suspendre pendant un intervalle qui varie. Chez les enfants à la mamelle, le bromure de potassium vous procurera dans la congestion chronique les meilleurs résultats. Chez les enfants âgés de trois mois et au-dessous, contentez-vous de 0,05 à 0, 10 centigrammes donnés en 2 fois avant les tétées ; de 3 à 6 mois, 0,20 centigrammes ; de 6 mois à un an et 1 an 1/2, 0,30 centigrammes constituent un dosage excellent comme point de départ.

Je vous engage en outre à dissoudre le bromure dans des infusions calmantes de tilleul, de feuilles d'oranger, d'y ajouter de l'eau de laurier cerise dans la proportion de 5 grammes pour 60 grammes de véhicule sucré avec du sucre blanc. — Vous posséderez ainsi une préparation bien assimilable qui n'aura pas l'inconvénient, comme les sirops tout préparés, de déterminer de la dyspepsie des nouveaux-nés, surtout si vous prenez la précaution de faire téter le bébé immédiatement après l'ingestion d'une dose de sa petite potion. Vous pouvez compter sur votre intervention. Je vous assure que les effets du bromure manié de la sorte seront très profitables à vos petits malades. Cependant, si l'amélioration ne survient point, il faudra avoir sous la main toutes les préparations de poly-bromure d'Yvon que vous ferez prendre à la dose d'une cuillerée à café à partir de 2 ans. C'est assez vous dire qu'elle sont très actives. Vous ne serez pas obligés de les employer chez l'enfant à la mamelle, le bromure de potassium vous suffira.

Il me reste à vous parler de l'hygiène des enfants atteints de congestions. Vous devinez qu'il faut les éloigner de toutes les sources d'excitation nerveuse. La vie de famille, le bruit, la lumière vive, les températures opposées, excessives, les troubles digestifs, les aliments stimulants, café, thé, spiritueux constituent une série de causes qu'il faut éviter à tout prix. Il n'est pas toujours aisé de faire comprendre aux familles que l'enfant ne doit point participer à ces réunions et à ces fêtes. On se plaît au contraire à réciter aux enfants, et surtout à ceux déjà malades jouissant parfois d'une intelligence prématurément vive et ouverte, des contes, des fables, à leur montrer des images enluminées qui frappent leur regard et fixe leur attention. D'autrefois, on les prend sous les aisselles, on les balance, on les agite, en leur répétant bruyamment, non pas un chant lent et

© BIU Santé

monotone de la nourrice, mais un air d'un rythme accentué et rapide. Si bien que l'enfant, par les yeux, les oreilles, les muscles, la peau et l'intelligence se débat et s'agite dans un monde d'ondes sonores, lumineuses, et perçoit de toute part des impressions aiguës, incessantes qui surmènent les centres nerveux. Vous ferez bien de joindre à ces préceptes généraux la recommandation d'éviter toute cause de constipation. Les congestionnés doivent même être soumis systématiquement à l'emploi des laxatifs répétés. Ce que je vous ai dit de l'influence des températures extrêmes vous autorisera à ne pas laisser les enfants déshabillés pendant l'hiver, et à ne pas les exposer sur les sables de nos plages aux rayons du soleil d'été. Dans le même ordre d'idées, vous défendrez absolument le séjour excitant du bord de la mer aux petits enfants dont l'encéphale est congestionné ou susceptible de le devenir.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cas de mal de Pott;

Par M. Lucien PICQUÉ, chef de clinique chirurgicale (1).

Nous avons eu l'occasion d'observer cette année, à la Charité, 3 cas intéressants de mal de Pott vertébral. Nous croyons devoir les publier, en raison des idées qu'ils peuvent suggérer, tant au point de vue de l'anatomie pathologique que du pronostic et du traitement. Voici les faits.

Premier cas. — Le nommé Maudeux (Désiré), âgé de 41 ans, journalier, entre le 25 novembre 1882 à la Charité, dans le service de M. BERGER, salle Sainte-Vierge, n° 28. Le malade présente peu d'antécédents de strume infantile, mais il s'enrhume facilement et porte au cou des cicatrices d'abcès froids. Sa mère est morte tuberculeuse.

Commémoratifs. Il y a 3 ans, il raconte avoir éprouvé de grands maux de reins; 6 mois après; il a vu apparaître une tuméfaction. Il y a 4 mois, nouvelle tumeur inguinale qui s'est développée peu à peu et sans douleurs.

Etat actuel. Le malade est faible, il y a de l'impotence fonctionnelle, de la faiblesse du tronc et une incurvation prononcée de la colonne. A l'union de la région dorsale et lombaire, on observe une saillie de 4 apophyses épineuses, dont la première est vraisemblablement la 12e dorsale; la saillie est manifestement curviligne, arciforme, composée de saillies et de dépressions. La région susjacente est fortement concave en avant; les côtes sont comme étalées, aplaties sur les côtés de la gibbosité.

Quelques douleurs en ceinture; pas de douleur dans les jambes, pas de paraplégie. A la cuisse droite, on observe, à la région antéro-interne, une vaste collection purulente descendant jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de la rotule et ne commençant guère qu'à 3 travers de doigt au-dessous de l'arcade de Falloppe. La peau, à son niveau, est luisante et vascularisée. La collection est rénitente, élastique; il y a une sensation très nette de flot; elle est irréductible. A la cuisse gauche, et aussi à la région antéro-interne, existe une autre collection moins volumineuse, ne dépassant pas le tiers moyen de la cuisse et n'ayant pas de prolongement, au moins apparent, dans l'aine. Fluctuation très nette. Irréductibilité.

En présence de ces symptômes, le diagnostic de mal de Pott était évident; mais les abcès cruraux en dépendaient-ils ? Malgré leur indépendance apparente d'avec la fosse iliaque, on ne pouvait guère penser à d'autres tumeurs liquides, aux kystes hydatiques, par exemple, qui sont rares, plus profonds et jamais doubles; on sait qu'il est classique que 2 abcès froids de la cuisse, symétriques, dépendent d'un mal de Pott et qu'il n'est pas rare que leur pédicule soit tellement allongé qu'on puisse croire à une indépendance absolue.

Bien qu'on ne sentit rien au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, on pouvait bien admettre leur sortie par le trajet du nerf fémoro-cutané. L'affection vertébrale semblait appartenir à la variété indiquée par Ripoll, mais l'on sait combien les formes classiques sont susceptibles de se confondre; et les abcès cruraux en venaient témoigner dans le cas particulier (on sait que Ripoll admettait l'extrême rareté de la suppuration dans les cas d'arthrite rachidienne).

Le malade fut placé dans une gouttière de Bonnet le 8 *décembre* et soumis à un traitement général des plus rigoureux. Les collections diminuèrent rapidement dans les mois qui suivirent, et l'on put croire un moment à une guérison presque certaine.

Le 4 *mai*, la collection droite, la plus volumineuse, stationnaire depuis quelque temps, devint douloureuse à la pression, et augmenta un peu de volume; la peau présentait une légère coloration rosée à sa surface. La température, jusque-là normale, atteint 38°,5.

10 *mai*. M. Berger fait une ponction aspiratrice qui donne issue à deux litres environ d'un pus séreux et grumeleux. Le trajet de la ponction est exprimé avec soin, pour éviter le séjour d'un grumeau pouvant faire suppurer le trajet et donner lieu à une fistule persistante. L'opération fut faite avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. L'inflammation qui avait motivé la ponction n'en continue pas moins son évolution. La poche se remplit rapidement; le 13, elle avait récupéré son volume antérieur. La peau présentait une coloration rosée de plus en plus accentuée. La pression était douloureuse; il existait une douleur spontanée, sourde, continue. T. 39°,4.

18 *mai*. Ouverture antiseptique de la collection purulente. Incision de 8 centimètres. Nettoyage de la cavité sous le spray phéniqué, raclage modéré avec le doigt recouvert d'un linge fin, lavage à la solution phéniquée faible. Drainage et suture. Pansement antiseptique. Les jours suivants, la température retombe à 37°,5. Amélioration sensible du malade.

30 *mai*. La collection opposée augmente rapidement de volume, il y a un peu de rougeur, de la tension, quelques douleurs spontanées et à la pression.

Que dire de cette inflammation? Est-ce le résultat d'une coïncidence? Ne pouvait-on pas y voir la confirmation d'un fait avancé dans ces dernières années par quelques chirurgiens, et en particulier par M. Verneuil, l'inflammation spontanée d'une collection sous-cutanée sous l'influence d'une suppuration éloignée; le fait est possible, mais non démontré dans l'espèce. Quoi qu'il en soit, les accidents devinrent pressants les jours suivants, et, le 12, l'incision antiseptique fut pratiquée avec les mêmes précautions que précédemment.

19 *mai*. Il survint au niveau de la plaie un érysipèle à allures d'abord bénignes, appartenant probablement à cette variété d'érysipèle de dedans en dehors étudiée par M. Verneuil. L'apparition de l'érysipèle ne fut précédée que de frissons très légers; l'affection se borna à une plaque peu étendue; la température atteignit seulement 38°,7. Mais on connaît la gravité de ces érysipèles chez des sujets qui suppurent depuis longtemps et qui ont de la stéatose viscérale. Notre malade tomba rapidement dans un état d'adynamie accentuée et succomba le 28 *juin*.

AUTOPSIE. — Les deux abcès sont exactement sous-aponévrotiques et à la partie interne du couturier, dont ils suivent le trajet. Ils se continuent en haut avec deux cavités iliaques aplaties contenant peu de pus, par un long canal étroit remontant en dehors de la cuisse, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, le long du trajet du nerf fémoro-cutané. Un stylet introduit près de cette épine pénètre facilement des deux côtés jusque dans la collection iliaque. L'abcès iliaque lui-même présente son origine au niveau de l'os malade et offre les dispositions ordinaires. La lésion osseuse sera décrite à la fin de ce travail. Ajou-

(1) Travail communiqué à la Société anatomique.

© BIU Santé

tons, en terminant, que le foie est volumineux (2,200 gr.), friable et jaunâtre.

Deuxième cas. — Le nommé Agues (Jean), âgé de 28 ans, journalier, entre le 23 février 1883, salle Sainte-Vierge, n° 41, à la Charité, dans le service de M. Berger.

Le malade, qui ne présente pas d'antécédents héréditaires, a eu, dans son enfance, des maux d'yeux prolongés, des engorgements ganglionnaires, et, à l'âge de 18 ans, une pleurésie qui a duré six mois. Son mal de Pott a débuté il y a un an, mais il n'a jamais eu de douleurs en ceinture ni paraplégie. Actuellement, il présente un abcès crural situé dans la gaine des vaisseaux fémoraux et sous l'artère, qu'il repousse en avant et qui bat à la surface. Cette collection est nettement fluctuante, réductible, et présente de l'impulsion à la toux. Grande collection iliaque du même côté. La colonne vertébrale présente une gibbosité médiane au niveau de la région dorso-lombaire. Cette gibbosité affecte la forme d'une grande courbure de poly-arthrite présentant cependant une pointe plus saillante à la partie inférieure de la colonne dorsale ; elle offre donc à la fois une courbure et un angle. Ces particularités montrent une fois de plus combien il est fréquent en clinique d'observer l'association des types classiques. Les mouvements de la colonne sont pénibles. L'état général est mauvais ; il existe une large excavation au sommet du poumon droit. Infiltration tuberculeuse des deux côtés. Amaigrissement considérable. Le malade est placé dans une gouttière de Bonnet le 1er avril.

Le 12 *mai*, l'abcès crural tendant à augmenter de volume, une ponction est pratiquée et donne issue à un demi-litre d'un pus séro-grumeleux. Pas d'accidents consécutifs.

28 *juin*. Poussée de méningite tuberculeuse caractérisée par une hémiplégie droite subite, accompagnée de rotation conjuguée de la tête et des yeux du même côté. Etat comateux profond. Mort le 29 juin.

Autopsie. — On découvre une adhérence totale de la plèvre à droite, une excavation considérable du même côté et une infiltration considérable des deux poumons. Le foie est gras et volumineux. Les méninges cérébrales sont fortement congestionnées ; on observe des masses tuberculeuses miliaires le long des vaisseaux de la pie-mère.

L'abcès iliaque occupe la gaine du psoas ; l'articulation coxo-fémorale est pleine de pus ; les cartilages sont érodés, la capsule relâchée et ramollie ; un examen plus complet des lésions de ce côté nous a été interdit. A la partie interne de la gaine du psoas, au-dessous de l'arcade de Falloppe, existe une large perforation qui conduit dans l'abcès situé sous la gaine des vaisseaux fémoraux. L'artère est superficielle et occupe la paroi antérieure de la collection, qu'elle traverse en diagonale. La paroi de l'abcès est tapissée d'une membrane pyogénique épaisse. Le pus est abondant, séro-grumeleux, avec de nombreux séquestres qui occupent les points déclives de la poche. L'abcès ne présente au niveau de la lésion osseuse aucune disposition spéciale.

Nous étudierons ultérieurement cette dernière.

Troisième cas. — Boulmey (Marie), 23 ans, couturière, entre le 17 mars 1883, salle Sainte-Catherine, n° 19, dans le service de M. Berger, à la Charité.

Pas d'antécédents pathologiques personnels. Rien à noter du côté de ses ascendants ou collatéraux. Il y a 8 mois, cette jeune fille, qui jouissait d'une excellente santé, s'est aperçue d'une tumeur dans la fosse iliaque. Cette tuméfaction occupe en réalité la partie interne de la fosse iliaque. Rénitence nettement accusée. Matité. Pas de gibbosité lombaire, mais douleur très accusée à la pression au niveau de la première vertèbre lombaire. Pas de douleur en ceinture ni de paraplégie. La malade, qui ne soupçonnait pas la gravité de son état et qui ne se plaignait d'aucun trouble de l'état général, avait fait quelques difficultés pour entrer dans nos salles. Elle s'y décida néanmoins et fut placée aussitôt dans une gouttière de Bonnet. Sous l'influence du repos et de l'immobilité, la tumeur sembla diminuer.

Le 25 *juin*, douleur subite au niveau de la fosse iliaque ; léger ballonnement du ventre ; quelques vomissements dans le courant de la journée.

27 *juin*. L'état général s'aggrave. Pouls petit, misérable. Température, 39,°9. Vomissements continuels. Aspect grippé de la face. Le ballonnement du ventre s'accentue. Mort le 28 juin.

Autopsie. — Nous avons constaté les lésions d'une péritonite généralisée non suppurée. Rougeur prononcée du péritoine. Adhérence des anses intestinales entre elles. Sérosité abondante. Pas de perforation de l'abcès.

Réflexions. — L'examen des trois colonnes vertébrales nous a fourni les particularités suivantes : Chez notre jeune fille, nous constatons une lésion limitée à la première lombaire ; à la coupe, on observe une cavité intéressant la partie supérieure du corps vertébral, occupant le tiers supérieur de la vertèbre jusqu'à la surface cartilagineuse, qui est détruite. Cette cavité, bien nettement circonscrite, taillée comme à l'emporte-pièce au milieu du tissu spongieux de cet os qui forme autour d'elle une zone nette de tissu condensé, est limitée en haut par le disque intervertébral peu ou point altéré. Cette cavité est remplie d'une bouillie grisâtre et d'un séquestre dur, sec, qui en occupe la presque totalité et qui n'est adhérent qu'en un point avec la paroi, au niveau de la face supérieure de l'os.

Cette cavité présente, au niveau de sa face postérieure, un orifice qui conduit au voisinage et en avant du trou de conjugaison de la vertèbre jusque dans l'extrémité supérieure de l'abcès par congestion.

Chez notre deuxième malade du n° 41 de la salle Sainte Vierge, nous trouvons, au niveau de la 1re lombaire, une cavité en tout semblable à celle que nous venons de décrire, mais, ici, nous n'apercevons aucun séquestre dans la cavité ; de plus, le cartilage diarthrodial correspondant est ramolli, presque entièrement détruit, et la suppuration se fait jour par là pour gagner la cavité de l'abcès. Il existe de plus une cavité semblable au niveau de la 11e dorsale. Ici, pas plus que dans le cas précédent, nous ne trouvons de lésion au niveau de la face antérieure du corps vertébral.

Chez notre 1er malade, nous avons trouvé des particularités intéressantes à signaler. La lésion porte en réalité sur la 12e dorsale et les 3 premières lombaires ou plutôt sur les disques intervertébraux correspondants, qui sont affaissés et qui, à la coupe, présentent une teinte grisâtre qui ne rappelle en rien la structure normale des disques.

Au niveau de la 2e lombaire, on observe, sur la coupe verticale et médiane du corps vertébral, une ligne mince, jaunâtre, dirigée obliquement d'avant en arrière et de haut en bas, qui coupe le corps de la vertèbre en diagonale et au niveau de laquelle le tissu présente une friabilité anormale.

La portion placée au-dessus de cette ligne appartient en réalité à la 1re lombaire, la partie sous-jacente n'est autre que la portion restante du corps de la 2e. En somme, toute la portion intermédiaire a été détruite ; la 1re lombaire a basculé en arrière sur la 2e, et nous sommes bien en présence d'une lésion en voie de guérison ; mais, au niveau de la partie antérieure de ce corps double, le ligament vertébral commun antérieur est décollé et la face antérieure de l'os nous présente les lésions de la carie superficielle, friabilité spéciale du tissu osseux, aspect gris jaunâtre.

En résumé, le hasard de la clinique nous a permis d'ob-

© BIU Santé

server au même moment trois périodes de l'évolution de l'ostéite vertébrale d'origine tuberculeuse.

Chez notre 3e malade, nous trouvons le séquestre encore adhérent à l'os, non complètement éliminé; chez notre 2e, nous trouvous la cavité vide, et, chez le 1er, nous voyons cette même cavité comblée par le mécanisme de l'affaissement vertébral. En dehors de ces particularités anatomiques, nous tenons à mettre en relief ces trois terminaisons possibles du mal vertébral de Pott. L'un de nos malades est emporté par une méningite tuberculeuse à marche rapide ; un autre succombe en trois jours à une péritonite de voisinage, sans perforation de la poche. Le 3e nous confirme dans l'idée qu'il faut avoir pour ainsi dire la main forcée pour ouvrir un abcès froid d'origine vertébrale. L'abcès droit, chez le malade, était en voie de décroissance; il se réchauffe tout à coup, on est forcé de l'inciser; l'abcès opposé, peut-être sous l'influence de l'inflammation du premier, augmente à son tour et devient le point de départ d'un érysipèle peu grave en apparence, d'une variété intéressante, mais qui tue rapidement notre malade, qui suppure depuis longtemps et qui a de la stéatose viscérale.

Nous rappellerons, en terminant, la forme curieuse des abcès chez notre premier malade, la variété rare de l'abcès chez notre deuxième sujet, ainsi que la position anormale de l'artère fémorale au-devant de la poche.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur les exostoses multiples;

Par MM. BRICON et DAUGE.

Nous croyons utile d'ajouter quelques développements aux considérations et réflexions qui accompagnent le cas d'*exostoses multiples* que nous avons publié dans le *Progrès médical*, 1883, p. 606. Faisons d'abord remarquer que les observations de cette nature ne sont pas rares dans les auteurs modernes (A. Cooper, Lobstein (1), Roger, Dupuytren, Hutchinson, Ribell (2), Volkmann (3), O. Weber (4), Marle (5), Sonnenschein (6), E. Bœckel (7), Desgrange, Recklinghausen, Cohnheim, Billroth et Rindfleisch (8), etc.), toutefois il est à noter que plusieurs de ces auteurs n'avaient pas saisi le rapport qui existe entre ces exostoses et le développement du squelette.

L'*hérédité* joue dans beaucoup d'observations un rôle assez important (cas de Boyer, Paget (9), Stanley (10), Cruveilhier, Adams, Gibney (11), etc.); chez Giv., nous n'avons pu retrouver aucun antécédent héréditaire. Par contre nous avons constaté nettement des signes de *rachitisme*, et en cela son observation vient à l'appui de celle de MM. Vix (12) et Volkmann, qui ont rapporté des faits où ces exostoses paraissaient liées au rachitisme.

(1) Lobstein. — *Anat. path.* Strasbourg, 1833.
(2) Ribell. — *Disc. sur les exostoses.* Thèse Paris, 1823.
(3) Volkmann. — *Knöcherne Geschwülste der Knochen* in Pitha et Billroth, Bd. II, 1865.
(4) O. Weber. — *Virchow's Archiv*, Bd. 35, 1866.
(5) Marle. — *Inaug. Dissert.* Berlin, 1868.
(6) Sonnenschein. — *Inaug. Dissert.* Berlin, 1872.
(7) E. Bœckel. — *Exostoses multiples chez un enfant.* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1868, n° 15).
(8) Billroth et Rindfleisch. — *Schweizer Zeitschrift f. Heilkunde*, 1865, t. III, p. 310.
(9) Paget. — *Lectures on surgical pathology : multiple osseous growths*, 1853.
(10) Stanley. — *On diseases of the Bones*, 1849.
(11) Gibney. — *American Journal of med. Sciences*, juillet 1876, p. 173.
(12) Vix. — *Beitrage zur Kenntniss der angeboren multiplen Exostosen.* Dissert., Geissen, 1856.

M. Virchow, qui avait bien vu le rapport entre ces exostoses et le cartilage d'ossification, dit qu'« on est alors singulièrement porté à supposer qu'à une époque relativement peu avancée de la vie, par suite d'une *irritation* qui atteint la surface, il se produit une végétation latérale insolite, partant de ce cartilage intermédiaire (1). »

M. Henking (2) a publié et représenté un cas d'exostoses multiples qui, sous presque tous les rapports, est identique au nôtre. Le malade succomba aux suites de l'extirpation d'une de ces exostoses siégeant sur le bassin et dont le volume était de la grosseur d'une tête. Recklinghausen (3), pense que l'on peut attribuer ce trouble de développement à un processus inflammatoire spécial et chronique; cet anatomo-pathologiste se base, pour émettre cette opinion, sur quelques cas isolés entre autres celui d'Eberth (5), mais qui ne sauraient s'appliquer à la généralité des observations. Notre cas, toutefois, ne peut être considéré comme absolument contraire à la théorie de Recklinghausen.

Cohnheim (4), Henking, qui rejettent l'hypothèse de Recklinghausen, font encore observer que ces exostoses se remarquent chez des individus qui ont toujours été bien portants, qu'une telle inflammation localisée ne peut expliquer la dimension de certaines de ces productions et qu'enfin on devrait constater dans les environs un épaississement du tissu conjonctif. Ils admettent au contraire que la cause de ces exostoses tient à la surabondance embryonnaire du germe qui doit plus tard contribuer à la formation du tissu osseux ; cette opinion s'accorde avec le bon état de santé des sujets, avec la structure, l'époque du développement, les dimensions, etc., des exostoses et enfin explique pourquoi l'hérédité joue un rôle important dans beaucoup de cas.

Nous croyons, pour notre part, devoir attribuer la formation des exostoses multiples ostéogéniques à un développement exagéré du cartilage d'ossification, peut-être dû à un trouble de nutrition, mais dont la cause réelle nous est jusqu'ici inconnue. — Dans notre observation nous avons pu constater chez les ascendants, l'alcoolisme, l'épilepsie, des troubles nerveux divers ; chez la mère une variole confluente qui a provoqué l'accouchement à 7 mois 1/2 ; nous constatons de plus chez Give... des convulsions dans l'enfance, le rachitisme, etc., enfin l'épilepsie. Les maladies des ascendants ou celles de Giv... ont-elles pu contribuer en quelque chose au développement des exostoses ostéogéniques ? Nous ne saurions l'affirmer.

Nous renvoyons pour la bibliographie aux articles et monographies que nous avons déjà cités, ainsi qu'aux traités généraux et spéciaux de chirurgie, etc., et enfin à l'excellente bibliographie (exostoses et hyperostoses) dressée par M. Hahn, à la suite de l'article *Os* de M. Heydenreich dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre.

(1) Virchow. — *Pathologie des tumeurs* ; t. II, p. 13, 1869, édit. française de M. Aronssohn, revue par l'auteur, traduite sur l'édition de 1863.
(2) Henking. — *Ein neuer Fall von multipler Exostosis cartilaginea*, in *Virchow's Archiv.* Bd. LXXVII, p. 364 et suiv., avec planche.
(3) Recklinghausen. — *Virchow's Archiv.* Bd. 35, 1866. — Cet auteur avait noté le développement des exostoses vers la diaphyse; ce développement se fait tout aussi bien et même plus fréquemment vers les épiphyses ; leur siège du reste dépend surtout de leur point d'implantation sur le cartilage de conjugaison. La plupart des auteurs allemands avaient observé que le point de départ de ces exostoses était le cartilage de conjugaison.
(4) Eberth. — *Uber multiple Knochengeschwülste.* (*Deutsche Klinik*, 1862, n° 9).
(5) Cohnheim. — *Virchow's Archiv.* Bd. 35, 1866, et *Allg. Path.*, p. 635.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Dans sa séance solennelle, sur le rapport de M. Bourland, cette Société a décerné : à M. Martin, pour le perfectionnement de la méthode d'anesthésie par le protoxyde d'azote, une médaille d'or ; — à M. le Dr Robin, pour l'invention et l'application de son ostéoclaste, une médaille d'or ; — à Mlle Veille, pour le pupitre de son invention destiné à prévenir la déviation de la taille et la myopie, une médaille d'argent.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Chloroforme et asphyxie : Traitement.

Le Dr Benjamin Howard a répété, le 6 mars dernier, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Verneuil, la démonstration qu'il avait faite précédemment devant la *Royal medical and Surgical Society* de Londres, relative au mécanisme et au traitement de l'asphyxie. Voici un exposé sommaire des faits sur lesquels s'appuie M. B. Howard :

1° La traction de la langue, universellement employée, ne suffit pas pour déterminer l'élévation de l'épiglotte. Il assure que les conditions anatomiques s'opposent dans ce cas à l'élévation de l'épiglotte.

2° L'élévation de l'épiglotte n'est possible que d'une seule manière et c'est là le point capital de la communication de M. Howard : *il faut placer la tête et le cou dans l'extension forcée*. Cette position a pour résultat d'éloigner la langue du pharynx, d'augmenter le calibre de ce conduit, d'établir une voie libre et large, sans obstacle, du nez jusqu'aux poumons.

M. Verneuil a fait suivre cette démonstration de quelques réflexions judicieuses, reconnu l'exactitude des faits invoqués par M. Howard et insisté sur l'intérêt des applications qui en découlent.

Exercice de la médecine.

Nos lecteurs trouveront plus loin (page 216) le texte de la proposition de loi relative à l'*exercice de la médecine* qui est actuellement soumise à l'examen d'une Commission parlementaire. Il est de leur intérêt à tous de le lire attentivement et d'en profiter pour faire connaître leur opinion. Le *Progrès médical* recevra avec plaisir les communications qui lui seront adressées et les publiera soit en entier, soit par extraits.

La Commission paraît décidée à hâter les travaux, elle a déjà tenu deux séances, l'une le 7 mars, l'autre le 12. Il y a donc urgence et pour les médecins et pour la Presse spéciale à faire connaître son opinion sur les modifications proposées.

La nouvelle loi sur les aliénés.

En même temps que la Commission sénatoriale continue l'examen du nouveau projet de loi concernant les aliénés, l'Académie de médecine a ouvert une discussion dont l'analyse a été mise au jour le jour sous les yeux de nos lecteurs. Nous avons pensé qu'il y aurait utilité à publier le rapport fait par notre rédacteur en chef, comme membre de la Commission administrative chargée de la préparation de ce nouveau projet de loi, parce qu'il peut fournir quelques arguments en faveur de réformes que nous croyons indispensables, notamment en faveur du concours et surtout en faveur du concours spécial pour les asiles de la Seine. (Voir p. 217).

Circulaire de l'administration de l'assistance publique.

M. Ch. Quentin, directeur de l'assistance publique, vient d'adresser aux médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, une circulaire concernant les *dépenses en aliments et en médicaments* et la *tenue des cahiers*. Nous en donnerons le texte dans le prochain numéro ; nous l'accompagnerons de quelques réflexions et nous ferons connaître, s'il y a lieu, l'opinion des autres journaux sur ce document.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 mars 1884. — Présidence de M. Duval.

M. Bochefontaine présente à la Société un échantillon d'un *poison* employé par les *Mois* pour empoisonner leurs flèches et qui lui a été envoyé de Saïgon par M. le Dr Legendre. Un animal de moyenne taille, blessé par une flèche dont la pointe a été imprégnée de cette substance, fait un bond et tombe mort sur place ; un éléphant peut encore courir pendant 1 kilomètre, mais il succombe ensuite ; il s'agit donc d'un poison fort énergique. On ignore sa composition, car les Mois gardent à ce sujet le secret le plus absolu, c'est à peine s'ils consentent à donner des flèches, et ce n'est que par subterfuge que M. Legendre a pu se procurer l'échantillon ci-joint. Ce poison ne rendrait pas toxique la viande des animaux et les Mois la consommeraient sans inconvénients. M. Bochefontaine ayant injecté sous la peau d'une grenouille 1 milligr. de cette substance, a vu la mort survenir après dix minutes par l'arrêt du cœur en systole. Les réflexes persistaient pendant quelque temps. On a donc affaire encore à un poison cardiaque. D'après M. Baillon, il proviendrait probablement de l'*Upas antiar*.

M. Laborde a entre les mains le poison dont les habitants de Bornéo se servent pour leurs flèches ; on l'appelle *poison de l'éléphant*. Les expériences faites avec ce poison, sur des chiens, ont montré qu'il tuait également par arrêt du cœur. Il serait intéressant de faire une étude comparative de ces deux substances.

M. Neveu lit une note relative à l'*origine des kystes des mâchoires*. Ayant eu à examiner un kyste volumineux de ce genre, enlevé par M. Verneuil, il a trouvé à la surface interne une couche stratifiée d'épithélium, manifeste et facile à constater. Ce fait vient donc à l'encontre de la théorie de M. Magitot, qui veut que ces kystes se forment aux dépens du périoste, et appuie celle de M. Verneuil, qui attribue leur développement à un processus pathologique ayant pour origine un des débris épithéliaux du follicule.

M. Magitot expose les raisons cliniques et anatomo-pathologiques qui militent en faveur de sa théorie. — Ces raisons sont combattues par M. Malassez, qui affirme avoir étudié un grand nombre de kystes dentaires d'origine purement épithéliale.

M. Mégnin cite un cas de prolifération extraordinaire de *corpuscules calcaires* dans le *tissu musculaire* d'un vieux cheval. En 1880, M. Bouley communiquait à l'Académie de médecine, au nom de M. Vittu (de Lille), la relation d'un fait de tumeurs musculaires multiples extrêmement abondantes, de la forme et du volume d'un grain de seigle, observées chez un vieux cheval mené à l'abattoir. Cet auteur se demandait si ces tumeurs calcaires n'étaient pas le produit d'une calcification opérée dans des poches kystiques dues à la présence d'un parasite. Toujours à l'affut des faits de parasitisme, M. Mégnin demanda à M. Vittu des échantillons des muscles de ce cheval. Il s'assura, par des préparations microscopiques, qu'on n'avait point affaire à des parasites. A son avis, il s'agissait d'une dégénérescence des fibres musculaires autour desquelles se serait fait un dépôt calcaire. M. Galippe a procédé à l'analyse qualitative de quelques-uns de ces corpuscules et les a trouvés composés de carbonate et de phosphate de chaux et de magnésie avec traces de sulfates et de fer. D'après M. Ch. Robin, auquel M. Mégnin a montré ces pièces, on aurait

© BIU Santé

rencontré, mais très rarement, des corpuscules semblables dans le tissu musculaire de l'utérus des vieilles femmes, toutefois, en très petites proportions.

M. F. Franck remet, au nom de M. Kauffmann, médecin militaire au Mans, un travail sur la *suppression de la sueur* au niveau des *engelures*. D'après cet auteur, le froid altérerait les fonctions des vaso-moteurs et les diverses excitations sudorales ne produiraient plus d'effet. A la suite d'injections de pilocarpine, par exemple, il n'aurait pas vu de sudation au niveau des parties de la peau couverte d'engelures.

M. Duval fait une communication sur la *nature des vésicules séminales chez le cochon d'Inde*. Dans la discussion qui a eu lieu sur ce sujet l'année dernière à la Société, la plupart des membres avaient été d'avis que les vésicules séminales étaient les analogues des canaux de Muller. Afin de trancher la question, M. Duval s'est livré à des recherches d'embryologie et d'anatomie comparée. Ayant eu l'occasion de disséquer dernièrement un lièvre des Pampos, animal d'assez grande taille analogue au cobaye, il a pu pousser assez loin ses recherches anatomiques. Chez ce lièvre, les vésicules séminales présentaient une disposition intermédiaire entre les vésicules du cobaye et celles des autres animaux; elles affectaient la forme de tubes courts, arrondis et repliés sur eux-mêmes. En examinant le canal de l'urèthre (portion prostatique) on trouvait, de chaque côté du veru montanum, deux culs-de-sacs aboutissant l'un au canal déférent, l'autre à la vésicule séminale. Au sommet du veru montanum on trouvait en outre un orifice qui conduisait à une utricule prostatique. En présence de ces faits, M. Duval croit qu'il n'y a pas lieu de considérer les vésicules séminales chez le cobaye comme les analogues des canaux de Muller.

M. Laborde demande si le cerveau de l'animal a été examiné et quelle était sa disposition?

M. Duval répond que le cerveau était lisse, mais que, suivant la loi formulée par Dareste, il y avait déjà un commencement de circonvolutions.

M. Pouchet ayant saigné des *crustacés* sous une couche d'huile, après avoir préalablement pris toutes les précautions antiseptiques voulues, a pu faire sur ce *sang* les observations suivantes: Au bout de trois mois, le sang n'avait subi aucune altération, il était resté coagulé, en gelée, absolument transparent; mais, à la surface, il s'était développé une *magnifique végétation de mycéliums*. M. Pouchet croyait le fait nouveau, mais M. Van Tieghem l'avait déjà signalé. Fait remarquable, ces mycéliums vivent aux dépens du sang, ils absorbent l'oxygène de l'huile, mais ils n'ont aucun prolongement à l'intérieur du sang et ne l'altèrent pas. Le sang a été évidemment ensemencé par des spores (*peniciliums*) qui ont traversé l'huile; comment se fait-il que cette même huile ne se laisse traverser par aucun ferment organique pouvant entraîner la putréfaction du sang? C'est un point qui mérite d'appeler l'attention des expérimentateurs.

M. Chamberland. A quelle température le sang a-t-il été conservé?

M. Pouchet. A la température du laboratoire.

M. Chamberland. Les germes, pour se développer, demandent une température de 25°, votre sang en contient peut-être, mais ils manquent d'une chaleur suffisante pour fructifier. Les moisissures, au contraire, se développent à une assez basse température.

M. Pouchet. J'ai à répondre à cette objection que du sang contenu dans des vases voisins, et qui n'était pas préservé par une couche d'huile, a subi la putréfaction.

M. Rabuteau trouve cette communication très intéressante au point de vue thérapeutique, car elle donne le pourquoi des bons effets qu'on obtenait autrefois avec les pansements au cérat, c'est-à-dire à l'huile. Ces corps gras, de même que l'alcool, opposaient une barrière aux germes organiques, et c'est à tort qu'on les a abandonnés.

M. P. Regnard communique quelques observations relatives à l'*action de certaines substances animales sur l'amidon cuit*. Ayant placé un poisson vivant dans de l'eau amidonnée, il a vu que, très rapidement, l'amidon était transformé en glucose. On pouvait être tenté de croire que le poisson, avalant sans cesse pour les besoins de sa respiration l'eau amidonnée, aurait transformé cette dernière en sucre par sa salive. Mais, en recommençant ses expériences avec le mucus qui enduit les poissons, M. Regnard a obtenu encore la transformation de l'amidon en sucre. L'auteur conclut que beaucoup de tissus animaux vivants jouissent de la propriété d'opérer cette transformation.

M. A. Robin donne des détails sur le *parasite* présenté au mois de juin dernier à l'Académie de médecine par M. Laboulbène, et que celui-ci avait appelé *Dermatobia noxialis*. Une dame, se promenant à cheval dans une forêt du Brésil, se sentit piquée à la partie supérieure de la cuisse. Elle ne fit d'abord aucune attention à cette piqûre, mais, un mois plus tard, elle commença à ressentir au niveau du point piqué des douleurs spéciales qui présentaient leur maximum d'acuité vers l'aurore. Quelques jours après, au niveau de la piqûre, apparaissait un petit bouton présentant toutes les apparences d'un furoncle. Sur ces entrefaites, cette dame dut partir pour la France. Pendant la traversée, qui dura trente jours, elle éprouva des douleurs atroces, qui partaient de la piqûre et remontaient jusqu'à la tête, en même temps, il y avait une sorte d'attaque nerveuse avec trismus et renversement du corps en arrière. Quand M. Robin vit cette dame, l'accident datait de 3 mois et demi; de prime abord, il crut à un furoncle, mais, en palpant, on constatait qu'il y avait plusieurs petits noyaux indurés, situés autour d'un noyau central plus volumineux, lequel avait une petite ouverture à son sommet. M. Robin pressa ce furoncle et en vit sortir un bourbillon qui tomba sur le fauteuil. Après avoir pansé la plaie, il fut très étonné de voir ce bourbillon animé de mouvements. Il le porta alors à M. Laboulbène qui reconnut la présence d'une larve. De peur que les masses indurées ne donnassent naissance à de nouvelles larves, M. Pozzi fut prié de les extraire. L'opération fut facile, et, depuis, cette dame jouit d'une parfaite santé.

M. Mégnin dit qu'un deuxième exemple de larve de dismatobie éclose en France vient d'être communiqué à la Société de zoologie. Il s'agissait d'un homme, piqué au bras au Guatemala, et qui, de retour en notre pays, s'aperçut qu'un furoncle se développait au niveau du point piqué. Il pressa lui-même la tumeur et en fit sortir la larve. Cette dernière n'avait déterminé que de légères démangeaisons et non les douleurs atroces signalées par M. Robin. M. Mégnin est d'avis que, chez cette dame, il devait y avoir une question d'idiosyncrasie.

A. Blondeau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 mars 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 85, la majorité 43, M. Siredey obtient 48 voix et M. Bouchard 37. En conséquence, M. Siredey ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie.

M. Mercier lit en son nom et au nom de M. Garrigou-Desarènes une note sur le traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par l'électrolyse. Le manuel opératoire consiste à introduire dans la trompe une sonde composée de fils d'argent très fins, et dans le conduit auditif une petite olive d'argent munie d'une tige; l'olive doit être poussée jusqu'au voisinage du tympan. On fait ensuite passer un faible courant et peu à peu on constate que la bougie devient de plus en plus libre; la dilatation du rétrécissement est accomplie.

M. Gautier donne lecture de plusieurs rapports sur des analyses d'eaux minérales.

M. Bucquoy lit un rapport général sur les épidémies pendant l'année 1882.

A. Damalix.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ ANATOMIQU E

Séance du 22 juin 1883. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

17. Fibromyome calcifié. — Mort par cachexie ; par M. Paul DUFLOCQ, interne des hôpitaux.

La dame D..., sans profession, âgée de 73 ans, née à Paris, est entrée le 17 mai à l'hopital Necker, dans le service de M. le professeur POTAIN ; elle est morte le 19 mai.

Le jour de l'entrée, la malade est plongée dans une prostration très grande ; elle dit qu'elle est malade depuis cinq mois ; il est impossible d'avoir d'autres renseignements ; elle ne répond à aucune question. A l'examen de la malade, on constate : 1° une décoloration de toute la peau, qui est d'un blanc mat cireux ; 2° une anasarque généralisée ; les pieds, les jambes, les cuisses, les bras et les mains sont distendus par l'œdème et la pression du doigt laisse un godet profond. On trouve un peu d'albumine dans l'urine. L'auscultation montre que les poumons sont sains ; la respiration est normale en avant et en arrière. Les battements du cœur sont par moments irréguliers ; pas de souffle.

AUTOPSIE.—Les viscères n'offrent aucune altération, sauf l'utérus que j'ai l'honneur de présenter à la Société. L'utérus est gros comme une pomme ; il est lisse, arrondi ; le péritoine qui le recouvre est sain ; du reste, il n'y avait aucune trace de péritonite dans la cavité abdominale. L'utérus présente une dureté et une consistance extrêmes. Les ciseaux ne peuvent l'attaquer ; la coupe a été faite avec une scie. Le doigt promené sur la surface de coupe sent de petites saillies de consistance pierreuse. La coupe fait voir que la tumeur fait corps avec la paroi antérieure de l'utérus. La cavité utérine située derrière est normale, ainsi que les ovaires.

L'*examen histologique* a été fait par M. le Dr SUCHARD. On constate que la tumeur est un fibro-myome utérin entièrement calcifié. Les fibres conjonctives et les fibres musculaires qui composent la tumeur sont entourées d'un dépôt de sels calcaires. Cette infiltration calcaire généralisée explique la consistance de la tumeur.

RÉFLEXIONS. — Je me borne à rapprocher ces deux faits : la cachexie extrême de la malade, la présence d'un fibro-myome calcifié. Peut-on établir une relation de cause à effet ? Cette infiltration calcaire généralisée montre que la période d'activité du fibrome est finie depuis longtemps. D'autre part, le début de la maladie qui a nécessité l'entrée à l'hôpital ne remonte qu'à cinq mois. Enfin, la malade ne nous a pas dit avoir eu d'hémorrhagies utérines.

M. CORNIL pense qu'il n'y a pas de relation étiologique entre la cachexie et la présence de la tumeur. Comme il y avait dans l'urine une petite quantité d'albumine, il est bien plus probable que la mort est attribuable à l'urémie. Il eût été nécessaire d'examiner les reins, non seulement à l'œil nu, mais au microscope. Les reins, sains en apparence, peuvent en réalité être profondément modifiés histologiquement. C'est ainsi que M. Cornil a constaté récemment que les reins d'un malade mort dans son service, normaux en apparence, avaient en réalité subi une dégénérescence graisseuse très marquée et très étendue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 mars 1884. — PRÉSIDENCE DE M. M. SÉE.

M. POZZI, à propos des théories du spina bifida exposées par M. Lannelongue à la précédente séance, pense qu'il est plus légitime d'attribuer le développement de ces tumeurs à un arrêt de développement qne d'en faire la conséquence d'une adhérence cicatricielle dont l'origine n'est point démontrée.

M. LANNELONGUE répond qu'il a eu soin de signaler et de mettre à part la grande classe des spina bifida qui relèvent d'un arrêt de développement ; mais qu'à côté de ces tumeurs dont la pathogénie est maintenant démontrée et dont les caractères cliniques sont nettement définis, il en est d'autres, facilement séparables des premières en clinique, et c'est à ces dernières seulement que M. Lannelongue a fait allusion. La membrane qui recouvre les spina bifida de cette seconde variété n'est plus une pellicule mince et transparente comme dans le cas d'arrêt de développemeni, c'est une membrane épaisse, inégale, présentant çà et là des îlots cutanés et des dépressions cicatricielles ; elle est formée d'un tissu embryonnaire, néoplasique. Et c'est pour ces dernières tumeurs seulement que l'on peut se demander si un travail pathologique particulier, de nature ulcérative n'a pas produit une soudure amniotique et empêché la formation des arcs postérieurs des vertèbres.

M. Lannelongue ajoute que ce travail est peut-être une ulcération. Il est des enfants qui viennent au monde avec des ulcérations. Mais que faut-il entendre par ulcérations intra-utérines ? Sont-ce là de véritables ulcérations ? La suppuration intra-utérine est-elle possible ? Autant de points douteux, en raison desquels il est encore impossible de se prononcer sur la nature vraie du travail pathologique qui a présidé à la formation de ces spina-bifida, dont les caractères extérieurs contrastent vivement avec ceux des spina-bifida résultant d'un arrêt de développement.

M. POZZI ne pense pas que l'existence d'ulcérations constatées à la naissance soit une preuve suffisante de l'origine cicatricielle du spina-bifida. Suivant lui, l'arrêt du développement suffit pour expliquer la tumeur.

M. TRÉLAT croit possible l'interprétation proposée par M. Lannelongue, si celui-ci veut bien admettre que le travail pathologique qu'il met en cause se produit dès la fin du premier mois, car c'est à ce moment que le canal vertébral se ferme.

M. LANNELONGUE est d'avis que c'est au courant du premier mois que se produisent la plupart des vices de conformation. Il répond à M. Pozzi que la structure de la membrane qui recouvre les spina-bifida est telle qu'il faut admettre un travail pathologique. L'arrêt de développement cessera d'être un mal quand on aura trouvé les conditions sous l'influence desquelles il se produit.

M. TERRIER complète et offre à la Société l'observation d'ovariotomie chez une hystérique, dont il a parlé à la précédente séance. Il pense que l'on ne pourra se prononcer sérieusement sur les résultats de la castration chez les hystériques que lorsqu'on aura accumulé un nombre suffisant de documents.

M. VERNEUIL présente un malade atteint d'un polype naso-pharyngien, de volume extraordinaire, et demande l'avis de ses collègues sur ce qu'il convient de faire. Le malade, garçon de 19 ans, a ressenti en 1876 les symptômes classiques d'un polype naso-pharyngien, qui fut extirpé en 1878 par M. Sarrazin, à la faveur d'une résection du maxillaire. M. Sarrazin constata la nature de la tumeur et son implantation sur l'apophyse basilaire. Dix mois après, la récidive a commencé : elle a envahi la fosse temporale et fait à l'extérieur, sous la joue, une saillie du volume des deux poingts. De plus, elle est animée de battements, réductible en partie, et donne à l'auscultation un souffle diastolique. Cependant, il n'y a point de douleurs et l'on remarque l'intégrité complète des fonctions de l'œil et de l'oreille. M. Verneuil a déjà pratiqué des injections interstitielles avec la liqueur de Piazza ; sous leur influence, la tumeur a durci, mais son volume a augmenté d'une façon assez sensible. M. Verneuil croit la tumeur trop vasculaire pour qu'une extirpation extemporanée soit possible sans exposer le malade ; et il demande s'il faut recourir à des ligatures successives, ou à des injections interstielles, ou à des cautérisations ; l'avenir apparaît menaçant et à délai assez bref, car les hémorrhagies affaiblissent le malade.

M. DESPRÈS vient d'examiner le malade et n'ayant rien trouvé dans le pharynx ni dans l'arrière-cavité des fosses nasales, il conclut que le malade est porteur, non d'un polype naso-pharyngien, mais d'une tumeur à myéloplaxes ou d'un sarcome télangiectasique développé dans le maxillaire supérieur. M. Després croit que l'on peut opérer avec le bistouri ou le thermo-cautère.

M. TRÉLAT trouve que la tumeur n'a aucun des caractè-

© BIU Santé

res des tumeurs à myéloplaxes et en fait un polype naso-pharyngien devenu très vasculaire, comme cela s'observe souvent. En raison de l'extrême vascularité, il serait dangereux de tenter l'opération directe. M. Trélat a cru remarquer que la compression de la carotide atténuait dans une notable mesure les battements et les bruits de souffle ; si ce fait est vérifié par un nouvel examen, il sera avantageux de lier la carotide et de laisser à cette ligature le temps de faire son effet avant d'attaquer directement la tumeur par des procédés lents. Les cautérisations au galvano-cautère ont donné, dans un cas analogue, d'excellents résultats à M. Trélat.

M. Tillaux partage complètement l'opinion de M. Trélat sur la nature de la tumeur et la conduite qu'il convient de tenir ; il ferait préalablement la ligature de la carotide externe.

M. Després maintient son diagnostic.

M. Verneuil répond que le premier polype a été examiné par M. Sarrazin, chirurgien compétent, et que d'autre part les caractères et la durée (6 ans) de la tumeur récidivée ne lui paraissent guère en faveur du diagnostic sarcome vasculaire.

M. Barrère présente un appareil destiné à la contention des hernies.

Election. — Au cours de la séance, M. Bouilly a été nommé membre titulaire par 25 voix sur 29 votants ; MM. Humbert et Kirmisson ont obtenu chacun deux voix.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 12 mars 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Labbée lit un rapport sur les candidatures au titre de membres de la Société de thérapeutique de MM. Brame (de Tours), Edouard Michel, Brémond, pour la section de médecine, et de M. Boismond pour la section de pharmacie. Il conclut à la nomination de ces candidats.

M. Catillon fait une communication sur les remarques que lui a suggérées la lecture du chapitre *aconit* du nouveau Codex. L'ancien Codex n'avait inscrit comme préparation (alcoolature et extrait) que les feuilles d'aconit, à l'exclusion des racines. Le nouveau Codex a ajouté les racines, et en cela il a bien fait, car celles-ci sont beaucoup plus efficaces. Mais on ne tranche pas la question de savoir laquelle des deux alcoolatures (de feuilles ou de racines) devra livrer le pharmacien, si le médecin n'a pas le soin de le préciser: or, une confusion en pareille matière peut avoir des conséquences graves, étant donnée l'activité bien différente des deux teintures, celle des feuilles étant pour ainsi dire anodine, l'autre, au contraire, étant très active. Par contre, on a inscrit au nouveau Codex la teinture de feuilles sèches, qui n'existait pas dans l'ancien et qui n'est, du reste, d'aucune activité.

Il en est de même pour les extraits ; le nouveau Codex prescrit l'extrait de feuilles sèches traitées par l'alcool : or, il y a également là une grande différence dans l'activité relative de ces deux préparations, d'où la nécessité pour les médecins de bien spécifier. Le sirop reste, comme dans l'ancien Codex, préparé avec l'alcoolature de feuilles fraîches. L'aconitine amorphe de l'ancien Codex est remplacée, dans le nouveau, par l'aconitine cristallisée, qui est d'une activité notablement considérable, d'où nécessité d'en bien préciser le dosage.

M. C. Paul fait remarquer toute la valeur des observations de M. Catillon. On ne saurait trop, en effet, préciser les préparations d'aconit employées, vu les accidents qui ont été souvent observés à la suite de l'emploi de ce médicament. Ces remarques sont d'autant plus importantes que l'aconit est un excellent médicament, qui rend de très grands services, en particulier au début des affections catarrhales, angineuses ou laryngées. M. C. Paul a observé que les malades auxquels il donnait de l'aconitine cristallisée présentaient très rapidement, au bout de trois ou quatre jours, des symptômes d'accumulation (sécheresse de la bouche, perte d'appétit, refroidissement, etc.). Il pense que la saturation se fait encore plus rapidement que pour la digitale.

M. L. Blondeau fait observer que, dans l'activité des préparations, il serait peut-être bon de faire la part des transformations qu'elles peuvent subir en vieillissant.

M. Dujardin-Beaumetz dit que l'aconit, relativement à son activité, est un médicament incertain, sans parler des prédispositions spéciales individuelles qu'ont certains malades pour ce médicament. C'est ainsi qu'il rappelle le cas si malheureux de la femme d'un médecin, qui succomba à une intoxication déterminée par l'ingestion d'une pilule d'aconitine de 1 milligr.

M. Guéneau de Mussy a observé également une intoxication, qui dura quatre heures, et qui fut occasionnée par l'absorption de 15 centigr. (3 gouttes) de teinture d'aconit.

M. Dujardin-Beaumetz, dans un cas d'empoisonnement par l'aconit, s'est trouvé bien d'injections sous-cutanées d'éther.

M. Delpech, pour revenir au point de départ de la discussion, dit qu'il est d'usage, en pharmacie, de donner, lorsqu'il existe plusieurs préparations d'un même médicament et que le médecin ne spécifie pas, la préparation la moins active. Il fait remarquer incidemment que l'aconitine cristallisée doit être administrée à moins d'un quart de milligramme.

M. Créquy présente des observations relatives à l'incertitude d'action de l'aconit.

M. Ed. Labbé a vu un enfant auquel on administra par mégarde 15 à 20 gouttes de teinture d'aconit en une journée, mais en plusieurs fois. Faut-il voir là une tolérance due soit au fonctionnement, soit à l'âge (les enfants élimineraient peut-être plus facilement les médicaments). Ou bien, enfin, l'aconit était-il altéré, car il faut dire que le flacon dont on avait fait usage servait déjà depuis longtemps à la mère.

M. Créquy ne pense pas que le fonctionnement puisse expliquer la tolérance, étant donnée l'intoxication observée par M. Guéneau de Mussy chez un malade avec 3 gouttes de teinture.

M. Féréol demande à M. Ed. Labbé si la teinture d'aconit avait déjà antérieurement chez la mère de l'enfant produit les effets physiologiques habituels de ce médicament.

M. Ed. Labbé répond que non, ce qui tendrait bien à prouver que cette préparation était altérée, et qu'on ne peut rien conclure de sa non activité chez l'enfant.

M. Cadet de Gassicourt conseille de ne jamais employer l'alcoolature de racines fraîches chez les enfants ; il faut s'en tenir à la teinture de feuilles sèches.

M. Labbée fait remarquer que l'aconit du Dauphiné est plus puissant que celui des Vosges. Il serait bon d'en spécifier la provenance sur les ordonnances. Ce médecin a constaté que les enfants tolèrent beaucoup mieux la préparation d'aconit que les adultes ; M. Jules Simon fait la même remarque dans ses leçons.

M. Limousin considère que l'époque de la récolte de la plante rentre pour beaucoup dans l'activité du médicament. Il est noté que les alcaloïdes des plantes passent dans les graines et abandonnent les racines au moment où la floraison s'établit : il doit en être de même pour l'aconit. On comprend donc que le pharmacien ne pourra jamais être sûr de l'époque à laquelle celui-ci aura été récolté.

M. Catillon, pour clore la discussion, demande de nouveau à la Société ce que le pharmacien doit faire en présence d'une prescription d'alcoolature d'aconit, non spécifiée par le médecin.

M. C. Paul est d'avis que le pharmacien doit en référer au médecin, pour savoir le genre de teinture qu'il entend prescrire.

M. Delpech ne le pense pas ainsi : pour lui, le pharmacien doit donner la préparation la moins active.

F. Bottey.

© BIU Santé

REVUE DES MALADIES DU FOIE

I. **Observation sur l'ictère grave** ; par M. le Dr Dupau. Toulouse, 1883. Douladour Priva, libraire-éditeur.

II. **Cancer primitif enkysté du foie. Cancer secondaire des lymphatiques, des ganglions du hile et de la veine porte** ; par MM. Hayem et A. Gilbert (*Revue de Médecine*, novembre, 1883).

III. **Obstruction intestinale produite par un calcul de l'intestin** ; par M. D.-J. Magnin (*Journal de méd. et de chir.* août, 1883).

I. Dans sa thèse inaugurale, intiulée *Essai sur l'ictère grave*, M. Dupau, après avoir passé en revue tout ce qui avait été écrit sur cette redoutable affection, avait dit : « Résumant donc en quelques mots tout ce qui a trait aux lésions signalées dans l'ictère grave, tout en recherchant leurs causes, nous dirons que cette atrophie, cette destruction, cette dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques ; ces congestions et ces hémorrhagies, qu'on peut trouver dans les séreuses, les muscles, les organes glandulaires, etc., paraissent reconnaître pour cause une dilatation vasculaire due elle-même à une paralysie des nerfs vaso-constricteurs. Dès que cette paralysie s'est produite, le sang ne circule plus avec la même vitesse ; chargé de matières excrémentitielles, dont il ne peut se débarrasser par la voie glandulaire, il ne peut non plus attirer à lui les principes qui le vivifient et qui doivent répandre la vie dans les diverses parties de tout ce qui constitue le corps humain. Aussi, la mort ne tarde-t-elle pas à suivre de près l'apparition de ces divers phénomènes, à moins que le système nerveux végétatif ne réagisse et que, puisant lui-même des forces nouvelles, il ne surmonte l'obstacle qui s'opposait à son existence. »

Les faits relatés dans le mémoire dont nous rendons compte semblent venir à l'appui de cette manière de voir du Dr Dupau. Il y est question d'abord de l'observation d'une femme de 29 ans qui, enceinte de huit mois, et en proie à de violents chagrins, est prise d'un ictère généralisé avec abattement et symptômes généraux graves, accouche avant terme et succombe à une hémorrhagie immédiatement après la délivrance. L'examen microscopique du tissu hépatique n'a pu malheureusement être fait, mais l'auteur y supplée par la seconde observation sur laquelle il base son travail. Celle-ci est empruntée au Bulletin de la Société anatomique ; elle est de M. Talamon et est complétée par un examen microscopique.

Le fait de la dilatation vasculaire est-il le fait primordial, celui duquel découlent tous les symptômes et toutes les lésions ? Il s'agit d'établir d'abord qu'il ne peut y avoir d'ictère grave qu'autant que la dilatation vasculaire survient brusquement et se généralise à toutes les parties du corps, empêchant par ce fait les phénomènes d'endosmose et d'exosmose qui sont indispensables au maintien de la vie, et, ensuite, de montrer comment cette dilatation, localisée d'abord dans un organe dans lequel elle se développe brusquement, y empêche les phénomènes d'excrétion et force les autres organes sécréteurs à suppléer à son défaut de fonctionnement. Or, on sait que la suractivité sécrétoire nécessite un apport de sang plus considérable qu'à l'état normal, d'où dilatation vasculaire plus grande. Cette dilatation se répétant avec une intensité et une fréquence plus ou moins grande, entraîne avec elle des lésions qui, se généralisant à leur tour, ont pour résultante l'arrêt de la circulation glandulaire. C'est alors que les déchets de l'organisme ne pouvant plus être éliminés, la revivification du sang ne peut plus être effectuée.

Sous l'influence de la dilatation des vaisseaux qui sont si nombreux dans le foie, et de la résistance que présente l'enveloppe conjonctive, les cellules ne peuvent que subir une compression. Comprimées, leur fonction d'élimination ne s'effectue plus d'une manière normale ; elle subit une perturbation qui précède la suspension complète. Donc, d'une part, dilatation vasculaire, d'autre part, compression des cellules par le fait de la résistance qu'offre l'enveloppe conjonctive pour se dilater. La déformation que présentent les cellules et son mode de progression constituent, pour l'auteur, une preuve suffisante de ce processus. Ce tissu conjonctif est aussi éminemment rétractile ; c'est cette propriété qui se montrera la dernière. Le dernier terme de l'ictère n'est-il pas, en effet, l'atrophie. Si la dilatation vasculaire se fait progressivement et lentement, les divers organes, le foie comme les autres, prendront l'accoutumance et les fonctions physiologiques ne subiront que de légères modifications. Si, au contraire, cette dilatation se fait complète et brusque, les éléments cellulaires, ainsi surpris et comprimés, subissent des désordres anatomiques et voient s'interrompre leurs fonctions physiologiques.

Cette dilatation vasculaire obéit à son tour à une cause : Quelle est-elle ? Elle réside tout entière pour l'auteur dans l'action du grand sympathique. Mais il ne s'explique pas — et c'est là une lacune dans ce travail très bien fait et très consciencieux, — sur la nature de cette action du sympathique. Ajoutons que, comme corollaire à sa théorie de l'ictère grave, l'auteur considère cette terrible maladie comme parfaitement curable dans certains cas.

II. MM. Hayem et Gilbert ont publié dans la *Revue de médecine* 1883, n° 11, une observation de cancer primitif du foie, très intéressante en ce qu'elle mentionne une triple rareté pathologique, la localisation primitive du cancer dans le foie, l'enkystement du cancer, et la carcinose secondaire des branches et du tronc de la veine porte. Nous renvoyons à l'article en question pour le détail de cette observation. Le soin minutieux avec lequel ont été examinés les différents organes et le résultat négatif des recherches des auteurs les autorisent à considérer comme primitif ce cas de cancer du foie. L'enkystement des deux masses cancéreuses était fait par une paroi fibreuse-continue et résistante, au delà de laquelle le tissu hépatique était parfaitement normal. L'envahissement de la veine-porte est d'une interprétation assez difficile. Les auteurs admettent que les lymphatiques véhicules des cellules cancéreuses vers le hile du foie, en rapport constant sur tout leur trajet avec les veines qu'ils côtoient, et en rapport intime avec elles au niveau du hile, avaient bien pu, sur un ou plusieurs points de leur parcours, abandonner aux ramifications et au tronc de la veine-porte quelques granulations, ou noyaux, ou cellules cancéreuses qui, jetées ainsi dans la circulation porte, avaient eu l'effet non seulement d'aller emboliser les veinules de petit calibre, mais encore de provoquer une prolifération active de l'endothélium et peut-être enfin la formation d'un thrombus sanguin qui, ultérieurement, aurait subi la transformation carcinomateuse. Il y aurait donc entre le carcinome enkysté du foie et le cancer de la veine-porte un trait d'union, le cancer des lymphatiques, fait anatomo-pathologique qui ajoute encore de l'intérêt à cette observation.

III. Nous trouvons, dans le *Journal de médecine et de chirurgie*, un cas très intéressant d'obstruction intestinale produite par un calcul de l'intestin. Résumons l'observation en quelques mots. Une femme de 60 ans fut prise de douleurs violentes de bas-ventre avec ténesme rectal. Aussitôt apparurent tous les symptômes de l'obstruction intestinale. Des purgatifs divers administrés coup sur coup n'amenant aucun soulagement, on fit une application d'électricité pendant 10 minutes avec un appareil Morin, en promenant les tampons humides sur l'abdomen. Cette pratique douloureuse détermine des contractions intestinales très violentes, et le lendemain, après une dose d'huile de ricin, la malade expulse, avec de violentes coliques, un bouchon dur et entouré de matières fécales du volume d'un œuf de canne, ovoïde, allongé, rugueux, que M. Magnin, l'auteur de cette observation, reconnaît pour un calcul absolument analogue, comme coloration brunâtre et comme aspect muriforme, aux calculs biliaires qu'on trouve si fréquemment dans la vésicule des vieillards à l'autopsie.

M. Magnin fait suivre cette observation des remarques suivantes : Il est probable que ce calcul avait eu l'organe hépatique pour point de départ, mais comment expliquer

© BIU Santé

le passage d'une masse aussi volumineuse du foie dans l'intestin sans les symptômes si douloureux et si graves qui accompagnent les fistules qui font communiquer ces deux organes? La malade avait bien eu quelques années auparavant des accidents intestinaux, mais ils ont duré quelques jours à peine et n'ont laissé après eux aucun symptôme grave. Il y a plus, la malade n'avait jamais eu d'ictère et n'avait jamais souffert de la région du foie.

Aurait-elle une anomalie des voies biliaires? Ou bien le noyau de ce calcul, tombé du foie dans l'intestin, aurait-il séjourné et se serait-il développé pendant de longues années dans un diverticulum intestinal, et n'aurait-il dû son expulsion qu'aux purgations répétées indiquées par les accidents d'obstruction intestinale dont il a été le point de départ?

Douglas AIGRE.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale; par M. J. J. PICOT, professeur à la Faculté de Bordeaux. Paris, 1884; G. Masson, libraire-éditeur.

Ce volume contient dix-sept leçons très complètes et très intéressantes sur différentes questions de clinique médicale. Les rapports pathologiques qui existent entre le cœur et le foie sont étudiés dans tous leurs détails; l'auteur ne leur consacre pas moins de six leçons entières. Le foie muscade ordinaire, le foie muscade cirrhotique (expression de la diathèse fibreuse), les troubles fonctionnels du cœur consécutifs aux affections hépatiques, les lésions organiques du cœur consécutives aux lésions du foie, l'ictère dans les maladies du cœur, etc., sont tour à tour décrits avec beaucoup de soin; aux observations personnelles, M. Picot ajoute la critique et l'érudition. Trois remarquables leçons sont consacrées aux thromboses veineuses. Les autres ont trait à la dégénérescence graisseuse du cœur, au cancer primitif du foie, à l'hémorrhagie cérébrale, aux kystes hydatiques du foie.

Dans une leçon d'ouverture, le professeur traite de l'enseignement clinique et donne aux élèves de sages conseils: «Dans ces lits auprès desquels vous allez puiser la véritable science médicale sont couchés des membres de la famille humaine. Ce sont eux qui seront vos livres d'étude, ce sont eux qui vous fourniront le moyen de devenir médecins. Vous leur serez donc redevables de la science pratique que vous puiserez à leur chevet. Mais ce sont aussi des malades, c'est-à-dire des êtres souffrants, et ils doivent vous être chers encore à ce titre. Enfin ce sont des malheureux, des êtres que leur triste situation force à être privés des soins affectueux et dévoués de leur famille, des hommes, des femmes qui ont souffert le plus souvent toutes les misères humaines. Profondément dignes de sympathie et d'intérêt à tous ces titres, vous les aborderez avec votre cœur, évitant tout ce qui pourrait les blesser, cherchant par votre bonté, votre douceur à leur inspirer confiance, prenant toutes les précautions pour leur éviter toute douleur physique, toute peine morale. »

J. C.

CORRESPONDANCE

Une nomination irrégulière.

Marseille, 9 mars 1884.

Mon cher Rédacteur en chef,

Le fait que vous avez lu dans le *Sémaphore* et signalé dans dernier n° du *Progrès* (p. 184) est absolument exact.

En janvier 1884, s'ouvre un concours pour *une* place de médecin-adjoint des hôpitaux. Deux candidats prennent part à la lutte. Après des épreuves très satisfaisantes, le jury médical classe en première ligne le Dr D'Astros et en seconde ligne le Dr H. avec 12 points d'infériorité. A la fin de la dernière séance, la Commission administrative, sur le rapport du jury, nomme le Dr d'Astros, médecin-adjoint des hôpitaux.

Quelle ne fut donc pas la surprise du Corps médical tout entier et surtout des membres du jury en lisant, quinze jours après, dans un journal politique du matin, que l'Administration des hôpitaux venait de nommer le Dr H. médecin-adjoint en remplacement de notre regretté confrère le Dr Richaud, décédé DEUX MOIS avant l'ouverture du concours. Tel est le résumé de l'incident au sujet duquel vous me demandez des renseignements.

Dans quelques jours je vous ferai connaître le résultat des démarches qui ont été faites auprès de l'Administration et de M. le Préfet pour décider la première à revenir sur sa délibération et pour prier le second de ne pas approuver cette nomination, dans le cas où elle serait maintenue par la Commission administrative.

Bien à vous,

Dr X.

Tous nos lecteurs s'associeront à nous pour blâmer un procédé aussi contraire à la justice.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Proposition de loi relative à l'exercice de la médecine; présentée par MM. CHEVANDIER, JOUBERT, BIZARELLI, DEVADE, COUTURIER, BERNARD-LAVERGNE, DE MAHY, LOMBARD, FORNÉ, BACQUIAS CHAVANNE (Rhône).

TITRE PREMIER. — *Du personnel médical. Unification des titres.*

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine sur le territoire de la République, s'il n'est pourvu d'un diplôme régulier de docteur en médecine, décerné par une faculté de l'Etat et s'il ne l'a fait enregistrer à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son domicile. Tous les ans, au mois de janvier, la liste officielle des médecins régulièrement enregistrés sera affichée par les soins du préfet, dans son département et dans les mêmes conditions de publicité que ses arrêtés.

Art. 2. — Toutefois les officiers de santé reçus conformément au titre III de la loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) ainsi que les médecins et chirurgiens dûment autorisés continuent d'exercer la médecine aux conditions et dans les termes de leur commission. Les officiers de santé, pourvus du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences restreint, pourront, s'ils comptent six années d'exercice, se présenter devant une faculté de l'Etat pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, le diplôme de docteur.

Art. 3. — Le Français et l'étranger reçus docteurs à l'étranger ne peuvent être autorisés à exercer leur art sur le territoire de la République, qu'après avoir subi, devant une faculté de l'Etat, tous les examens pour le doctorat, présenté et soutenu une thèse, et produit un certificat de bonnes vie et mœurs.

La dispense de scolarité ne leur est accordée par le Ministre compétent qu'après déclaration de la faculté devant laquelle ils devront passer leurs examens et soutenir leur thèse, d'équivalence avec les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences des diplômes ou certificats produits par les candidats.

Le Français, reçu docteur à l'étranger, payera les mêmes frais que s'il eût fait ses études médicales en France. L'étranger acquittera les mêmes frais imposés dans son pays au Français qui veut y jouir des mêmes droits.

TITRE II. — *Conditions d'études.— Dispositions transitoires pour les étudiants.*

Art. 4. — La durée totale des études pour le doctorat est de quatre années non compris le temps des épreuves.

Art. 5. — Nul n'est admis à prendre sa première inscription dans une faculté ou dans une école secondaire s'il n'est muni du diplôme de bachelier ès lettres. Pour y prendre sa cinquième inscription, il devra présenter son diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Art. 6. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat dans une faculté ou dans une école de médecine, sont autorisés à les continuer dans les conditions actuelles et à prendre le diplôme d'officier de santé.

Il seront admis à passer tous les examens pour le doctorat correspondant au nombre de leurs inscriptions, si, dans le délai de trois mois, à partir de la promulgation de cette loi, ils ont déclaré au secrétariat de la faculté ou de l'école de médecine, leur résolution de poursuivre leurs études en vue du doctorat. Les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint ne seront exigibles qu'au moment de soutenir la thèse.

Art. 7. — Les élèves, visés dans l'article précédent, qui auraient passé les cinq examens pour le doctorat recevraient, sur leur demande, un diplôme d'officier de santé, portant mention des conditions dans lesquelles il a été délivré et donnant droit à l'exercice de la médecine sur tout le territoire de la République. S'ils voulaient plus tard obtenir le titre de docteur, ils n'auraient qu'à produire les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint et à subir la thèse.

© BIU Santé

TITRE III. — *Exercice illégal. — Pénalités. — Incapacités.*

Art. 8. — Exerce illégalement la médecine toute personne qui, sans être munie d'un diplôme régulier ou sans l'avoir fait enregistrer prend part au traitement des affections médicales ou chirurgicales ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires, application d'appareils ou délivrance de médicaments. Exerce encore illégalement la médecine la personne qui, munie d'un diplôme régulier, sort des attributions qu'il lui confère.

Art. 9. — L'exercice illégal de la médecine est un délit justiciable des tribunaux de police correctionnelle.

Art. 10. — Le délit d'exercice de la médecine, avant l'enregistrement du diplôme, est puni d'une amende de 25 à 100 francs. Le délit d'exercice illégal simple sera puni d'une amende de 100 à 500 francs. La récidive sera punie de 500 à 1,000 francs d'amende et d'un emprisonnement de 15 jours à 6 mois.

Art. 11. — Si l'exercice illégal est accompagné de l'usurpation de titre, l'amende sera de 1,000 à 2,000 francs ; en cas de récidive, à une amende double s'ajoutera un emprisonnement de six mois à un an. Si l'usurpation du titre est le fait d'un médecin, celui-ci sera passible d'une amende de 500 à 1,000 francs. La récidive sera punie d'une amende de 1,000 à 2,000 francs et d'un emprisonnement de six jours à six mois. Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

Art. 12. — En cas de conviction de plusieurs des délits ci-dessus énoncés, les peines ne pourront être accumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de poursuite, sans que, par suite du cumul, l'emprisonnement puisse jamais dépasser 2 ans et l'amende 3,000 francs. L'article 463 du Code pénal pourra être appliqué aux délits prévus.

Art. 13. — Sont déclarés incapables d'exercer la médecine : 1° Ceux qui auront été condamnés à des peines afflictives ou infamantes, à moins qu'elles n'aient été prononcées pour des crimes politiques ; 2° Ceux qui auront été condamnés à des peines correctionnelles pour crimes ou délits de vol, pour crimes de faux, pour délits d'escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 333, 334, 335 et 345 du Code pénal. Les Cours d'assises pourront déclarer incapables d'exercer la médecine ceux qu'elles condamneront à des peines correctionnelles pour des faits qualifiés crimes par la loi.

— Dans leurs réunions du 4 et du 6 février, les bureaux ont nommé la Commission chargée d'examiner cette proposition. Cette commission est composée de MM. Cayrade, Chevandier, Forné, Bourneville, Joubert, Devade, Couturier, Pénières, Frézy, Roudier et Bizarelli.

VARIA

Rapport présenté par M. BOURNEVILLE au nom du 5e groupe de la 2e Sous-Commission, de la Commission chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés (1).

MESSIEURS,

Dans sa première réunion tenue, le 26 avril 1881, la deuxième sous-commission a décidé qu'elle se diviserait en cinq groupes et elle a tracé le programme des questions que chaque groupe aurait à examiner. Nous croyons utile de reproduire immédiatement le sommaire des questions dont l'examen a été attribué au 5e groupe : cela nous servira d'introduction et mettra de suite nos collègues au courant des principaux sujets exposés dans ce rapport.

PERSONNEL MÉDICAL ET ADMINISTRATIF A TOUS LES DEGRÉS.

a) *Personnel administratif.* — Directeur, mode de nomination. Division ou réunion des fonctions de directeur et de médecin. — Direction administrative confiée à un médecin. — Attributions du directeur. — Remplacement en cas d'absence. — Secrétaires de direction. — Receveurs. — Économes. — Commis et expéditionnaires.

b) *Personnel médical.* — Médecins en chef. — Médecins chefs de service. — Médecins adjoints. — Internes en médecine. — Pharmaciens. — Internes en pharmacie. — Mode de nomination, fixation des traitements. — Médecins des asiles privés et des quartiers d'hospices réservés au traitement des aliénés. — Mode de nomination. — Résidence dans l'établissement pour les médecins des asiles publics ou privés et des quartiers d'hospice. Le personnel médical peut-il être intéressé dans un établissement privé destiné au traitement de l'aliénation mentale ?

c) *Aumôniers.*

d) *Personnel secondaire chargé de la surveillance.* — Chefs d'ateliers. — Chefs surveillants. — Surveillants, surveillantes. — Infirmiers. — Infirmières, mode de nomination. — Mesures à prendre pour faciliter le recrutement et la stabilité de ce personnel. — Traitements. Caisse de retraite ou situation de reposants.

1. DIRECTION DES ASILES. — D'après l'état actuel de la législation et des règlements relatifs au mode de nomination des directeurs des asiles publics d'aliénés, ces fonctionnaires sont nommés par M. le Ministre de l'intérieur conformément à l'ordonnance du 18 décembre 1839. La pratique adoptée par le ministère consiste à réunir le plus souvent possible les fonctions de directeur et de médecin en chef. Ainsi sur 46 asiles publics placés sous la direction de l'autorité ministérielle, 32 sont mis sous l'autorité du médecin en chef, 2 sont dirigés par un médecin exonéré des fonctions médicales, et 12 seulement ont à leur tête un directeur administratif. Ce n'est pas d'emblée, mais progressivement et par la force des choses, que l'Administration supérieure s'est décidée à confier aux médecins la direction administrative des asiles.

Tout, dans un asile d'aliénés, doit converger vers le même but : *le traitement des malades*. Et si, quand il s'agit de malades ordinaires pour lesquels la pharmacopée fournit les principaux agents, le médecin n'a guère besoin de s'immiscer dans les questions administratives — sauf, en ce qui concerne l'hygiène générale de l'hôpital, souvent trop négligée, — il n'en est plus de même dans la médecine des aliénés. En effet, dans le traitement des diverses formes de l'aliénation mentale, doivent intervenir non seulement les *agents pharmaceutiques*, mais la *discipline* intérieure, la *distribution* du travail, l'indication de sa durée, les *promenades*, les *congés* d'essai ou de convalescence, les *exercices physiques*, etc. Les *distractions* mêmes, qu'il s'agisse de jeux, de concerts ou de représentations théâtrales doivent être prescrites ou défendues par le médecin. Tel malade bénéficiera d'une distraction qui exaltera le délire de tel autre. Le travail, si celui qui le répartit n'est pas imbu de ces idées, devient bientôt une simple exploitation du malade ; il faut que celui-ci rapporte le plus possible à l'asile ; on le pousse au travail. Résiste-t-il ? Il est renvoyé pour céder la place à un autre plus docile ou plus robuste, et, peu à peu le surveillant oubliant son rôle d'infirmier ou de garde-malade n'est plus qu'un simple contre-maître.

Sur ce point, l'opinion médicale est unanime, et cela, non pas pour la vaine satisfaction d'un amour-propre puéril, mais parce que le bien-être du malade et les nécessités du traitement le réclament. A l'appui, on peut invoquer non seulement ce qui se fait à l'étranger, mais aussi l'avis de personnes n'appartenant pas au corps médical et dont on ne peut suspecter l'impartialité. C'est ainsi qu'avec M. Foville nous citerons l'opinion de M. Ninard qui, dans un discours à la Chambre des députés (séance du 4 avril 1879), s'exprimait en ces termes au sujet de la direction des asiles d'aliénés.

« Est-il besoin dans ce grave intérêt d'un directeur autre qu'un directeur médecin dont les aptitudes spéciales répondent à toutes les exigences de cette intéressante et délicate mission ? Il faut l'unité de vue dans un pareil service. La division des attributions ne peut avoir d'autre résultat que de créer de regrettables et dangereux conflits, de confondre les responsabilités, de gêner, d'entraver les services en plaçant constamment en face deux volontés dont l'une est toujours raisonnée, consciente, et dont l'autre n'est que trop inconsciente ou capricieuse.

« Les dangers que je signale s'appliquent surtout aux directeurs non médecins dont le personnel se recrute généralement dans le monde des fonctionnaires administratifs, et dont l'utilité est plus que contestable.

« La fonction consiste à diriger des malades, des gardiens. Une direction unique suffirait donc, celle des médecins secondés par les employés nécessaires, et elle aurait cet avantage, dans le sens du projet de loi, de n'appeler aux fonctions de directeur que des hommes sans titres antérieurs, débutant dans la carrière par les classes les moins élevées et n'arrivant au sommet de la hiérarchie qu'après avoir successivement parcouru les étapes qui les en séparent. »

Tous les membres du 5e groupe acceptant ces principes généraux reconnaissent la nécessité de placer les asiles sous la suprématie médicale. Mais, comme les asiles sont loin d'avoir la même importance, comme quelques-uns sont confiés à plu-

(1) MM. Herold, *président* ; Ball, Lunier, Foville, Pilon et Bourneville, *rapporteur*.

© BIU Santé

sieurs médecins chefs de service, il a paru utile d'examiner s'il n'y avait pas lieu d'établir une distinction, au point de vue administratif, entre les divers asiles. Après une discussion approfondie, le 5e groupe a été d'avis de faire la proposition suivante qui modifie la réglementation actuellement en vigueur :

Dans les asiles où il n'y a qu'un médecin chef de service, les fonctions administratives et médicales sont réunies. Dans les asiles où existent plusieurs médecins, chefs de service, les fonctions de médecin en chef et les fonctions administratives seront distinctes.

Il suit de là que les asiles publics d'aliénés seraient divisés en deux catégories : la première embrassant tous les asiles où il n'y a qu'un médecin chef de service, quel que soit le nombre des médecins adjoints ; la seconde embrassant les asiles où il y a plusieurs médecins chefs de service. Sur la proposition de M. Herold, 4 membres du groupe sur 5 adoptent la proposition ci-après :

Les asiles publics d'aliénés existant actuellement dans le département de la Seine seront placés dans la deuxième catégorie (1).

Le cinquième groupe s'est alors occupé : 1° des *améliorations* qui devaient être introduites afin de faciliter la tâche des *médecins-directeurs* ; 2° des *attributions* qui devaient être données aux aux *directeurs administratifs*.

1° *Médecins-directeurs*. — En ce qui concerne les médecins directeurs, on s'est plaint tantôt de l'abandon qu'ils étaient portés à faire de leurs fonctions médicales, tantôt de leur insuffisance administrative ; on a dit que, préoccupés du côté scientifique de leur mission, ils laissaient péricliter les intérêts de l'asile qui leur était confié ; ou bien que, soucieux surtout d'équilibrer leur budget et de se présenter devant le Conseil général et l'Administration supérieure avec une situation financière avantageuse, ils négligeaient leurs fonctions médicales. Le remède à cette situation consiste à décharger, dans une certaine mesure, le médecin directeur des menus détails de l'Administration. Et, à cet égard, les membres du 5e groupe ont approuvé à l'unanimité les indications formulées par MM. les Inspecteurs généraux dans le passage suivant de leur *Rapport sur le service des aliénés* :

« Dans la plupart des asiles, disent-ils, le directeur est secondé par un *secrétaire de la direction*. C'est, croyons-nous, en augmentant le traitement de ces employés, en leur faisant une situation à peu près analogue à celle des receveurs ou des receveurs économes, qu'ils pourraient être mieux choisis et deviendront pour les directeurs des auxiliaires sérieux auxquels ils n'hésiteront plus à déléguer certaines attributions de détail qui absorbent sans grand profit pour les établissements la meilleure partie de leur temps et de leur activité (p. 160). »

En exprimant son opinion favorable sur ce point, M. Fouville, nommé inspecteur après la publication du Rapport, a fait remarquer que si, dans les asiles de la Seine, les médecins directeurs avaient un personnel suffisant, il était loin d'en être toujours ainsi dans les asiles des autres départements. Nous avons la conviction que si les préfets, encouragés dans cette voie par l'Administration supérieure, insistent auprès des Conseils généraux pour leur démontrer les avantages de cette réforme, ils réussiraient le plus souvent à la faire adopter, à pourvoir les médecins directeurs de secrétaires de direction remplissant les conditions désirables et pouvant jouer le rôle que nous proposons pour eux. Il n'est guère admissible, en effet, que les Conseils généraux républicains ne considèrent pas comme l'un de leurs premiers devoirs celui de placer les institutions hospitalières de leur département au niveau des institutions similaires de l'étranger où l'on s'est efforcé de réaliser toutes les améliorations indiquées par l'expérience et, par conséquent, de fournir aux médecins les moyens indispensables pour arriver à ce but.

2° *Directeurs administratifs*. — Une étude attentive des asiles d'aliénés montre, nous le répétons, que trop souvent, dans les asiles où n'existe pas l'*unité de direction*, il survient des conflits regrettables entraînant dans le personnel des mutations fréquentes, fort préjudiciables aux intérêts des malades devant lesquels tous les autres ne sont que secondaires. C'est en s'appuyant sur les faits de ce genre que les membres du 5e groupe ont décidé à l'unanimité qu'il était indispensable de subordonner le *directeur administratif* aux *médecins chefs de service*.

Afin de marquer cette subordination, le groupe adopte la dénomination d'*administrateur*, que M. Herold propose de substituer à celle de *directeur*.

Dans le but de bien établir cette subordination dans la pratique, le rapporteur a demandé qu'il soit créé un *Conseil d'administration* composé du corps médical, du pharmacien, de l'administrateur et de l'économe. La présidence en serait dévolue à l'un des médecins qui serait rééligible après un intervalle d'un an. Après discussion cette proposition a rallié la majorité des membres du groupe, mais à la condition que le pharmacien et l'économe ne feront pas partie du Conseil d'administration auquel ils pourraient assister, ainsi que les médecins adjoints. Et, finalement, la rédaction suivante a été adoptée à l'unanimité.

L'Administrateur est chargé, sous l'autorité du Préfet et sous le contrôle du service médical, de la Direction de l'asile et de la gestion de ses biens et revenus.

Restait à savoir comment le contrôle du service médical s'exercerait sur les actes d'administration. Les membres du 5e groupe, également à l'unanimité, ont précisé ce contrôle dans la formule ci-après :

Le contrôle du service médical sur l'Administration de l'asile s'exerce par un comité de médecins chefs de service dont le président est renouvelé chaque année. Ce comité correspond directement avec le Préfet par l'intermédiaire de son président.

Toujours dans le même ordre d'idées, c'est-à-dire afin de bien indiquer la pensée qui inspire les membres du groupe, et sur la remarque judicieuse de M. Lunier, les membres du groupe, à l'unanimité, demandent que, dorénavant, le règlement porte en première ligne le service médical et les attributions qui lui sont conférées.

Pour terminer, il convenait de fixer les *conditions de nomination des administrateurs*. Le groupe est d'avis qu'elles pourraient être ainsi rédigées : Etre Français ; avoir trente ans d'âge ; être licencié en droit, et compter cinq ans de services dans l'Administration centrale ou dans une Préfecture de 1re classe ; ou bien compter dix ans de service comme employé dans l'Administration centrale, dans les Administrations préfectorales de 1re classe ou dans les asiles d'aliénés.

(A suivre.)

(1) Les asiles de la Seine, tout au moins ceux de Vaucluse et de Ville-Evrard avaient été organisés de telle sorte que la population y étant limitée à un nombre assez restreint de malades, les médecins directeurs pouvaient parfaitement faire face aux besoins du service. Malheureusement à Ville-Evrard, au lieu de créer un second asile dans les terrains disponibles, on a procédé à des agrandissements successifs qui finiront par doubler la population de l'asile primitif. C'est là une expérience coûteuse, il est vrai, mais qui démontre la nécessité de restreindre à 5 ou 600 la population des asiles. (*Note du rapporteur*).

Ecoles d'infirmières : De l'utilité des bonnes infirmières.

Avec les progrès de la médecine, l'hygiène du malade et de la salle d'hôpital prend une importance de plus en plus prépondérante. Le praticien le meilleur n'est pas forcément le thérapeute le plus direct, mais celui qui s'entend le mieux à ordonner l'ensemble des soins de son malade ; le chirurgien qui compte le plus de succès, n'est pas nécessairement l'opérateur le plus habile, mais bien celui qui veille à tout, avant et après l'opération. Il faut pour seconder le médecin dans cette voie, des aides intelligents qui, non seulement, exécutent à la lettre ses prescriptions, mais encore soient en état de faire face aux éventualités, qu'on n'aura pu prévenir ni même prévoir. Le médecin sentira s'alléger de beaucoup le poids de sa responsabilité, quand, dans un cas grave, il sentira près de son malade un aide éclairé et digne de confiance. Le professeur Gros, dans une récente communication, résume en ces termes le caractère d'une infirmière modèle : « Les principales qualités d'une infirmière sont : santé parfaite, bonne tenue, propreté du corps, correction dans l'habillement, douceur de caractère, patience, bon tempérament, discrétion, jugement sain, présence d'esprit et sang-froid. Un tel assemblage de qualités est rare, mais si à cela se joint une instruction bien dirigée, l'infirmière remplit au plus haut

© BIU Santé

degré les exigences de sa charge, et, dans le traitement de la maladie, se trouve appelée à jouer un rôle de bien, rivalisant avec celui des médecins traitants. Elle répand autour d'elle, lumière, courage et sympathie, et elle en arrive à diminuer de moitié l'angoisse et le découragement qui accompagnent la maladie. »

Il n'est pas besoin de beaucoup de réflexion pour comprendre l'utilité qu'il y a de recruter ces aides dans les meilleures classes de la société. Aussi est-il à désirer de voir cette profession s'élever au plus haut point dans l'estime du public, afin que des femmes de bonne éducation soient encouragées à adopter cette profession, dans le but d'arriver à une honnête aisance, en rendant d'éminents services à l'humanité. Le professeur Gros, dans un remarquable rapport présenté à l'Association médicale Américaine en 1869, demande que des Écoles d'infirmières de districts se fondent sous les auspices des Sociétés médicales, dont les membres peuvent prendre en mains l'enseignement professionnel. Dans un congrès plus récent, il a de nouveau demandé que dans chaque capitale d'État s'établissent des écoles et des sociétés pour l'instruction des infirmiers hommes et femmes, avec le concours gratuit des membres des sociétés. Dans ses conclusions, cet auteur dit ceci : « Par l'instruction, la profession d'infirmière s'est rapidement élevée au rang d'une profession honorifique : ce n'est pas une occupation stérile, mais un aide, un mieux. » Et il attache une telle importance à l'avenir qu'il poursuit, qu'il déclare que, si le succès vient couronner ses efforts, il aura accompli la grande œuvre de sa vie.

Depuis quelques années, l'intérêt du public s'est attaché à cette question : En Europe, sous l'impulsion du professeur Esmark en Allemagne, de la princesse Christianne en Angleterre, de la société de la Croix-Rouge et l'association de l'ambulance Saint-Jean, de nombreuses écoles Samaritaines, se sont organisées avec installation de cours et de conférences. C'est ainsi que le but de ces fondations était surtout de faire connaître au public les premiers soins à donner aux blessés ; mais le résultat a été de diriger en même temps l'attention du public sur les soins à donner aux malades en général. Une société de cette sorte s'est fondée à New-Yorck avec succursales dans différentes villes de cet Etat. A Philadelphie, l'association pour l'organisation de la charité a fondé des écoles d'infirmières dont la réputation est déjà bien établie. (*Philadelphia medical Times*, 3 novembre 1883.) — L'auteur aurait pu mentionner les Écoles d'infirmières créées à Paris il y a 6 ou 7 ans par le Conseil municipal et par la Société de médecine pratique, ainsi que l'enseignement institué par l'*Association philotechnique* (1880) et plus récemment (1882), au point de vue des blessés, par *Union des femmes de France*.

Faculté de médecine.

Cours de physiologie. — M. Rémy, agrégé, suppléant, M. Béclard, commencera le cours de physiologie le lundi 17 mars 1884, à 5 heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaire de pathologie externe. — M. Reclus, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe le vendredi 21 mars 1884, à 4 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Damaschino commencera le cours de pathologie interne le samedi 22 mars 1884, à 3 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le samedi 22 mars 1884, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu). — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale le lundi 17 mars 1884, à 9 heures du matin (Hôtel-Dieu), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Lundi : leçon de thérapeutique. Mercredi et vendredi : Conférences cliniques au lit du malade.

Cours de thérapeutique et matière médicale. — M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le jeudi 20 mars 1884, à 5 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. Hallopeau, agrégé, suppléant M. Vulpian, commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le samedi 22 mars 1884, à 2 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaire de pathologie interne. — M. Troisier, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le vendredi 21 mars 1884, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Faculté des sciences.

Les cours de la Faculté s'ouvriront le lundi 17 mars 1884, à la Sorbonne :

Physique. — M. Jamin, professeur, ouvrira ce cours le mardi 18 mars à 2 h. et le continuera les mardis et samedis, à la même heure. Il fera la seconde partie du cours de physique et traitera de l'acoustique et de l'optique.

Chimie organique. — M. Wurtz, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 19 mars à 1 h. 3/4 et le continuera les mercredis et vendredis, à la même heure. Après avoir exposé quelques notions générales sur les fonctions en Chimie, il traitera des carbures d'hydrogène, des aldéhydes, des acides de la série grasse. Il terminera par l'histoire abrégée des composés aromatiques en insistant particulièrement sur les bases appartenant à cette série. Il fera, en outre, une série de conférences complémentaires qui seront annoncées par des affiches spéciales.

Zoologie, anatomie, physiologie comparée. — M. Milne-Edwards, professeur, ouvrira ce cours le mardi 18 mars, à 3 h. 1/2 et le continuera les mardis et samedis, à la même heure. Il traitera les fonctions de nutrition et de génération dans l'ensemble du règne animal. Les travaux pratiques et conférences qui, depuis le mois de novembre, ont lieu dans le Laboratoire des hautes études dirigé par ce professeur, seront continués pendant la première partie du second semestre.

Botanique. — M. Duchartre, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 19 mars, à midi 1/4 et le continuera les mercredis et vendredis, à la même heure. Il traitera des classifications, plus particulièrement de la méthode naturelle et il étudiera les principales familles de plantes.

Géologie. — M. Hébert, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 19 mars, à 3 h. et le continuera les mercredis et vendredis, à la même heure. Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques.

Conférences. — *Sciences physiques.* M. Mouton, maître de conférences. Les travaux ont lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. Bouty, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de *Physique* traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin ; ces conférences auront lieu les mardis et samedis, à 4 h. 1/2, dans le nouvel amphithéâtre. — M. Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la *Minéralogie*, les mardis et samedis, à 8 h. 1/2, dans le Laboratoire de minéralogie. — M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de *Chimie analytique*, les mardis et samedis, à 10 h. 1/2, au nouveau laboratoire, et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray. — M. Salet, maître de conférences, fera les mercredis à 3 h. 1/2, des leçons de *Spectroscopie et Photochimie* et les vendredis, à la même heure, des conférences de *Chimie organique*. — M. Riban, maître de conférences, directeur adjoint du laboratoire de chimie : les travaux ont lieu tous les jours, de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures. — Les manipulations pour la licence les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures.

Sciences naturelles.. — M. J. Chatin, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à 10 heures, dans le nouvel amphithéâtre des conférences sur diverses parties de l'*étude anatomique et physiologique des animaux*, indiquées par M. le professeur Milne-Edwards. — M. Jolyet, maître de conférences, M. Joyeux-Laffuie, *suppléant*, fera au laboratoire de Zoologie expérimentale, les mercredis à 5 heures et les samedis à 7 h. 1/2 du soir, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers. — M. Velain, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à 9 heures, dans le nouvel amphithéâtre des conférences sur *les diverses parties de la géologie*. Les élèves seront exercés au Laboratoire de géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 heures à 11 heures et demie. — M. Vesque, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis, à midi, des conférences, ou surveillera des exercices pratiques, sous la direction de M. le professeur Duchartre. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 17. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Tillaux, Regnier. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Damaschino, Pouchet. — 2e *Officier de santé* : MM. Charcot, Tarnier, Reclus. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Trélat, Fournier, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 18. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Cornil, Humbert. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Peter, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Ball, Panas, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Pajot, Hardy, Peyrot ; — (N. R. 1re partie) (Charité) : MM. Richet, Le Fort, Charpentier.

Mercredi 19. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Trélat, Regnier. —

© BIU Santé

3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 4e *de Doctorat* : MM. Charcot, Hayem, Straus. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Tillaux, Pinard ; — (N. R. 1re partie) (Charité) : MM. Verneuil, Tarnier, Segond.

Jeudi 20. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Le Fort, Remy. — 2e *de Doctorat* : MM. Hardy, Jaccoud, Richelot ; — (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Vulpian, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Pajot, Richet, Humbert ; — (N. R. 2e partie) : MM. Bouchard, Cornil, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Troisier.

Vendredi 21. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Baillon, Hanriot, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard.

Samedi 22. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Cornil, Remy. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Sappey, Robin, Richelot. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Hardy, Bouchard, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Laboulbène, Humbert.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 17. M. Coutaud : Contribution à l'étude de la colique du Poitou, considérée comme une intoxication saturnine. — M. Biat : Péritonite tuberculeuse à forme ascitique. — *Jeudi* 20. M. Vincent : Traitement du varicocèle, application de la méthode antiseptique. — M. Ruyssen : De l'ergotine dans le diabète sucré. — *Samedi* 22. M. Jacquemard : Contribution à l'étude du rôle étiologique de la ménopause. — M. Baratier : De la vaginite et de son traitement par des applications locales de copahu.

Association générale des médecins de France.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le 20 et le 21 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria. Voici l'ordre du jour des deux séances :

Dimanche 20 *avril* 1884. — La Séance sera ouverte à *trois heures précises*. 1. Allocution de M. le président ; — 2. Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, Trésorier ; — 3. Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général ; — 4. Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1883, par M. A. Foville, Secrétaire général ; — 5. Election d'un Vice-Président de l'Association en remplacement de M. Seux décédé, et de six membres du Conseil général en remplacement de MM. Lannelongue, Fauvel, Hérard, Moreau (de Tours), Bancel, Dufay, arrivés aux termes de leur exercice (les membres du Conseil sont rééligibles) ; — 6. Première partie du Rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagères à accorder en 1884 ; — 7. Rapport par M. Lunier sur les vœux relatifs à la législation de l'exercice de la médecine, émis par MM. Pestel au nom de la Société de l'Indre, Dubois au nom de la Société de la Haute-Vienne, Paillé au nom de la Société de Rochefort ; et par la Société des Côtes-du-Nord, vœux qui ont été pris en considération par l'Assemblée générale de 1883. — *A sept heures précises le banquet.*

Lundi 21 *avril* 1884. — La Séance sera ouverte à *deux heures précises*. 1. Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale ; — 2. Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale ; — 3. Rapport, par M. Martineau, sur le vœu relatif aux placements et remplacements de médecins, émis par M. Boutequoy au nom de la Société de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine et pris en considération par l'Assemblée générale de 1883 ; — 4. Deuxième partie du Rapport de M. Durand-Fardel, sur les Pensions viagères à accorder en 1884. Discussion et vote des conclusions ; — 5. Ouverture du scrutin pour l'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de Pensions viagères en 1885 ; — 6. Discussion du Rapport de M. Lunier lu dans la séance de la veille ; — 7. Exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyés au Conseil général seront l'objet d'un rapport dans l'Assemblée générale de 1885.

Enseignement médical libre.

Cours d'ophtalmologie. — M. le Dr Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophtalmologie (semestre d'été), le lundi 17 mars, à 8 heures du soir, à l'école pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Objet du cours : Médecine opératoire oculaire ; Exercices pratiques pour les élèves inscrits. Se faire inscrire de 1 heure à 3 heures, rue de l'Ancienne-Comédie ou à l'Ecole pratique (auprès du garçon d'amphithéâtre.

FORMULES

13. Traitement de l'ulcère de l'estomac. Atkins.

M. le Dr Atkins a eu à plusieurs reprises en traitement des ulcères rebelles et invétérés de l'estomac dans le cours desquels on avait prescrit sans grand avantage les carbonates de fer, de soude, le bismuth, l'acide prussique, le columbo, la strychnine, la pepsine, le citrate de potasse, le thé de bœuf, l'eau d'orge, le lait, le jus de citron. Sans obtenir aucune amélioration, une malade traitée de la sorte était si affaiblie qu'elle pouvait à peine se tenir debout ; elle était amaigrie, très pâle, le pouls rapide et misérable. L'auteur ordonne le repos au lit, une cuillérée à café d'essence liquide de bœuf de Bromd, avec une cuillérée à café de jus de viande de Valentin dans un peu d'eau froide toutes les quatre heures. A cela on ajouta un verre à Bordeaux de lait et d'eau de chaux, mélangés en proportions égales. En même temps, faire matin et soir des frictions générales avec huile d'olive. L'essence de bœuf et le lait furent graduellement augmentés, et quand la douleur eut disparu, on donna peu à peu du pain, de l'eau d'orge, de l'arrow-root. On interdit les stimulants de toute nature : pour tous médicaments on donna trois fois par jour :

Tartrate de fer	0,40 centigr.
Teinture de Conium . . .	0,75 —
Teinture de Columbo . .	0,75 —
Teinture de glycérine . .	0,75 —

Depuis un an, la malade a notablement repris son embonpoint et ses couleurs ; elle a repris son régime ordinaire et peut faire sans fatigue d'assez longues promenades. Depuis lors elle a eu une autre attaque de vomissements ; le koumys a moins réussi que le lait ordinaire et l'eau de chaux (*The practitioner* et *Paris médical*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 29 février au jeudi 6 mars 1884, les naissances ont été au nombre de 1297, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 457 ; illégitimes, 207. Total, 644. — *Sexe féminin* : legitimes, 450 ; illégitimes, 183. Total, 633.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 29 février au jeudi 6 mars 1884, les décès ont été au nombre de 1140 savoir : 608 hommes et 532 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 19, F. 10. T. 29. — Variole : M. 3, F. ., T. 3. — Rougeole : M. 23, F. 15, T. 38. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 8, F. 10. T. 18. — Diphthérie, Croup. M. 47, F. 28, T. 75. — Dyssenterie : M. 1. F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 4, F. 2, T. 6. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 27, F. 39, T. 66. — Phthisie pulmonaire : M. 135, F. 91. T. 226. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 8. T. 16. — Autres affections générales : M. 19, F. 34, T. 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25, F. 31, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 24, F. 21, T. 45. — Pneumonie : M. 36, F. 36, T. 72. — Athrepsie : M. 39, F. 30. T. 69. — Autres maladies des divers appareils : M. 161, F. 163, T. 324. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 24, F. 6, T. 30. — Causes non classées M. 4, F. 3, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 106, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 24, Total : 51. *Sexe féminin* : légitimes, 35 ; illégitimes, 20. Total : 55.

Université d'Edimbourg. — Cette Université doit célébrer son troisième centenaire le 17 avril prochain. A cette occasion elle a décidé de décerner des titres honorifiques à quelques-uns des savants les plus illustres de tous les pays. Pour la France son choix s'est porté sur M. Charcot et sur M. Chevreul qui ont été invités à se rendre au festival du 17 avril, à Edimbourg, pour recevoir le titre honorifique de Docteur en droit « *Doctor of Laws.* »

Faculté de médecine de Paris. — M. Artault est chargé des fonctions de préparateur adjoint des travaux pratiques d'histoire naturelle (zoologie), en remplacement de M. Brumauld de Montgazon, démissionnaire. — Un congé sans traitement est accordé, du 1er février au 1er décembre 1884, à M. Lesage, aide du laboratoire des cliniques, à l'Hôtel-Dieu.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Dufour, licencié ès sciences physiques naturelles, est nommé préparateur de géologie, en remplacement de M. Cerquand, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lille. — M. le Dr Lober est nommé chef du laboratoire des cliniques (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Lille. — Un concours pour un emploi de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le lundi 28 avril 1884, à la Faculté de médecine de Lille. Les candidats devront s'inscrire avant le dimanche 20 du même mois. La durée des fonctions sera de 3 ans et le traitement annuel de 1,200 fr.

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté en date du 7 mars mars 1884, la chaire de physiologie de la Faculté de médecine et de

© BIU Santé

pharmacie de Lyon est déclarée vacante. Un délai de 20 jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Hôpitaux de Paris. — MM. les étudiants ayant plus de dix inscriptions qui désireraient remplir les fonctions d'externes dans les hôpitaux de Paris, sont priés de se faire inscrire immédiatement au secrétariat général de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. — Et nous ne sommes qu'au 14 mars !

Hôpitaux de Bordeaux. — L'Administration des hospices de Bordeaux vient de mettre au concours une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices. Les épreuves commenceront le mardi 3 juin 1884. — Pour plus amples renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91.

Faculté des sciences de Paris. — M. Vesque, docteur ès sciences, est nommé maître des conférences de botanique.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle en date du 6 mars 1884, M. Riemer, médecin-major de 1re classe, a été désigné pour l'hospice mixte de Montpellier (médecin-chef des salles militaires). — M. Yvert, médecin-major de 2e classe, est désigné pour l'Ecole d'application de cavalerie, à Saumur. — M. Mercier, médecin major de 2e classe, est dirigé pour le 3e régiment de zouaves.

Officiers de santé et pharmaciens de 2e classe. — *Sursis d'appel.* Le Ministre de la guerre vient de proroger d'une année les dispositions de sa circulaire du 27 juillet 1883. En conséquence, des sursis d'un an ou renouvellement de sursis d'un an seront accordés aux officiers de santé, aux pharmaciens de 2e classe et aux étudiants en médecine possesseurs de 12 inscriptions valables pour le doctorat qui, se trouvant convoqués pour une période d'instruction dans la réserve ou dans l'armée territoriale, se seraient mis en instance pour obtenir le grade de médecin ou celui de pharmacien auxiliaire.

Société médicale des bureaux de bienfaisance. — *Banquet.* Le Banquet annuel de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance aura lieu le mercredi 19 mars, à 7 heures, dans les salons du Grand Véfour, au Palais-Royal, rue Beaujolais, 15. La cotisation est fixée à 15 francs. On s'inscrit chez MM. Chevallereau, 9, rue de Rivoli ; Commenge, 18, avenue Victoria ; Gibert, 38, rue Keller ; Guyet, 13, rue Castellane ; Le Noir, 22, rue du Bouloi ; Passant, 39, rue de Grenelle ; Richard (Paul), 104, rue de Rivoli. — N. B. Tous les médecins des Bureaux de bienfaisance sont convoqués et priés d'assister à ce banquet.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — Par arrêté en date du 28 février, M. le Dr Coumétou a été nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement de Paris.

Les études médicales en France. — Une statistique officielle nous fait connaître que, pendant le cours de l'année scolaire 1882-83, les six grandes Facultés de médecine de France ont délivré 662 diplômes de docteur en médecine lesquels se répartissent ainsi pour chacune des Facultés : Bordeaux, 44 ; Lille, 20 ; Lyon, 43 ; Montpellier, 59 ; Nancy, 21 ; Paris, 465. — Pendant le cours de cette dernière année scolaire, le nombre des diplômes de docteur en médecine conférés dans l'Empire d'Allemagne a été de 692, soit une différence en plus de 30 diplômes.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Dehérain, professeur de physiologie végétale, commencera ce cours le mardi 18 mars 1884, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Le professeur traitera du développement des végétaux, de la germination, de l'assimilation du carbone, de l'azote, des matières minérales, de la formation des principes immédiats de la transpiration, de la respiration et de la maturation. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologies végétales seront l'objet de démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon, 63. Elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre.

Société de secours aux blessés militaires. — Par décret en date du 21 février 1884, le Conseil de la Société de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer est autorisé à accepter le legs gratuit d'une somme de 2.000 fr. fait à cette œuvre par M. le Dr Houzé de l'Aulnoit, suivant son testament olographe du 16 octobre 1882.

Les universités allemandes. — Voici les chiffres que donne M. le professeur Conrad (de Halle), sur la fréquentation des Universités allemandes. D'après lui, ces Universités ne comptaient, en 1883, que 13,000 étudiants. Elles en ont maintenant plus de 25,000. Après 1833, la fréquentation universitaire a diminué et est restée inférieure à celle de ladite année jusqu'en 1864. En 1872, elle n'était encore que de 15,000 étudiants. C'est depuis lors qu'on l'a vue augmenter rapidement chaque année. En 1833, on trouvait en Allemagne un étudiant sur 2,300 habitants. A présent, on en trouve un sur 1,800 habitants.

Exposition internationale d'hygiène de Londres. — Le Ministre du commerce vient de nommer une Commission chargée d'assurer la participation de la France à l'Exposition internationale d'hygiène qui doit s'ouvrir à Londres le 1er mai prochain. Cette Commission, qui va se réunir prochainement, est composée de MM. Wurtz, professeur à la Faculté de médecine de Paris, président ; Dr Fauvel, inspecteur général du service sanitaire, vice-président ; Jacquemart, inspecteur général de l'enseignement technique ; Marié-Davy, président de la Société française d'hygiène ; Dr Proust, président de la Société de médecine publique ; Faure-Dujarric, architecte ; D A.-J. Martin, commissaire général de la section française.

Viandes salées d'Amérique. — La Commission législative a décidé de demander l'avis des Conseils généraux avant de statuer sur le projet de loi dont elle est saisie, et qui tend, on s'en souvient, à organiser un service d'inspection pour constater l'innocuité des viandes importées d'Amérique. En présence de cette décision, M. de Lanessan a résolu d'adresser une question à M. le Ministre du commerce pour lui demander de rapporter provisoirement le décret qui interdit, d'une manière absolue, l'importation en France des viandes américaines.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le Dr Chambol, décédé à Saint-Genest-Malifaux (Loire), à l'âge de 32 ans. — L'*Union médicale d'Orient* nous apprend la mort de MM. les Dr Ferro, chirurgien distingué des hôpitaux militaires de Constantinople ; Cresengio, jeune médecin de 32 ans, qui a succombé à la phtisie pulmonaire ; et Miltiadis bey, médecin en chef de l'hôpital d'Andrinople, décédé après une courte maladie à l'âge de 40 ans.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. — Goudron Freyssinge. Liqueur concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

Dyspepsie. — *L'Elixir chlorhydro-pepsique Grez*, qui a donné de si remarquables succès dans les hôpitaux, expériences de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc., etc., constitue le traitement le plus efficace des dyspepsies, de l'anémie et des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE et BRICON. **Manuel des injections sous-cutanées.** Un volume in-32 de 210 pages, avec 10 figures dans le texte. Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le rectum comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation. *Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande.*

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique. 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et les digestions 1 verre à *madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans les mêmes cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents.*

en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;

en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

POUDRE DE VIANDE
de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

Nous avons fait faire un élégant cartonnage Bradel. — Prix du cartonnage, 50 c.

WUILLAMIER (T.). — **De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile.** Un beau volume in 8 de 192 pages avec 5 figures dans le texte et 2 pl. en chromo-lithographie. Prix : 4 fr., pour nos abonnés. Prix : 2 fr. 75

Chronique des hôpitaux.

Clinique d'accouchements. — A partir du 15 mars 1884 et pour toute la durée du semestre d'été, les leçons de M. le professeur PAJOT à la clinique d'accouchements se feront au lit des malades tous les jeudis à 8 h. 1/2 du matin. Les mardis et les samedis, à l'Amphithéâtre, manœuvres opératoires et interrogatoires sur la thérapeutique obstétricale pour les élèves inscrits. Les autres jours, étude de la grossesse, toucher. MM. les élèves qui auraient des réclamations à faire sont priés de s'adresser à M. le professeur Pajot tous les jeudis, après la visite.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Clinique infantile.* M. le Dr A. Ollivier, agrégé de la Faculté de médecine, commencera des conférences cliniques sur les maladies des enfants le lundi 17 mars, à 9 h. du matin, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. — Visite des malades à 8 h. Consultation publique le jeudi, à 9 heures.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr CADET DE GASSICOURT recommencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance le jeudi 13 mars, à 10 heures, et les continuera les jours suivants, à la même heure.

Hôtel-Dieu. — *Clinique médicale* : M. G. SÉE, lundis et vendredis, à 9 h. ; — M. GALLARD, mardis et samedis, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. HUMBERT, mardis, jeudis, samedis, à 9 h. — *Clinique ophthalomologique* : M. PANAS, lundis et vendredis, à 9 h.

Hôpital de la Pitié. — *Clinique médicale:* M. JACCOUD, mardis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale :* M. VERNEUIL, lundis et vendredis, à 9 heures 1/2.

Hôpital Necker. — *Clinique médicale* : M. POTAIN, lundis et vendredis, à 10 h. — *Clinique chirurgicale :* M. TRÉLAT, mardis et jeudis, à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphylitiques* : M. FOURNIER, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. PÉAN, le samedi, à 9 heures.

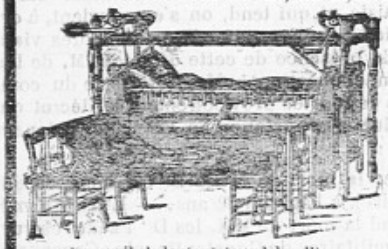
Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES POUR MALADES ET BLESSÉS

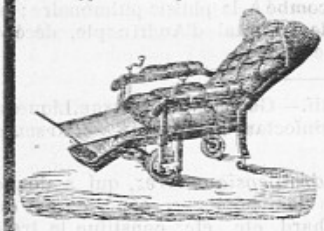
Appareil adopté par l'Académie de médecine de Paris en 1847. — 19 médailles aux Expositions franç. et angl. Académies et Sociétés savantes. Dipl. d'honn., Exp. int. de Paris 1875 ; Méd. de 1re classe, Exp. int. Bruxelles 1876 ; Méd. d'Argent Paris, 1878 ; Méd. d'Or Paris, 1879 ; *Hors concours* Paris, 1880.

DUPONT, PARIS, RUE HAUTEFEUILLE, 10 (près de l'Ecole de médecine).


Appareil s'adaptant tous à les lits.


Voiture de promenade avec tablier et capote.


Fauteuils à grandes roues caoutchoutées, Mû par 2 manivelles.


Fauteuil à manivelles, dossier articulé.


Automoteur avec porte-pieds à 2 articulations.


Portoirs de différents systèmes.

PILULES SUISSES

(Pilules de Coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter, en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, *Pharmacien, 28, rue de Grammont, Paris.*

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

Efficaces contre *Affections pulmonaires, Bronchites, Emphysème, Asthme, Phthisie, Scrofule, Rachitisme.*

DOSE : 3 à 6 grains avant chaque repas. — Administration facile. — Rapide dissolution dans l'estomac. — Pas d'action caustique ou irritante.

DÉPOT : 3, Rue de Choiseul, Paris, et Pharmacies.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

TRAJET DIRECT DE PARIS A PLOMBIÈRES EN 8 HEURES

EAU EN BOISSON. — BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.

Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — ADRESSER LES DEMANDES DIRECTEMENT A LA *Cie de Plombières* ou au *Dépôt Principal*, Maison ADAM, *31, Boulevard des Italiens, à Paris.*

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION
MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

DRAGÉES et SIROP DÉPURATIFS IODURÉS

du Dr GIBERT

(Dragées & Sirop de Deutoiodure Ioduré de Boutigny-Duhamel)

Chaque cuillerée à bouche de Sirop renferme *cinquante centig. d'Iodure de Potassium pur* et *10 millig. de Deutoiodure.*

Les DRAGÉES qui correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop, peuvent se conserver indéfiniment sous tous les climats.

En raison de leur petit volume, elles sont d'un emploi extrêmement *commode* et *agréable*, et n'occasionnent ni nausées, ni dégoût.

D'une solubilité extrême, leur absorption est aussi rapide que celle du Sirop.

Prix du Flacon de Sirop ou de Dragées : 5 francs.

PARIS, Pharmacie Boutigny-Duhamel, DESLAURIERS Successeur

31 — RUE DE CLÉRY ET RUE POISSONNIÈRE — 2

Exiger les Signatures de garantie, et en outre, à l'Etranger, le Timbre de l'Etat Français.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 12. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 22 MARS 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — **M. A. OLLIVIER.**

Leçon d'Ouverture.

Messieurs,

En commençant ces conférences, je ne puis me défendre d'une profonde émotion au souvenir des médecins éminents Guersant, Blache, Trousseau, Germain Sée, Henri Roger, Bouchut et Archambault, qui, depuis plus d'un demi-siècle, ont enseigné avec tant éclat, dans cet hôpital, la pathologie et la clinique infantiles. Il vous paraîtra peut-être téméraire de ma part de vouloir, dès maintenant, tenter de marcher sur leurs traces. Laissez-moi vous dire cependant que, si je suis un nouveau venu à l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai eu, pendant près de dix ans, l'occasion d'observer un très grand nombre d'enfants dans plusieurs des services hospitaliers auxquels j'ai été successivement attaché, depuis mon internat à l'hospice des Enfants-Assistés, en 1861, jusqu'à mon récent passage à l'hôpital Saint-Louis. Dans ce dernier établissement, indépendamment de mon service de maladies de la peau, j'ai été chargé pendant deux ans du pavillon des accouchements où, par conséquent, j'ai vu beaucoup de nouveau-nés. J'ajouterai qu'à l'hôpital Saint-Louis j'ai pu étudier, sur une vaste échelle, tant aux consultations, où se presse toujours une foule nombreuse, que dans mes salles, les différentes manifestations infantiles de la syphilis et de la scrofule, ainsi que les affections parasitaires du cuir chevelu, si communes chez les enfants.

Toutes ces affections, nous les retrouverons ici, non moins fréquentes qu'à l'hôpital Saint-Louis. J'aurai donc plus d'une fois l'occasion de vous en entretenir. En outre, grâce à une plus équitable répartition des malades entre les divers services de cet hôpital, répartition due, je me plais à le déclarer hautement, à l'initiative libérale de tous mes collègues et à la bienveillance de l'Administration de l'Assistance publique, j'espère pouvoir vous montrer, dans le courant de l'année, les principaux types des maladies aiguës et des maladies chroniques qui s'observent dans l'enfance. Une de mes salles ne contiendra que des enfants au-dessous de deux ans, une autre que des enfants de deux à quinze ans. Vous pourrez donc ainsi étudier comparativement les maladies de la première enfance et celles de la seconde. Au reste, je me ferai un devoir de prendre mes sujets de conférence tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre de ces salles.

Avant d'entrer en matière, je crois devoir vous dire comment je comprends l'enseignement dans un service de maladies d'enfants et quelle marche je compte suivre. Ancien élève des professeurs Rostan et Grisolle, je prendrai comme modèles ces deux maîtres vénérés et je suivrai à cette clinique la méthode rigoureuse d'observation qu'ils appliquaient eux-mêmes à la clinique des adultes et qui donnait une si grande valeur à leur enseignement.

Au début de ces conférences sur les maladies spéciales de l'enfance, vous pouvez vous demander si le mot *spécial* est juste, s'il existe réellement des maladies propres aux enfants, qui ne s'observent point aux autres âges de la vie. A cela je réponds : A part quelques affections spéciales aux nouveau-nés (athrepsie, accidents de la dentition, maladies congénitales du cœur), à part le rachitisme, certains troubles provoqués par la croissance, les diverses maladies de l'enfant peuvent se développer chez l'adulte et même chez le vieillard. Mais on ne saurait nier qu'il existe une notable différence au point de vue de la fréquence pour certaines d'entre elles, les fièvres éruptives, la coqueluche, les oreillons, la diphtérie, la méningite tuberculeuse, la chorée, par exemple ; on ne saurait nier non plus l'intensité plus accusée du processus morbide, qui parfois peut égarer le clinicien ; la gravité plus grande du pronostic tenant à la résistance moindre des petits malades, enfin leur susceptibilité qui impose une prudence extrême dans l'emploi des médicaments.

Une autre raison peut donner à certaines maladies, à celles du cerveau, par exemple; une allure particulière. L'enfant est exposé à l'anémie cérébrale. Aux causes qui la produisent chez l'adulte, M. le professeur Potain ajoute, et avec juste raison, une cause toute spéciale, l'inoclusion des fontanelles ; l'action de la pression atmosphérique s'exercerait par là et gênerait l'afflux du sang. Nous savons également que le cerveau des très jeunes enfants n'a pas encore la structure qu'il aura plus tard ; cet état d'imperfection donne à beaucoup d'affections nerveuses un caractère particulier.

Je vous citerai encore comme exemple des modifications que le tout jeune âge peut apporter aux maladies, ce qui a lieu pour la pneumonie franche. Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions sont les mêmes chez l'enfant et chez l'adulte. Mais, chez le premier, la pneumonie peut s'annoncer par des convulsions, par un assoupissement pouvant aller jusqu'à un véritable état comateux ; ce sont les formes éclamptique et méningée décrites par Rillet et Barthez. Est-ce qu'on observe rien de semblable chez l'adulte ?

Nous voyons que, s'il n'existe pas de maladies spéciales à l'enfance, les maladies communes n'ont pas toujours la même marche, la même physionomie clinique qu'à un autre âge de la vie. Il y a donc utilité très grande à étudier *cliniquement* ces maladies dans un même établissement, afin de mieux apprécier leur fréquence, les modifications qu'elles peuvent subir dans leurs symptômes, leur évolution et leur traitement.

Pour aborder avec fruit l'étude clinique des maladies de l'enfance — aussi bien, du reste, que celle des maladies de l'âge adulte et de la vieillesse — il faut être édifié sur la valeur exacte des symptômes, c'est-à-dire connaître parfaitement la séméiologie. J'aimerais mieux, disait Boerhaave, un médecin qui ignorerait toutes choses mais qui saurait la séméiotique, qu'un médecin qui, sachant toutes choses, ignorerait cette dernière... Cette proposition est vraie pour l'adulte, l'est plus encore pour l'enfant. Avec celui-ci, vous vous trouverez souvent en présence de difficultés impossibles à prévoir. Un

© BIU Santé

jeune enfant ne peut ni nous renseigner sur ses sensations ni indiquer le siège de son mal. Mais ces maladies de l'enfance, identiques comme entités nosologiques à celles des autres âges, en diffèrent notablement, je vous le répète, au point de vue de leurs symptômes, de leur marche, de leur durée. La période d'*évolution*, que traverse l'enfant, modifie les phénomènes morbides qui s'accusent par des manifestations plus intenses; enfin, tel symptôme qui, chez les adultes et les vieillards, a une signification déterminée, en aura une autre chez les enfants. Par exemple, la fréquence du pouls, la rougeur du visage, le délire, sont des symptômes le plus souvent très graves chez l'adulte; chez l'enfant, ils peuvent ne traduire qu'un trouble passager et presque insignifiant de l'organisme, une simple fièvre éphémère. Ainsi, Messieurs, difficultés tenant au sujet, à sa situation organique, à son développement intellectuel imparfait; difficultés tenant à la maladie qui s'éloigne comme à plaisir des types avec lesquels nous sommes familiarisés de longue date. J'avais donc raison de vous dire, et je ne saurais trop insister là-dessus: si la pathologie infantile n'est pas une pathologie spéciale, *la séméiotique infantile est une séméiotique spéciale*; il ne faut pas l'oublier, sous peine de courir au-devant des erreurs. Elle a été magistralement étudiée, comme vous le savez, par M. Henri Roger dans le premier volume de ses *Recherches cliniques*, dont les matériaux ont été puisés dans cet hôpital. Nous tâcherons d'utiliser de la même manière ceux que nous pourrons recueillir, et soyez assurés que je ne manquerai pas une occasion de vous rappeler au lit de nos petits malades la valeur des phénomènes qui se dérouleront sous nos yeux.

Vous savez que le médecin, en présence d'un malade, doit toujours se préoccuper de la solution des quatre problèmes suivants: Quelle est l'affection? Est-elle grave? Quelle en a été la cause? Quelle est le moyen de la guérir?

La première question est fondamentale pour le médecin, car il ne saurait établir un traitement convenable sans diagnostic précis. Chez l'enfant trop jeune pour donner des renseignements, il faut procéder comme les vétérinaires, passer en revue tous les appareils organiques, faire en sorte que rien n'échappe. Il y en a un surtout qu'il ne faut jamais oublier d'explorer, parce qu'on y trouve souvent la cause de symptômes graves qui, plus d'une fois, ont fait croire à une fièvre synoque, même à une fièvre typhoïde, alors qu'il ne s'agissait que de phlegmasie locale et limitée: c'est le pharynx. Dans ses leçons cliniques, le professeur Béhier s'appuyait là-dessus pour soutenir que la fièvre synoque n'est pas une entité morbide, mais l'expression symptomatique d'une amygdalite aiguë, d'un catarrhe gastrique ou intestinal, etc., passés inaperçus. Que de fois encore ne découvrirez-vous pas, sur le voile du palais, les piliers ou les amygdales, des dépôts diphtéritiques chez des enfants qui vous auront été présentés comme atteints d'une toute autre affection. Nous n'avons que trop souvent l'occasion de constater de pareilles erreurs aux consultations de cet hôpital, erreurs désastreuses parce qu'elles retardent l'isolement des petits malades et favorisent la propagation d'une des plus terribles maladies aujourd'hui connues. Quoiqu'il en soit, par un exercice répété, on arrive assez vite à bien faire l'examen clinique malgré les conditions défavorables dans lesquelles on l'entreprend, c'est-à-dire l'indocilité de l'enfant, ses cris, ses mouvements volontaires ou non, qui rendent l'auscultation parfois si difficile.

La *famille* s'intéresse surtout à la seconde question; elle se préoccupe plus de la gravité des maladies que de leur nature. Malheureusement, tous les problèmes qui touchent au pronostic sont des problèmes indéterminés; l'analyse la plus soigneuse permet de restreindre le nombre des solutions, elle ne permet jamais d'arriver à une seule. Et chez l'enfant principalement, il y a des conditions anatomiques dont il importe de tenir compte, des arrêts et des soubresauts dans la marche des maladies auxquels il faut songer, sous peine de voir nos affirmations souvent contredites par de brutales et pénibles surprises. L'étroitesse de la glotte, par exemple, peut rendre très grave chez un enfant qui suffoque et étouffe une laryngite qui serait sans gravité chez l'adulte. Le pronostic doit encore être réservé à cause du peu de résistance des tout jeunes enfants, qui succombent si promptement aux convulsions, à l'asphyxie, à l'algidité ou à la syncope.

Nous ne savons trop quelle est la nature de ce génie malfaisant resté dans la nosologie malgré les efforts de l'Ecole organicienne et de l'Ecole expérimentale et qu'on appelle faute de mieux, le génie épidémique, mais nous savons parfaitement qu'il a pour l'enfance une prédilection véritable. On voit souvent sous son influence se développer dans nos hôpitaux de véritables séries morbides chez un même malade: il n'est pas nécessaire de remonter bien loin dans nos souvenirs pour en trouver des exemples. Dans la salle Sainte-Elisabeth, une petite fille entre pour une rougeole, à peine guérie elle contracte une scarlatine, puis une angine diphtéritique. Cette malade a eu la chance de guérir et je compte la garder seulement le temps nécessaire pour achever sa convalescence et la préserver de l'albuminurie scarlatineuse.

Je me rappelle avoir entendu mon excellent maître et ami, M. Alfred Fournier, citer, dans une des si intéressantes leçons qu'il faisait à l'Hôtel-Dieu en 1867, alors qu'il suppléait, comme agrégé, le professeur Grisolle, l'histoire d'un enfant atteint successivement de sept maladies et qui finit par succomber.

Si maintenant, Messieurs, nous jetons un coup d'œil sur l'histoire de la médecine infantile, nous voyons qu'il a existé une relation constante entre elle et la médecine générale. Dans l'une comme dans l'autre, on a toujours gravité vers la précision scientifique en dehors de laquelle il n'y a qu'incertitude et tâtonnements. Au commencement du siècle, la méthode d'observation a été réglée, disciplinée; on a donné à l'examen minutieux, à la constatation précise des symptômes une importance plus sérieuse qu'on ne l'avait fait jusque-là. La statistique est venue au secours de la médecine; n'en disons pas de mal, quoique ce soit de mode aujourd'hui. Ni le talent, ni les souvenirs personnels ne prévalent contre les chiffres. Cette tendance, exagérée peut-être, mais légitime et profondément honnête, était celle de l'Ecole de Louis, et l'Ecole de Louis nous en a appris sur la marche des maladies, sur leur pronostic, sur les conditions de leur développement beaucoup plus qu'on ne serait tenté de le croire.

La pathologie infantile ne resta point en dehors du mouvement. Billard, Valleix, Legendre, Barrier, Rillet et Barthez, etc., se chargèrent d'appliquer la méthode de Louis dans les salles d'hôpitaux d'enfants. Cette méthode n'a-t-elle rien produit? Lisez les classiques du siècle dernier, Rosen, Underwood, dont les travaux ont été pendant si longtemps un véritable bréviaire pour les praticiens; lisez ensuite les classiques de notre époque

© BIU Santé

et vous apprécierez en connaissance de cause le chemin parcouru.

La thermométrie, pour ne citer qu'un des procédés mis en usage au lit des malades est une des conquêtes de la méthode d'observation, et chez les enfants on peut dire qu'elle est non pas utile, mais indispensable. Elle est même actuellement en voie de prendre place dans la médecine domestique: il y a juste dix ans que le Dr Seguin (de New-York) a publié sur ce sujet un travail (*Family thermometry*) devenu rapidement populaire. Cette adaptation et cette vulgarisation de nos procédés professionnels me paraît on ne peut plus heureuse. En l'absence du médecin, rien ne renseigne la mère dans le cours d'une affection fébrile; le thermomètre interrogé assidûment donnera toujours une indication utile: il évitera les angoisses non justifiées et permettra de prévenir à temps un danger réel que les apparences souvent trompeuses n'auraient pas permis de deviner.

On oublie un peu trop, peut-être, ce qu'on doit à l'observation. Des méthodes nouvelles, qui ont la hardiesse et le bonheur de la jeunesse, voudraient détrôner leurs devancières. Je crois que sous ce rapport l'enthousiasme ne vaut pas mieux que le septicisme. Peu importe d'où vienne une idée si elle est juste, un enseignement s'il est utile. Celui qui chercherait exclusivement dans le laboratoire ou l'expérimentation la solution de tous les problèmes relatifs à la santé et à la maladie, celui-là ferait fausse route.

Je l'avoue sans hésitation, Messieurs, je crois qu'en médecine infantile comme en médecine générale, le dernier mot appartient et appartiendra toujours à la clinique. Je ne veux pas dire qu'il faille rejeter *à priori* des données obtenues par d'autres moyens, qu'il faille rester dans le *statu quo* en pathologie alors que tout avance. Lorsque vous aurez bien examiné vos petits malades, lorsque vous les aurez suivis pendant la vie avec une attention soutenue, cherchez à l'amphithéâtre, si par malheur ils viennent à succomber, des renseignements complémentaires et aidez-vous des ressources que vous offrent la micrographie et la chimie; essayez même de reproduire sur des animaux, toutes les fois qu'il y aura un problème à résoudre, comme vous me verrez le faire dans ce service, les accidents morbides dont la pathogénie vous échappe.

C'est en procédant ainsi que le regretté professeur Parrot a enrichi la médecine infantile de ces travaux que vous connaissez tous, véritables modèles d'observation délicate, d'induction ingénieuse et d'une exposition dont la lucidité ne sera sûrement dépassée par personne. Ceux d'entre vous qui ont lu son livre sur l'*athrepsie* ont pu voir avec quelle sûreté de coup d'œil et quelle admirable logique il a montré l'unicité et la connexité d'accidents morbides décrits avant lui sans doute, mais considérés comme autant d'affections isolées, sans lien, sans indications thérapeutiques communes. Cette œuvre, essentiellement philosophique, est due à l'alliance étroite des procédés d'étude et de recherches dont je viens de vous parler. Et ce n'est pas le seul travail du même genre qu'il ait fait; personne n'a mieux montré que lui l'importance de la syphilis en pathologie infantile. On peut discuter ses doctrines, on ne discute pas sa méthode, pas plus qu'on ne la discute à propos de certaines affections du rein des nouveau-nés qu'il a le premier décrites : on voit parfois chez eux un complexus symptomatique assez obscur, caractérisé surtout par une coloration bronzée de la peau, une altération du sang, des hématuries.

Parrot a démontré que ces accidents étaient en relation avec la présence du sang dans les tubuli rénaux ; l'observation clinique a fait connaître le processus et ses variantes; le microscope a montré plus tard un autre processus aussi réel, aussi important, mais qu'il eût été impossible de soupçonner sans lui. Avouons qu'il ne restait qu'une opération intellectuelle facile à faire pour relier les deux variétés d'observations et arriver à une notion plus complète que celle qu'on aurait pu obtenir avec une seule.

Vous savez maintenant comment je comprends l'étude de la clinique infantile, comment je m'efforcerai d'utiliser, pour votre instruction, le vaste champ d'observations que nous offre mon service hospitalier. Le temps que vous pourrez y passer ne sera point un temps perdu pour vous, et j'espère que, quand parvenu à l'âge du repos je céderai la place à un autre, j'aurai la satisfaction d'avoir consciencieusement accompli ma tâche et rempli mon devoir.

CLINIQUE MENTALE

ASILE SAINTE-ANNE. — **M. MAGNAN.**

De la dipsomanie.

Leçons recueillies par M. le Dr Marcel BRIAND et revues par le professeur (1).

Messieurs,

En 1868, le mari désolé, découragé et craignant, d'autre part, qu'elle ne résistât pas toujours au désir de le tuer, se décida à quitter l'Espagne et partit brusquement pour l'Australie, d'où il ne donna plus signe de vie. Restée seule, Eugénie revint à Paris, à la recherche de l'infidèle qu'elle croyait y rencontrer. Là, ses frères lui apprirent la vérité, puis l'aidèrent et de leur bourse et de leurs conseils pour la faire changer de conduite. Ne pouvant s'entendre avec eux, elle les quitta et vécut d'abord seule, afin de pouvoir boire librement si le besoin s'en faisait encore sentir, ce qui ne tarda pas à avoir lieu. La misère s'en suivit; une nourriture insuffisante et une mauvaise hygiène augmentèrent ses prédispositions morbides et les intervalles de sobriété devinrent de moins en moins fréquents et de plus en plus courts; les accès toujours précédés des mêmes phénomènes mélancoliques se répétant, elle but encore davantage, s'intoxiqua progressivement et finit par présenter tous les symptômes du délire alcoolique. Sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, elle voulut se jeter dans le canal St-Martin ; un passant la retint et la fit arrêter. C'est à la suite de cette tentative de suicide qu'elle entra pour la première fois dans le service, où elle fut traitée pendant plusieurs mois.

A sa sortie, il lui semblait que la guérison était complète; mais fatalement, au bout de quelques jours, elle se sentait poussée à l'ivresse. Un soir, ses frères, passant devant la boutique d'un marchand de vins, voient la foule amassée ; ils s'avancent, et dans une femme complètement ivre, se roulant dans le ruisseau, ils reconnaissent leur sœur. L'un d'eux, s'approchant alors, lui glissa dans la poche un billet ainsi conçu ; « Si tu as du cœur, demain tu disparaîtras pour l'honneur de la famille. » Aussitôt après la lecture de cette lettre, Eugénie se dirigeait vers la Seine et s'y précipitait. On put l'en

(1) Voir les nos 4, 5, 6, 8 et 10.

© BIU Santé

retirer à moitié asphyxiée. Le lendemain, elle se faisait avec un rasoir une plaie profonde à la face antérieure des bras, croyant, disait-elle, s'ouvrir les veines. Dans une autre circonstance c'est à l'eau de cuivre qu'elle eut recours pour se suicider: elle en avala une certaine quantité, mais ne réussit qu'à se donner une gastrite suivie de vomissements pendant trois mois; elle ne discontinua pas ses excès, malgré les douleurs intolérables que lui causait l'ingestion des boissons alcooliques.

Eugénie s'est fait arrêter un nombre considérable de fois pour ivresse manifeste. On la conduisait au poste où elle couchait; le lendemain, sa lucidité revenue, on la rendait à la liberté. Il lui arrivait fréquemment d'errer à l'aventure pendant un ou deux jours, sans manger, parce que rien ne pouvait passer; puis, elle se réfugiait dans sa chambre pour boire ce qui lui tombait sous la main.

Aux accès de tristesse s'ajoutèrent bientôt de nouvelles hallucinations terrifiantes; des fantômes la poursuivirent, il lui sembla voir l'ombre de sa mère, qui, à l'instigation de ses frères, lui reprochait sa mauvaise conduite. Un jour, obsédée par ces visions, elle boit de l'absinthe pour se donner du courage, s'arme d'un couteau, se rend chez celui de ses frères qui lui avait écrit le billet et cherche à le tuer pour se venger. On l'arrête, et pour la seconde fois on l'amène à Ste-Anne, le 15 novembre 1876.

A son arrivée, Eugénie avoue ses impulsions homicides contre son mari et contre ses frères; elle sanglote, déplore son état. « Je raisonne, dit-elle, et pourtant il n'y a pas plus folle que moi. » La société lui fait horreur. A l'abri des excès, elle s'améliore promptement, tout en présentant parfois de courts accès mélancoliques et même des idées de suicide qui ne durent, du reste, que fort peu de temps; pendant ses intervalles lucides, elle est raisonnable, laborieuse et promet de ne plus boire. De Ste-Anne, on l'envoie à l'asile de Vaucluse, d'où elle sort, à la fin de 1878, pour passer encore trois semaines dans la maison de convalescence de Grenelle. Le 15 octobre, elle se trouve enfin entièrement libre.

Peu de jours après sa sortie, il se produit un nouvel accès. Eugénie se remet à boire, les nuits ne tardent pas à redevenir mauvaises et de nouveau elle entend des reproches et même des menaces que lui font des fantômes; elle voit des flammes, des incendies, on la poursuit à coups de fusil. Sachant parfaitement à quoi attribuer son état, elle s'efforce de résister par tous les moyens possibles à l'impérieux désir de boire, passe ses journées dans les églises pour prendre courage, prie avec ferveur, mais, quoi qu'elle fasse, elle ne peut lutter efficacement, et, au sortir de l'église, elle entre chez le marchand de vins. Les hallucinations redoublent sous l'influence de ses libations et enfin une nuit, n'y pouvant plus tenir, honteuse de sa conduite, épouvantée par les voix qui la poursuivent, elle se lève, quitte son domicile et va s'agenouiller sur les marches de l'église de la Trinité, où on l'arrêta à une heure du matin.

Revenue à Ste-Anne, le 11 novembre 1878, elle offre encore du délire toxique avec tout le cortège des hallucinations terrifiantes. Elle se rend cependant assez bien compte de sa situation, pleure, cherche à s'excuser et demande à ne pas être interrogée, car elle a honte de sa conduite. « Ce n'est pas de sa faute, sa maladie la rend bien malheureuse ». Dans la rue, tout le monde l'injurie, la pousse au suicide. Sa mère lui apparaît le soir de son entrée et lui crie: « Tu es une misérable, il faut que tu sois bien lâche pour ne pas te tuer, tu devrais être morte depuis longtemps ». D'autres voix, au contraire, celle de Dieu, en particulier, l'encouragent, et, tout en la blâmant de ses excès, la plaignent et lui conseillent de changer de conduite.

La sensibilité est amoindrie sur toute la surface du corps, elle sent assez bien le souffle et les piqûres d'épingle, mais apprécie difficilement les changements de température. L'ouïe, la vue, le goût, l'odorat sont conservés des deux côtés. Une pituite abondante l'incommode, surtout le matin; il lui semble que si elle buvait quelque chose de fort, cette pituite disparaîtrait.

Sous l'influence du traitement, les hallucinations se dissipent, mais la malade, quoique redevenue lucide et tranquille, conserve encore pendant plusieurs mois des idées tristes dont elle ne se débarrasse qu'à la longue. Craignant encore une rechute, elle demande avec instance à rester dans le service le plus longtemps possible. Si on la mettait en liberté, « elle ferait, dit-elle, de nouvelles bêtises et ça finirait mal. »

Eugénie, qui, depuis le départ de son mari, vit avec un autre individu, avoue plus tard que ce dernier cherchait toujours à la retenir, quand elle voulait se remettre à boire, et qu'alors elle ne manquait pas, chaque fois, d'implorer l'assistance de ses frères pour se débarrasser de cet homme, prétendant à ce moment ne pas le connaître; mais le lendemain, après la fin de l'accès, son premier soin était de lui écrire les lettres les plus affectueuses, d'implorer son pardon, en lui promettant de ne plus recommencer. Un jour même elle lui envoya un long serment écrit avec son sang, serment, que, du reste, elle n'a pas tenu plus longtemps que les autres.

Plus tard Eugénie s'améliora suffisamment pour que sa sortie fût signée. Malheureusement, comme on va le voir, cette femme ne devait pouvoir jouir que peu de temps de sa liberté dans la vie ordinaire. Pendant les trois premiers mois qui suivirent sa sortie de Ste-Anne, elle ne présenta rien de particulier et put même s'occuper à un travail assez régulier pour se croire débarrassée à jamais de ses impulsions maladives; mais un jour, sous l'influence d'une cause en apparence des plus futiles, elle se sentit prise encore une fois de lassitude et recommença à perdre le sommeil. Son travail habituel la fatiguait déjà au point qu'elle fut obligée de l'interrompre. « Je voyais, disait-elle, que je ne pouvais arriver à rien ». Des sentiments divers l'assaillirent; elle tomba bientôt dans une profonde tristesse. En même temps elle se plaignit de malaises; elle ressentait des douleurs vagues qui, du creux épigastrique, s'irradiaient vers le dos; elle avait comme un serrement qui l'étouffait; on eût dit qu'un poids énorme lui comprimait la poitrine. Le moindre effort l'accablait; elle était dominée par un insurmontable sentiment d'impuissance qui l'empêchait d'agir et même de penser.

Comme à ses précédents passages dans le service, son attention avait été attirée par ses interrogatoires vers cette période prodromique de l'accès; elle en fut plus frappée que de coutume et chercha à lutter contre l'envahissement du mal, en prenant un purgatif qui resta sans effet. Son appétit se perdit peu à peu: Il lui devint impossible d'avaler de la viande qui la faisait vomir; le bouillon et le lait seuls passaient sans trop de difficultés. N'y pouvant plus tenir, elle dut se mettre au lit; mais les nuits étaient mauvaises et se passaient presque sans sommeil; des cauchemars la réveillaient en sursaut, aussitôt qu'elle commençait à s'endormir. Dans son effroi, elle tentait vainement d'appeler à son secours; les paroles « lui restaient dans la gorge », elle était inca-

© BIU Santé

pable d'articuler un son et paralysée par l'effroi, ne se sentant pas même capable de lever le bras pour frapper à la cloison de sa chambre, ce qui n'eût pas manqué de réveiller les voisins. Une sueur froide couvrait tout son corps et la glaçait. N'osant tenter le moindre mouvement dans la crainte de ne pouvoir l'accomplir, la malheureuse restait comme figée sur son lit jusqu'à ce qu'il fit jour. Cet état dura près d'une semaine depuis le premier malaise jusqu'au moment où le besoin de boire se fit sentir.

Aussitôt que cette idée lui vint, elle se raisonna, la repoussa avec énergie, mais en vain. « Je cherchais à lutter, nous raconte-t-elle, en me répétant à haute voix les conseils que vous m'aviez donnés si souvent et que je croyais si bien pouvoir tenir. Je me menaçais de tous les malheurs et de toute la honte dont cette funeste passion serait bientôt fatalement la cause ; j'étais sûre que ma faiblesse me conduirait à ma perte, mais rien n'y fit, il fallut boire. »

Malgré le souvenir de ses promesses, malgré les injures qu'elle se disait à elle-même, malgré tous ses efforts, elle se fit une première concession. « Peut-être, pensa-t-elle, qu'un verre de vin me remontera et me donnera la force de résister au besoin d'en prendre d'autres. Une soif ardente la dévorait, son gosier lui semblait sec au point de ne pas lui laisser assez de salive pour parler, elle se dirigea en courant chez un marchand de vin où elle demanda de l'eau-de-vie. Elle se rendit après chez plusieurs autres et ne tarda pas à s'enivrer. Ensuite elle alla se réfugier à Vincennes dans une masure en démolition où elle passa la nuit.

Le lendemain, dès l'aube, elle rentre dans son domicile, se couche pendant 3 jours sans pouvoir prendre autre chose que du lait et du bouillon ; le vin et l'eau-de-vie la dégoûtaient. L'accès semblait devoir avorter. Mais, après ces trois jours, il lui vint une nouvelle impulsion à boire qui la conduisit chez différents marchands de vin où elle s'enivra avec du vulnéraire. Comme elle avait conscience de son état, elle attendit le soir pour rentrer à la maison ; elle passa la nuit dans une cave, n'osant monter dans sa chambre, dans la crainte de rencontrer les autres locataires qui l'auraient vue ivre. Dégrisée le matin, elle se décide à pénétrer dans sa chambre et s'y enferme pendant deux jours.

Tourmentée bientôt par son ardeur irrésistible de boire, elle sort de nouveau, achète à un pharmacien de la poudre de rhubarbe qu'elle mélange à un litre de vin additionné lui-même de deux verres d'eau-de-vie et remonte dans sa chambre. Elle place d'abord la bouteille loin de son lit et se couche ; puis elle se lève pour la porter sur sa table de nuit. Une heure ne s'était pas écoulée depuis le commencement de ce manège qu'elle avait déjà goûté au liquide dont deux ou trois gorgées la font vomir. Un instant après elle buvait le reste de la bouteille. Il lui est désormais impossible de résister, et, à moitié ivre, elle va acheter d'autre vin et d'autre eau-de-vie qu'elle mélange.

Dans une dernière tentative de résistance provoquée par un accès de honte et de désespoir, elle ajoute à la boisson des matières fécales, place encore la bouteille avec un verre sur la table de nuit, espérant bien ne pas y toucher et s'endort pendant une heure d'un mauvais sommeil constamment troublé par des cauchemars. Un rêve plus pénible la réveille, elle regarde la bouteille et tout en s'injuriant elle verse dans son verre deux travers de doigt de cet affreux breuvage, l'avale pour le vomir tout aussitôt. Elle s'endort une autre fois, avec un goût infect dans la bouche ; mais bientôt encore réveillée, elle remplit le verre, le vide d'un trait et absorbe enfin tout le flacon en quelques gorgées. « J'avais, dit-elle, la ferme volonté de perdre au plus vite la raison pour ne pas assister plus longemps à ma propre honte. »

Pendant tout le reste de la nuit, Eugénie fut en proie aux hallucinations terrifiantes qui ne pouvaient manquer de se produire sous l'influence d'une telle quantité d'alcool ; des troubles de la sensibilité générale lui firent éprouver les plus horribles tortures : elle se voyait entourée d'araignées prêtes à la dévorer, sentant leurs pattes qui lui perçaient la peau ; des rats lui couraient sur le corps, pénétraient dans sa bouche ; des chauves-souris voltigeaient dans sa chambre, traversaient des flammes pour venir jusqu'à elle ; tous leurs mouvements provoquaient des étincelles qui lui sautaient aux yeux, des flammes qui lui brûlaient le corps... L'ouïe, le goût, l'odorat n'étaient pas épargnés : la malade entendait des injures, des menaces, on l'appelait ivrognesse, on allait la brûler vive. Elle avait dans la bouche « un goût de pourri » dont il lui était impossible de se débarrasser ; elle sentait des odeurs fétides de matières fécales et de soufre.

C'est dans cet état qu'elle se rendit chez ses frères pour implorer leur secours. Ceux-ci effrayés et la croyant ivre, lui firent des reproches et la renvoyèrent. Errant alors à l'aventure ; poursuivie par le remords, menacée par la voix de son mari qui lui reprochait sa malheureuse passion, elle se rendit dans la soirée vers la Seine, se réfugia sous une porte cochère où elle se fit, avec un rasoir, une entaille au poignet en attendant la tombée de la nuit qui lui permettrait de se jeter à l'eau sans être remarquée. Son attitude étrange attira l'attention du concierge qui la fit arrêter.

Après quelques jours de repos dans le service, la plupart des troubles hallucinatoires s'apaisèrent pendant la journée tout en revenant la nuit, puis finirent par disparaître complètement. La voix du mari, qui persista seule pendant plusieurs semaines, devint de moins en moins distincte et cessa enfin d'importuner la malade.

Plus tard, Eugénie... qui était entrée à l'infirmerie pour une bronchite avec emphysème pulmonaire, eut sous l'influence de la fièvre quelques nouvelles bouffées de délire alcoolique, qui ne durèrent que peu de temps. Elle voyait et sentait la nuit des araignées qui couraient sur sa peau.

Pendant son séjour à Sainte-Anne, elle fut prise aussi de coliques hépatiques sans manifester de troubles intellectuels malgré l'acuité des symptômes. A différentes reprises, des calculs assez volumineux furent retrouvés dans les selles. De plus, et c'est là un fait à noter, elle a eu récemment sous nos yeux un véritable accès de dipsomanie avec tous ses caractères, qui a duré trois jours.

Cette femme, qui s'occupait à élever et soigner quelques animaux du laboratoire et qui ne voulait, sous aucun prétexte, confier ce soin à nulle autre personne, se présenta un matin à la visite, triste, abattue, découragée, s'accusant d'avoir négligé la veille de panser ses animaux, parce que le courage lui manquait ; elle voyait bien, disait-elle en pleurant, qu'il lui serait désormais impossible de s'en occuper. La nuit avait été mauvaise et troublée déjà par quelques cauchemars. Dans la journée du lendemain, Eugénie s'isolait dans les coins et son changement de caractère était tellement manifeste, que les autres malades même ont pu le remarquer. Un fait entre plusieurs autres en donnera la preuve :

© BIU Santé

Parmi les animaux que soignait cette malade, se trouvait une chèvre, qu'à force de soins, elle avait réussi à élever au biberon. Or, cette chèvre suivait tous les pas de la malade et ne la quittait pas d'une minute dans la journée et Eugénie du reste s'était attachée à cette bête au point de ne vouloir la laisser approcher par personne. Or, pendant toute la durée de ce nouvel accès, la chèvre lui était devenue insupportable et cette même femme, qui ne pouvait s'en séparer en temps ordinaire, la maltraitait et s'éloignait chaque fois que la bête cherchait à se rapprocher d'elle.

Au profond découragement qui poussait la malade à s'isoler, à rechercher la solitude, s'adjoignirent d'autres manifestations caractéristique de la période prodromique d'un accès dipsomaniaque. Ce fut d'abord une tristesse invincible dont la malade ne pouvait s'expliquer la cause, un sentiment d'impuissance, d'accablement, de paresse intellectuelle ; du dégoût pour tout travail et même pour tout mouvement, des étouffements, de l'oppression, un serrement à l'estomac et à la base de la poitrine, une constriction et une sécheresse à la gorge, la perte de l'appétit ; impossibilité d'avaler de la viande ou tout autre aliment solide, avec cela des idées sinistres et pardessus tout un impérieux besoin de boire dont rien ne peut rendre compte.

Pendant l'accès, cette femme regardait avec convoitise à travers les vitres des réfectoires, les bouteilles du vin dont on faisait la distribution, mais elle n'a jamais tenté d'en dérober. « J'aurais, dit-elle, éprouvé trop de honte à être surprise ». D'ailleurs, l'accès de la salle lui était interdit par une porte soigneusement fermée. Cependant, le lendemain et les jours suivants, elle, si sobre ordinairement, mettait une insistance particulière à demander du vin de quinquina pour se remonter l'estomac et de l'alcool camphré pour se frictionner les jambes. Il est inutile d'ajouter qu'elle eût bu l'alcool camphré.

Les cauchemars de la première nuit s'accusèrent les nuits suivantes, et, détail intéressant, sous l'influence de cet accès avorté, puisque la malade, surveillée avec le plus grand soin, ne but absolument que la quantité de vin allouée à chaque femme (c'est-à-dire 15 centièmes de litre par jour), Eugénie eut des hallucinations et des frayeurs nocturnes offrant tous les caractères du délire alcoolique. L'impulsion arrivant chez un sujet ayant déjà fait de nombreux excès de boissons a suffi pour développer une bouffée de délire toxique (1).

Pour compléter l'histoire clinique de cette femme, je dois ajouter que les hallucinations de l'ouïe qu'elle présente par intervalles ont un double caractère reflétant les combats de sa conscience. Ainsi *l'oreille gauche semble réservée aux injures et aux reproches et c'est de ce côté là seulement qu'elle entend des choses désagréables, tandis que les encouragements que lui donne parfois Dieu lui arrivent par l'oreille droite.* « Il en a toujours été ainsi, dit-elle, même quand j'étais carmélite il y a 20 ans. »

Aujourd'hui, l'état d'Eugénie est de nouveau amélioré, mais, dans la crainte d'une prochaine rechute, elle insiste pour rester encore quelque temps dans le service. Elle offre encore une hémianesthésie incomplète comme on en rencontre si fréquemment dans l'alcoolisme chronique avec affaiblissement de tous les modes de la sensibilité. La douleur provoquée par une piqûre d'épingle est presque nulle, la sensation du froid produit par l'eau glacée est à peine perçue et le souffle à peine senti sur tout le côté droit.

Vous voyez, que de formes de monomanie cette femme offrirait à la description si l'on s'en tenait à un examen peu approfondi. Nous l'avons vu tour à tour, à différentes périodes de sa vie, nymphomane, atteinte de la monomanie du suicide, de l'homicide et enfin dipsomane, elle aurait tout aussi bien pu être cleptomane, etc., sans que nous dussions jamais cesser de la considérer comme une simple mélancolique impulsive.

La fureur de boire ne s'arrête pas aux seules boissons spiritueuses le plus généralement répandues, quelques aliénés recherchent encore l'éther, plus rarement le chloroforme ; d'autres préfèrent l'opium, en prenant de la morphine sous forme d'injections hypodermiques. Tous ces appétits relèvent du même fond maladif ; les conséquences de l'intoxication varient seules, car elles dépendent de l'action des différentes substances absorbées soit par l'estomac, soit par d'autres voies. (*A suivre*).

(1) Ce fait en apparence paradoxal, de l'existence d'un délire alcoolique en l'absence d'ingestions alcooliques, s'explique facilement par la rupture de l'équilibre physiologique provoquée par le paroxysme mélancolique lui-même. C'est l'analogue de ce qui se passe pour le développement du délire toxique chez l'ivrogne saturé qui prend une pneumonie, un érysipèle, etc., ou subit un traumatisme. Les forces suffisantes d'abord pour résister au poison étant amoindries, le support fléchit et les accidents se produisent. Toute cause débilitante aurait pu produire le même résultat.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'étiologie et de la prophylaxie des maladies puerpérales.

On est trop souvent désarmé contre les manifestations graves du puerpérisme infectieux ; les auteurs les plus compétents parmi ceux qui ont donné à l'étude des maladies puerpérales la meilleure part de leur vie et de leur talent, sont les premiers à le reconnaître. Cet aveu d'impuissance serait bien fait pour nous décourager, si nous ne savions qu'il est souvent plus facile de prévenir un mal que de le guérir. Pour ce qui est des maladies puerpérales en particulier, à l'heure actuelle, presque tout l'intérêt pratique s'attache à l'étiologie et à la prophylaxie.

Dans un livre récent qui résume une longue pratique hospitalière et privée, M. le Dr F. Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière, ne se contente pas de décrire et de rassembler, dans un enchaînement logique et basé sur les faits, toutes les modalités cliniques de l'infection puerpérale ; il insiste avec soin sur la filiation des accidents, sur leurs causes, sur leur pathogénie, et arrive ainsi à formuler les règles d'une prophylaxie déjà éprouvée par de nombreux succès (1). Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à un médecin, d'une autorité si reconnue dans cette matière, les préceptes d'hygiène qu'il préconise éloquemment.

Sans doute, la situation n'est pas la même qu'à l'époque où la *fièvre puerpérale* faisait tant de victimes ; de grands progrès ont été réalisés dans l'hygiène des femmes en couches, et le puerpérisme épidémique n'aura plus désormais, il faut bien l'espérer, qu'un intérêt historique. Mais il n'en est pas moins utile de résumer

(1) *Les maladies puerpérales. — Etude clinique*, par le Dr Siredey. Paris, 1881. — G. Masson, éditeur.

© BIU Santé

les principes et les méthodes qui ont permis d'atteindre un résultat aussi précieux.

Toutes les affections décrites autrefois sous le terme générique de *fièvre puerpérale* se rapprochent par leur origine commune et par leur point de départ dans la plaie utérine, fait capital que M. Siredey n'a pas peu contribué à établir. Les accouchées doivent donc être considérées comme des *blessées*, exposées par suite à toutes les complications des *plaies*.

Au point de vue étiologique, tout se résume, d'une part, dans l'existence d'une *plaie*, d'autre part, dans l'existence de l'*infection*.

Tout l'effort du médecin doit être dirigé vers ce but : protéger la plaie contre l'infection. Cette infection, d'où vient-elle ? Ses causes, ses origines sont multiples et disparates comme ses effets. Il n'y a pas, en effet, un germe unique, parfaitement défini, un *microbe puerpéral* qui serait l'agent de cette *fièvre puerpérale* décrite par les anciens. Comme tous les opérés, l'accouchée peut recevoir du milieu ambiant des insultes de nature et de gravité fort différentes. Si l'on est bien pénétré de cette idée, on ne s'étonnera plus de la diversité des manifestations du puerpérisme, et on ne partagera pas l'erreur de ceux qui ont admis l'existence d'une *entité morbide*. La fièvre puerpérale, il est bon de le répéter, n'existe pas comme entité morbide.

Si la nature même du principe infectieux peut être rattachée à des origines diverses, la porte d'entrée, suivant M. Siredey, est toujours la même. Ce n'est ni par l'appareil digestif, ni par l'appareil respiratoire que pénètrent les germes ; c'est par les plaies des organes génitaux, et souvent l'on peut suivre d'une façon nette et précise la marche des maladies qui, des organes génitaux, gagne les différents viscères.

Repoussant avec beaucoup de raison l'*auto-infection* de la femme en couches, M. Siredey professe la doctrine exclusive, mais féconde en résultats pratiques, de l'*hétéro-infection*. Les maladies puerpérales peuvent être conjurées la plupart du temps, si l'on parvient à mettre la plaie à l'abri de tous les germes qui sont le point de départ de l'infection.

Nous n'insisterons pas sur l'hygiène de la grossesse, le danger ne commençant réellement qu'au moment de l'expulsion du fœtus. Dès ce moment, il convient de s'abstenir de toute exploration inutile et de ne pas répéter le toucher vaginal sans nécessité. Toute opération de *complaisance*, application de forceps ou version, destinée à hâter l'accouchement, sera proscrite absolument, sauf les cas d'urgence. On doit éviter également les incisions de la vulve et les débridements qui ouvrent de nouvelles voies à l'infection. Les anciens accoucheurs faisaient trop peu de cas de ces traumatismes. Les plaies des organes génitaux externes jouent en effet un rôle presque aussi important que la plaie utérine dans l'étiologie de l'infection. Mais c'est surtout au moment de la délivrance qu'on ne saurait être trop prudent. Quand il s'agit d'une version ou d'une application de forceps, les membranes de l'œuf protègent encore la muqueuse utérine ; après l'expulsion du fœtus, l'introduction de la main dans l'utérus pour le décollement du placenta est particulièrement délicate et dangereuse. Il vaut mieux, en pareil cas, attendre, si l'hémorrhagie n'impose pas l'intervention immédiate. Dans un cas tout récent, M. Siredey a vu le placenta rendu seulement 17 jours après l'accouchement. A l'aide des injections intra-utérines antiseptiques, on peut prévenir la décomposition et la septicémie.

Après la délivrance, il faut recouvrir la vulve d'une pièce de gaze phéniquée ou d'une compresse trempée dans une solution d'acide phénique à 1/50. La vulve se trouve ainsi protégée, en même temps que les lochies peuvent s'écouler facilement.

Il ne faut pas craindre de descendre aux détails les plus minutieux de propreté, s'assurer que les linges souillés par les lochies sont fréquemment renouvelés, faire pratiquer des lavages à grande eau plusieurs fois par jour, et surtout chaque fois que la malade urine ou va à la selle. S'il existe des plaies de la vulve ou du périnée, elles doivent être l'objet d'une surveillance spéciale ; on devra, aussitôt après l'accouchement, les laver avec de l'eau alcoolisée ou une solution phéniquée à 1/50. Si les lochies deviennent fétides, on fera des injections vaginales avec une solution phéniquée tiède à 1/100. La canule dont on se servira sera personnelle à chaque malade et soigneusement désinfectée à chaque opération. Si la fétidité des lochies persiste, on s'assurera par le toucher de l'état du col, et on pratiquera des injections intra-utérines. On surveillera en même temps l'involution de l'utérus, et si elle ne paraît pas se faire assez vite, on l'activera à l'aide de l'ergot du seigle. Il faut alimenter les accouchées dès le début, et s'il y a eu des pertes abondantes, donner de l'eau-de-vie.

Quand permettra-t-on aux femmes de se lever ? On ne saurait trop protester contre ce préjugé du 9e *jour* si funeste à tant d'accouchées. Le terme de neuf jours est beaucoup trop court en général. En réalité, le moment où les femmes peuvent se lever dépend à la fois de l'état général et du retrait plus ou moins complet de l'utérus. Il faut que la femme soit assez forte pour se tenir debout, que l'utérus soit revenu au-dessous du pubis, c'est-à-dire à peu près à son volume normal, et qu'il ne soit le siège d'aucune douleur spontanée ou provoquée par la pression.

L'encombrement et la contagion dans les maternités ont été longtemps regardés comme les facteurs principaux dans l'étiologie de la fièvre puerpérale. Aujourd'hui, grâce aux progrès de l'hygiène, on peut dire qu'une maternité bien tenue, une *maternité modèle*, offre moins de dangers que l'accouchement à domicile.

Il serait trop long d'énumérer toutes les conditions que doit remplir une semblable maternité ; disons seulement que les précautions indispensables sont : l'absence d'encombrement, l'aération et la propreté des salles, l'isolement immédiat de toute accouchée malade, la propreté des objets de pansement, instruments, personnel, etc.

Si la clientèle de la ville est moins que celle de l'hôpital exposée à se trouver au milieu d'un foyer épidémique, elle peut rencontrer dans une installation défectueuse d'autres causes d'infection. M. Siredey rapporte plusieurs observations de sa clientèle qui montrent bien

© BIU Santé

l'influence des matières organiques en putréfaction, des émanations des fumiers, des fosses d'aisances, etc. Des accidents survenus chez des femmes de bouchers, de charcutiers, ne pouvaient s'expliquer par une autre cause. Le voisinage des abattoirs, des amphithéâtres de dissection est funeste, et l'on devra redouter les accouchements dans un pareil milieu. Outre les locaux où s'entassent les nombreuses familles des ouvriers, et qui sont classés parmi les logements insalubres, il existe dans Paris, comme dans la plupart des grandes villes, un nombre considérable d'appartements qui sont presque aussi insalubres que les premiers, et cela dans des quartiers riches. Que de fois ne nous est-il pas arrivé, dit M. Siredey, étant appelé chez des commerçants du centre de Paris, après avoir traversé un magasin fraîchement décoré et richement achalandé, de pénétrer dans une soupente étroite, obscure, manquant d'air et de lumière, et qui sert de chambre à coucher à plusieurs personnes! Un certain nombre de cas sporadiques peuvent être rattachés à ces graves infractions à l'hygiène.

Si les milieux ont de l'importance au point de vue de l'infection, que ne dira-t-on pas des accoucheurs, des élèves, des sages-femmes, des infirmières et en général du personnel tout entier en contact avec les accouchées! Ici, ce n'est plus une contagion médiate, vague, difficile à déceler, c'est une véritable *inoculation* par les mains de l'accoucheur, les instruments, les pièces de pansement, etc.

Puisque c'est de ce côté qu'est le plus grand danger, on ne saurait être trop sévère à l'égard des mesures préventives : la première condition qui s'impose est une séparation absolue entre le service d'accouchements et les autres services; il ne doit y avoir rien de commun entre les infirmières, surveillantes ou religieuses des salles d'accouchements et des autres salles. Cette séparation doit être étendue au personnel médical. M. Siredey insiste sur la contagion par les élèves se livrant aux autopsies, à la dissection, ou aux pansements chirurgicaux. On ne pratiquera jamais le toucher sans se laver et se désinfecter les mains; on emploiera l'huile ou la vaseline phéniquée, en ayant soin d'avoir un jet différent pour chaque malade. Enfin, quand il s'agira d'opérations obstétricales graves, on ne pourra exagérer l'emploi des mesures antiseptiques. M. Siredey conclut : c'est la propreté absolue des mains, des instruments et des objets affectés aux soins des malades qui nous paraît résumer la formule de la prophylaxie des maladies puerpérales.

Tout en se déclarant hautement partisan de la méthode antiseptique, M. Siredey évite de préconiser un agent antiseptique à l'exclusion des autres. Il évite également de s'engager à fond au sujet de la nature et de l'action des microbes. Car il poursuit un but pratique et laisse à d'autres le soin de résoudre un problème aussi délicat. On peut, dit-il, plaisanter les microbes, discuter leur nature, mettre en doute leur rôle dans les maladies générales, il n'en reste pas moins un fait acquis : depuis que la chirurgie s'applique à soustraire les plaies aux germes venus de l'extérieur, elle peut aborder avec succès les opérations les plus audacieuses. En présence de ces résultats, nous ne nous soucions pas de discuter les hautes questions de théorie. Quelle que soit l'origine et la nature intime du principe infectieux, on l'arrête, ou du moins on atténue ses effets, lorsqu'on protège les solutions de continuité contre les germes de l'air extérieur. Nous n'en demandons pas davantage.

Les conclusions pratiques du travail de M. Siredey sont le fruit d'une longue expérience; chargé depuis onze ans du service d'accouchements de l'hôpital Lariboisière, cet éminent médecin avait été un des premiers à y introduire les réformes que les progrès de l'hygiène obstétricale commandaient, et il n'avait pas tardé à en obtenir les meilleurs effets. On ne saurait donc suivre trop strictement des conseils inspirés seulement par la saine observation des faits et non par des vues théoriques ou des doctrines préconçues. Dr J. Comby.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. M. G. Sée.

M. G. Sée a repris ses leçons de clinique le lundi 17 mars. Il se propose, durant le semestre d'été, d'étudier surtout la thérapeutique, envisagée au point de vue clinique le plus pratique possible.

M. Sée commencera par l'étude de l'iode et de tout le groupe iodique : iodoforme, iodures alcalins et métalliques, aussi bien dans leurs usages internes qu'externes. Entrant alors en matière, le professeur, après avoir indiqué les variations de composition de la teinture d'iode, suivant les différents pays, a insisté sur sa posologie et ses indications thérapeutiques. Il a absolument condamné l'usage des injections de teinture d'iode dans les hydrocèles, dans les kystes de l'ovaire, dans la plèvre, le péritoine, il a cité des cas d'intoxication grave à la suite de son emploi en pareils cas.

Quant à l'usage interne, la pratique qui consiste à prescrire une série de substances végétales contenant soit disant de l'iode, est absolument dénuée de raison : prescrivez-les, a ajouté M. Sée, mais à la condition d'y mélanger artificiellement une quantité d'iode suffisante. Chemin faisant, le professeur, par une série d'exemples tirés de sa longue pratique, a montré aux élèves plusieurs modus-faciendi thérapeutiques dont la connaissance peut rendre de réels services aux praticiens, surtout lorsqu'ils n'ont pas encore acquis une grande expérience personnelle. En somme, l'enseignement de M. Sée sera, durant ce semestre, essentiellement pratique et consacré surtout à la thérapeutique appliquée.

Ouverture du cours de physiologie.

M. Remy, suppléant M. Béclard, a commencé lundi à 5 heures son cours de physiologie (semestre d'été) devant un auditoire de 70 personnes environ, presque exclusivement composé d'élèves. Dans cette leçon, M. Remy a traité des *mouvements en général*. Les leçons suivantes seront consacrées aux mouvements produits par les muscles striés, considérés isolément, à ceux du diaphragme, du cœur, aux mouvements ciliaires, puis le professeur parlera de la *locomotion*, de la *voix* et de la *parole*.

M. Remy s'explique clairement, sans faire usage de ces périodes ronflantes et vides de sens dont on abuse encore trop en France. Les étudiants d'aujourd'hui n'ont

© BIU Santé

plus guère de goût pour les rhéteurs, et sans dédaigner complètement la forme, préfèrent, qu'en peu de mots, on leur présente le plus de faits possible.

Nous ajouterons aussi que M. Remy ne se borne pas seulement à une simple exposition théorique ; des expériences physiologiques et des démonstrations pratiques sont faites devant les élèves. Il est regrettable à cet égard que la Faculté ne soit pas pourvue du matériel nécessaire pour la circulation des préparations (plateau, etc.), et que les bancs de l'amphithéâtre soient mal disposés et incommodes.

Autant que l'on peut en juger par une seule audition, ce cours nous a paru être à la portée des élèves ; c'est en un mot un cours pratique à l'usage de futurs médecins-praticiens, et en cela nous croyons que M. Remy a parfaitement compris son rôle de professeur de faculté professionnelle. L'enseignement supérieur ne pourra être sérieusement donné que lorsque l'enseignement municipal de la médecine existant et faisant l'enseignement professionnel, la Faculté de médecine de l'Etat pourra être transformée en un Collège d'enseignement supérieur.

Il nous a semblé, d'après cette première leçon, qu'il serait difficile au professeur, à raison de trois heures seulement par semaine, de parcourir tout le domaine de la physiologie en moins de deux ans. Cette critique ne s'adresse, du reste, nullement à M. Remy ; c'est à l'organisation de la Faculté qu'il faut s'en prendre, à cette organisation qui a pour résultat d'éloigner les étudiants de la fréquentation des cours théoriques (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 mars 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DUVAL.

M. MALASSEZ, à propos du procès-verbal de la dernière séance, revient sur les *kystes périostiques* qui se développent à l'extrémité des dents. Ces kystes, selon lui, présentent des types différents. Dans un premier groupe, on trouve une poche tapissée d'épithélium pavimenteux. Dans un second, il existe des végétations de la poche, la paroi du kyste étant plus ou moins enflammée et possédant encore un revêtement épithélial. Dans d'autres cas, on croit à un abcès enkysté : la paroi persiste, mais on ne trouve que quelques débris de cellules épithéliales ; un kyste se développe alors et l'abcès se produit secondairement. Dans une autre variété, on a affaire à un kyste caséeux : la paroi est en rapport à sa partie externe avec des boyaux tapissés d'épithélium pavimenteux, présentant une cavité qui communique avec celle du kyste. M. Malassez réfute quelques-unes des assertions présentées par M. Magitot relativement à la pathogénie de ces kystes. Pour ce dernier, les kystes seraient consécutifs à une périostite ou à une carie dentaire ; or, dans beaucoup de cas, il n'y a pas eu de périostite antérieure.

M. POUCHET. Lorsqu'on étudie la formation des dents, on trouve que le boyau adamantin, situé à la partie profonde, garde toujours son aspect d'épithélium, même lorsque la dent s'atrophie.

M. MALASSEZ explique ainsi la formation des kystes folliculaires. Ces kystes correspondent à des dents qui ne sont pas sorties.

M. DASTRE dit qu'on devrait toujours, dans ces cas, trouver du cément.

M. MALASSEZ a souvent vu s'y produire une coque osseuse.

M. HENNEGUY, également, à propos du procès-verbal, dit qu'il a fait des expériences confirmatives de celles de M. Bochefontaine, avec un *poison* rapporté des *Indes*.

M. LABORDE présente des échantillons d'un *poison* rapporté de *Bornéo*, avec lequel les indigènes tuent les éléphants dans leur chasse. Il montre également des flèches de ce pays, empoisonnées avec ce principe toxique. Ce poison, d'origine végétale, est tellement actif, qu'une goutte, introduite sous la peau d'un cobaye, le foudroie presque instantanément, après quelques convulsions.

M. F. BOTTEY fait une communication sur les *suggestions* de toutes sortes que l'on peut déterminer chez les *hystéro-épileptiques* à *l'état de veille*, ainsi que chez les *sujets sains*. Il faut que ces derniers soient également hypnotisables : toutefois, cette condition n'est pas absolument indispensable, car il a pu les provoquer chez des sujets qui n'avaient jamais été endormis jusqu'alors.

M. Bottey présente devant la Société trois sujets, une malade hystéro-épileptique, appartenant au service de M. le Dr Luys (Salpêtrière), ainsi que deux infirmières du service, jeunes filles absolument saines, n'ayant jamais eu aucune affection nerveuse. Chez ces sujets, on peut déterminer toutes les suggestions possibles, soit des hallucinations sensorielles, soit des paralysies sensitivo-sensorielles de toutes sortes.

Par la simple affirmation ou par l'injonction (la personnalité de l'expérimentateur n'étant nullement en jeu ici), on peut les rendre muettes, aveugles, sourdes, les priver de l'odorat, etc. On peut leur donner des contractures des membres, des anesthésies cutanées ou des paralysies motrices. Ces paralysies présentent du reste les mêmes symptômes que ceux qui ont été signalés par M. le profes eur Charcot dans les paralysies psychiques déterminées pendant le somnambulisme (exagération des réflexes tendineux, abolition du sens musculaire, etc.)

M. GELLÉ communique les effets qu'il a obtenus en pratiquant l'*électrolyse* dans les cas de *rétrécissement de la trompe d'Eustache*. Ces effets lui ont paru très puissants.

M. ROBIN a trouvé dans le *pus d'un furoncle* de la face interne de la cuisse un *parasite*, en forme de bouteille, appartenant au genre *œsterides dermatosus*. On le retrouve également, paraît-il, chez certains animaux du Guatemala.

M. BLANCHARD dit que ces cas ne sont pas rares en Europe, et qu'on retrouve ce parasite sous forme de véritable épidémie en Norwège, aux îles Shetland.

M. BLOC fait une communication sur les effets produits par une *excitation périphérique sur la circulation*. Il a vu, à la suite d'une cautérisation au thermocautère, un ralentissement des battements du cœur et la syncope.

M. HÉNOCQUE fait part des expériences qu'il a entreprises sur les animaux avec la *paraldéhyde*. Cet agent déterminerait un abaissement de la température et un ralentissement de la respiration, mais le cœur ne serait pas influencé. L'étude de ce médicament par la spectrologie ne lui a pas montré l'antagonisme signalé avec la strychinne. Mais il y a un antagonisme réel entre la paraldéhyde et le nitrite de soude.

M. RABUTEAU fait remarquer que la paraldéhyde étant un antispasmodique et non un anesthésique, il ne saurait y avoir d'antagonisme entre elle et la strychnine.

M. QUINQUAUD a également observé, comme M. Hénocque, que la paraldéhyde produit un ralentissement des mouvements respiratoires, mais n'agit pas sur le cœur.

M. BOCHEFONTAINE, au contraire, a constaté l'action très nette de la paraldéhyde sur le cœur. Cet organe serait ralenti dans ses battements, ce qui expliquerait l'abaissement de la température que l'on observe, et peut-être la production du sommeil. F. B.

(1) Nous n'avons pas à revenir ici sur les critiques publiées dans ce journal au sujet de l'enseignement de la physiologie dans nos facultés ; nous renvoyons aux nos 15 et 45, 14 avril et novembre 1883 du *Progrès médical*.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 mars 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. BLANCHE, après avoir répondu brièvement aux objections qui ont été faites à son rapport sur le projet de loi relatif aux aliénés, termine en formulant les conclusions suivantes :

1° La loi du 30 juin 1838, inspirée par les sentiments les plus élevés d'humanité et de respect de la liberté individuelle, a été un bienfait pour les aliénés. Elle ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet. Mais depuis l'époque de sa promulgation, certains besoins se sont développés auxquels elle ne donne pas complètement satisfaction.

2° Parmi les dispositions du projet de loi destinées à remplir ces nouvelles obligations, les unes constituent des améliorations, d'autres peuvent être critiquées, certaines dans la pratique paraissent devoir être d'une application difficile.

3° Le principe fondamental du nouveau projet de loi est l'intervention de la justice dans toutes les causes concernant les aliénés. Le principe est juste. La folie entraîne presque toujours la privation presque complète de la liberté. Or, c'est à l'autorité judiciaire seule qu'il appartient de suspendre ou de supprimer la liberté individuelle aussi bien que d'assurer protection aux incapables. Il y a donc un double motif pour que toutes les mesures relatives aux aliénés soient prises par la justice ou soumises à son contrôle. Toutefois, c'est au médecin qu'il appartient d'indiquer et de prescrire ces mesures et lui seul doit en conserver l'initiative.

4° C'est par application du même principe de l'intervention de la justice que le projet de loi assimile à un asile, sous le rapport de la surveillance, toute maison dans laquelle un aliéné sera traité, même seul, à moins que ce ne soit sous la surveillance immédiate de son tuteur ou d'un proche parent habitant la même maison.

5° Une autre innovation consiste dans l'obligation de présenter à l'avenir pour l'admission d'un aliéné dans un asile deux certificats distincts ou un certificat signé de deux médecins. Cette proposition d'une double signature se heurtera le plus souvent dans la pratique à de grandes difficultés ; elle pourra même offrir de grands dangers.

6° En vertu d'une disposition nouvelle, tout placement d'un aliéné dans un asile ne sera que provisoire et ne deviendra définitif qu'après la sanction de la justice. Mais il serait à souhaiter que le magistrat fût investi du droit de déclarer immédiatement le placement définitif. Mais, en outre, il nous semble indispensable que le médecin de l'asile eût toute autorité pour placer, dans la période provisoire, le malade dans les conditions qu'il jugerait les plus favorables à sa sécurité et à son traitement.

7° Quant au placement d'office et au placement d'urgence, nous nous félicitons pour la sûreté publique que le projet de loi les rende plus prompts et plus faciles et nous voudrions, en outre, que l'autorité publique eût désormais le droit de prendre des mesures préventives en profitant de tous ses moyens d'information lorsqu'un aliéné lui est signalé comme dangereux.

8° Pour ce qui est des condamnés devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine et les aliénés dits criminels, ou ceux considérés comme exceptionnellement dangereux, nous sommes partisan de la création d'un ou de plusieurs asiles d'Etat, et nous ne pouvons qu'approuver toutes les garanties d'examen et de contrôle que l'on exigera dorénavant pour la mise en liberté de ces aliénés, mise en liberté que la justice pourra ordonner.

9° Nous donnons aussi notre approbation aux nouvelles mesures proposées soit pour permettre aux interdits de présenter directement à la justice leur requête de mise en liberté, soit pour garantir la gestion des biens et des intérêts des aliénés.

10° Enfin, nous demandons que toutes les affaires concernant le service des aliénés soient centralisées au Ministère de l'intérieur et qu'il y soit créé soit une direction, soit une division assistée d'un Conseil supérieur dont nous avons indiqué la composition et les attributions. Nous ne doutons pas que ce Conseil ne mette au premier rang de ses travaux la question du concours. Cette institution du concours serait d'ailleurs parfaitement légitime et réalisable maintenant que les Facultés de médecine sont pourvues d'un enseignement officiel de l'aliénation mentale. Les conclusions de la Commission sont adoptées à l'unanimité partiellement et dans l'ensemble.

M. BERGERON présente un malade atteint de *chromhydrose rose*.—Il lit ensuite un rapport sur le Concours du prix Capuron.

A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 mars 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

M. LACOMBE offre à la Société, au nom de son auteur, le *Manuel de pathologie générale* de M. Hallopeau, récemment publié. — M. TROISIER, de la part de M. Hermet, dépose sur le Bureau la traduction de l'ouvrage d'Hutchinson sur les *affections de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire*.

M. FÉRÉOL fait une intéressante communication sur l'*empyème pulsatile*, à propos d'un malade qu'il a eu récemment l'occasion d'observer. Il s'agit d'un homme atteint de pleurésie purulente gauche, chez lequel on constatait un soulèvement de la paroi thoracique intermittent et isochrone aux pulsations du cœur. Ce dernier organe était d'ailleurs refoulé fortement à droite. Une ponction de l'épanchement avait été déjà faite en 1882 dans le service de M. Proust. M. Féréol se décida à recourir à la résection des côtes, d'après le procédé d'Estlander. Cette résection fut pratiquée par M. Berger, et le malade est à l'heure actuelle parfaitement guéri. A l'occasion de ce cas, M. Féréol se demande quel est le mécanisme en vertu duquel un épanchement pleural revêt le caractère pulsatile. Chez le malade de M. Féréol, il s'agissait d'un empyème total ; tout le côté gauche du thorax était soulevé à chaque systole du cœur. D'après M. Comby, on se le rappelle, le phénomène serait dû à l'accolement sur le médiastin d'une lamelle de poumon sclérosée. M. Féréol ne croit pas que ce soit dans l'état du poumon ni dans ses rapports avec le cœur qu'il faille chercher l'explication des pulsations thoraciques. Ces pulsations, d'après lui, sont essentiellement liées à la présence des gaz dans la plèvre. L'on peut remarquer en effet que, dans les cas publiés par M. Comby, il y avait coïncidence d'un pneumo-thorax avec l'épanchement purulent. Les gaz, dans les faits de cet ordre, joueraient le rôle de l'air dans un tambour enregistreur. C'est en vertu de leur incompressibilité qu'ils transmettraient à la paroi thoracique les battements cardiaques. Toutefois, d'après M. Féréol, un pareil effet n'aurait lieu que dans les cas où le pneumo-thorax est *fermé*. Si l'on suppose en effet que la cavité pleurale soit en communication avec les bronches, on concevra qu'à chaque battement le cœur refoule dans l'arbre aérien librement ouvert une petite partie des gaz renfermés dans la plèvre, au lieu d'en refouler la masse élastique vers la paroi thoracique. Dans l'espèce, il se produirait en somme ce qui a lieu lorsqu'on se sert d'un tambour enregistreur dont la membrane est perforée. M. Féréol conclut que, d'après lui, la condition indispensable à la production des pulsations thoraciques dans l'empyème pulsatile totale, c'est la coïncidence d'un pneumo-thorax fermé avec l'épanchement pleural.

M. DEBOVE offre à la Société un exemplaire de ses *leçons sur la tuberculose parasitaire*.—A cette occasion, M. VILLEMIN demande que la question de la *prophylaxie de la tuberculose* soit mise à l'ordre du jour de la Société. A cet effet, sur la proposition du président M. Bucquoy, la Société nomme une Commission composée de MM. Villemin, Millard, Debove, Grancher et Constantin Paul, qui sera chargée d'aviser aux voies et moyens de préparer une discussion fructueuse.

M. DU CASTEL donne lecture d'un important travail sur

© BIU Santé

la *symptomatologie des scléroses pulmonaires*. La fin de la communication, vu l'heure avancée, a été remise à la séance suivante. Nous donnerons l'analyse du travail de M. du Castel dans notre prochain compte rendu. G. BALLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 mars 1884. — PRÉSIDENCE DE M. M. SÉE.

M. ROBERT (Val-de-Grâce) lit un travail sur *les fistules uréthro-péniennes consécutives à une gangrène de la verge et leur traitement*. — Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Verneuil, Delens et Tillaux rapporteur.

M. DESPRÉS rapporte une observation d'anévrysme de la fémorale; la malade, âgée de 39 ans, portait un anévrysme de l'artère fémorale, occupant les deux tiers supérieurs de la cuisse. On avait essayé sans succès la compression, et dans les derniers temps l'anévrysme vrai était devenu un anévrysme diffus. M. Després fit la ligature de l'artère fémorale sous l'arcade dont l'anévrysme n'était distant que de 4 ou 5 centimètres. La tumeur durcit aussitôt et la circulation se rétablit dans le membre avec une extrême rapidité. Mais, le quatrième jour après cette ligature, l'anévrysme se ramollit et devint le siège de douleurs lancinantes; c'était l'inflammation. Rapidement la tumeur augmenta de volume et le neuvième jour un point rouge apparut à sa surface. La ponction sur ce point ayant donné issue à du sang noirâtre, M. Després fit une grande incision, évacua les caillots et trouva au fond de la plaie les deux bouts de l'artère sur lesquels il plaça deux pinces hémostatiques. Pendant l'opération, la malade avait perdu beaucoup de sang. Les pinces furent laissée à demeure et la plaie bourrée de charpie alcoolisée. Après 12 jours, on enleva les pinces, la plaie suppurait abondamment, et tout alla pour le mieux jusqu'au vingt-deuxième jour où une hémorrhagie se produisit dans la plaie faite primitivement pour la ligature de la fémorale. M. Després diagnostiqua une hémorrhagie par la fémorale profonde et lia cette artère. Cinq jours après, la malade fut prise d'un grand frisson et elle mourut d'infection purulente. A l'autopsie, on trouva des abcès métastatiques dans le poumon; il n'y en avait pas dans le foie qui fut regardé attentivement parce que la malade avait présenté une teinte cafélque légère due sans doute à de l'ictère hémaphéique. Mais on constata qu'une des pinces hémostatiques avait saisi une des veines fémorales et M. Després voit dans ce fait la cause d'une phlébite qui s'est terminée par infection purulente.

M. Després signale une modification du procédé opératoire pour la ligature de la fémorale à la base du triangle; cette modification qui lui a été imposée par la proximité de la tumeur et de l'artère, consiste en ce qu'au lieu de faire une incision parallèle à l'artère, ainsi qu'il est d'usage, on peut faire une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans; on va à la recherche de l'artère en commençant par la partie externe de l'incision, ce qui permet d'arriver sur le vaisseau sans courir risque de découvrir la veine.

En terminant, M. Després se plaint que, depuis quelque temps, s'il en croit ses lectures, l'infection purulente reparaisse dans nos hôpitaux.

M. TRÉLAT, qui a obtenu deux succès par la ligature dans deux cas analogues, loue les actes opératoires des chirurgiens et pense qu'ils méritaient un meilleur sort. Il proteste absolument contre la prétendue réapparition de l'infection purulente et cherche les causes de l'insuccès. Il ne les voit point dans le pincement de la veine, mais il pense que si M. Després avait pu remplacer les pinces hémostatiques par des ligatures et une charpie critiquable par les moyens antiseptiques ordinaires, il eût évité un résultat si fatal. C'est surtout dans ces cas graves que l'antiseptie bien organisée triomphe et évite des revers.

M. VERNEUIL trouve que la campagne opératoire de M. Després a été fort bien conduite, mais s'élève fortement contre les conclusions du chirurgien de la Charité relatives à l'infection purulente; cette complication redoutable a depuis longtemps disparu des services où l'on fait les pansements nécessaires pour l'éviter. M. Verneuil se demande si la malade de M. Després n'avait point une affection du foie; il le croirait volontiers, puisque cette malade présentait une teinte ictérique. Une affection du foie facilite les hémorrhagies et aggrave singulièrement le pronostic.

M. PERRIN pense qu'il est possible que M. Després, en liant trop près du sac, soit tombé sur une artère dégénérée et pense qu'il y eût eu avantage à faire la ligature de l'iliaque externe. Cette ligature a donné un succès complet à M. Perrin dans un cas analogue, mais moins grave.

M. TILLAUX croit que, dans des cas semblables, il est toujoujours mieux de lier l'iliaque externe. Il n'est guère d'endroit plus défavorable à une ligature artérielle que le pli de l'aîne, où un véritable bouquet artériel naît de la fémorale. L'iliaque externe, au-dessus de l'épigastrique et de la circonflexe, est un véritable lieu d'élection.

M. BERGER partageant l'avis de M. Tillaux, répond à M. Perrin que l'altération des parois artérielles, au voisinage d'un anévrysme, est loin d'être la règle, et insiste sur l'importance extrême de l'antiseptie dans les ligatures artérielles.

M. DESPRÉS répond qu'il faut distinguer entre les ligatures pour anévrysme vrai et celles que l'on fait dans le cas d'anévrysme diffus; Broca a démontré que l'inflammation est plus fréquente dans ces derniers. M. Després ne croit pas aux pansements antiseptiques. Il pense que la rareté des cas d'infection purulente tient uniquement à ce que les malades meurent de septicémie, c'est-à-dire au début de l'infection purulente et avant que les abcès métastatiques soient survenus.

M. TERRIER proteste de la façon la plus énergique contre les assertions de M. Després. Le malade de M. Després est mort d'infection purulente et a eu des hémorrhagies parce qu'il avait de l'infection purulente. La pyohémie et l'infection purulente sont devenues très rares dans nos hôpitaux; si l'on en rencontre encore quelques cas, la faute en est à l'Administration de l'Assistance publique. L'état de malpropreté relative dans lequel certains de nos hôpitaux sont tenus, oblige le chirurgien à se défendre contre la pyohémie. En prenant de grandes précautions, on y réussit.

M. DESPRÉS croit qu'il y a des hôpitaux sains, où l'on reçoit des malades sains, et où, en raison de ces conditions, les résultats opératoires sont bons; Beaujon et Lariboisière appartiennent à cette catégorie. Mais il est des hôpitaux comme Saint-Antoine, où l'on reçoit surtout des malades pauvres, fatigués, mal nourris, et où les résultats sont moins bons.

M. TILLAUX répond à M. Després, en présentant la statistique des grandes opérations qu'il a pratiquées en 1883 à l'hôpital Beaujon où, il y a une vingtaine d'années, pas une amputation ne réussissait. Nous ne relèverons, dans cette statistique, qui comprend un très grand nombre de grandes opérations, que les résultats principaux : sur 15 amputations, 13 succès; 8 résections, 8 succès; 8 ovariotomies, 6 succès, etc., etc. M. Tillaux n'a pas eu, en 1883, un seul cas d'infection purulente; depuis 6 ans, il n'en a vu que trois cas, dont deux ont guéri.

M. BOUILLY présente un jeune malade auquel il a pratiqué la résection des 6e, 7e, 8e, 9e, 10e et 11e côtes pour un empyème datant de cinq ans. La guérison était complète 20 jours après l'opération. P. POIRIER.

CORRESPONDANCE

Une idylle interrompue. — Les aumôniers de l'hospice général de Rouen. — Laïcisation de l'hospice général de Rouen.

Rouen, le 16 mars 1884.

Mon cher rédacteur,

Vous me demandez quelques renseignements sur *l'affaire de l'aumônier de l'hospice général* de Rouen, dont les journaux politiques s'occupent depuis quelques jours. Permettez-moi tout d'abord d'exposer sommairement les faits.

© BIU Santé

Il y a six ans, les services de l'Hospice général, qui comptent 1800 lits, étaient exclusivement tenus par des sœurs qui s'adjoignaient pour leur service les jeunes orphelines de l'établissement. Il paraît que, il y a quelque temps, — je n'ai pu avoir des renseignements plus précis, — on a substitué, plus ou moins, des infirmières laïques aux orphelines, les sœurs restant maîtresses, bien entendu et dirigeant chaque service sous le nom de sœur cheftaine, déléguant la partie pénible à une infirmière, cheftaine aussi, ayant au-dessous d'elles quelques infirmières laïques. Toutes les laïques, sont choisies, paraît-il, par l'Administration (?). Ces laïques ont le droit de choisir parmi les TROIS aumôniers celui qui doit leur dispenser les secours spirituels.

Dans la section des déments organiques, une jeune fille de 20 ans avait mis sa confiance dans le plus jeune des aumôniers, âgé de 30 ans, le héros de l'aventure racontée par les journaux et dont elle-même est l'héroine.

Une lettre d'amour a été écrite par l'ardent aumônier à la jeune fille. Cette lettre, suivant les uns (côté clérical) aurait été perdue et trouvée dans les cabinets d'aisances, — suivant les autres (côté indépendant), elle aurait été..... trouvée, la nuit, dans la poche de la robe de l'infirmière.

Quoi qu'il en soit, le contenu de la lettre a été bientôt connu, la lettre remise à l'aumônier en chef, qui, sachant que l'on parlait déjà de l'affaire, après s'être habilement assuré que l'écriture était bien celle de son collègue, est allé trouver l'autorité diocésaine. Celle-ci donna l'ordre au jeune aumônier d'abandonner ses fonctions et de se rendre au grand séminaire pour y attendre des instructions ultérieures. Selon la coutume des autorités ecclésiastiques, cette mesure était prise complètement à l'insu de l'autorité administrative.

Celle-ci, bien qu'elle soit médiocrement républicaine, s'est émue de l'injure qui lui était faite. La Commission administrative s'est réunie, a convoqué le premier aumônier, lui a reproché sa façon d'agir. Ledit aumônier a semblé peu respectueux de l'autorité du directeur de l'établissement et a carrément contesté sa compétence en pareille matière, n'admettant qu'une seule autorité, parce qu'il était question d'un prêtre : l'*autorité de l'évêque et du clergé*. Même interprétation de sa part, à l'égard de la lettre qui lui était parvenue par l'intermédiaire... du Saint-Esprit, qu'il avait remise aux vicaires capitulaires et soustraite ainsi au dossier administratif.

Il paraît enfin que la Commission pour toute répression, se bornerait à demander le remplacement du premier aumônier.....

Bien à vous, X.

Il ressort des faits qui précèdent : 1° Que, à Rouen comme à Paris, comme partout, les aumôniers profitent de leur situation pour porter aux infirmières (et aux malades femmes) d'autres secours que des secours intellectuels ; 2° Que les aumôniers ont à Rouen, comme partout, le plus profond mépris de l'autorité civile; 3° Que les règlements administratifs sont lettre morte pour les aumôniers, puisque la Commission administrative, par l'organe de son vice-président, a rappelé à l'aumônier en chef *ses devoirs envers l'administration et les termes formels du règlement qui lui enjoignent de communiquer exclusivement et sans retard au directeur* TOUT CE QUI TOUCHE AU SERVICE DE L'HOPITAL (1).

Quant à la mesure réclamée par la Commission, le déplacement du premier aumônier, elle est illusoire et nous ne pouvons que nous associer aux réflexions du *Petit Rouennais* : « Comment, dit-il, vous venez de prendre un aumônier en flagrant délit d'abus d'autorité, et vous demandez son remplacement par un autre aumônier ! Vous avez l'illusion de croire que son successeur reconnaîtra votre autorité ! Mais l'esprit de celui-là sera l'esprit de l'autre et toujours il prendra son mot d'ordre à l'Archevêché !! »

Le remède est simple, il consiste : 1° *A supprimer les trois aumôniers de l'hospice général* et à confier aux prêtres de la paroisse voisine les soins religieux à donner aux malades, ainsi que cela se pratique à Paris, à Meaux, à Auxerre, à Genève, etc., etc. — 2° *A créer un enseignement professionnel* complet pour l'instruction des garde-malades et des infirmières et à remplacer *les religieuses par des infirmières* LAÏQUES *instruites*.

(1) *Journal de Rouen*, 7 mars.

PROSTITUTION. — Le Comité exécutif de la fédération britannique, continentale et générale a, dans sa séance du 29 février, désigné Stockholm comme siège de la conférence internationale de 1884. Le Congrès s'ouvrira le lundi 8 septembre, et durera trois jours.

VARIA

Rapport présenté par M. BOURNEVILLE au nom du 5e groupe de la 2e Sous-Commission, de la Commission chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés (1).

II. DU SERVICE MÉDICAL. *a) Internes.* — Si l'on avait la certitude, en instituant le *concours* pour tous les asiles, d'avoir des *internes* en nombre suffisant, c'est à ce mode de nomination qu'il conviendrait d'avoir recours. Et alors on aurait, pour les fonctions de médecin adjoint, un nombre suffisant de candidats auxquels viendraient sans doute s'ajouter des docteurs en médecine n'ayant point passé par l'internat des asiles. Il suffirait amplement, pour tenir compte des services rendus, d'avantager dans une certaine mesure les anciens internes des asiles, comme le fait l'Assistance publique de Paris pour ses internes concourant au Bureau central.

Mais, si l'on est en droit d'espérer que des candidats se présenteront pour l'internat de quelques asiles, par exemple ceux de la Seine, du Rhône, de la Gironde, etc., il est à craindre, quant à présent, qu'on n'en trouve pas pour la majorité des asiles. Aussi, le cinquième groupe, tout en étant partisan de ce mode de recrutement, est-il d'avis qu'il faut maintenir l'état actuel, se résumant en ceci : nomination directe des internes par les préfets ; — latitude laissée à ceux-ci de recourir au concours, comme cela se fait notamment pour les asiles de la Seine, du Rhône, de l'Hérault, des Bouches-du-Rhône et de la Gironde. Le groupe estime qu'il serait bien désirable que le concours fût institué pour l'internat de tous les asiles voisins des Facultés de médecine et pour la maison nationale de Charenton.

b) Médecins adjoints. — En face de la situation que nous venons d'indiquer, les membres du cinquième groupe ont pensé qu'il fallait introduire le *concours* pour tous les *médecins adjoints* des asiles. A cet égard, il y a eu unanimité.

Afin de faciliter la tâche du groupe, M. Foville a élaboré un *programme* des conditions du concours à imposer aux candidats. Sans entrer dans les détails qui devront être examinés par une Commission spéciale, les membres du cinquième groupe ont adopté les points principaux qu'ils soumettent à la Commission : 1° Être français et docteur en médecine ; 2° Avantager, dans une proportion de points à déterminer, les candidats qui auront été internes des hôpitaux de Paris ou des asiles de la Seine et des établissements hospitaliers des villes où siègent des Facultés, *quand ils sont nommés au concours* ; ceux qui auront été deux années internes dans les asiles d'aliénés ; enfin ceux qui, étant docteurs en médecine, seront entrés comme internes dans les asiles et en auront rempli les fonctions pendant un an ; 3° Un concours pour la nomination au grade de médecin-adjoint des asiles sera ouvert par les soins de M. le Ministre de l'Intérieur, toutes les fois que les besoins du service le comporteront, et, chaque fois, trois places au moins devront être mises au concours ; 4° Les candidats nommés seront placés par ordre de classement, au fur et à mesure des besoins du service. A partir de leur nomination, et même en attendant leur placement, ils recevront le traitement attaché à la dernière classe de leur grade et ils pourront être employés à faire des intérims. Ceux qui seront internes dans les asiles pourront continuer à en remplir les fonctions jusqu'à leur placement.

Des indemnités de voyage pourront être accordées aux docteurs en médecine, internes dans les asiles des départements, afin de leur permettre de venir prendre part aux épreuves qui seront subies à Paris. Dans la pensée du groupe, les épreuves exigées pour ce concours devront être analogues à celles des concours de l'internat des hôpitaux de Paris ou des asiles de la Seine.

c) Médecins chefs de service. — Comment doit-on procéder à la nomination des médecins chefs de service ? Faut-il la laisser au Ministre de l'intérieur, ou convient-il d'y procéder par un second concours ? Telles sont les questions que le cinquième groupe s'est posées. Deux opinions se sont produites.

La première a été émise par M. Herold. Dans sa pensée, les

(1) Voir le n° 11. — Rapport lu à la Commission en juillet 1881, imprimé en août 1882.

© BIU Santé

conditions du concours du premier degré sont suffisantes pour que les médecins adjoints qui auront satisfait à cette épreuve puissent, après un certain nombre d'années de pratique dans un asile, devenir médecins en chef des asiles publics de second ordre. Ce qu'il préférerait, c'est un concours élevé, d'un degré réellement supérieur, permettant de n'avoir dans les grands asiles et notamment ceux de la Seine, que des médecins ayant donné des preuves d'une capacité remarquable et en situation de relever par leur valeur personnelle le niveau scientifique de la pathologie et de la thérapeutique des maladies du système nerveux. La majorité n'a pas été de cet avis et elle a voté pour que les médecins chefs de service fussent nommés après un second concours. Il a été ensuite procédé à la discussion du programme communiqué par M. A. Foville. Le groupe a adopté à l'unanimité la première condition : *Nul ne pourra être nommé au grade de médecin en chef des asiles d'aliénés s'il n'a subi avec succès les épreuves d'un concours* ad hoc.

MM. Ball et Foville ont introduit un amendement ainsi conçu : « *A moins qu'il n'ait rempli pendant deux ans les fonctions de chef de clinique des maladies mentales, nommé au concours dans une Faculté de médecine, auquel cas, il sera dispensé de toute autre épreuve.* »

Et, à l'appui, M. Ball soutient que les épreuves du concours du clinicat équivalent à celles du concours pour les places de médecin des quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Nous avons fait remarquer : 1° Que l'adoption de cette proposition aurait pour conséquence de supprimer le concours pour les places de médecins chefs de service parce que le nombre des chefs de clinique est à peu près égal à celui des vacances qui se produisent ; — 2° que les chefs de clinique de médecine et de chirurgie, bien qu'ayant subi des épreuves semblables à celles du chef de clinique mentale, n'en sont pas moins obligés de subir de nouveaux concours, s'ils veulent être nommés médecins ou chirurgiens des hôpitaux ; — 3° qu'il n'y a pas de comparaison possible entre les épreuves du clinicat de la chaire des maladies mentales, et celles du concours pour les places de médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, car, pour ces dernières places, les épreuves ont été établies, selon le désir de M. le Préfet de la Seine, de manière à être tout à fait équivalentes à celles du concours des médecins des hôpitaux auxquels sont assimilés les médecins des quartiers d'aliénés (1).

L'examen des épreuves exigées pour chacun de ces concours justifie pleinement nos remarques. Le groupe a ensuite fixé les autres conditions et s'est arrêté à la rédaction suivante :

Pourront être admis à concourir : tous les docteurs en médecine français, reçus depuis deux ans ;— tous les médecins adjoints des asiles et tous les chefs de clinique des maladies mentales relevant d'une Faculté de l'État. Ceux qui auront été nommés depuis deux ans médecins adjoints des asiles d'aliénés recevront avant le commencement des épreuves un nombre de points égal au dixième du nombre maximum. — Pour ceux des candidats qui, en même temps qu'ils auront rempli les fonctions de médecin-adjoint auront été chefs de clinique, nommés au concours auprès d'une chaire de maladie mentale dans une Faculté de l'État, l'avantage pourra être doublé. — Les travaux et publications scientifiques d'un candidat lui seront comptés pour un nombre de points que le jury fera connaître avant le commencement des épreuves et qui sera, au plus, égal au dixième du maximum.

Un concours pour la nomination au grade de médecin en chef des asiles sera ouvert par les soins du Ministère de l'intérieur toutes les fois que les besoins du service le comporteront, et, chaque fois, trois places au moins devront *être mises au concours.*

Les épreuves du concours seront à la fois théoriques et pratiques. — Les candidats classés les premiers par le jury en nombre égal à celui des places mises au concours, seront nommés au grade de médecin en chef des asiles d'aliénés et seront placés par ordre de classement au fur et à mesure des besoins du service.

A partir de leur nomination et même en attendant leur placement, ils recevront le traitement appartenant à la dernière classe de leur grade, et ils pourront être employés à faire des intérims. Ceux qui seront médecins adjoints dans des asiles pourront continuer à en remplir les fonctions jusqu'à leur placement.

En admettant les *médecins adjoints* et les *médecins chefs de service* à faire des *remplacements*, les membres du cinquième groupe pensent mettre de la sorte l'Administration en mesure de pourvoir aux besoins des asiles lorsque les médecins chefs de service sont en congé ou empêchés par la maladie.

Il s'est agi, jusqu'ici, des médecins chefs de service des asiles publics, mais, à côté d'eux, il y a : 1° les *médecins des asiles privés faisant fonction d'asiles publics* et 2° les *médecins des quartiers d'hospices*. Aujourd'hui, les premiers sont choisis par les propriétaires des asiles privés et doivent être simplement agréés par les préfets, à moins de clauses contraires insérées dans les traités. Les seconds sont nommés par les commissions administratives, après ou sans concours, en vertu de la loi d'août 1851. Les membres du cinquième groupe ont été unanimes à demander que les médecins de ces deux catégories soient nommés par le même concours que les médecins adjoints des asiles publics.

d) Médecins chefs de service des asiles de la Seine. — La question relative au mode de recrutement du personnel médical des asiles de la Seine a fait l'objet d'une discussion à part. Deux opinions se sont trouvées en présence : 1° recrutement des médecins des asiles de la Seine par un concours *spécial ;* 2° recrutement de ces médecins parmi les médecins chefs de service des asiles des départements ayant subi le *concours commun.*

On sait que, actuellement, la population des asiles de ce département est évaluée au chiffre de 8,125 ; 4,125 sont traités dans divers asiles d'autres départements, et 4,000 seulement dans les asiles de Sainte-Anne, Vaucluse, Ville-Évrard et les deux quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Le but poursuivi par le Conseil général de la Seine et par l'Administration est de restreindre de plus en plus l'envoi des aliénés de la Seine en province. Cette œuvre, pour être entièrement accomplie, exige un temps et des dépenses considérables. Mais pour qu'il n'y ait pas de doute sur ses intentions, le Conseil général a voté les fonds nécessaires pour l'érection à Villejuif d'un nouvel asile, devant contenir 1,200 aliénés.

De là, il ressort un point important : C'est que, de même que par le nombre de ses hôpitaux et de ses hospices, par le chiffre de ses malades et de ses infirmes, Paris a dû être pourvu d'un

(1) Voici en quoi consistent les épreuves des trois concours dont il est question :

CLINICAT DES MALADIES MENTALES.

1° Épreuve sur un cas de maladie ordinaire (10 minutes d'examen; 10 minutes d'exposition).

2° *Consultation* écrite sur un cas de médecine mentale (10 minutes d'examen; *le jury déterminera le temps accordé* pour la rédaction).

3° *Leçon clinique* de 20 minutes sur deux malades aliénés (après 10 minutes d'examen pour chacun).

MÉDECINS DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE.

1° Épreuve écrite (3 heures), 30 points.

2° Epreuve clinique sur un malade atteint d'une maladie ordinaire (10 minutes d'examen ; 20 minutes pour la leçon orale), 20 points.

3° Epreuve clinique sur les maladies mentales ; un seul malade (20 minutes pour l'examen, 20 minutes pour la dissertation), 20 points.

4° Double épreuve écrite comprenant une *consultation*, après l'examen d'un aliéné, et *rapport* sur un cas d'aliénation mentale (15 minutes pour l'examen de chacun des malades ; une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation), 30 points.

5° Epreuve clinique sur deux malades aliénés (15 minutes pour chacun d'eux ; 30 minutes pour la dissertation), 30 points.

MÉDECINS DES HÔPITAUX.

1° Epreuve clinique sur un malade (10 minutes d'examen, 15 minutes de dissertation), 20 points.

2° Epreuve orale théorique sur un sujet de pathologie (20 minutes de réflexion ; 20 minutes pour la leçon), 20 points.

3° Consultation écrite sur un malade (10 minutes d'examen ; 3/4 d'heure pour la rédaction), 20 points.

4 Composition écrite sur un sujet de pathologie (3 heures), 30 points.

5° Epreuve clinique sur deux malades (20 minutes pour l'examen des deux malades ; 30 minutes pour la dissertation), 30 points.

© BIU Santé

organisme spécial, l'*Administration de l'assistance publique*, de même, il a semblé à plusieurs membres du groupe que la *population* considérable des aliénés de la Seine, la *multiplicité de ses asiles* justifiaient une organisation différente, au moins sur certains points, de celle qui est acceptée pour la généralité des asiles de France.

Contre cette idée, on objecte la crainte de créer une oligarchie médicale et aussi celle d'éloigner plutôt que d'attirer les jeunes médecins vers la spécialité des maladies mentales. Ces craintes sont-elles fondées ? Les partisans de la spécialisation du concours ne le croient pas. En effet, cette oligarchie médicale existe dès maintenant pour les médecins des hôpitaux de Paris, pour les médecins des hôpitaux ou les professeurs des Facultés de médecine de toutes les grandes villes. Cette suprématie d'ailleurs est juste, puisqu'elle repose en général sur la valeur scientifique démontrée par des concours répétés et par des publications souvent nombreuses.

Loin d'éloigner les candidats, le concours spécial en créerait. Car, suivant eux, beaucoup d'anciens internes des hôpitaux qui se font inscrire pour les concours de médecin et de chirurgien des hôpitaux ou se feront inscrire pour celui d'accoucheur des hôpitaux, se dirigeront vers ce concours s'ils sont assurés d'avoir des débouchés, et cela parce qu'ils restent à Paris ou dans son voisinage, qu'ils peuvent se tenir dans le courant scientifique, tandis que jamais, fort probalement, ils ne prendront part à un concours qui aura pour conséquence, s'il se termine en leur faveur, de les éloigner, sinon définitivement, au moins pour un long temps, des asiles de la Seine.

Le but poursuivi par les partisans d'une spécialisation du concours pour la Seine, c'est d'élever le niveau du corps médical des asiles d'aliénés de ce département, de manière à permettre son assimilation aussi complète que possible avec le corps des médecins des hôpitaux de Paris.

Il convient aussi de rappeler que si, conformément à l'article 3 de la loi du 10 janvier 1849, l'Administration de l'Assistance publique avait conservé la tutelle des aliénés, elle aurait procédé pour la nomination des médecins des asiles de Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse, comme elle l'a fait pour les médecins des quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière, et que les chefs de service de ces asiles seraient médecins des hôpitaux, comme l'étaient où le sont MM. Trélat, Archambault, Baillarger, Delasiauve, Moreau (de Tours), J. Voisin, Bourneville, Charpentier et Deny.

L'une des objections principales formulée par M. Foville consiste à dire que ce système lèse les médecins adjoints et les médecins chefs de service des asiles de province qui, plus préoccupés de la pratique que des études théoriques se trouveront infériorisés à de jeunes docteurs sortant de l'internat. Nous ne le croyons pas; voici pourquoi. D'abord, au fur et à mesure que les asiles de la Seine se complèteront, il y aura un roulement assez fréquent et, partant, des concours assez rapprochés. Ils le seront encore plus si, comme il en a été question, on diminue le nombre des malades confiés à chaque médecin. Par conséquent, il s'écoulera un court espace de temps entre les concours de la Seine et ceux auxquels auront pris part les médecins des asiles de province pour être nommés médecins adjoints ou médecins chefs de service.

Enfin, pour donner satisfaction à tous les intérêts, et surtout pour rendre justice aux concurrents, il conviendrait d'ajouter aux épreuves actuelles, théoriques et pratiques, des concours de Bicêtre et de la Salpêtrière une épreuve nouvelle : l'*examen des titres scientifiques*, en y joignant une *appréciation des services rendus* (1). Grâce à cette innovation, il pourra être tenu compte, dans les concours, d'un élément important, et on encouragera sérieusement les jeunes gens à se livrer aux recherches cliniques, aux travaux de laboratoire, en un mot à faire acte d'initiative, au lieu de donner le pas à ceux qui n'ont d'autres qualités que celles qu'on acquiert par la fréquentation assidue des conférences et qui, finissant par arriver après des concours nombreux, ont perdu souvent l'habitude des recherches et ne contribuent que médiocrement au progrès de la science, si intimement lié au bien-être et au traitement malades.

L'assimilation que l'on a voulu établir entre les médecins des asiles et le corps des officiers, celui des ingénieurs des ponts et chaussées est combattue par la minorité du groupe. En effet, pour être logique, il faudrait l'étendre à tous les médecins des hôpitaux, à tous ceux qui occupent des fonctions. L'officier, l'ingénieur vit de sa paye, il n'en est pas de même le plus souvent des médecins qui reçoivent un traitement ou une indemnité plus ou moins modiques, parce qu'on sait qu'ils ont à leur disposition la clientèle, la consultation ou des travaux scientifiques. A ce compte, on écarterait tous les médecins qui, peu fortunés, se sentent la force, le talent nécessaires pour aspirer à des situations plus favorisées.

Adopter pour l'obtention des places de médecins chefs de services un système analogue à celui de l'Ecole polytechnique, comme l'a proposé M. Ball, n'a pas été admis par le groupe. Il serait tout au plus possible si l'on procédait d'un seul coup à la nomination de tous les médecins, mais il a été convenu que l'on ferait un concours chaque fois qu'il y aurait trois vacances. Serait-ce le premier nommé de chaque concours qui pourrait obtenir les plus hautes fonctions ? Mais les concours sont très différents. A un concours il y aura dix candidats, à tel autre, quatre, six ou quinze. On voit qu'on ne peut pas accepter équitablement un tel système.

Enfin, la minorité du 5e groupe, composée de M. Herold et du rapporteur, a fait valoir la situation particulière de la Seine qui possède, à Paris, la Faculté la plus fréquentée de France, où existe l'émulation la plus grande, où se trouvent de nombreux internes nommés au concours et pouvant fournir une riche pépinière de candidats; la nécessité d'avoir dans les asiles d'aliénés de ce département des hommes dans la force de l'âge, capables par leurs travaux scientifiques, par leur enseignement, d'aider à un bon recrutement de tous les asiles de la France.

MM. Herold et Bourneville ont déclaré qu'ils ne verraient aucun inconvénient à ce qu'il fût procédé de la même façon pour les asiles situés au chef-lieu des autres Facultés de médecine.

Ces arguments n'ont pas convaincu les membres du groupe qui, à la majorité de trois (MM. Ball, Foville, Pilon) contre deux (MM. Herlod et Bourneville) ont déclaré qu'il n'y avait pas lieu d'instituer un concours spécial pour les asiles du département de la Seine.

L'établissement du concours entraîne la suppression de la nomination des médecins par les préfets, conformément aux dispositions du décret du 25 mars 1852 sur la décentralisation administrative.

Cette prérogative, d'ailleurs, était en réalité illusoire, car, depuis la promulgation de ce décret, la nomination des médecins a continué à se faire sur la présentation d'une liste dressée par MM. les inspecteurs généraux. Rien n'a donc été changé que la lettre; ce sont toujours les mêmes fonctionnaires qui présentent les candidats au choix de l'autorité. Tous les médecins étant, à l'avenir, nommés à la suite d'un concours, il paraît, en effet, qu'au ministre seul puisse être dévolue le pouvoir de consacrer le résultat du concours par la nomination. Enfin, le 5e groupe estime que, dans le but de compléter les avantages du concours, il serait bon d'établir un *tableau d'avancement* dressé par une commission médico-administrative. *(A suivre.)*

(1) Voir sur ce point les rapports présentés par nous au Conseil général de la Seine sur le service des aliénés pour 1878, 1879, 1880, 1881 et 1882.

Proposition de loi relative à l'exercice de la médecine.

La Commission chargée de l'examen de cette proposition de loi a voté l'article premier, déclarant que nul ne peut exercer la médecine s'il n'est pourvu d'un diplôme régulier de docteur en médecine, décerné par une Faculté de l'Etat : c'est donc la suppression, pour l'avenir, de l'officiat de santé.

L'article 2 a donné lieu à une longue discussion à laquelle ont pris part presque tous les membres de la Commission. Il en est résulté que les officiers de santé *seraient autorisés*, après la promulgation de la loi, si elle est adoptée par le Parlement, *à exercer la médecine sur tout le territoire de la République* (proposition Chevandier et Bourneville). La Commission a pensé que la *restriction territoriale* n'avait pas de raison d'être; que, dans l'état actuel, elle n'avait d'autre résultat que de fournir l'occasion à des

© BIU Santé

dénonciations et à des procès regrettables où la dignité et la réputation des médecins n'avaient rien à gagner.

La Commission a écarté la proposition de M. Roudier demandant que la *restriction scientifique* imposée actuellement aux officiers de santé, concernant les opérations, soit abolie.

La deuxième partie du même article 2 était ainsi conçue : « Les officiers de santé, *pourvus du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences* restreint, pourront, s'ils comptent six années d'exercice, se présenter devant une Faculté de l'Etat pour obtenir, s'il y a lieu, après deux examens et une thèse, le diplôme de docteur. » — MM. Chevandier et Bourneville ont demandé la suppression des mots « pourvus du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences restreint », estimant que les autres conditions imposées, à savoir six années d'exercice, deux examens et une thèse étaient suffisantes ; que les étudiants qui ont les deux baccalauréats ont généralement pris des inscriptions de doctorat ; — que la suppression de la condition des baccalauréats permet aux officiers de santé laborieux de relever leur situation par le travail ; enfin que les conditions restantes garantissent suffisamment les intérêts primordiaux de la Société. La suppression demandée par MM. Chevandier et Bourneville a été adoptée par la Commission.

Le 3e article ayant trait à l'exercice de la médecine par les français et les étrangers reçus docteurs à l'étranger, a été l'objet d'une discussion qui n'a pas abouti. Il a été convenu, sur la proposition de M. Bourneville que, avant de se prononcer, la Commission demanderait au gouvernement des renseignements sur les conditions imposées aux médecins français pour être autorisés à exercer la médecine dans les pays étrangers.

Faculté de Médecine de Paris.

Cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants. — M. le professeur Tarnier commencera le cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, le vendred 28 mars 1884, à midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de pharmacologie. — M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie le samedi 22 mars 1884, à midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'histoire naturelle médicale.—M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale le lundi 24 mars 1884, à 11 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de médecine légale. — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 24 mars 1884, à 4 heures de l'après-midi (Grand-Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de thérapeutique et matière médicale. — M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le jeudi 20 mars 1884, à 5 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. (Voir p. 239.)

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Guyon a commencé le cours de pathologie chirurgicale le vendredi 21 mars 1884, à 3 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours d'hygiène. — M. le professeur Bouchardat commencera le cours d'hygiène le samedi 22 mars 1884, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure. — Objet du cours : Durée de la vie ; Hérédité ; Habitation ; Vêtements ; Chauffage ; Exercices ; Excrétions : Principales causes des maladies.

Cours auxiliaire d'anatomie pathologique. — M. Raymond, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'anatomie pathologique le jeudi 27 mars 1884, à 2 heures de l'après-midi (Laboratoire d'Anatomie pathologique, à l'Ecole pratique, rue Vauquelin), et le continuera les samedis et mardis suivants, à 3 heures (à la Faculté : Amphithéâtre Laënnec), et les jeudis à 2 heures (à l'Ecole pratique).

Cours auxiliaire de chimie médicale. — M. Henninger, agrégé, commencera le cours auxiliaire de chimie médicale le lundi 24 mars 1884, à 9 heures 3/4 du matin (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaire de physique. — M. Gariel, agrégé, commencera son cours auxiliaire de physique le samedi 22 mars 1884, à 2 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heurs. Sujet du cours : Vision ; instruments d'optique ; magnétisme ; électricité ; propriétés moléculaires des corps.

Cours auxiliaire d'histoire naturelle. — M. Raphaël Blanchard, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle le jeudi 27 mars 1884, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaire d'accouchements. — M. Ribemont-Dessaignes agrégé, a commencé le cours auxiliaire d'accouchements le vendredi 21 mars 1884, à 3 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les lundi, mercredi et vendredis suivants, à la même heure.

Cours auxiliaire de physiologie. — M. Charles Richet, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie le samedi 22 mars 1884, à 1 heure et demie (Ecole pratique, rue Vauquelin, 1), et le continuera les samedis suivants, à la même heure.

Ecole pratique. Exercices opératoires, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques (premier cours). — M. le Dr Marchant, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, a fait sa première démonstration le mardi 18 mars 1884, à 1 heure précises, Pavillon n° 7.

3e *Trimestre de l'année scolaire* 1883-84. — *Inscriptions. Consignations.* — I. *Inscriptions.* Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 2 avril. Il sera clos le samedi 26 avril, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de Doctorat et de première années d'Officiat, les mercredi 2, jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, mercredi 9, jeudi 10 avril.—2° Inscriptions de troisième et de quatrième année de Doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'Officiat, les mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25, samedi 26 avril.

MM. les Etudiants de 4e année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'Anatomie pathologique devront présenter leur carte d'admission à ces travaux, en prenant leur inscription trimestrielle. — MM. les Etudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de Doctorat, et de 2e, 3e et 4e années d'Officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du lundi 21 avril.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les Etudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 2e trimestre 1883-84. — Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. *Ces formalités sont de rigueur* : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir :

II. *Examens de fin d'année.* Les Elèves autorisés à subir les examens de fin d'année (ancien régime), au mois d'avril, devront consigner les lundi 31 mars et mardi 1er avril. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir ces examens.

III. *Consignations pour examens.* 1° Les Bulletins de versement pour les consignations continueront à être délivrés les lundis et mardis, de midi à 3 heures (Voir l'affiche : Limite des consignations pour examens probatoires). — 2° Les Etudiants inscrits pour subir leurs examens sont placés d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser, par écrit, la demande à M. le Doyen (Décision de la Commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883). — 3° La mise en série des candidats aux examens a lieu 15 jours au moins ou trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la Commission scolaire, la faire tirer et distribuer et enfin pour expédier les convocations.

IV. *Annulation des bulletins de versement : observation importante.* — Seront annulés les Bulletins de versement dont le montant n'aura pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les Bulletins annulés ne seront renouvelés que sur demande écrite, et après autorisation du Doyen (Décision de la Commission scolaire en date du 4 février 1884.)—Le Doyen invite MM. les Etudiants à ne demander de Bulletins de versement que lorsqu'ils seront munis des fonds nécessaires.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 24. — 2e *de Doctorat.* 1re *Série* : MM. Charcot, Tillaux Reynier ; — 2e *Série* : MM. Verneuil, Vulpian, Terrillon. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat.*

© BIU Santé

1re *Série* (Charité) : MM. Guyon, Rendu, Pinard ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Potain, Tarnier, Reclus.

Mardi 25. — 1er *de Doctorat* : MM. Le Fort, Cornil, Remy. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. G. Sée, Panas, Charpentier ; — 2e *Série* (Charité) : MM. Richet, Proust, Ribemont-Dessaignes.

Mercredi 26. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Tillaux, Terrillon ; — (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Hayem, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Potain, Rendu, Hallopeau.

Jeudi 27. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud Richelot ; — 2e *Série* : MM. Panas, Ball, Debove. — 4e *de Doctorat* MM. Peter, Proust, Quinquaud.

Vendredi 28. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Tillaux, Reynier. — 2e *de Doctorat* : MM. Charcot, Potain, Second. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet ; — (N. R. 1re partie) : MM. Trélat, Tarnier, Terrillon.

Samedi 29. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet Le Fort, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Ball, Debove. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Hardy, Bouilly ; — (N. R. 2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Bouchard, Cornil, Hutinel.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Jeudi 27. M. Bourel-Roncière : Kystes hydatiques des muscles. — M. Delarue : Du traitement du genu valgum par l'ostéoclasie. — *Lundi* 29. M. Deschand : De la mort subite par œdème cérébral chez les vieillards atteints de néphrite interstielle. — M. Gaudefroy : Des principales causes de mort dans la néphrite interstitielles chronique. — M. Knœri : De la santé des ouvriers employés dans l'industrie cotonnière. — M. Puechagul : De la ténonite ou inflammation de la bourse celluleuse rétro-oculaire d'origine rhumatismale.

Prix pour boissons non spiritueuses.

Concours institué sous le patronage d'un Comité dont les membres sont :

Le comte de Lichfield ; — Le docteur Norman-Kerr ; — M. E. Stafford-Howard, membre du Parlement ; — M. Samuel Morley, membre du Parlement ; — Le Révérend Prébendier Grier ; — M. F. Dixon Spain ; — L'honorable F.-L. Wood ; — La vicomtesse Ossington ; — Mme Meynell Ingram (avec pouvoir d'augmenter le nombre des membres).

Il y a déjà longtemps que l'on a besoin d'une bonne boisson non spiritueuse pouvant remplacer les liqueurs alcooliques à bon marché auxquelles le public est habitué ; celles qui ont été inventées jusqu'à ce jour n'ayant jamais pu obtenir la faveur du public que pour un temps seulement.

Il est maintenant offert deux prix — le premier de 700 livres sterling (17,500 fr.) ; et le second de 300 livres, soit 7,500 fr. — pour les deux meilleures boissons non spiritueuses. On peut se procurer une copie des conditions en envoyant au Secrétaire une enveloppe affranchie portant le nom et l'adresse de la personne désirant concourir.

Par ordre du Comité, W. Hodges, *Secrétaire.*

Bureaux-Victoria Chambers, 55 et 56, Chancery Lane, Londres. Ouverts tous les jours, de 11 heures à 3 heures. Le samedi, de 10 heures à 1 heure. — Mars 1884.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Nancy.

Année scolaire 1882-83. — M. Maranger : Contribution à l'étude de l'atrophie de l'estomac. — M. Barthélemy : Contribution à l'étude de l'autoplastie des joues. — M. Saunier : Recherches expérimentales sur l'empoisonnement aigu produit par le séjour dans les salles d'épuration des usines à gaz. — M. Mosmann : Sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme ; relation entre les attaques et une lésion périphérique. — M. Habillon : Luxations carpo-métacarpiennes des quatre derniers métacarpiens. — M. Hugueny : Du bacille de la tuberculose, sa recherche et sa valeur diagnostique. — M. Kœhler : Recherches physiologiques sur l'action des poisons chez les invertébrés. — M. Lajoue : Recherches sur la contagion de la tuberculose par les inhalations de crachats de phtisiques et sur quelques moyens prophylactiques proposés. — M. Magnin : De la rhinoplastie par la méthode française. — M. Bruncher : Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise. — M. Nicolas : De la chorée vulgaire chez le vieillard. — M. Pilon : Des kystes dermoïdes du cou. — M. Gourdon : Des sympathies douloureuses ou synalgies, étude suivie d'une note sur un cas de mouvements associés. — M. Dommartin : Indications séméiologiques fournies par la coloration de la peau. — M. Botey : De l'influence du traitement immédiat du chancre simple sur l'évolution secondaire de la syphilis. — M. Badaire : Etude sur la hernie péritonéo-vaginale chez l'adulte. — M. Parisot : Des émissions sanguines dans les affections secondaires. — M. Vallois : Contribution à l'étude de la syphilis chez la femme enceinte. — M. Guillemin : De l'anévrysme cirsoïde de la tête. — M. Braillet : Essai sur le traitement antiseptique des abcès par congestion d'origine cérébrale. — M. Croux : Contribution à l'étude des pseudarthroses partielles de l'avant-bras.

Service de santé militaire.

Par décision ministérielle en date des 29 février et 15 mars 1884, ont été désignés pour les établissements thermaux, en 1884, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent, savoir :

Pour l'hôpital de Bourbonne-les-Bains. — MM. Pernod, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de la Charité à Lyon (médecin-chef). — Dubois, médecin-major de 2e classe au 27e régiment d'infanterie. — Chevassu, médecin-major de 2e classe au 44e régiment d'infanterie. — Bounaix, médecin-major de 2e classe au 23e régiment d'infanterie. — Altemaire, médecin aide-major de 1re classe au 35e régiment d'infanterie. — Germaix, médecin aide-major de 2e classe au 5e bataillon de chasseurs à pied. — Bonjean, médecin aide-major de 2e classe au 21e régiment d'infanterie. — Fromond, pharmacien-major de 2e classé à l'hôpital militaire de Belfort.

Pour l'hôpital de Bourbon-l'Archambault. — MM. Richon, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort (médecin-chef). — Augiéras, médecin-aide-major de 1re classe au 30e bataillon de chasseurs à pied.

Pour l'hôpital de Vichy. — MM. Delcominète, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Nancy (médecin-chef). — Perrin, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bourges. — Quimberteau, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles (1re, 2e et 3e saisons). — Pineau, médecin-major de 1re classe au 54e régiment d'infanterie (4e et 5e saisons). — Rouflay, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons (1re, 2e et 3e saisons). — Crussard, médecin-major de 1re classe au 28e régiment d'artillerie (4e et 5e saisons). — Morer, médecin aide-major de 1re classe au 26e régiment de dragons. — Tayac, médecin aide-major de 2e classe au 23e bataillon de chasseurs à pied. — Zeller, pharmacien major de 1re classe aux hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Baillon, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Toulouse.

Pour l'hôpital de Barèges. — MM. Madamet, médecin principal de 2e classe à l'hospice mixte de Nantes (médecin-chef). — M. Berthelé, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Toulouse. — Barthé, médecin-major de 2e classe au 154e régiment d'infanterie. — Lucas, médecin aide-major de 1re classe au 135e régiment d'infanterie. — Guéran, médecin aide-major de 1re classe au 15e régiment de dragons détaché à l'Ile d'Aix. — Clary, médecin aide-major de 2e classe au 30e régiment d'infanterie. — Trapet, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Rennes.

Enseignement médical libre.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Legrand du Saulle commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecin légale et à la pratique professionnelle, le dimanche, 23 mars 1884, au grand amphithéâtre, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure. Dans la première leçon, M. Legrand du Saulle étudiera l'influence des évènements politiques sur les caractères du délire, et il exposera les anomalies physiques et intellectuelles que l'on observe fréquement chez les enfants conçus pendant le siège de Paris.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 7 mars au jeudi 13 mars 1884, les naissances ont été au nombre de 1382, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 502 ; illégitimes, 183. Total, 685. — *Sexe féminin* : legitimes, 531 ; illégitimes, 166. Total, 697.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 7 février au jeudi 13 mars 1884, les décès ont été au nombre de 1193 savoir : 644 hommes et 549 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 16, F. 22, T. 38. — Variole : M. 1, F. ., T. 1. — Rougeole : M. 19, F. 16, T. 35. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 3, F. 4. T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 36, F. 33, T. 69. — Dyssenterie : M. ., F. ., T. .. — Erysipèle : M. ., F. 1, T. 1. — Infections puerpérales : 7. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 37, F. 34, T. 71. — Phthisie pulmonaire : M. 147, F. 96. T. 243. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 6. T. 22. — Autres affections générales : M. 25, F. 31, T. 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 29, F. 30, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 24, F. 15, T. 39. — Pneumonie : M. 55, F. 37, T. 92. — Athrepsie : M. 36, F. 32. T. 68. — Autres maladies des divers appareils : M. 170, F. 172, T. 342. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 8, T. 33. — Causes non classées M. 2, F. 3, T. 5.

© BIU Santé

Morts-nés et morts avant leur inscription : 115, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes. 38 ; illégitimes, 22, Total : 60. *Sexe féminin* : légitimes, 36 ; illégitimes, 19. Total : 55.

NOMINATIONS. — Notre ami et excellent collaborateur, M. le Dr P. REGNARD, vient d'être nommé chevalier de la légion d'honneur. Ses travaux scientifiques, ses inventions ingénieuses, son enseignement, ses services dans les commissions administratives et son cours gratuit aux Ecoles municipales d'infirmières, justifient parfaitement la récompense qu'il vient de recevoir. Aussi, lui adressons-nous nos plus sincères félicitations.

— Le Dr NEELSEN vient d'être nommé professeur extraordinaire à Rostock.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de thérapeutique et de matière médicale.* — M. HAYEM ne commencera son cours que le mardi 25 mars à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

HÔPITAUX CIVILS D'ALGER. — Deux concours s'ouvriront : l'un, le 7 juillet 1884, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux d'Alger, l'autre le 15 juillet 1884, pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux. Pour les renseignements et pour s'inscrire s'adresser à la direction de l'hôpital civil de Mustapha (Alger).

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par le ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel attaché au service du recrutement du personnel attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à l'honneur d'informer MM. les médecins du VIIe arrondissement que, le mercredi 2 avril 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de deux médecins. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cette Société tiendra sa prochaine séance le samedi 22 mars, 3, rue de l'Abbaye (local de la Société de chirurgie). — *Ordre du jour :* 1° Vote sur la nomination au titre de membre correspondant de MM. les Drs Pineau (de Château d'Oléron) et Pasquier (d'Evreux). — 2° M. Thorens : Note sur les déformations du pied par impotence musculaire. — 3° Communications diverses.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 10 mars 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve, au titre de 1er corps d'armée : *Au grade de médecin aide-major de 1re classe:* MM. Cordonnier, Fontaine, Vilette, Croin, Descille, Decourlaëre, Raynal et Benoit. — *Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe:* M. Abadie.

ISOLEMENT DES PHTHISIQUES — Une récente circulaire du département militaire médical de Prusse prescrit l'isolement des soldats atteints de phtisie.

DISTRACTIONS AUX MALADES DES HÔPITAUX. — Le 9 février, dit le *Marseille médical*, les étudiants en médecine donnaient dans la salle Beauvau un grand bal au bénéfice des pauvres malades de nos hôpitaux. La fête était splendide, le théâtre brillamment décoré : à une heure, défilé des travestis ayant en tête un groupe d'étudiants costumés en médecins de Molière, suivi de masques éblouissants de couleurs bigarrées, étourdissants de gaité et de bruit ; à 3 heures distribution des prix, quêtes, distribution de bouquets. En somme les malades de nos hôpitaux ne peuvent que bénir une gaité aussi productive, car le bal a dépassé, dit-on, comme recette, la somme de dix mille francs. Félicitons les organisateurs de cette fête, qui doit soulager et aider bien des infortunes.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL. — M. le professeur J.-L. PREVOST vient d'être nommé par le Conseil fédéral, délégué de la Suisse au Congrès international des sciences médicales, qui se réunira à Copenhague, du 10 au 16 août 1884.

ERREUR D'UN PHARMACIEN. — Un accident des plus tristes vient d'arriver à Cherbourg. Une jeune fille de 22 ans, Mlle S..., suivait depuis quelque temps, sur l'ordonnance d'un médecin de la marine, un traitement pour une maladie d'yeux. Elle se faisait de fréquentes injections de pilocarpine. Après avoir été, samedi, chez M. P... , pharmacien, chercher son médicament habituel, Mlle S... s'administra une injection. Au bout de quelques instants, elle s'écria qu'elle n'y voyait plus, qu'elle souffrait cruellement, et après 17 minutes, elle expirait dans d'atroces douleurs. Une erreur avait eu lieu de la part du pharmacien qui, s'étant aperçu de sa méprise, accourut chez sa cliente et arriva au moment où elle se mourait. Le poison qui a déterminé la mort est l'aconitine (*Gaz. heb. de méd. de Bordeaux*).

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE. — Un arrêt du tribunal de Bourg vient de décider que le bois de quinquina, l'huile de foie de morue, l'huile de ricin doivent être considérés comme des drogues simples dont la vente au poids médicinal est interdite aux épiciers. Par vente au poids médicinal, il faut entendre toute vente au détail, en vue d'un emploi curatif. Le vin de quinquina, les pastilles à la santonine, les biscuits vermifuges au semen-contra, l'eau sédative doivent être considérés comme des compositions pharmaceutiques dont la fabrication et la vente sont réservées aux pharmaciens. Le vin de quinquina, bien que souvent employé comme boisson digestive ou apéritive, n'en conserve pas moins la qualité de remède, quel que soit le but poursuivi par ceux qui s'en servent et qui l'absorbent (*Le Droit*, du 18 mars 1884.)

LA STATUE DE BROCA. — Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal de Paris, sur le rapport de M. Hattat, a accordé à sa Société d'Anthropologie l'autorisation de faire élever la statue de Broca à l'angle du boulevard Saint-Germain et de la rue de l'Ecole-de-Médecine, sur le terre-plein situé devant le pan coupé de la nouvelle Ecole de médecine.

TROISIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE. — Ce Congrès se tiendra cette année à Berlin du 21 au 24 avril sous la présidence de Th. Frerichs. — 1er jour : De la *pneumonie fibrineuse* (Etiologie, pathologie, clinique et thérapie). — Rapporteur, Jürgensen (de Tubingue) ; co-rapporteur : Alb. Frankel (de Berlin). — 2e jour : De la *poliomyélite* Rapporteur : Leyden (de Berlin) ; co-rapporteur : Schultze (d'Heidelberg). — 3e jour : De la *dyspepsie nerveuse*. Rapporteur : Leube (d'Erlangen) ; co-rapporteur : Ewald (de Berlin). — Sont annoncées en outre les communications suivantes : Hermann Weber (Londres) : de l'hygiène scolaire en Angleterre ; Rosenthal (Erlangen) : des réflexes ; Goltz (Strasbourg) : des localisations cérébrales ; Pfeiffer (Weimar) : de la vaccination ; Seegen (Carlsbad) : du diabète ; Rossbach (Iéna) : rapport sur la commission du traitement des maladies infectieuses ; le même : sur un nouvel emploi de la naphthaline.

CONGRÈS DES CHIRURGIENS ALLEMANDS. — La 13e session se tiendra cette année à Berlin du 16 au 19 avril. Jusqu'à présent, il n'y a encore que peu de communications annoncées.

RÉCOMPENSE A M. LACERDA. — La *Uniao medica* de Rio de Janeiro (janvier 1884) rectifie la nouvelle annoncée dans beaucoup de journaux d'un don de 20,000 dollars fait à M. Lacerda par l'empereur du Brésil, pour la découverte de l'action des injections hypodermiques de permanganate de potasse contre le venin de la vipère. Une proposition attribuant une récompense de 15,000 dollars à M. Lacerda a été votée par le sénat et attend actuellement l'approbation de la chambre.

FORCE ET MATIÈRE. — Le professeur Louis Büchner vient de publier une nouvelle édition de son livre fameux de *Force et matière*. L'ouvrage est complètement remanié et considérablement augmenté, en effet, l'édition nouvelle renferme 600 pages au lieu de 300, avec cinq chapitres nouveaux sur « *Le Mouvement, la Forme, la Génération secondaire, la Conscience et la Morale.* » La traduction, entièrement nouvelle, par Albert Regnard, a paru ces jours-ci à la librairie Reinwald.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous avons reçu les premiers numéros d'un nouveau journal italien paraissant à Naples, sous la direction de M. Maglieri, *Bollettino delle Cliniche*.

NÉCROLOGIE. — La *Pester Medizinisch-chirurgische, Presse* n° 10, 9 mars 1884, annonce la mort, à Pesth, d'un médecin *millionnaire*, M. le Dr Andreas WAGNER ; il était âgé de 72 ans. — Le *Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie*, etc., du 4 mars 1884, annonce la mort du Dr FRESE, professeur de psychiatrie et directeur de l'hospice des aliénés de St-Petersbourg. — M. le professeur A. SIMOES, médecin et littérateur, s'est suicidé à Coimbre ; il été âgé de 48 ans.

QUASSINE FRÉMINT. Tonique apéritif. — GOUDRON FREYSSINGE. Liqueur concentrée. — SALICOL DUSSUCQ. Désinfectant hygiénique. — CAPSULES DARTOIS à la créosote de hêtre.

CLIENTÈLE MÉDICALE A CÉDER. — Pour cause de santé, rapportant en moyenne 19,000 fr. chef-lieu de canton situé sur une ligne de chemin de fer à 25 lieues de Paris, dans une des plus jolies vallées de Normandie 15,000 fr. comptant, 4,000 fr. dans 5 ans. S'adresser au bureau du *Progrès médical*.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — Clinique des maladies du système nerveux : M. CHARCOT. — Lundi 9 h. 1/2, leçon clinique au lit des malades ; — Mardi 9 h. 1/2. Consultation externe ; — Vendredi 9 h. 1/2. Leçon à l'Amphithéâtre.

Hôpital Cochin, — Chirurgie. — Service de M. le Dr Th. ANGER. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours. Internes : MM. Varnier, Despréaux et Lejars. — Salle Saint-Jacques : 1, gangrène de la verge par infiltration d'urine ; 5, fracture du rachis ; 6, périostite phlegmoneuse diffuse ; 15, plaie du maxillaire supérieur par arme à feu ; 18, fistule urinaire par suite de Cowpérite ; 21, cataracte opérée ; 26, rupture de l'urèthre ; 31, plaie du crâne ; 37, fracture de cuisse. — Salle Cochin : 1, fracture sus-condylienne du fémur ; 2, arthrite génitale ; 4, nécrose de l'extrémité supérieure du fémur ; 6, synovite fongueuse de la gaine des péroniers ; 7, fracture

© BIU Santé

tomique de l'humérus ; 13, corps fibreux ; pelvi-péritonite ; 15, chute de l'utérus, cystocèle avec calcul vésical.

Médecine. — Service de M. le Dr Bucquoy. — Interne M. Babinski. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis, mercredis, vendredis. — Salle Saint-Jean : 2, insuffisance aortique et mitrale ; 3, fièvre typhoïde, syphilis ; 4, rhumatisme articulaire, endopéricardite ; 6, rhumatisme subaigu, rétrécissement mitral ; 9, phlegmon du ligament large ouvert dans le vagin ; 11, pleurésie double ; 12, insuffisance mitrale, asystolie ; 14, scarlatine ; 16, phthisie laryngée ; 22, cirrhose hypertrophique biliaire ; 23, rétrécissement mitral ; 24, cancer de l'utérus. — Salle Saint-Philippe : 1, ramollissement cérébral, hémiplégie ; 2, pneumonie tuberculeuse ; 3, fièvre typhoïde ; 4, congestion pulmonaire ; 5, sclérose en plaques ; 7, leucocythémie ; 8, néphrite parenchymateuse ; 9, asystolie, insuffisance mitrale ; 10, pleurésie hémorrhagique ; 11, pleurésie simple ; 13, tuberculose pulmonaire ; 14, fièvre typhoïde ; 15, insuffisance mitrale, adhérences du péricarde. — Salle Sainte-Marie : 1, ataxie locomotrice ; 3, rétrécissement et insuffisance aortique ; 4, adénie ; 5, bronchite capillaire ; 6, pleurésie tuberculeuse ; 7, hydro-pneumothorax ; 8, maladie de Bright, hémorrhagie cérébrale.

Service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz. — Visite à 9 heures. Consultations les mardis, jeudis, samedis. Spéculum le jeudi. — A partir de Pâques, M. Dujardin-Beaumetz, fera tous les mercredis à l'Amphithéâtre une leçon de clinique thérapeutique. MM. Sapelier et Le Gendre, internes, du service, feront les vendredis des leçons sur la séméiologie, et les mardis, M. le Dr Baudet, chef du laboratoire, fera des leçons de physique et de chimie appliquées à la clinique. — Salle Chauffard : 1, impaludisme ; 6, rougeole ; 8, carcinose abdominale ; 2, dilatation bronchique et bronchorrée fétide ; 9, gastrite ulcéreuse ; 13, pachyméningite alcoolique ; 19, paralysie du pharynx et de l'œsophage. — Salle Briquet : 1, rhumatisme subaigu, paralysie radiale ; 3, insuffisance et rétrécissement mitral ; 5, gastrite ulcéreuse ; 7, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique, gastrite alcoolique ; 9, rhumatisme noueux ; 16, tuberculose pulmonaire et ganglionnaire, amélioration par le gavage ; 19, néphrite mixte ; 22, rétrécissement aortique. — Salle Blache : 1, goitre exophthalmique ; 2, entérite chronique ; 4, hystérie gastrique ; 6, myélite cervicale ; 12, hystérie, catalepsie ; 13, septicémie puerpérale ; 14, néphrite ; 16, fièvre typhoïde ; 17, carcinôme de l'estomac ; 19, rétrécissement et insuffisance aortique. — Salle Beau : 1, saturnisme, tuberculose ; 5, ulcère de l'estomac ; 7, empyème, hémorrhagie cérébrale ; 9, ataxie locomotrice ; 13, paralysie labio-glosso laryngée ; 18, rétrécissement mitral ; 20, tuberculose des méninges ; 23, néphrite tuberculeuse. — Salle Woillez : 1, pleuro-pneumonie ; 2, asystolie ; 3, cirrhose hypertrophique ; 4, athérome aortique, nécrobiose cérébrale ; 7, rhumatisme chronique progressif ; 18, fièvre typhoïde ; 20, psoriasis du cuir chevelu ; 23, emphysème avec congestion pulmonaire.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

Gros : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

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

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

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles. Lymphatisme. Maladies de la peau et des os. Affections respiratoires, Asthme. Diabète, Fièvres intermittentes.

Le Rédacteur-gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules au *bromure de camphre*** du Dr Clin.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. Bollivian, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, enfin, tout cela, comme le *plus puissant restaurateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisme dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*. — Le **Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours tolérée.* En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. (*Voir nos Mémoires sur la Glycérine.*)

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Le même *additionné de Fer, 0f 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0f 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA OU QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 20, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 13. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 29 MARS 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Note sur les caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales (*paralysies par suggestion*).

Par MM. P. RICHER et GILLES DE LA TOURETTE.

En 1869, Russel Reynolds (1) attirait l'attention sur une forme de paralysie survenant en dehors de l'hypnotisme chez des sujets sains ou tout au moins paraissant l'être, *paralysie suggestive*, « dependent on idea » suivant l'expression de l'auteur anglais. En 1878, Erb (2), commentant le mémoire de Reynolds donnait le résumé de nouveaux faits empruntés à sa pratique personnelle. Cette question vient d'être reprise et soigneusement étudiée par M. Bernheim (3), professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; elle a été également l'objet d'une intéressante communication de M. Bottey à la Société de Biologie (4).

Il semble, ainsi que l'a fait remarquer M. Charcot (5), que tous ces auteurs, étudiant ces paralysies suggestives soit pendant la période somnambulique ou cataleptique de l'hypnotisme et persistantes après le réveil, soit en dehors de l'hypnotisme, à l'état de veille, aient eu pour but unique de rechercher les conditions nécessaires à leur production. Ils ont, en effet, complètement laissé dans l'ombre les phénomènes cliniques qui ont pour siège le membre paralysé.

A l'instigation de M. Charcot et suivant la méthode qu'il a depuis longtemps préconisée, nous avons, pour combler cette lacune, recherché, une fois la paralysie produite, quels étaient les signes qui pouvaient permettre d'en affirmer l'existence et surtout de la différencier des autres paralysies dites organiques (6).

Avant d'entrer dans l'étude des signes cliniques fournis par ces paralysies, il est utile, afin d'éviter toute erreur et de bien préciser les termes de la question, de dire qu'elles peuvent être produites *par suggestion* : dans la période somnambulique ou cataleptique de l'hypnotisme ; — persister à l'état de veille chez les individus hypnotisables ; — être suggérées à l'état de veille chez ces mêmes sujets hypnotisables, hystériques ou non ; — être suggérées à l'état de veille chez les sujets non hypnotisables. Elles peuvent, en outre, affecter, sous l'influence de la suggestion, deux modalités différentes, entre lesquelles se placent tous les intermédiaires possibles ; le membre paralysé peut être *flasque* ou *contracturé*.

Si, dans la circonstance, nous nous proposons d'examiner les signes cliniques fournis par ces paralysies dans tous les états et chez tous les sujets, nous devons dire que nous nous bornerons à étudier leur symptomatologie en dehors de tout état de contracture, dans l'état de flaccidité qui se produit d'emblée sous l'influence de l'injonction-type que nous allons rapporter.

Lorsque, dans l'hypnotisme ou à l'état de veille, on dit au sujet en expérience, hypnotisable ou non : « *Vous ne pouvez plus remuer votre bras, il est inerte et retombe le long du corps* », on constate bientôt une paralysie de la motilité et de la sensibilité. (On peut, à la vérité, dissocier par une injonction appropriée la motilité et la sensibilité ; mais, les phénomènes qui vont suivre restent les mêmes lorsque la sensibilité est conservée ; toutefois, la réciproque n'est pas vraie). Ces phénomènes sont de la plus haute importance, ce sont :

1° La *flaccidité* complète du membre qui, soulevé, retombe comme une masse inerte ; l'*abolition complète* de la motilité et de la sensibilité.

2° L'*exagération considérable des réflexes tendineux*, facilement constatable par les procédés de recherches les plus élémentaires. A cet égard, les tracés obtenus par comparaison avec le myographe de Marey sont des plus instructifs. Après avoir pris le tracé du réflexe rotulien (le myographe étant placé sur le droit antérieur de la cuisse), chez un sujet-type à l'état de veille et pendant la période somnambulique de l'hypnotisme, le membre n'étant pas paralysé, on reproduit, sans changer le tambour myographique de place, le tracé du même réflexe dans l'état de paralysie par suggestion. On voit alors que le *nombre de secousses*, l'excitation restant la même, est en moyenne triplé, et que la ligne de secousse, dans l'état de paralysie, est également plus que triplée en hauteur.

3° Comme corollaire, il existe de la *trépidation spinale*, toujours plus appréciable au membre inférieur, mais qu'on peut également obtenir dans le membre supérieur par l'extension forcée de la main. Les tracés myographiques ne diffèrent pas, à cet égard, de ceux qu'on obtient dans les cas de paralysies organiques.

4° Le *sens musculaire est complètement aboli* dans le membre paralysé : le sujet en expérience est incapable de retrouver avec sa main droite libre le bras gauche paralysé.

5° Nous avons entrepris quelques expériences relatives à la *forme de la secousse musculaire* (*électricité faradique graphique*, 10°, Dubois-Reymond), à l'aide de la méthode de Marey. Il nous a été donné de constater que, pendant la période paralytique, la hauteur de la secousse augmentait et que sa descente prolongée simulait une sorte de tétanos incomplet.

La *secousse galvanique*, étudiée par les mêmes procédés d'enregistrement, nous a fourni des résultats analogues et encore plus démonstratifs. L'excitation était faite avec le pôle négatif et à la fermeture du courant.

(1) Russel Reynolds. — *Remarks on paralysis and others disorders of motion and sensation dependent on idea*. In *British med. Journ.* 1869, nov. 6.

(2) Erb. — *Handbuch der krankheiten des Nervensystem* (in Ziemssen) 11e vol. 2e partie, p. 827, 1878.

(3) Bernheim. — *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris, 1884.

(4) Bottey. — Communication faite le 15 mars à la *Société de Biologie* (*Progrès médical*, n° du 22 mars 1884).

(5) Charcot. — Leçon du 7 mars, faite à l'hôpital de la Salpêtrière.

(6) La plupart des phénomènes que nous rapportons ont du reste été observés par l'un de nous en 1883, et consignés dans un mémoire qui, pour des raisons spéciales, n'a pu être encore publié.

© BIU Santé

Pendant l'état paralytique, la secousse atteignait une hauteur double de celle qu'elle avait avant ou après la paralysie. De plus, elle était très prolongée et son sommet remplacé par un plateau plus ou moins accidenté se terminait brusquement par une descente rapide.

Ces derniers résultats obtenus par le *choc galvanique* nous ont paru d'autant plus probants que nous avions eu soin d'interposer un galvanomètre dans le circuit et de faire les excitations avant, pendant ou après la paralysie, avec la même intensité de courant (7 à 8 milli-Ampère).

Disons encore que la secousse électrique, parfaitement sentie avant la suggestion paralytique, ne l'*est plus* lorsque le membre est paralysé.

6° Troubles *vaso moteurs:* sensation de froid subjective et objective dans le membre paralysé: zone de rougeur diffuse autour de la plus légère piqûre d'épingle.

En étudiant tous ces symptômes, on remarquera de suite combien ils se rapprochent de ceux que l'on observe dans les paralysies de cause organique, si bien que, si la notion d'étiologie faisait défaut, la différenciation serait des plus difficiles à établir. A ce titre, ainsi que l'a fait remarquer M. Charcot dans sa leçon du 7 mars 1884, dans laquelle il a reproduit ces paralysies par suggestion devant un grand nombre d'auditeurs, ces caractères méritent donc d'attirer l'attention de tous ceux qui, de près ou de loin, s'intéressent à la pathologie nerveuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Instruction sur le mode de conservation des pièces anatomiques destinées à être examinées au microscope.

Par M. V. CORNIL, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine (1).

On nous envoie journellement, au laboratoire d'anatomie pathologique (42, rue Lhomond), des pièces dont il est impossible, avec la meilleure bonne volonté, de tirer parti pour l'examen histologique. Les unes étaient déjà putréfiées lorsqu'on les a mises dans un liquide conservateur ; d'autres sont mal conservées parce qu'elles sont trop volumineuses pour la quantité du liquide au milieu duquel on les a placées. Nous avons reçu, par exemple, de province ou de l'étranger, des moelles d'un haut intérêt qu'on avait enroulées tout entières, en tire-bouchon, dans un flacon d'une contenance de moins de 100 grammes, en y ajoutant ensuite un peu d'alcool. Ce liquide avait durci la surface de la moelle pendant que toute la partie centrale s'était ramollie et décomposée. On choisit parfois, pour un organe donné, le liquide qui lui convient le moins. Souvent on est dans l'impossibilité d'examiner les points les plus intéressants d'une pièce, parce qu'on n'a pas employé en temps utile tel agent durcissant. Tantôt on nous envoie un cerveau ou une moelle placés depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines dans une très forte solution d'acide chromique ; la surface en est brûlée, pendant que le centre est en pleine décomposition. Tantôt on nous adresse dans un tube et recueilli sans aucune précaution un liquide qu'on suppose contenir tel genre de bactéries ; naturellement, on n'y trouve plus que des bactéries de la putréfaction. Souvent on nous envoie un bocal à gros ventre, avec un goulot étroit rempli de pièces de toute sorte, qu'on a dû comprimer pour les y mettre, et nous sommes forcés de casser le verre pour les en faire sortir.

Afin d'éviter la perte d'un matériel précieux pour les études et pour les sciences médicales, j'ai pensé qu'il serait utile de publier cette notice. Elle s'adresse aux personnes qui recueillent des pièces dans le but de faire pratiquer ou de pratiquer eux-mêmes un examen histologique complet, c'est-à-dire à tous ceux de nos confrères, médecins et chirurgiens, qui font des autopsies ou des opérations, aux élèves internes et externes des hôpitaux, aux médecins de l'armée et de la marine qui sont à portée de faire des collections très précieuses sur les lésions des maladies exotiques. Elle comprend, en un mot, les préliminaires nécessaires de l'examen histologique.

§ I. — Une pièce réunit les meilleures conditions pour l'examen histologique si elle a été prise sur le vivant ou le plus tôt possible après la mort et placée immédiatement dans un liquide approprié. Les tissus frais recueillis, soit après une opération, soit pendant une autopsie faite par exemple en hiver, dans le délai réglementaire, présentent une cohésion qu'ils perdent rapidement lorsque le sang et les liquides en sont sortis et que la décomposition cadavérique a commencé. Aussi, est-il nécessaire de les placer de suite dans un liquide conservateur ou durcissant, surtout si l'on veut étudier les modifications délicates des cellules ou rechercher les bactéries pathogènes.

§ II. — *Pièces enlevées par les chirurgiens.* Aussitôt après l'opération, on sectionne les parties de la tumeur ou du membre enlevé sur lesquelles doit spécialement porter l'examen.

Conservation des fragments destinés à l'examen histologique. — Ces fragments doivent être très petits relativement à la quantité du liquide dans lequel on les plongera. Le volume du liquide doit être en général vingt fois plus considérable que celui de la pièce anatomique.

S'il s'agit simplement de déterminer le genre d'une tumeur charnue (épithéliome, carcinome, sarcome, myxome, myome, etc.) on détachera, avec un rasoir ou un bistouri bien affilés, dans la partie centrale, et dans un ou plusieurs points de la périphérie, des cubes ou des hexaèdres réguliers, qu'on essuiera ou qu'on lavera rapidement à l'eau distillée, s'ils sont couverts de sang, et qu'on placera dans l'alcool à 80° ou 90°. Ces fragments, au nombre de deux ou trois, du volume de 1/3, 1/2 ou 1 centimètre cube chacun, seront suspendus dans un flacon, contenant environ 50 gr. d'alcool à 90°, à large col, bouché à l'émeri ou avec un opercule métallique. Au lieu de suspendre les pièces, il suffit de mettre, dans le fond du flacon, une couche de ouate. Les bouchons de liège, outre qu'ils bouchent mal, ont l'inconvénient de laisser développer des moisissures à leur face inférieure. Aussi, faudrait-il, si l'on est obligé de s'en servir, tremper cette face dans la paraffine fondue et sceller ensuite le bouchon à la cire.

Pour étudier la multiplication indirecte des cellules (kariokinèse) dans les tumeurs ou altérations de la peau, il faut choisir une partie que l'on suppose en voie de développement actif et la mettre immédiatement dans l'alcool absolu ou dans une solution d'acide chromique à deux pour mille. Dix minutes, un quart d'heure après l'ablation de la tumeur, il serait trop tard.

Pour dissocier les éléments d'une tumeur, il sera bon de mettre un fragment de 2 millimètres cubes environ, dans un flacon de 30 gr., contenant deux parties d'eau distillée pour une partie d'alcool à 90°. Au bout de 24 heures, on renouvellera le liquide si l'examen est retardé.

Si l'on veut conserver tout le sang contenu dans les vaisseaux, ou dans un tissu caverneux, si l'on a affaire à un angiome, par exemple, on emploiera un liquide coagulant, la liqueur de Müller (20 gr. de bichromate de potasse, 10 gr. de sulfate de soude, pour un litre d'eau distillée). On y placera toute la tumeur, si elle est petite, sans l'ouvrir afin de n'en pas faire écouler le sang, ou un lobule de la tumeur, si elle est volumineuse. La quantité du liquide employé doit être vingt fois plus considérable que le volume de la pièce.

Pour étudier les nerfs pris, soit dans une tumeur, au niveau et autour d'un sarcome ou d'un myxome des nerfs,

(1) Communication faite en mars 1884 à la *Société anatomique.*

© BIU Santé

soit dans l'amputation d'un membre, à la suite d'un traumatisme, etc., il faut détacher avec les ciseaux un mince faisceau nerveux dans la longueur, de 1 à 3 centimètres, le fixer à ses deux bouts en l'étendant le long d'une petite tige de bois, une allumette par exemple, creusée d'une rainure suivant sa longueur, et placer le tout dans un tube de verre contenant une solution d'acide osmique au centième.

Les tumeurs sous-cutanées douloureuses qu'on suppose contenir des nerfs seront mises aussi dans une solution d'acide osmique au centième. Il importe que les fragments soient assez petits pour que l'acide osmique pénètre partout dans leur intérieur. Les fragments, hexaédriques, de forme régulière, à faces coupées bien nettement avec un bon rasoir, n'auront pas plus de 2 millimètres d'épaisseur sur 6 à 7 millimètres de longueur. Après un séjour de 24 heures dans une quantité d'acide osmique d'environ cinq fois leur volume, ils seront mis à dégorger dans de l'eau distillée, puis conservés dans l'alcool absolu.

D'une façon générale, pour étudier les altérations délicates des éléments anatomiqes d'une tumeur, en même temps qu'on conserve des fragments dans l'alcool, on mettra aussi un petit fragment dans l'acide osmique.

Pour chercher les terminaisons des nerfs, soit dans l'épiderme, soit dans la cornée, dans les lésions cutanées ou les tumeurs, il est nécessaire d'employer le chlorure d'or. Mais, comme la technique de l'or est difficile, variable suivant les tissus et exige d'excellents réactifs, il faudra apporter la pièce à examiner le plus tôt possible dans un laboratoire.

Conservation des pièces pour les démonstrations à l'œil nu. — Lorsqu'une pièce présente un intérêt suffisant pour être montrée à une Société savante ou conservée dans un Musée, on pourra la garder pendant plusieurs jours sans qu'elle s'altère, à une température de 0° à + 5° ou + 8°. Si l'on ne dispose pas du froid naturel ou artificiel, il faut avoir recours à un liquide conservateur. Le chloral, en solution à 10 0/0, conserve assez bien l'apparence et la couleur des parties. On renouvelle le liquide s'il s'est troublé. La pièce sera suspendue dans un bocal au milieu d'une quantité de solution de chloral dix fois plus considérable qu'elle.

L'alcool est le meilleur liquide conservateur. Pour l'utiliser, on lave d'abord, pendant 24 heures, la pièce dans de l'eau, dans un grand vase, par exemple, au fond duquel le courant d'eau est conduit par un tube en caoutchouc ou en verre. Après avoir ainsi enlevé le sang et les liquides qui l'imprégnaient, on monte la pièce en tendant avec des fils, sur des baguettes de verre, les parties isolées ou disséquées, et on la place dans un bocal où elle baigne de toute part dans l'alcool. Un autre procédé consiste à laver d'abord rapidement la pièce, puis à la suspendre dans un bocal contenant moitié eau, moitié alcool; on l'y laisse pendant deux ou trois jours, après quoi on remplace ce liquide par de l'alcool à 80 ou 90°. L'avantage de l'alcool, c'est de conserver très bien les tissus pour un examen microscopique ultérieur, qu'on ne pourrait faire après leur séjour dans l'acide arsénieux en solution dans l'eau, ni dans le liquide employé pour le Musée Dupuytren (10 pour cent d'alcool dans une solution concentrée d'acide arsénieux) ni dans le liquide. Mais les pièces, quelque soit le procédé employé, perdent leur coloration naturelle et restent tout à fait blanches.

§ III. *Recherche des bactéries.* — Pour chercher les bactéries dans un liquide (écoulement purulent des organes génitaux, pus, crachats, liquides d'éruptions cutanées, lèpre, variole, etc., liquides obtenus par la thoracentèse par les ponctions abdominales, etc.), on prend, avec la pointe d'un bistouri très propre, lavé à l'alcool et flambé, une gouttelette du liquide. On l'étale sur une lamelle mince passée préalablement à l'eau, à l'alcool et essuyée avec soin. On la recouvre d'une autre lamelle et on sépare les deux lamelles en les faisant glisser l'une sur l'autre. La couche très mince de liquide étalée sur les deux lamelles est séchée très rapidement à l'air libre. Chaque lamelle est pliée dans un papier sur lequel on écrit sa provenance. On peut conserver ces lamelles un ou deux jours avant de colorer leur surface avec les matières colorantes propres à déceler les micro-organismes. On a par conséquent le temps de les envoyer à un laboratoire approprié à ce genre de recherches. Si l'on veut tenter soi-même ou faire faire des cultures de ces liquides, on les recueille dans un tube effilé, stérilisé, préalablement flambé, bouché par de l'ouate à l'un de ses bouts, fermé à l'autre bout à la lampe. On casse le bout effilé, on chauffe le tube à la lampe et on introduit le bout cassé dans le liquide au moment où il est évacué. Si cela est possible, il vaut mieux cautériser la surface de l'épiderme et introduire ensuite dans le foyer liquide l'extrémité brisée et très effilée du tube. Après avoir aspiré quelques gouttes de liquide dans le tube, on scelle à la lampe son extrémité effilée.

Le *sang* obtenu par une piqûre de l'extrémité du doigt après que la peau aura été bien lavée au savon puis à l'alcool, sera étalé de la même façon sur une lamelle, puis desséché; mais, pour conserver les globules rouges, on exposera la lamelle, pendant un quart d'heure, dans une chambre humide, aux vapeurs d'acide osmique.

L'*urine*, étalée sur une lamelle, se sèche difficilement en raison de l'hygrométricité de ses sels. Aussi, doit-on mettre très peu de liquide sur les lamelles et les chauffer dans un étuve à 45°, ou au-dessus de la lampe. Il vaut mieux ne recueillir d'urine que chez les hommes, parce qu'elle est presque toujours mêlée, chez les femmes, aux produits de sécrétion de la vulve et du vagin. Il faut aussi que l'extrémité de l'urèthre ait été lavée avec soin et que la gouttelette à examiner soit prise pendant la miction.

Les liquides précédents, pris sur le cadavre, sont loin de valoir ceux qu'on recueille sur le vivant. Vingt-quatre ou trente heures après la mort, en été, la recherche des bactéries est inutile. Mais, si le cadavre a séjourné dans une salle de dépôt à une température de 0° à + 8°, on pourra encore, au bout de 24 heures, recueillir, à l'autopsie, des liquides et les dessécher sur des lamelles, par exemple l'exsudat fibrineux des inflammations des séreuses et des diverses espèces de pneumonie, les liquides raclés sur le foie, le rein, les ganglions lymphatiques, les fragments pultacés ou les végétations molles de l'endocardite rhumatismale ou ulcéreuse, le pus d'abcès d'organes internes, le contenu des cavernes tuberculeuses, des gommes syphilitiques, le liquide intestinal, la surface et le fond des ulcérations de la fièvre typhoïde ou de la dysentérie, le contenu des articulations dans les arthrites, etc.

Il est essentiel de faire ces préparations au début de l'autopsie. Il faut aussi, pendant l'autopsie, couper les fragments des organes à examiner et les mettre de suite dans des flacons contenant de l'alcool, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Les fragments les plus convenables, pour la recherche des bactéries sur des coupes, sont ceux qui sont pris sur le vivant, par exemple de petits morceaux de la peau ou du tissu cellulo-adipeux sous-cutané détachés au bord de l'incision faite pour ouvrir un abcès, une très petite section enlevée avec l'assentiment du malade au niveau d'un tubercule de lèpre ou de lupus, ou d'un érysipèle, ou de toute autre affection cutanée dans laquelle on trouve des bactéries. Ces fragments, ayant par exemple un ou deux millim. d'épaisseur sur 8 à 10 de longueur, sont placés de suite dans un flacon contenant de l'alcool à 90°. Ce liquide est le meilleur pour conserver les bactéries, bien qu'il les contracte un peu et amoindrisse leurs dimensions.

§ IV. *Précautions recommandées pour certains organes et tissus en particulier.* — *Peau.* Comme beaucoup d'éruptions cutanées pâlissent après la mort, de telle sorte qu'on ne peut plus les reconnaître (taches de la fièvre typhoïde, érythèmes, papules superficielles, etc.), il est bon de les marquer, avant l'agonie, avec un crayon d'aniline ou de nitrate d'argent. Il faut prendre, aussitôt que cela est possible, les points de la peau ainsi marqués, et les mettre de suite dans l'alcool, la liqueur de Müller, ou l'acide osmique.

© BIU Santé

Système nerveux. — Le procédé le plus général de durcissement du cerveau et de la moelle consiste à placer les pièces dans une quantité suffisante de bichromate d'ammoniaque à 2 à 4 pour cent. On mettra, par exemple, des tranches du cerveau dans une grande cuve remplie de ce liquide. La moelle enlevée avec précaution, sans être martelée ni tiraillée, ni coudée, sera divisée transversalement en quatre ou cinq tronçons avec un rasoir bien affilé et suspendue dans un bocal contenant trois litres de bichromate d'ammoniaque. Le bichromate de potasse peut être employé au même effet.

S'il s'agit d'une méningite tuberculeuse, on enlève avec le rasoir une tranche superficielle comprenant deux circonvolutions avec la pie-mère altérée qui les recouvre, sans décoller cette dernière, et on place le tout dans l'alcool, liquide plus convenable pour l'examen des bacilles sur les coupes. On conservera ainsi les fragments de tumeurs cérébrales dans l'alcool à 90° ou la liqueur de Müller, et dans l'alcool au tiers pour les dissociations.

La fixation de très petits fragments du cerveau et de la moelle par l'acide osmique sera utile pour étudier les dégénérescences graisseuses.

Les nerfs seront préparés comme il a été dit plus haut, par l'acide osmique et l'alcool au tiers pour être dissociés. S'il s'agit de les durcir pour en faire des coupes, on en place des segments dans l'acide osmique, ou dans l'acide chromique ou les bichromates.

Poumons.—Les fragments des parties hépatisées ou indurées, dans les diverses espèces de pneumonie et dans la tuberculose ou dans les tumeurs, seront durcis dans l'alcool. Si les lobules pulmonaires à examiner contiennent de l'air, on les met d'abord pendant 24 heures dans l'alcool ou dans l'acide picrique, ou pendant 5 jours dans la liqueur de Müller. On les place ensuite pendant 24 heures dans une solution de gomme fraîchement faite avec de l'eau phéniquée, mêlée par moitié avec de la glycérine, puis dans l'alcool pour compléter le durcissement. On fixera de petits fragments dans l'acide osmique à 1 0/0, si l'on veut étudier les dégénérescences graisseuses des éléments de la pneumonie en résolution, ou de certaines pneumonies tuberculeuses ou les embolies graisseuses.

Estomac. Intestins.—On a quelquefois pratiqué, peu de temps après la mort dûment constatée, des injections d'alcool ou de liqueur de Müller par la sonde œsophagienne, dans le but de conserver la muqueuse stomacale si rapidement ramollie par le suc gastrique. A l'ouverture du conduit gastro-intestinal, des fragments comprenant toutes les tuniques, destinés à l'examen microscopique, seront détachés et mis soit dans l'alcool, soit dans la liqueur de Müller de façon à ce qu'ils durcissent en restant bien étalés, sans plis, fixés, si cela est nécessaire sur une mince plaque de liège à l'aide d'épingles. On complètera le durcissement par la gomme et l'alcool, comme ci-dessus.

Foie. Rate.—On placera dans les liquides précédents des cubes de 1 centimètre environ ou des tranches hexaédriques de ces organes ayant à peu près 1 cent. 1/2 sur leurs plus larges surfaces et 5 à 6 millimètres de hauteur. Les pièces ayant cette dernière forme sont très commodes, lorsqu'on se sert du microtome de Thomas. On peut user aussi de l'acide picrique en solution concentrée dans lequel on suspend les pièces pendant 24 ou 48 heures, après quoi on les passe par la gomme et l'alcool.

Rein.—On ne doit fixer les fragments du rein par l'alcool que lorsqu'il s'agit de rechercher des bactéries. Dans tout autre cas, l'acide osmique, les bichromates d'ammoniaque et de potasse, ou la liqueur de Müller sont préférables. Les fragments hexaédriques ou cubiques placés dans l'acide osmique à 1 0/0, seront coupés régulièrement avec un bon rasoir et mesureront en hauteur 2 à 3 millimètres, et 1/2 centimètre ou 1 centimètre sur leurs plus larges surfaces. On coupera ainsi deux fragments, l'un dans la substance corticale, l'autre dans une pyramide. Au bout de 24 heures, on les fera dégorger dans de l'eau distillée pendant 1 ou 2 heures et on les conservera dans l'alcool absolu.

S'il est nécessaire d'examiner des fragments plus volumineux, on les met d'abord dans l'alcool au tiers ou dans le bichromate d'ammoniaque pendant un jour, puis dans l'acide osmique pendant vingt-quatre heures ; on les lave ensuite dans l'eau distillée et on les passe dans la gomme et l'alcool. Les bichromates donnent aussi de bonnes préparations du rein et conservent très bien les modifications délicates des cellules ; mais l'acide osmique est préférable s'il existe une dégénérescence graisseuse de ces éléments.

Vessie, urèthre, organes génitaux.—Les différents réactifs durcissants que nous venons de passer en revue à propos de l'estomac, du foie et des reins, conviennent aussi pour ces organes.

Ganglions lymphatiques.— Toutes les méthodes précédentes leur sont applicables. Pour bien voir le tissu réticulé, on pourra faire, avec une seringue de Pravaz, une injection sous la capsule du ganglion avec de l'alcool au tiers, ou simplement mettre une section d'un ganglion dans ce liquide pendant 24 heures. On complètera le durcissement par la gomme et l'alcool. On peut aussi fixer les éléments par une injection sous-capsulaire d'acide osmique.

Muscles. — Ils sont très faciles à durcir et à conserver par l'alcool, les bichromates et l'acide osmique.

Cartilages. — L'acide picrique est un excellent liquide conservateur pour les cartilages. Pour étudier les cartilages articulaires, on détachera, avec un fort couteau, un segment comprenant à la fois le cartilage et le tissu osseux de l'épiphyse. On traitera ce fragment comme ci-dessous.

Tissu osseux.—Quand on veut examiner des os, une tumeur ossifiée ou calcifiée, on place d'abord un fragment du tissu pendant 24 ou 48 heures dans l'alcool à 90° ou dans la liqueur de Muller.

Si la pièce a été fixée par l'alcool, la décalcification sera faite au moyen de l'acide picrique, en suspendant deux ou trois petits fragments (de 1 centimètre de long sur 4 ou 5 millimètres d'épaisseur), dans un bocal de un litre à un litre et demi, contenant une solution saturée d'acide picrique. Pour qu'il y ait toujours excès d'acide picrique, on laisse au fond du vase une couche de cristaux. La décalcification est complète au bout de 4 à 8 jours environ ; il convient d'ailleurs de s'assurer, de temps en temps, si elle est complète, en faisant pénétrer une aiguille dans les fragments, l'aiguille ne doit pas éprouver de résistance. Après la décalcification, on peut traiter les petites pièces par la gomme et l'alcool pour leur donner une résistance suffisante pour en faire des coupes.

Les préparations, traitées d'abord par la liqueur de Muller, seront placées dans un bain d'acide chromique à 1 0/0. Cet acide décalcifie la portion superficielle qu'il faudra alors enlever au rasoir, pour égaliser la coupe. Puis on décalcifie de nouveau une portion superficielle qui servira à pratiquer les coupes.

Œil. — Pour conserver la rétine, il faut faire, aussitôt que possible, une injection avec une seringue de Pravaz contenant de l'acide osmique, à travers la sclérotique, dans le corps vitré. Vingt-quatre heures après, on ouvre l'œil et on le laisse dégorger pendant une heure dans l'eau distillée, comme il a été dit déjà, après quoi on le place dans l'alcool. S'il s'agit d'une énucléation du globe de l'œil faite par un chirurgien, le même procédé est applicable. On peut ainsi le suspendre tout entier dans la liqueur de Muller en ayant soin de piquer la sclérotique en plusieurs points avec une aiguille afin de faire pénétrer le liquide conservateur.

ENSEIGNEMENT MUNICIPAL SUPÉRIEUR. — *Pisciculture.* — M. JOUSSET DE BELLESME, directeur de l'Aquarium du Trocadéro et professeur du Cours de Pisciculture de la Ville de Paris, inaugurera ce cours le mercredi 2 avril 1884, à 2 h., dans la salle de réunions de la mairie du Ier arrondissement (Saint-Germain l'Auxerrois) et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Le professeur traitera des poissons d'eau douce de la France et des divers procédés de repeuplement des cours d'eau.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Enfants du Siège.

M. LEGRAND DU SAULLE, dans la première leçon qu'il a faite dimanche matin à la Salpêtrière, a entretenu tout d'abord ses auditeurs de l'*influence des événements politiques sur les caractères du délire* ; il a montré que la guerre et les émeutes n'ont en somme d'influence que sur les individus prédisposés. Il n'y a pas eu d'augmentation de nombre des aliénés pendant les années si troublées de 1847 à 1854 ; il en a été de même pendant les événements de 1870 et 1871. D'après M. Legrand du Saulle, ce seraient plutôt les spéculations, la soif de l'or, les modifications subites dans l'état des fortunes qui provoqueraient l'aliénation mentale. D'ailleurs, les ressources toujours croissantes de l'Assistance publique, en permettant de secourir un plus grand nombre de malades, ont influencé considérablement la statistique des affections mentales ; autrefois, un grand nombre d'épileptiques, d'imbéciles, de déments séniles, restaient ignorés dans les campagnes, qui sont aujourd'hui admis dans les asiles ; c'est un élément dont il faut tenir compte dans l'appréciation de la fréquence relative de l'aliénation mentale à notre époque.

Si les événements politiques de 1870-71 ont eu une influence nette sur l'état mental de la population parisienne, c'est surtout parce qu'ils ont modifié ses conditions d'existence.

C'est ainsi qu'à la suite de la déclaration de la guerre, quand un nombre considérable de jeunes gens furent appelés sous les drapeaux, on constata un grand nombre de cas d'alcoolisme subaigu chez de tous jeunes gens, à la suite d'excès commis sous l'inflence de l'émotion d'un prochain départ.

Au moment où, à l'approche de l'armée ennemie, on se sentit menacé de l'investissement, les populations suburbaines se réfugièrent dans Paris. Ces malheureux, dans un état d'anxiété et d'angoisse constants, insuffisamment secourus, dans de mauvaises conditions d'alimentation, fournirent un bon nombre d'exemples de délire mélancolique.

Sous l'influence des modifications de l'existence nécessitées par la défense, on vit se produire d'autres troubles. Les hommes passant leur temps aux fortifications et faisant des excès de boissons, furent en grand nombre atteints d'alcoolisme subaigu ; les femmes, insuffisamment alimentées, offaient des troubles psychiques dus à l'inanition, des hallucinations, du délire mélancolique, etc. Cependant, les vésanies pures semblaient en décroissance, les *inventeurs* seuls paraissaient se multiplier.

A l'époque du bombardement, on vit les populations de Montrouge, affolées, se réfugier dans les autres quartiers de Paris ; un grand nombre de sujets furent atteints de panophobie, de mélancolie perplexe ; un certain nombre de femmes offrirent, sans période d'invasion, les phénomènes de la mélancolie avec stupeur, de la stupidité ; et, lorsqu'elles ont guéri, elles ont pu rendre compte de leur délire intérieur qui avait trait à des fusillades, des massacres, etc. Pendant toute cette période, les épileptiques de l'annexe de la Salpêtrière ne subirent aucune augmentation du nombre de leurs attaques. En somme, une seule catégorie de vésaniques semble avoir éprouvé une augmentation notable : ce sont les inventeurs, qui se montrèrent encore très nombreux jusqu'à l'époque de la Commune. En présence de documents sur les antécédents héréditaires et personnels des sujets atteints de troubles psychiques pendant cette période, on ne peut admettre l'existence des *folies obsidionales*.

Mais l'influence pathogénique des événements du siège ne s'est pas seulement fait sentir sur les adultes ; elle a été aussi très marquée sur le développement des enfants conçus à cette époque. Les troubles d'évolution si nombreux observés chez les enfants nés dans les derniers mois de 1871, et nous pourrions ajouter la mortalité exceptionnelle observée chez ces sujets, les a fait désigner dans la population ouvrière sous le nom d'*enfants du Siège*, devenu synonyme d'enfant mal formé et voué à un sort fatal.

M. Legrand du Saulle a eu l'heureuse idée de vérifier scientifiquement cette opinion populaire ; et sur 92 enfants conçus pendant le siège, il a trouvé 64 fois des anomalies physiques, intellectuelles ou affectives ; les 28 autres sujets étaient en général petits et malingres. Sur ces 64 sujets, 35 offraient des anomalies physiques, malformations ou troubles de nutrition, 21 présentaient des troubles intellectuels (enfants arriérés, imbéciles ou idiots), 8 étaient atteints de troubles de l'ordre affectif ou moral. Des notes fournies par MM. Bourneville et Ladreit de la Charrière viennent à l'appui des observations personnelles de M. Legrand du Saulle.

Ainsi, c'est un fait qui semble acquis ; un certain nombre d'enfants du siège offrent des troubles physiques, intellectuels ou moraux. Mais sous qu'elle influence pathogénique ces troubles se sont-ils développés ? M. Legrand du Saulle admet une pathogénie complexe dont les éléments principaux sont l'alcoolisme, l'inanition et l'état psychique déterminé par le choc moral, dans des circonstances particulièrement dramatiques.

Si l'opinion populaire sur les *enfants du Siège* a trouvé un appui scientifique dans les recherches de M. Legrand du Saulle, la question n'est toutefois pas vidée. Il reste à déterminer, après avoir fait la part de l'hérédité morbide, le rôle que jouent, dans la genèse de ces troubles de développement, l'inanition, l'alcoolisme et l'état psychique considérés isolément. Et enfin il conviendrait de spécifier à quel moment ont agi ces causes ; est-ce au moment de la conception, est-ce pendant la gestation et à quelle époque ? Il est, à présumer, en effet, que chaque malformation ne peut être produite qu'à une époque déterminée de l'évolution de l'embryon.

Il faut remarquer que, sur les sujets observés à l'hôpital, ces distinctions sont difficiles à établir.

Il s'agit, en effet, de sujets dont les générateurs ont été soumis à des influences complexes ; les classes pauvres ont été exposées à la fois à l'inanition, à l'abus de l'alcool et l'état psychique spécial déterminé par les circonstances. Or, c'est certainement l'influence psychique qui, bien que déjà indiquée par les anciens, est la moins connue et la plus intéressante à étudier.

Nous avons eu tout récemment l'occasion d'observer,

© BIU Santé

dans un autre milieu, un fait important à cet égard.

On nous présente une jeune fille de 12 ans, assez bien conformée, et dont le crâne semble régulier, elle a toutefois été opérée d'un bec-de-lièvre latéral gauche. Cette jeune fille offre un tic des paupières. Elle parle avec beaucoup de difficulté, et ce n'est d'ailleurs que vers l'âge de 6 ans quelle a commencé à se faire comprendre; elle a encore de temps en temps de l'incontinence nocturne d'urine. Elle lit très mal et écrit à peine, bien qu'on se soit occupé avec grand soin de son éducation ; elle est toujours somnolente, taciturne, et paraît avoir de temps en temps des accès vertigineux pendant lesquels elle laisse tomber ce qu'elle tient.

Son père est bien portant et sobre, sans antécédents nerveux; un oncle et une tante paternels sont également indemnes ; le grand-père était goutteux. Sa mère est un peu romanesque, mais n'a jamais éprouvé d'accidents nerveux caractérisés; une tante maternelle a été atteinte de chorée à plusieurs reprises, sans rhumatisme. Aucun autre antécédent nerveux.

Trois enfants nés avant cette jeune fille n'ont jamais éprouvé de troubles nerveux et n'offrent aucune difformité. D'ailleurs le père, qui est avocat, est un peu au courant de la question d'hérédité et s'est livré à une enquête sérieuse ; il n'a rien trouvé de plus. Mais voici ce qu'il raconte : Tout le porte à croire que la conception de cette enfant eut lieu le 2 mai 1871, vers sept heures du matin,et, une demi-heure après, une troupe de gardes nationaux fit irruption dans son appartement pour faire une perquisition; sa femme, extrêmement effrayée, fut prise immédiatement de vomissements et fut plusieurs jours à se remettre de son émotion ; le ménage put alors quitter Paris et la grossesse s'est accomplie sans aucun événement particulier.

Dans ce fait, ni l'inanition, ni l'alcoolisme ne peuvent être mis en cause, et l'état psychique semble pouvoir seul être accusé ; pourtant l'existence d'une tante choréique pourrait indiquer une certaine tendance névropathique de la mère (1), et rendre compte de l'émotivité excessive qui a eu une influence si fâcheuse sur le développement de cette *enfant de la Commune*. Il s'agit donc là d'une étude très complexe, mais qui mérite de fixer l'attention à beaucoup d'égards. Ch. FÉRÉ.

(1) Ch. Féré. — *La famille névropathique*. In *Arch. de neurologie*, 1884, nos 19 et 20.

Cours de botanique : M. Baillon.

M. le professeur BAILLON est revenu cette année à la Faculté reprendre son enseignement dans le grand amphithéâtre, où se pressent en foule les étudiants de toutes les écoles. Car, ce qu'il y a de remarquable dans cet enseignement, c'est qu'il attire à lui partout où il se porte. Le professeur va-t-il au Muséum? Les étudiants se pressent à son cours, comme s'il se faisait au centre de la rive gauche, ce qui a vivement étonné, parait-il, les professeurs qui sommeillent au Muséum — quelquefois de père en fils — et qui sont habitués à ne voir guère plus d'auditeurs que de gradins dans leurs amphithéâtres.

Cette année, M. le professeur Baillon étudiera les *familles*. Il a commencé par le groupe des Crucifères, dont trois Cochléaria sont actuellement en fleurs, de sorte que les étudiants peuvent vérifier par eux-mêmes l'enseignement qui leur est donné. Cette façon de procéder est simple, mais intelligente. Nous avons vu dans un autre amphithéâtre, à la Sorbonne, le professeur de botanique, dont les auditeurs forcés suivent en même le cours du professeur Baillon, enseigner les Crucifères sans pouvoir en montrer. En échange, le professeur exhibait des gravures, ce qui le dispensait en même temps de faire des schéma dans lesquels il aurait pu se brouiller.

En même temps que le professeur Baillon étudie les familles au fur et à mesure qu'elles sont en fleurs, il rappelle aux étudiants les principales notions d'organographie. Ceux qui ont oublié revoient avec plaisir ce qu'ils ont su ; ceux qui commencent, peuvent suivre le professeur. Cet enseignement est clair, à la portée de tous les étudiants,et peut être suivi avec profit par les naturalistes: on l'a dit depuis longtemps,il n'y a qu'un véritable savant qui soit capable de faire un cours élémentaire.

Cours de pathologie générale : M. Bouchard.

Samedi dernier, à 5 heures, M. le professeur BOUCHARD a repris le cours de pathologie générale qu'il avait dû interrompre pendant une année. L'accueil de ses nombreux auditeurs témoignait assez du plaisir qu'ils éprouvaient à entendre de nouveau les leçons du maître. Les premières paroles de M. Bouchard sont consacrées à Lasègue, professeur de pathologie générale, non pas que Lasègue ait laissé dans cette chaire une trace bien nette de son passage, l'enseignement doctrinal n'était pas son fait ; il n'a pas dogmatisé, il est vrai, mais il a su exercer ses brillantes qualités de critique et d'artiste profondément original. Ceux qui ont entendu ses leçons sur les Doctrines et les Ecoles médicales n'ont pas oublié quels triomphes oratoires ont été les siens.

Si dans une chaire de pathologie générale il est nécessaire de dogmatiser, s'il est nécessaire d'avoir une Doctrine, il ne faut pas perdre de vue que cette Doctrine n'a qu'une existence virtuelle. Les Doctrines médicales ne sont que des points de vue qui peuvent être plus ou moins étendus, plus ou moins conformes à l'aspect de la nature, mais qui ne sauraient avoir de vérité absolue, car la science n'existe pas, ne peut pas exister, elle évolue, elle se fait constamment comme la nature elle-même.

Aussi le temps est-il bien passé où l'École de Paris pouvait prendre parti pour telle ou telle Doctrine ; maintenant son rôle est tout autre, elle doit rester non pas indifférente mais impersonnelle, elle doit s'assimiler ce qu'il y a de bon dans chaque Doctrine sans prendre fait et cause pour cette Doctrine elle-même.

Il faut avoir une Doctrine médicale quelque imparfaite qu'elle soit, a dit M. Bouchard, car le scepticisme est infécond. Mais s'il faut se garder de celui-ci, il faut redouter davantage encore un autre ennemi, l'engoûment. Prenant pour exemple la Doctrine des maladies par infection, le professeur a rappelé quelles luttes elle avait dû soutenir à ses débuts, a fait pressentir quels coups des amis trop zélés pourraient lui porter. Si M. le

© BIU Santé

professeur Bouchard dirige aussi bien la défense qu'il a mené l'attaque, la doctrine des maladies par infection n'est pas encore près de succomber.

Dans ses leçons des années précédentes sur l'étiologie et la pathologie des maladies : — Infection,— Ralentissement de la nutrition, — Réactions nerveuses, — M. Bouchard a, et l'on sait avec quel succès, rassemblé de toutes parts les matériaux nécessaires; le moment est venu de les mettre en œuvre, de faire converger toutes ces notions différentes vers un but unique : *la guérison du malade*, d'arriver, en un mot, à faire une thérapeutique véritablement et durablement utile, parce qu'elle s'adressera non pas aux symptômes mais à la cause même de la maladie.

Cours de médecine légale: M. Brouardel.

M. le professeur Brouardel a repris son cours de la Faculté, le lundi 24 mars, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre, en présence d'un nombreux auditoire composé d'étudiants et de médecins. Comme les années précédentes, M. Brouardel inaugure son enseignement par une série de leçons sur la déontologie médicale. Et d'abord, quelle définition convient-il de donner à la médecine légale? Il n'est pas aisé de définir une science qui embrasse les faits les plus complexes, tant au point de vue de la médecine qu'au point de vue de toutes les autres sciences en général. La médecine légale, en effet, n'a pas de limites; son domaine est tellement vaste qu'aucune intelligence ne peut prétendre le pénétrer dans tous ses détails. L'intervention du médecin s'est imposée dans les affaires juridiques le jour où le Juge d'Instruction est devenu compétent. Cette compétence du médecin comporte des restrictions qu'il doit savoir apprécier et ne jamais dépasser, sans s'exposer à des fautes regrettables. Il ne suffit pas d'être un médecin érudit, instruit, pour devenir un excellent médecin légiste; il faut plus encore, il importe aussi de s'être spécialisé, familiarisé avec les choses qui sont du ressort de la médecine dans ses rapports avec les lois judiciaires et pénales qui nous régissent.

D'une façon générale, le public se montre injuste envers les médecins légistes, qu'il accuse volontiers de partialité. Ce jugement erroné trouve son explication, sinon sa justification, dans ce fait que l'expert opère seul, sans témoin, et, par suite, sans contrôle. A ce titre, les réformes qu'on propose actuellement sont excellentes en principe. Il s'agirait de nommer deux experts pour la même affaire, se contrôlant et s'éclairant mutuellement; cette innovation a ses avantages et ses inconvénients.

Dans tous les cas, il vaudrait mieux se rapprocher des allemands que des anglais. Chez les premiers, nous trouvons un tribunal des superarbitres; chez les seconds, nous assistons à des polémiques pénibles entre des médecins-avocats. M. le professeur Brouardel se déclare partisan d'un tribunal des superarbitres; ce tribunal représente la science, a pour mission d'examiner les rapports médico-légaux, et de les apprécier avant qu'ils ne soient produits aux Assises. En un mot, la pratique de la médecine légale en France appelle de promptes réformes, que commandent les intérêts de l'humanité et les exigences de la science (1). Ces réformes sont à la veille d'être réalisées. Nous les devrons en grande partie au professeur éminent qui, depuis quelques années, à complètement modifié l'enseignement de la médecine légale, en s'efforçant de faire marcher de front la théorie et la pratique. — M. le professeur Brouardel continuera ses leçons à la Faculté les lundis et vendredis, à quatre heures, et fera une leçon pratique à la Morgue, le mercredi.

Cours de pathologie interne : M. Damaschino.

On se rappelle encore qu'après la mort de M. Lasègue et le passage de M. Jaccoud à la chaire de clinique de la Pitié, M. Damaschino fut nommé professeur de pathologie interne à la presqu'unanimité des voix. Le samedi, 22 mars, les élèves, pressés dans le grand amphithéâtre de la Faculté, ont ratifié, par leurs applaudissements prolongés, le choix fait par leurs maitres.

Une première leçon n'est souvent qu'un exposé de principes : le nouveau professeur, désireux de ne pas faillir à cette excellente tradition qui veut que le maitre fasse connaitre au grand jour ses doctrines, a su étayer sa profession de foi médicale par une série de comparaisons historiques qui font autant d'honneur à son esprit critique qu'à sa sagacité d'érudit.

Choisissant pour sujet de ses leçons les maladies si intéressantes des *vaisseaux sanguins et lymphatiques*, M. Damaschino, après avoir, en termes émus, rendu un juste tribut d'hommages à ses prédécesseurs dans la chaire de pathologie interne, a tracé à grands traits l'historique des affections de l'appareil circulatoire. Remontant avec sûreté jusqu'aux périodes les plus reculées de l'histoire médicale, il a fait toucher du doigt les hésitations qui ont précédé l'admirable découverte de Harvey, tout en mettant en pleine lumière les notions acquises par les précurseurs de celui-ci dans tous les âges. En quelques mots, il a dépouillé l'œuvre de l'Ecole d'Alexandrie, exposé les admirables travaux de Galien, rendu justice aux investigations si exactes de Vesale, le grand anatomiste; de Sanctorius, le père de la thermométrie clinique, de Servet, de Césalpin et de Colombo, pour arriver avec Harvey à la période si féconde qui suivit la démonstration précise de la grande circulation corroborée par les recherches microscopiques de Leuwenhœck. Suivant les lois de l'évolution, il a montré le voile se déchirant peu à peu et la pathologie cardiaque se perfectionnant sans cesse avec Morgagni, Sénac, Van Swieten, Avenbrugger, Corvisart et Bouillaud.

La pathologie, a dit le professeur, doit s'inspirer non seulement de l'observation clinique, mais elle doit en-

(1) Voici ce que nous écrivions en 1863. « Relativement aux rapports des experts, disons que la Prusse possède une organisation toute au profit de la science et de la justice. Pièces d'autopsies, procès-verbaux, etc., sont copiés et soumis tous les trois mois aux instances médicales supérieures ou *collège médical*; là, après avoir subi un premier examen, ils sont expédiés, munis d'observations, à la *députation scientifique* qui les révise de nouveau. Ainsi annotés, ils retournent à leurs auteurs qui, avertis que leurs rapports seront scrutés avec soin, mettent dans leur rédaction la plus grande circonspection, sont obligés, à moins d'être taxés d'ignorance, de se tenir au courant des travaux livrés chaque jour à la publicité : » (*Journ. des connais. méd. et pharm.*, 1863).—Inutile de dire que nous insistons pour l'importation en France de cette organisation. (B.)

© BIU Santé

core demander aide et soutien, dans toutes les circonstances, aux sciences médicales afférentes. On ne saurait connaître les maladies d'un organe et les étudier avec fruit si la structure exacte de celui-ci, sa physiologie, ne sont pas présentes à l'esprit de l'observateur. Bien plus, le pathologiste doit posséder à fond le maniement de ces appareils si féconds en résultats qui, entre les mains de Marey, ont permis de rendre palpables les modalités physiologiques les plus minutieuses de l'appareil circulatoire. L'immortelle découverte de Laënnec n'a-t-elle pas d'abord donné tous ses fruits dans le champ de la physiologie en permettant d'entendre respirer le poumon et battre le cœur ?

En étudiant cette marche constante des sciences médicales dans la voie du progrès, M. Damaschino a fait voir que la réaction était nécessaire pour introduire l'esprit d'examen dans l'enthousiasme qui suit les grandes découvertes. L'étude raisonnée des fluctuations par lesquelles a passé la médecine nous avertit sans cesse que le véritable médecin doit peser, comparer et n'embrasser une opinion que lorsque celle-ci s'appuie sur la réalité des faits contrôlés par la méthode expérimentale : il doit être *éclectique* et ne pas aliéner sa personnalité en adoptant d'emblée la totalité d'une doctrine ou les lois inflexibles d'une méthode.

Les auditeurs tenus sous le charme d'une parole élégante qui déroulait devant eux cette grande page de critique historique, semée d'appréciations de la plus haute valeur, n'ont pas ménagé leurs applaudissements au professeur qui a terminé son cours au milieu d'une véritable ovation.

Cours de Thérapeutique : M. Hayem.

Le mardi 25 mars, M. le professeur Hayem, devant un nombreux auditoire, inaugurait le cours de thérapeutique. S'il est une science dont l'enseignement soit très difficile, c'est sans contredit la thérapeutique, car de toutes les connaissances médicales, c'est assurément la plus complexe. Aussi, le professeur exprime-t-il sincèrement tout le chagrin qu'il éprouve en voyant le discrédit dans lequel beaucoup de médecins laissent cette branche de la médecine : c'est par elle, cependant, que nous pourrons remplir notre tâche magnifique vis-à-vis de l'humanité ; lorsque nous affichons le scepticisme en pareille matière, non seulement nous commettons une grave erreur, mais encore nous méconnaissons tous nos devoirs en restant dans l'inaction.

C'est pour réagir contre ces tendances envahissantes que M. Hayem veut, avant tout, faire un enseignement essentiellement pratique : le but est du reste renfermé dans le titre du programme de cette année, *des Médications*. Les médications sont, en effet, le but ultime, pratique, de la science thérapeutique. Pour traiter la maladie, et surtout le malade, le médecin doit se rendre compte du diagnostic, puis faire ensuite une prescription : or, cet acte est très important, puisqu'il résume sa science médicale tout entière et que, pour y arriver d'une façon efficace, le jugement du médecin doit suivre mentalement certaines voies, certaines méthodes thérapeutiques.

Chemin faisant, le professeur s'élève fortement contre une certaine méthode, préconisée par l'Ecole de Vienne, la méthode expectante qui, étant donné qu'on ignore la cause et la nature des maladies, veut qu'on n'amène aucune perturbation dans leur marche par une intervention thérapeutique. Cette méthode qui, en elle-même, présente quelque logique, ne convient guère au malade dont le désir est d'être soulagé, ni aux familles qui ne comprennent pas l'inaction en présence des douleurs de leurs parents. Cette simple déclaration suffit pour montrer dans quel esprit pratique sera conçu ce cours, et quels bénéfices pourront en retirer les élèves en le suivant assidûment.

Cours de Pharmacologie : M. Regnauld.

M. le professeur Regnauld vient d'inaugurer, dans le petit amphithéâtre, son cours de pharmacologie. Le professeur définit ce que l'on entend par la pharmacologie. Il différencie cette science : 1° de celle qui a pour but l'étude des drogues et qui constitue la matière médicale ; 2° de la pharmacothérapie, qui étudie les propriétés physiologiques et médicales des médicaments. Il aborde son sujet : la pharmacologie ou l'art d'amener des métalloïdes comme l'iode, des métaux comme le mercure, le fer, des drogues comme le quinquina, à cette forme particulière qui en fera des médicaments. Ayant revêtu la forme de médicaments, ces composés si divers sont administrés aux malades. Le professeur passe alors en revue les modes d'administration des médicaments.

1° La méthode par ingestion ; 2° la méthode d'inhalation ; 3° la méthode épidermique ; 4° la méthode endermique ; 5° la méthode par injection ; 6° la méthode hypodermique imaginée en 1844 par le Dr Rynol et considérablement étendue par le Dr Wood. 7° Enfin, la méthode intra-veineuse que le Dr Oré (de Bordeaux), a essayé en vain d'introduire dans la pratique.

Le professeur est très clair dans son enseignement, la voix est ample. Une centaine d'étudiants suivent assidûment ce cours. Ces étudiants paraissent être de première année. Aussi, nous semble-t-il que le professeur pourrait faire un cours moins savant, plus à la portée de ses auditeurs, entrer dans moins de détails dans son enseignement, de manière que, dans ces trois mois de cours, les étudiants puissent voir se dérouler devant eux le plus grand nombre de faits possibles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 mars 1884. — Présidence de M. Roland.

M. Bouley fait hommage à l'Académie de son ouvrage intitulé : La Nature vivante de la contagion, contagiosité de la tuberculose.

De la dialyse de l'acide du suc gastrique, par M. Richet. — En soumettant à la dialyse le suc gastrique, M. Richet a réussi à démontrer que l'acide chlorhydrique qui s'y rencontre y était combiné avec une matière organique qui est la leucine quelquefois, mais très souvent aussi la pepsine.

Distribution des racines motrices dans les muscles des membres, par MM. Forgue et Lannegrace. — La plupart des muscles reçoivent des nerfs de plusieurs racines, l'exci-

© BIU Santé

tation de chaque racine amène une contraction vitale du muscle ; chaque racine concourt à l'innervation d'un même groupe musculaire dans tous les cas, chez tous les mammifères. Chaque racine va à des muscles d'action fort différente, quelquefois même opposée. Chaque racine fournit à plusieurs articles du membre, mais à des articles toujours contigus ; les racines descendent d'autant plus bas dans les membres qu'elles sortent plus bas de la moelle.

Sur la distinction physiologique de deux classes de mouvements, par M. Couty. — Conclusions de l'auteur. Aux mouvements adaptés à un but, provoqués par les volitions ou les excitations sensorielles périphériques, nous pouvons opposer les mouvements plus simples, en quelque sorte élémentaires, produits par les excitations expérimentales des nerfs centripètes ou du cerveau, et, nous le ferons voir, cette façon nouvelle de considérer la moelle et le bulbe comme les seuls organes chargés des relations avec le milieu extérieur vous permettra d'expliquer facilement les troubles physiologiques ou pathologiques du fonctionnement musculaire. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 mars 1884. — Présidence de M. F. Franck.

M. Trasbot présente les pièces d'un cheval mort d'un *rhumatisme articulaire aigu*. L'animal, âgé de 5 ans 1/2, était malade depuis 8 à 9 semaines lorsqu'il a succombé. On note, au niveau des articulations, une destruction et une ulcération des cartilages.

M. Regnauld fait une communication sur les caractères différentiels du *chloroforme* et du *chlorure de méthylène*. On sait que Spencer Wells se sert depuis plusieurs années de ce dernier agent, lorsqu'il veut provoquer l'anesthésie chirurgicale, et qu'il le considère comme bien supérieur au chloroforme. Or, les expériences pratiquées par M. Regnauld sur les animaux lui ont démontré que jamais Spencer Wells n'avait pu se servir du véritable chlorure de méthylène (CH^2Cl^2), car ce corps est très toxique et par conséquent incapable d'être employé par les cliniciens ; tout porte donc à penser que le chirurgien anglais se sera servi d'un mélange de chloroforme et d'alcool méthylique, qui n'est qu'un pseudo-chlorure de méthylène. Alors que le chloroforme produisait, chez des chiens, l'anesthésie au bout d'une ou deux minutes, sans aucune convulsion, le vrai chlorure de méthylène (CH^2Cl^2), après cinq minutes d'inhalation, non seulement ne produisait pas d'anesthésie, mais encore déterminait une véritable intoxication (contractures, trismus, nystagmus, convulsions choréiformes). Ces phénomènes persistaient encore une demi-heure après la cessation de l'inhalation, et souvent il fallait faire agir l'électricité pour ranimer l'animal.

M. Rabuteau dit avoir observé les mêmes effets avec le bromure d'éthylène. Il étudie, à ce propos, la différente série des éthers et insiste sur leurs propriétés anesthésiques ou toxiques.

M. Hardy fait part de ses recherches sur l'alcaloïde du *jequirity* ; ce dernier serait un ferment soluble, facilement obtenu en précipitant par l'eau et en précipitant par l'alcool.

M. P. Regnard fait une intéressante communication sur les expériences qu'il a faites, dans le but de reproduire artificiellement ce qui se passe au fond de la mer chez les *êtres* soumis à une *forte pression*. Ces recherches lui ont été suggérées à propos des rapports de la Commission de dragage du Travailleur et du Talisman. On sait, en effet, que cette Commission a pu démontrer l'existence d'une faune profonde à 2,500 et 3,000 mètres, absolument indépendante de la faune superficielle.

M. Regnard a fait ses expériences avec une pompe très puissante, fabriquée par M. Cailletet, et qu'il fait fonctionner devant la Société ; cet instrument peut donner une pression de 1,000 atmosphères, ce qui correspondrait à une profondeur de 12,000 mètres environ. Des ferments soumis à une pression de 600 atmosphères ne sont pas tués, mais endormis : c'est ainsi que de la salive ne peut plus transformer l'amidon en dextrine ; mais, au bout d'un certain temps, une fois retirés de l'appareil, les ferments reprennent leur activité première. Des infusoires, après une heure de séjour, deviennent inertes, comme endormis, mais ne sont pas tués. Il en est de même des mollusques et des annélides. Les poissons, à cause de leur vessie natatoire, ne peuvent subir une forte pression et meurent. Mais les cyprins, dont on peut, au préalable, vider la vessie natatoire, peuvent subir sans préjudice une pression de 100 atmosphères ; à 200 atmosphères, ils sont comme stupéfiés ; à 300 atmosphères, ils sont tués ; à 400 atmosphères (4,500 m.) leur corps devient dur et cassant comme du bois.

On a les mêmes résultats sur les grenouilles dont on a vidé préalablement les vésicules pulmonaires de l'air contenu ; leur corps devient dur et sec, les muscles augmentent de volume et se gorgent d'eau. Les plantes et les graines, à 600 atmosphères, dorment d'une vie latente, mais ne sont pas tuées.

M. Malassez présente à la Société un ouvrage de M. le Dr Laveran sur les *microbes de l'impaludisme*.

M. Quinquaud parle sur le *mode de formation de l'urée*, qu'il a étudiée avec M. Gréhant. Il étudie la quantité de ce principe excrémentitiel dans les différentes parties du système sanguin. Le sang artériel et le sang veineux présentent une égalité absolue d'urée. Dans le sang des organes splanchniques, au contraire, il y a une grande différence, surtout si on l'étudie à jeun ou pendant la digestion ; il sort beaucoup plus d'urée des viscères qu'il n'y en rentre.

M. Brémaud lit une note sur l'*état de la fascination de la série hypnotique*. Dans de précédentes communications sur cet état de fascination, le premier de la série hypnotique, l'auteur a fait remarquer que cet état n'avait point été obtenu sur les femmes hystériques hypnotisables, leur système nerveux probablement trop impressionnable pour la fixation de l'état initial les amenant d'emblée à l'état cataleptique plus avancé dans la série. Continuant ses recherches à ce sujet, il a constaté que, sur des femmes en excellent état de santé et hypnotisables, l'état de fascination caractérisé par la dilatation pupillaire, l'élévation du pouls, la parésie de la volonté, l'imitation automatique, ne peut être établi, l'état provoqué sur toutes étant d'emblée la catalepsie avec sa symptomatologie habituelle. En ce qui concerne ce même état de fascination développé sur des sujets masculins, les signes caractéristiques sont d'autant plus nets et plus tranchés que la provocation première de l'état est plus récente. Quand les expériences sont multipliées, à mesure que l'impressionnabilité du sujet s'accroit, la période de fascination disparaît graduellement, puis finit par ne plus apparaître, l'état qui s'établit tout d'abord est la catalepsie. Les sujets sur lesquels M. Brémaud expérimente depuis plusieurs mois ne peuvent plus être fixés dans l'état initial et voici ce qui s'est passé pour tous sans exception. A un moment donné, étant en fascination depuis une ou deux minutes, ils s'arrêtent brusquement au milieu d'une expérience, leur pouls redevient normal, la catalepsie s'est établie brusquement. Aux expériences subséquentes, la fascination s'établit encore, mais pour un laps de temps de plus en plus court, jusqu'au moment où la catalepsie s'établit nettement d'emblée, tous les sujets restant accessibles à la léthargie et au somnambulisme. F. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 mars 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Le Roy de Méricourt, à propos du cas de *chromidrose* présenté à la dernière séance par M. Bergeron, rappelle qu'en 1857 il a eu l'occasion d'observer à Brest un cas de ce genre et que, à cette époque, il a proposé de substituer le mot « chromidrose » aux dénominations usitées pour désigner une affection caractérisée par la transsudation de matières colorantes à travers la peau. Grâce à l'obligeance de M. Bergeron, il a pu examiner le malade porteur de

© BIU Santé

cette singulière affection, jeune enfant de douze ans,et il a pu voir qu'au niveau de la région sous-maxillaire droite,il apparaît de temps à autre une tache formée par une transsudation de matière colorante rose; cette tache offre une assez grande largeur, présente une coloration rouge intense et se dispose en traînées irrégulières; avec la loupe, il pouvait constater la présence entre les lamelles épidermiques de petits grains rouges. De plus, le microscope permettait de reconnaître à la périphérie de la tache l'existence des parcelles irrégulières, caractéristiques des chromidroses, *mais colorées en bleu*. Aussi, quoique toutes les présomptions morales soient en faveur de la chromhidrose, M. Le Roy de Méricourt veut-il attendre, pour avoir une certitude complète, l'examen de ces parcelles par M. Robin.

M. Hayem lit un travail *sur la transfusion péritonéale*. En injectant dans le péritoine d'un chevreau du sang de chien, M. Hayem a pu retrouver, après quelques heures, les globules du chien dans les vaisseaux de la circulation générale du chevreau, tant artérielle et veineuse que lymphatique. On peut donc considérer la transfusion péritonéale comme équivalente à une transfusion veineuse faite avec une extrême lenteur.

M. Béchamp lit un travail sur les *granulations moléculaires du cerveau et le virus rabique*.

M. Luys donne lecture d'un travail *sur la locomobilité du cerveau suivant les différentes attitudes du corps*. D'après M. Luys, la masse cérébrale entourée dans la cavité crânienne d'un espace vide, peut subir des déplacements plus ou moins étendus, aussi bien sous l'influence des diverses attitudes du corps que sous celle de la systole cardiaque Que l'homme soit dans le décubitus dorsal ou latéral, ou qu'il occupe la position verticale, le cerveau obéit aux lois de la pesanteur et alors, tantôt c'est l'extrémité occipitale qui vient s'appliquer sur la base du crâne laissant un espace vide au niveau des lobes frontaux, tantôt le vide existe à la région occipitale, toute la région antérieure étant occupée par les lobes antérieurs du cerveau.

Ces mouvements se font par glissement, grâce à la lubréfaction de l'arachnoïde, et lentement, d'une façon progressive, de sorte que, pour que les parties déplacées reviennent à leur situation primitive, il faudrait environ 5 à 6 minutes. De ces données anatomiques, M. Luys tire des déductions importantes et intéressantes au sujet des phénomènes de la vie cérébrale, aussi bien au point de vue physiologique que pathologique. Il explique ainsi par une ischémie subite, les troubles si fréquents qui se montrent chez les convalescents et les vertiges et éblouissements qui se manifestent quand on passe brusquement de la station horizontale à la station debout. Les douleurs si aiguës de la méningite n'ont-elles pas vraisemblablement pour cause l'obstacle aux glissements physiologiques du cerveau et les étourdissements, voir même les apoplexies, qui se montrent chez les cardiaques au moment où ils quittent la position horizontale, ne tiennent-ils pas en grande partie aussi aux changements d'attitude du cerveau! Dans la pathologie mentale, il est d'observation constante que les malades agités deviennent surtout insupportables pendant la nuit alors qu'ils sont couchés ; la station assise les calme et les enivre (!),on peut voir l'influence du mouvement cérébral. Tous les ébranlements, les chocs réitérés, les trépidations du chemin de fer sont susceptibles d'impressionner défavorablement la masse cérébrale, et cela d'autant plus que le sujet est plus âgé et surtout chez ceux dont le cerveau a déjà subi quelque atteinte. Aussi, au point de vue de l'hygiène cérébrale. M. Luys déconseille-t-il les véhiculations prolongées pendant plus d'une journée, et insiste-t-il pour qu'on ne néglige pas la période de repos horizontal.

M. Delthil (de Nogent-sur-Marne) lit une note très intéressante sur le traitement de la *diphthérie* par des fumigations de goudron de gaz et de térébenthine dans la proportion de 200 gr. pour 80 gr. de térébenthine.

A. Damalix.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 mars 1884. — Présidence de M. M. Sée.

Au début de la séance, la discussion sur l'*infection purulente* a continué. M. Després ayant apporté, pour étayer son opinion sur la reprise de l'infection purulente, quelques cas recueillis dans la littérature médicale de 1883, MM. Trélat et Verneuil ont répondu que c'étaient là des faits isolés, résultant d'une négligence des règles de l'antisepsie, et qu'en réalité l'infection purulente ne se montrait que là où l'on ne faisait pas ce qui est nécessaire pour l'empêcher. Encore ne se montre-t-elle dans ces cas que très rarement, et ce n'est point,comme le veut M. Després, le fait de la constitution médicale actuelle, mais le résultat logique de la pratique chirurgicale. Que l'on vienne à négliger systématiquement les précautions antiseptiques et l'infection purulente reparaîtra comme autrefois, quelle que soit la constitution médicale du moment.

M. Houzel (Boulogne), lit un travail sur un cas d'*anévrysme diffus de l'aisselle, traité et guéri par l'incision suivie de tamponnement*. — Ce travail est renvoyé à une commission dont M. Tillaux sera le rapporteur.

M. Kirmisson lit un intéressant mémoire sur les *anévrysmes inguinaux et la ligature de l'iliaque externe*. — Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Bouilly, Monod et Berger, rapporteur.

M. Terrillon rapporte l'observation d'une *gastrostomie* qu'il a pratiquée dernièrement sur un homme de 61 ans, atteint de cancer de l'extrémité supérieure de l'œsophage. M. Terrillon a fait la gastrostomie par le procédé classique et il a ouvert l'estomac séance tenante, après l'avoir fixé à la paroi abdominale par dix sutures. Au cours de l'opération, il a été frappé de l'extrême minceur de la paroi stomacale. Le lendemain de l'opération, le malade fut pris d'hémiplégie et mourut dans le sub-délirium 52 heures après l'opération, bien qu'il eût pris et digéré trois repas composés de jaunes d'œuf battus dans du lait. A l'autopsie, on n'a trouvé aucune trace de péritonite, les bords de la plaie stomacale étaient déjà collés à la plaie de la paroi; rien dans l'examen du cerveau qui pût rendre compte de l'hémiplégie, mais les reins présentaient des lésions avancées de néphrite interstitielle, et M. Terrillon se demande si la mort n'a pas été le résultat de phénomènes urémiques dont l'administration du chloroforme a hâté la manifestation. M. Terrillon signale encore le siège précis de la plaie stomacale, sur la portion pylorique de la paroi antérieure du viscère.

M. Berger demande pourquoi M. Terrillon a préféré la gastrostomie à l'œsophagotomie, qui paraissait indiquée par le siège de la tumeur ; il rappelle que M. Nicaise a déjà signalé un cas d'hémiplégie survenue dans le cours d'un étranglement herniaire et qui demeura inexpliquée à l'autopsie. A propos du siège de la plaie stomacale, M. Berger constate que son siège ordinaire est dans la région pylorique ; on a bien proposé d'attirer un peu en dedans la région cardiaque pour ouvrir le viscère en ce point, mais il faut se demander si les tiraillements nécessaires pour opérer ce déplacement et ceux qui résulteraient de l'estomac ne seraient point des causes de péritonite.

M. Tillaux, après avoir constaté qu'il lui semble difficile de confondre le côlon inégal et bosselé avec l'estomac plat et uni, rectifie les idées généralement admises sur la direction de l'estomac. Nos classiques, et même l'anatomie chirurgicale de M. Tillaux donnent à l'estomac une direction transversale, figurant le cardia et le pylore au même niveau réunis par une petite courbure horizontale. Les choses ne sont point ainsi ; en réalité, le pylore est situé à un niveau bien inférieur à celui du cardia et la petite courbure, loin d'être horizontale, est très obliquement ascendante, quelquefois même presque verticale. M. Tillaux a trouvé cette remarque dans les annotations qu'un professeur Russe a faites à l'édition Russe de son Traité d'anatomie chirurgicale, et il en a vérifié l'exactitude sur le cadavre. Cette situation de l'estomac fait comprendre pourquoi la région pylorique est le lieu d'élection pour les fistules gastriques.

© BIU Santé

M. Desprès a vérifié l'exactitude de ce fait à l'autopsie d'un malade atteint de rétrécissement cicatriciel du tiers inférieur de l'œsophage. Sur ce sujet, l'estomac très rétréci était situé profondément derrière le côlon transverse; il n'entrait point en rapport avec la paroi abdominale, et la gastrotomie à laquelle M. Després avait pensé un instant eût été bien difficile.

M. Terrillon n'a pas fait l'œsophagotomie parce qu'il n'avait pu prendre du vivant du malade une notion exacte sur la limite inférieure de la tumeur. Pendant l'opération, il a pu vérifier la direction très obliquement ascendante en haut et à gauche de la petite courbure.

M. Berger présente une malade atteinte de *tumeur du corps thyroïde*; c'est une femme de 35 ans qui a vu survenir une grosseur dans le lobe droit du corps thyroïde; dans ces derniers temps, la tumeur thyroïdienne s'est compliquée d'une exophthalmie de l'œil du côté correspondant, et M. Berger se demande s'il a affaire à une tumeur du corps thyroïde compliquée d'exophthalmie, ou bien si cette exophthalmie, qui n'est point réductible, ne serait point le fait d'une tumeur de la partie profonde de l'orbite; en effet, la fosse nasale du même côté est bouchée. Le cas ne laisse pas d'être embarrassant. P. Poirier.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

I. Mémoire sur la prévention de la cécité; par M. le Dr Fieuzal. Compte-rendu du *Congrès international d'hygiène et de démographie*. Genève, 1883.

II. De l'action des courants électriques continus appliqués au voisinage du cerveau et des résultats qu'ils produisent en particulier dans l'œil; par M. le Dr Gillet de Grandmont. Paris, 1883. Coccoz, libraire-éditeur.

III. Zur Kenntniss der Augenlinse und deren Untersuchungsmethoden (Contribution à l'étude du cristallin et de ses méthodes d'exploitation); par M. le Dr S. Robinski. Berlin, 1883.

I. Le mémoire que vient de publier M. Fieuzal a été lu au Congrès d'hygiène de Genève, il y a tantôt deux ans; mais la question qu'il traite n'en conserve pas moins toujours son actualité. M. Fieuzal établit que le nombre des aveugles en France est de 31,621, soit un aveugle pour 1,166 habitants. Sur ce nombre affligeant, les deux tiers doivent être mis sur le compte de deux causes importantes de cécité : la conjonctivite purulente (32 0[0) et les affections du tractus uvéal (30 0/0). Hirschberg, Magnus, Carreras Arago et d'autres auteurs encore sont arrivés aux mêmes résultats statistiques. C'est toucher la plaie du doigt, mais quel en sera le remède?

Si malheureusement nos ressources thérapeutiques actuelles contre les irido-choroïdites sont encore très précaires, nous sommes du moins en possession de méthodes sûres pour prévenir la contagion de la conjonctivite purulente et pour en arrêter les progrès. Il est regrettable seulement, comme le fait remarquer avec raison M. Fieuzal, que ces méthodes soient encore l'apanage presque exclusif des spécialistes et qu'elles soient si peu familières aux médecins. Ajoutons à cela l'incurie des malades ou de leurs parents, leurs préjugés ridicules, la faveur dont jouit l'empirisme vulgaire, et nous aurons l'explication du chiffre considérable des individus privés de la vue par une maladie qui devrait presque toujours guérir, si elle était convenablement traitée dès ses débuts.

Désireux de réduire le traitement de la conjonctivite purulente à sa plus simple expression, et de le mettre ainsi à la portée de tout le monde, M. Fieuzal en est arrivé à se servir presqu'uniquement de lavages antiseptiques de la conjonctive, fréquemment répétés (solutions d'acide phénique à 4 p. 1.000, d'acide borique à 5 p. 100). Il proscrit, en thèse générale, les collyres métalliques, qui, dans des mains inexpérimentées, peuvent faire plus de mal que de bien. Cette médication, suivant l'auteur, conduit à la guérison les trois quarts des malades. Quant aux cas particulièrement graves, ils devront être traités selon les règles de l'art : applications glacées, cautérisation des paupières retournées au nitrate d'argent, lavages désinfectants, etc. Enfin, il serait nécessaire que les yeux des nouveau-nés fussent l'objet d'un examen de la part du médecin attaché à la constatation des naissances, qui avertirait les parents du danger éventuel, et leur donnerait, au besoin, les instructions voulues.

II. L'influence des courants électriques sur l'organe de la vue, à l'état normal et à l'état pathologique, est une question encore peu étudiée, entourée qu'elle est de beaucoup de difficultés. Les phénomènes provoqués par l'application de l'électricité ne sont pas toujours faciles à obtenir à l'état de pureté parfaite, et dégagés de toute autre influence secondaire. M. Gillet de Grandmont, basé sur des expériences qu'il a pratiquées sur l'homme, sur des lapins et sur des grenouilles, est arrivé aux résultats suivants : Il a noté, chez l'homme, en appliquant les électrodes de chaque côté du crâne, un abaissement de la température de l'œil (de 2 à 6 dixièmes de degré); — chez les animaux, une hyperémie plus ou moins intense de toutes les membranes vascularisées de l'œil, un rétrécissement de la pupille, une striation du cristallin correspondant à sa segmentation physiologique, un enfoncement de l'œil dans l'orbite. La congestion de la choroïde, entre autres, peut aller jusqu'à la rupture de ses vaisseaux et au décollement consécutif de la rétine.

L'application des courants chez les animaux semble avoir été parfois assez violente, toujours prolongée et douloureuse. Il nous semble que les efforts de l'animal pour se soustraire à l'expérimentation ne doivent pas être pour rien dans les altérations signalées.

L'emploi thérapeutique des courants continus serait surtout indiqué dans l'atrophie du nerf optique, qui s'accompagne généralement d'une ischémie de son tissu.

III. M. Robinski s'est occupé, pendant des années, de l'étude microscopique du cristallin, et son nom revient souvent dans l'histoire de nos connaissances sur ce petit organe. Aussi, possède-t-il à fond la technique de cette étude; la manière d'interpréter les préparations, les erreurs nombreuses auxquelles peut donner lieu l'action des réactifs sur ce tissu délicat lui sont familières. Ce sont les résultats de ses expériences qu'il publie dans une brochure très recommandable.

C'est au moyen du nitrate d'argent surtout que M. Robinski a élucidé certains points obscurs de l'histologie de la lentille, entre autres la question délicate de savoir si les éléments cristalliniens sont réellement des fibres solides, comme l'ont prétendu Babuchin, Ritter et Arnold, ou bien si ce sont des tubes, comme l'a soutenu, en premier lieu, Kœlliker. Les réactifs généralement employés, en effet, coagulant les substances albuminoïdes, fixent les éléments cristalliniens dans leur forme prismatique, qui résulte de leur compression réciproque, et ne permettent plus de distinguer une différence, dans la section, entre la surface hexagonale et son contour. M. Robinski, après avoir soumis pendant une courte durée le cristallin à l'action d'une faible solution argentique, a vu nettement les fines membranes d'enveloppe des tubes cristalliniens, colorées par le réactif, s'affaisser, laisser échapper leur contenu semi-liquide et prendre, à la coupe, une forme plutôt circulaire. Ajoutons que l'auteur nie formellement la présence, dans la lentille, de tubes multinucléaires et qu'il n'admet pas non plus la présence d'une substance unissante entre les éléments de cet organe. Eperon.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique de Gynécologie; par M. le Dr De Sinéty (2e édition). Un vol. in-8 de 994 p. avec 181 fig. dans le texte. Paris 1884. Doin, éditeur.

Le Traité de M. de Sinéty a été assez rapidement épuisé; dans cette seconde édition, l'auteur a cherché à « compléter son ouvrage tout en lui conservant son caractère pratique. » « Profitant, dit-il, des critiques qui nous ont été adressées, nous avons modifié certaines parties et donné à d'autres un

© BIU Santé

plus grand développement. C'est ainsi que le chapitre du traitement, surtout au point de vue chirurgical, est beaucoup plus détaillé et plus étendu qu'il ne l'était dans l'édition précédente ». Ajoutons qu'on trouve encore, dans le volume qui vient de paraître, des pages nouvelles et fort intéressantes sur les différents procédés d'exploration ; l'étude des inflammations qui se développent au voisinage de l'utérus a été complètement remaniée, etc.

Chacun des chapitres est précédé d'une introduction anatomique sur la structure des organes dont il traite. Considérant l'anatomie pathologique comme une des meilleures bases sur lesquelles puisse s'appuyer la clinique, M. de Sinéty a donné une étendue assez considérable à cette partie de son livre. L'anatomie pathologique, en effet, nettement exposée, permet de comprendre les faits cliniques, de suivre pas à pas leur évolution ; au lieu d'hypothèses ou de théories sans nombre, ce sont des faits précis qui jettent une vive lumière sur beaucoup de points restés jusqu'ici obscurs. Ajoutons qu'à côté de ses travaux personnels dont il s'est borné à donner un résumé succinct (ce qui est souvent bien difficile pour un auteur), M. de Sinéty expose les principaux progrès réalisés dans ces dernières années.

On trouve à chaque instant, dans le livre de M. de Sinéty des phrases indiquant la nature de son esprit qui est essentiellement juste, sage, réservé, bien que progressif. Ainsi, pour lui, l'histologie et l'anatomie pathologique ne sont pas tout. Parlant, par exemple, des caractères spéciaux du mucus produit par les cellules caliciformes, il écrit: « Nous avons été amené, par les caractères de ce produit spécial, à trouver des glandes caliciformes dans des régions où nous ne les soupçonnions pas. Sur ce point, comme sur tant d'autres, les cliniciens avaient devancé les histologistes ». Pour ce qui concerne certaines théories récemment émises, voici ce qu'il dit: « Nous laissons de côté pour le moment ce qui est relatif aux divers microbes qui ont été décrits chez les syphilitiques et considérés par plusieurs observateurs comme la cause de la maladie. La syphilis, ainsi que la plupart des affections contagieuses, résulte très probablement de l'intoxication dans l'organisme d'un microbe spécial. Mais, jusqu'à présent, la question ne nous paraît pas suffisamment élucidée pour nous en occuper plus longtemps. Dans un Traité du genre de celui-ci, on ne doit, ce nous semble, exposer que les faits bien acquis à la science et se contenter de signaler en passant les problèmes qui restent à résoudre ou dont la solution est incomplète. » On trouve la même réserve justifiée quand l'auteur parle d'opérations imaginées et pratiquées dans ces dernières années, opérations à propos desquelles on a fait beaucoup de bruit, sans parvenir à prouver qu'elles donnent des résultats véritablement utiles.

L'ouvrage de M. de Sinéty, dont nous nous sommes efforcé d'indiquer l'esprit général, est excellemment édité ; il est écrit dans un style clair et concis. Nous ne saurions trop en recommander la lecture aux étudiants et aux praticiens, ils en recueilleront certainement, comme nous l'avons fait nous-même, agrément et bénéfice. P. Budin.

CORRESPONDANCE

Proposition de loi sur l'exercice de la médecine.

L'appel que nous avons adressé à nos lecteurs au sujet de la proposition de loi sur l'exercice de la médecine a été favorablement entendu par eux ; nous publions, dès aujourd'hui, une première série de lettres qui renferment des indications précieuses.

Montpellier, 18 mars 1884.

Cher et honoré confrère,

Dans le dernier numéro du *Progrès*, vous provoquez les réflexions de vos lecteurs sur le nouveau projet de loi relatif à l'exercice de la médecine. J'en profite et j'attire spécialement votre attention sur l'article qui ne demande le baccalauréat ès sciences restreint qu'avant la cinquième inscription. C'est, en réalité, supprimer la première des quatre années qui sont déjà insuffisantes pour les études médicales. L'élève ne préparera que son baccalauréat ès sciences pendant cette année-là et ne fera ni physique, ni chimie, ni histoire naturelle *médicales* sérieuses. Il ne le pourrait pas du reste. Comment apprendre la chimie de l'urée ou la physique du saccharimètre si on n'est pas déjà bachelier? Autant vaut, je le répète, supprimer la première année et décider que la physique, la chimie et l'histoire naturelle ne s'enseignent plus que dans les Facultés des sciences. Pour moi, je crois nécessaire d'exiger les deux diplômes avant la première inscription. Alors on pourra exiger que les cours de première année soient vraiment médicaux. C'est du reste ce que décide le nouveau régime et c'était là une des rares bonnes mesures de ce nouveau système On pourrait même alors remettre en première année, comme autrefois, quelques éléments d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie) afin que la deuxième année soit très utilement employée à l'anatomie et à la physiologie; et la clinique pourrait effectivement commencer en troisième année, tandis qu'en réalité l'élève ne pense qu'à son examen de physiologie en troisième année et ne fait pas de clinique sérieuse.

En somme, l'innovation de ne demander le baccalauréat ès sciences qu'à la fin de la première année me paraît être du progrès à rebours. Il y a beaucoup de choses à changer au nouveau régime, mais pas cela.....

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de mon plus affectueux dévouement. Dr G,....

Gérardmer, le 19 mars.

Monsieur le Rédacteur,

Il me paraît impossible de toucher aux lois concernant l'exercice de la médecine sans régler du même coup la question du cumul des deux professions de médecin et de pharmacien. Le cumul des deux professions est interdit en principe. Pourtant le médecin ou l'officier de santé peut exercer la pharmacie lorsque, dans la commune qu'il habite, n'existe pas de pharmacien. Il n'en a plus le droit lorsqu'un pharmacien vient à s'y établir.

Tout cela est parfait; mais pourquoi la loi n'interdit-elle pas au pharmacien, muni d'un diplôme d'officier de santé, de faire de la médecine, de *cumuler enfin* les deux fonctions lorsqu'un médecin vient à s'établir dans la même commune? Ne devrait-il pas opter au moins pour l'une ou l'autre profession? L'on voit facilement pourtant qu'un pharmacien-officier de santé-médecin, exerçant la médecine dans des conditions semblables, délaisse son officine pour courir les malades. Que dès lors le médecin établi à côté de lui ne trouvera pas à faire exécuter rapidement ses ordonnances, surtout s'il s'agit de médicaments dits vénéneux, car alors le pharmacien-médecin fait sa tournée en emportant dans sa poche la clef de l'armoire aux poisons. Je ne veux pas parler de la situation faite au médecin par le pharmacien-médecin, discutant les ordonnances du confrère, mais il serait aisé de faire toucher du doigt les inconvénients d'une pareille situation. Il n'y a donc d'autre solution que l'une des deux suivantes : Ou bien tout médecin qui le voudra faire, sera libre de donner lui-même à son malade les remèdes qu'il croira lui être utiles (car je ne vois pas pourquoi celui qui est capable de faire une ordonnance ne serait pas à même de l'exécuter dans bien des cas; s'il s'agissait d'une préparation minutieuse, il va sans dire qu'il recourrait à un spécialiste).

J'accorderais alors, par juste compensation, le droit aux pharmaciens de donner des remèdes aux malades qui les consulteraient chez eux. Chacun sait d'ailleurs qu'ils ne feraient que continuer légalement ce qu'ils font aujourd'hui un peu en cachette. Mais la solution la plus légale serait la suivante : Pas de cumul, sauf dans le cas prévu par la loi de germinal (art. 29):

« L'officier de santé ou le docteur qui serait reçu pharmacien, pourrait-il cumuler les deux professions? L'esprit de la loi n'est pas douteux, elle a voulu séparer complètement ces professions, afin que le malade ne puisse jamais soupçonner le médecin de chercher dans la vente des médicaments, une source de bénéfices, et elle n'en a permis le cumul que lorsque l'absence de pharmacien (*ou de médecin*) ne permet pas de faire autrement. Cet esprit du législateur a été constaté par un grand nombre d'arrêts; cependant, il n'existe aucun texte prohibitif, et l'on ne peut suppléer au silence de la loi. » (Briand et Chaudé, p. 968.)

© BIU Santé

Je n'ai fait qu'ajouter à cette citation les trois mots « ou de médecin » et *cela suffirait pour suppléer au silence de la loi.* L'on ne verrait pas alors un pharmacien d'un *chef-lieu d'arrondissement,* par exemple, faire de la médecine parce qu'il est officier de santé, et mieux que cela encore, se transporter à jours fixes, trois fois par semaine, dans un chef-lieu de canton occupé par un docteur, et là donner des consultations et délivrer des médicaments à tout venant.

Veuillez agréer, etc. Dr Greuell.

Léon, 18 mars 1884.

Monsieur le Directeur,

La lecture de la proposition de loi relative à l'exercice de la médecine m'a suggéré quelques réflexions dont je viens vous faire part.

Il arrive fréquemment qu'un praticien, surtout à la campagne, est dans l'obligation, pour cause de maladie ou d'absence, de se faire remplacer auprès de ses clients; le plus souvent, c'est un élève d'une Faculté, avancé dans ses études, ou un interne des hôpitaux, qui se met à la disposition de son futur confrère. Or, un remplacement de ce genre paraît ne pas être légal, si l'on doit s'en rapporter au jugement rendu tout récemment par le tribunal de Bressuire contre un interne des hôpitaux de Nantes, reconnu coupable d'avoir exercé illégalement la médecine en remplaçant un médecin. Il est vrai que les annales judiciaires portent l'acquittement par le tribunal des Sables-d'Olonne d'un interne des hôpitaux de la même ville s'étant trouvé dans un cas semblable. On n'est donc pas fixé sur cette question de jurisprudence, au grand détriment du corps médical (1).

Je saisis avec empressement, Monsieur le directeur, l'occasion qui est fournie aux médecins de présenter cette lacune aux législateurs; puisque en effet une proposition de loi relative à l'exercice de la médecine est soumise à l'examen d'une Commission parlementaire, il me semble que le moment est opportun de trancher la question.

Je me plais à croire que la Commission partagera l'opinion du tribunal des Sables-d'Olonne et qu'elle voudra introduire, dans la loi nouvelle, un amendement à l'article 1er, dans le genre de celui-ci :

« Tout étudiant en médecine, muni d'un certificat de capacité délivré par le directeur de l'Ecole ou le doyen de la Faculté où cet étudiant est inscrit, pourra, avec une autorisation ministérielle, remplacer temporairement un médecin; celui-ci fera lui-même au ministre la demande de remplacement. »

Veuillez agréer, etc. Dr Alphonse Dufau.

—Nous continuons à faire appel à nos lecteurs et nous aurons soin d'utiliser, pour le bien de tous, les remarques qu'ils voudront bien nous adresser.

VARIA

Rapport présenté par M. Bourneville au nom du 5e groupe de la 2e Sous-Commission, de la Commission chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés (2).

e) *Médecins-directeurs.*—Comment doit-on procéder au choix de ces fonctionnaires? M. Foville a proposé d'adjoindre au concours pour les places de médecins chefs de service un examen portant sur les questions de législation, d'administration et d'assistance relatives au service des aliénés. Mais, sur la remarque que la connaissance de ces questions était absolument indispensable aux médecins des asiles qui, forcément, les acquéraient par la pratique, en raison de la connexité qui existe, dans les asiles, entre le traitement des malades et toutes les questions d'ordre législatif et administratif, les membres du 5e groupe sont d'avis qu'il convient de réserver le choix des médecins-directeurs à M. le Ministre de l'intérieur.

f) *Des pharmaciens et des internes en pharmacie des asiles.* — Les membres du 5e groupe ont été unanimes à laisser à l'Administration le choix de ces fonctionnaires tout en accordant aux préfets la liberté de recourir au concours pour la nomination à ces fonctions, chaque fois que les circonstances le permettent. Déjà le concours a fonctionné dans le département de la Seine, et il serait aisé de l'établir pour les asiles situés dans le voisinage des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Des traitements du personnel médical. — Le décret du 4 février 1875 fixe ainsi qu'il suit le classement et le traitement des médecins-directeurs, médecins en chef et adjoints :

	CLASSES.	TRAITEMENT.
Médecins-Directeurs	Exceptionnelle.	8,000 fr.
	1re.	7,000
	2e.	6,000
	3e.	5,000
	4e.	4,000
	5e.	3,000
Médecins en chef	Exceptionnelle.	8,000 fr.
	1re.	7,000
	2e.	6,000
	3e.	5,000
	4e.	4,000
	5e.	3,000
Médecins-adjoints	Exceptionnelle.	4,000 fr.
	1re.	3,000
	2e.	2,500
	3e.	2,000

Se fondant sur l'insuffisance des traitements de la dernière classe de chaque grade, sur l'inutilité de subdivisions trop nombreuses, enfin et principalement sur la nécessité de mieux rémunérer des médecins dont on exigera des connaissances sérieuses, démontrées par des concours, le rapporteur a fait la proposition suivante qui a été adoptée à l'unanimité après discussion :

	CLASSES.	TRAITEMENT.
Médecins-directeurs	1re.	8,000 fr.
	2e.	7,000
	3e.	6,000
	4e.	5,000
Médecins en chef	1re.	8,000 fr.
	2e.	7,000
	3e.	6,000
	4e.	5,000
Médecins adjoints	1re.	4,000 fr.
	2e.	3,000

Le groupe est d'avis que les médecins en chef et les médecins adjoints ne pourront être promus à une classe supérieure qu'après avoir accompli au moins deux ans pour les adjoints et trois ans pour les chefs de service dans la classe immédiatement inférieure. La même réserve pourrait s'appliquer aux médecins-directeurs et aux directeurs.

Résidence des médecins dans les asiles publics d'aliénés. — Avant d'exposer l'avis du groupe, nous croyons devoir rappeler la réglementation actuelle. L'article 10 de l'Ordonnance du 18 décembre 1839 est ainsi conçu :

« Le médecin en chef sera tenu de résider dans l'établissement. Il pourra toutefois être dispensé de cette obligation par une décision spéciale de notre ministre de l'intérieur pourvu qu'il fasse chaque jour, au moins, une visite générale des aliénés confiés à ses soins et qu'en cas d'empêchement il puisse être suppléé par un médecin résident. »

Le *Règlement officiel du service intérieur des asiles* (20 mars 1857) est encore plus formel :

« Art. 67. — Le médecin en chef est tenu de résider dans l'établissement. Il ne peut s'absenter plus de vingt-quatre heures sans en donner avis au directeur, et plus de quarante-huit heures sans un congé du préfet. »

De plus, il astreint également le médecin-adjoint à la résidence :

Art. 71. — Le médecin-adjoint est tenu de résider dans l'établissement. Il ne peut s'absenter plus de vingt-quatre heures sans en donner avis au directeur et sans avoir obtenu l'agrément du méde-

(1) Voir le n° 5 du *Progrès médical*, p. 99.

(2) Voir les nos 11 et 12.—Rapport lu à la Commission en juillet 1881, imprimé en avril 1882.

© BIU Santé

cin en chef, et plus de quarante-huit heures sans un congé du préfet. »

Cette prescription a paru devoir être conservée dans son intégralité en ce qui concerne les asiles où il y a seulement un médecin-directeur et un médecin-adjoint.

En règle générale, il est bon que les médecins habitent l'asile, afin d'assurer aux malades, à toute heure, les soins dont ils ont besoin, et aussi, afin de permettre aux médecins de surveiller attentivement l'emploi des aliénés aux différents travaux. Ajoutons encore que la résidence des médecins dans les asiles leur assure une influence morale incontestable sur les malades et le personnel. Toutefois, dans les asiles où existent plusieurs médecins chefs de service, et des médecins adjoints, le 5e groupe a pensé qu'il n'était pas indispensable d'imposer la résidence à tous les médecins, et, voulant concilier à la fois l'intérêt des malades, l'intérêt et la liberté des médecins, à l'unanimité, il a adopté la proposition suivante : *Il doit y avoir pour chaque service médical un médecin résident, soit le médecin en chef, soit le médecin adjoint.*

Il est évident, par exemple, que les médecins des asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse doivent résider, si l'on veut assurer la régularité du service et leur rendre facile l'accomplissement de leurs fonctions, tandis qu'à l'asile Sainte-Anne, dans les quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière, la présence d'un médecin résident peut suffire à faire face aux besoins et à assurer l'exécution de la loi. Cela est d'autant plus aisé que ces établissements possèdent des internes nommés au concours et offrant par conséquent des garanties sérieuses.

Intérêts des médecins dans les établissements privés. — Le *Règlement du service intérieur*, en date du 20 mars 1857, s'exprime ainsi sur ce point :

« Art. 68. — Il (le médecin en chef) ne peut être intéressé dans la gestion ni attaché, soit comme médecin habituel, soit comme médecin consultant, au service médical d'un établissement privé destiné au traitement de l'aliénation mentale. »

L'Administration a toujours veillé à la stricte exécution de cet article du règlement et n'a fait d'exception que pour les médecins des quartiers d'hospice de Paris, et pour quelques médecins adjoints des départements auxquels elle a donné la liberté de faire de la clientèle et d'avoir des intérêts dans des établissements privés.

Cette question délicate a été l'occasion d'une longue discussion entre les membres du groupe. Plus il est fait de restrictions à la liberté des médecins, moins l'Administration a de chance de voir s'engager dans cette direction spéciale des hommes intelligents, actifs, qui se sentent capables d'obtenir mieux que la rémunération modeste qui leur est offerte.

En ce qui concerne la clientèle spéciale, jusqu'ici les médecins en chef ou les médecins adjoints ont été laissés libres, et cela sans grand inconvénient. Elle est d'ailleurs très circonscrite, même à Paris, où, suivant les évaluations de M. Lunier, elle ne dépasserait guère une cinquantaine de mille francs. Tout le monde a été d'accord à ne rien changer à cette situation.

En ce qui concerne la clientèle ordinaire, le groupe, à la majorité de trois voix contre deux, a été d'avis qu'il fallait en maintenir l'interdiction pour les médecins des asiles d'aliénés. Là encore, s'est présentée la question des asiles de la Seine où les médecins des quartiers d'hospice sont traités différemment des médecins des asiles. Ainsi, les premiers, qui font partie du corps médical des hôpitaux, sont libres, une fois leur service accompli, de faire de la clientèle ordinaire ou de la clientèle spéciale. Les médecins de l'asile Sainte-Anne, eux, n'ont pas cette faculté (1).

(1) Qu'il nous soit permis à ce propos de rappeler un vœu émis au Conseil général de la Seine (séance du 25 mars 1879), au nom de la 3e Commission et ainsi conçu : « Votre Commission n'a découvert, dans la liberté laissée aux médecins, aucun inconvénient sérieux et elle est d'avis de vous proposer d'émettre le vœu que la restriction imposée par l'arrêté ministériel sus-visé (20 oct. 1879), en ce qui concerne l'asile de Sainte-Anne et l'asile de Vaucluse soit levé. » Et les conclusions de la Commission ont été adoptées par le Conseil, après une discussion à laquelle ont pris part MM. Henricy, Lafont et le Préfet de la Seine. (*Note du rapporteur*).

Personne, que nous sachions, n'a essayé de démontrer que la liberté accordée aux médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière de faire de la clientèle ait été préjudiciable aux malades. Ce qui importe, c'est que la visite des malades soit faite régulièrement et avec soin, et que les médecins remplissent exactement les obligations que la loi et leur devoir leur imposent.

D'après M. Lunier, si l'on donnait aux médecins des asiles la liberté de faire de la clientèle, il faudrait diminuer leurs traitements et les assimiler aux médecins des hôpitaux, quant aux indemnités. A cela, on peut répondre que l'indemnité actuelle des médecins des hôpitaux a été fixée il y a longtemps, et que, dans un délai plus ou moins long, elle sera sans doute augmentée, et ce sera justice ; ensuite que le travail imposé aux médecins des asiles est beaucoup plus considérable et beaucoup plus pénible que celui des médecins des hôpitaux : visites des familles, tenue des registres exigés par la loi, certificats, etc., etc.

Sur le point relatif à la participation des médecins des asiles à la direction ou au service médical des maisons de santé, deux opinions se sont également produites. La minorité pense qu'il n'y aurait aucun inconvénient à permettre aux médecins des asiles, sauf à ceux qui ont la *direction d'un pensionnat*, et au médecin du *bureau d'admission*, d'utiliser leur activité et leurs talents comme ils l'entendent.

D'autres membres du groupe se sont déclarés partisans du maintien de la réglementation actuelle. En conséquence des divergences exprimées, M. Herold a posé les deux questions suivantes :

1° *Les médecins des asiles publics d'aliénés qui sont chargés du service du pensionnat ou du bureau d'admission ne peuvent être intéressés dans la gestion ni attachés soit comme médecins habituels soit comme consultants au service médical d'un établissement privé destiné au traitement de l'aliénation mentale.*

Cette rédaction a été adoptée par le groupe.

2° *Les médecins chefs de service des asiles publics, non chargés du service médical d'un pensionnat ou du bureau d'admission, peuvent être autorisés à avoir des intérêts dans une maison de santé.*

Deux membres ont voté *pour* (MM. Ball et Bourneville) deux *contre* (MM. Herold et Lunier), un s'est abstenu (M. Pilon).

(A suivre.)

Hôpitaux de Paris.

Distribution des prix aux internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris. Proclamation des noms des élèves nommés internes à la suite du concours ouvert en 1884, pour entrer en fonctions le 1er avril 1884. — La séance de distribution des prix aux Elèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1884, a eu lieu le jeudi 27 mars 1884, à une heure et demie de l'après-midi, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance ont été rendues publiques les nominations des Elèves internes admis à la suite du concours de 1884.

Avis essentiel. — MM. les Elèves actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1884-1885. En conséquence, MM. les Elèves internes en pharmacie devront retirer eux-mêmes leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Les cartes seront délivrées : à MM. les internes de 2e, 3e et 4e année, le vendredi 28 mars, à trois heures, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, à MM. les internes de 1re année, le samedi 29 mars, à onze heures, dans le même Amphithéâtre.

Corps de santé militaire.

Par décret en date du 20 mars 1884, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de 1re classe : (Choix). M. Massaloup, en remplacement de M. Lagarde, retraité, est nommé médecin chef de l'hôpital de Perpignan.

Au grade de médecin principal de 2e classe : (Choix) : M. Schaumont, en remplacement de M. Massaloup, promu ; est maintenu dans les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

© BIU Santé

Au grade de médecin-major de 1re classe : Ancienneté). M. Landois, en remplacement de M Ricque, décédé, est affecté au 41e d'infanterie ; — (Choix). M Doubre, en remplacement de M. Bertrand, décédé, est affecté au 8e d'artillerie ; — (Tour de la non-activité) : M. Tardy, en remplacement de M. Bidalot, mis en non-activité pour infirmités temporaires, est affecté provisoirement à l'hôpital de la Charité, à Lyon ; — (Ancienneté.) M. Lesur, en remplacement de M. Schaumont, promu, est maintenu provisoirement à l'hôpital du camp de Châlons.

Au grade de médecin-major de 2 classe: (Choix). M. Masson, en remplacement de M. Bailly, démissionnaire; est maintenu provisoirement au 132e d'infanterie. — 1er tour (ancienneté). M. Renaut, en remplacement de M. Salivas, démissionnaire; est maintenu à l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin. — 2e tour (Ancienneté) M. Gardin, en remplacement de M. Antoine, décédé, est maintenu provisoirement au bataillon du 33e d'infanterie, détaché à Douai. — (Choix). M. Dreyfus, en remplacement de M Guillaume, démissionnaire ; est maintenu au bataillon du 143e d'infanterie au Tonkin ; — 1er tour (ancienneté) M. Mathelin, en remplacement de M. Landois, promu; est affecté au 91e d'infanterie ; — (Choix). M. Poigné, en remplacement de M. Doubre, promu, est maintenu en batteries du 12e d'artillerie détachées au Tonkin; — 1er tour (Ancienneté). M. Salètes, en remplacement de M. Lesur, promu ; est affecté à l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

Par décret en date du 10 mars 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, au titre du 1er corps d'armée.

Au grade de médecin-major de 2 classe: MM. Baudry, Eustache et Gaulard.

Au grade de médecin-major de 1re classe: MM. Huart, Dransart, Delfosse, Wenis, Descamps, Looters, Manouvriez, Cathelotte, Riche, Derville, Baltus, Lienhart, Dubron, Dorvilu, Blankaert, Watelle, Fosse, Gorez, Gulot, Rivière, Gros, Descamps, Carret, Mouronval, Boucly, Carpentier, Cadeau, Cauchy, Staës, Loberr Dujardin, Joly, Debouzy, Guermonprez, Delaunoy, Vouters, Troisnel, Regimbart, Minard, Pascalin, Desplat, Andouest, Catteau, Desfossez, Maricourt, Martin, Pacton, Godefroy, Verriet de Litardière, Piton, Hervieu, Gauveau, Aigre, Wertheimer, Delgrange, Millot, Tourneaux, Velleau, Verrier, Moniez et Andrieu.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe : MM Lobert, Taine, Flouquet, Thibaut, Vaneste, Bardin, Lefebvre, Danjou, Bruneau et Désert.

Prix pour boissons non spiritueuses.

Concours institué sous le patronage d'un Comité dont les membres sont :

Le comte de Lichfield ; — Le docteur Norman-Kerr ; — M. E. Stafford-Howard, membre du Parlement ; — M. Samuel Morley, membre du Parlement ; — Le Révérend Prébendier Grier ; — M. F. Dixon Spain ; — L'honorable F.-L. Wood ; — La vicomtesse Ossington ; — Mme Meynell Ingram (avec pouvoir d'augmenter le nombre des membres).

Il y a déjà longtemps que l'on a besoin d'une bonne boisson non spiritueuse pouvant remplacer les liqueurs alcooliques à bon marché auxquelles le public est habitué ; celles qui ont été inventées jusqu'à ce jour n'ayant jamais pu obtenir la faveur du public que pour un temps seulement.

Il est maintenant offert deux prix — le premier de 700 livres sterling (17,500 fr.) ; et le second de 300 livres, soit 7,500 fr. — pour les deux meilleures boissons non spiritueuses. On peut se procurer une copie des conditions en envoyant au Secrétaire une enveloppe affranchie portant le nom et l'adresse de la personne désirant concourir.

Par ordre du Comité, W. Hodges, *Secrétaire.*

Bureaux-Victoria Chambers, 55 et 56, Chancery Lane, Londres. Ouverts tous les jours, de 11 heures à 3 heures. Le samedi, de 10 heures à 1 heure. — Mars 1884.

Un bel exemple de piraterie.

La *Gazzetta degli ospitali* du 16 mars 1884 contient un bulletin sur l'*actinomycose*, qui n'est que la reproduction des articles publiés dans le *Progrès médical* (16 février et 1er mars) sur le même sujet par notre collaborateur, M. le Dr P. Bricon. Le signataire, un M. P. Weiss, ne cite pas, bien entendu, le *Progrès médical*, mais, ce M. Weiss perfectionne des procédés de démarquage qui semblent devenir de plus en plus communs, en imprimant au bas de l'article les mots : « *propriété littéraire* » et en l'antidatant : « Praga, février 1884 ». Nous sommes convaincu que cette supercherie a été commise à l'insu du rédacteur en chef de la *Gazzetta degli ospitali*, dont nous ne suspectons pas la bonne foi.

Ce M. P. Weiss n'a pas la main heureuse : dans les quelques lignes qu'il a ajoutées au travail de notre collabarateur, il a trouvé moyen de commettre une erreur, en attribuant à M. Bizzozero ce qui appartient à M. Ponfick. Les 16 cas publiés et analysés par le premier ont été empruntés au second ; M. Bizzozero en avait du reste indiqué la source.

Remplacement des sœurs de Saint Jean par des laïques à Charing-Cross Hospital.

Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs que les difficultés depuis si longtemps pendantes à l'hôpital de Charing-Cross au sujet des infirmières sont enfin résolues. On sait que, jusqu'au mois de juin dernier, cet hôpital était desservi par une association de Dames connues sous le nom de « Dames de Saint-Jean ». La convention qu'elles avaient passée avec l'Administration se trouvant expirée, elles quittèrent l'hôpital à cette époque; mais diverses intrigues auxquelles la direction de l'hôpital n'était pas restée complètement étrangère avaient laissé jusqu'en ces derniers temps la question de leur remplacement non résolue. Les administrateurs viennent enfin de décider, conformément à l'avis unanime des médecins, que l'hôpital serait laissé entre les mains des infirmières laïques qui le desservent depuis le départ des Dames de Saint-Jean. La Presse médicale anglaise est unanime à louer cette décision que nous enregistrons nous-mêmes avec plaisir.

Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Voici le programme du concours institué par cette Société pour les années 1883-84.

1° Prix Sectin. — *Deux questions de chirurgie. — Première question* : Discuter la valeur de la résection intestinale avec réduction de l'intestin suturé et la valeur de l'établissement d'un anus anormal dans les cas nécessitant l'ouverture ou la résection de l'intestin, principalement dans la hernie étranglée. Prix : Une somme de 500 francs — *Deuxième question* : Exposer et discuter la valeur relative des différents modes de traitement curatif ou palliatif des rétrécissements de l'œsophage. Prix : Une somme de 500 francs.

2° Prix Dieudonné. — *Question de médecine. — Troisième question* : Rechercher, en s'appuyant sur des investigations nouvelles, la nature et la cause du rhumatisme articulaire et discuter, au point de vue des conclusions, la valeur plus ou moins grande ou la relation plus ou moins rationnelle des différentes méthodes de traitement qui ont été préconisées dans cette maladie. Prix : Une médaille d'or de la valeur de 200 francs.

3° Questions mises au concours par la Société. — *Médecine. — Quatrième question* : Déterminer quelles sont les relations qualitatives et quantitatives qui existent entre les différents éléments de l'urine et le fonctionnement physiologique ou les lésions pathologiques des différents organes ou des différents tissus de l'organisme. — *Sciences naturelles. — Cinquième question* : Déterminer, par des expériences micro-chimiques, la localisation des alcaloïdes dans les plantes officinales. Pour chacune de ces deux dernières questions, il sera décerné une médaille d'or de la valeur de 200 francs.

La Compagnie se réserve de décerner le titre de membre correspondant à ceux des concurrents qu'elle jugera dignes de cette distinction, ou d'accorder des médailles d'une valeur à fixer à ceux qui, sans avoir mérité le prix, auraient cependant présenté un travail digne de l'insertion dans l'un des journaux de la Société. Les mémoires, écrits lisiblement en français, devront être adressés, dans les formes académiques, au Secrétaire de la Société, M. le Dr Stiénon, rue de Hornes, 3, à Bruxelles, avant le 1er juillet 1884. Ils devront être accompagnés d'un billet cacheté contenant les noms, qualités et domicile de l'auteur et portant sur l'enveloppe la reproduction de la devise ou de l'épigraphe inscrite en tête du mémoire. Tout manuscrit envoyé à la Société devient sa propriété ; tout mémoire couronné sera imprimé soit en entier, soit en partie dans l'un des journaux publiés par la Compagnie, et l'auteur aura droit à 30 exemplaires tirés à part de son travail.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 31. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Henninger. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Hanriot, Pouchet. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Damaschino, Straus. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Guyon, Rendu, Pinard; — (N. R. 1re partie) (Charité) : MM. Verneuil, Tarnier, Reclus.

Mardi 1er. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Panas, Peter, Raymond ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Ball, Richelot ; — (N. R. 1re partie) (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Cornil, Humbert — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Hardy, Bouchard, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Hutinel.

Mercredi 2. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Tillaux, Reynier. — 2e *de Doctorat* — (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Verneuil, Charcot, Segond; — 2e *Série* : MM. Trelat, Hayem, Reclus. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Potain, Damaschino, Hallopeau.

Jeudi 3. — 1er *de Doctorat* : MM. G. Sée, Panas, Rémy; —

© BIU Santé

2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Laboulbène, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Richet, Le Fort, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Quinquaud.

Vendredi 4. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Béclard, Tillaux, Segond; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Hayem, Reclus. — 3e *de Doctorat* : MM, Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Fournier, Tarnier, Terrier; — 2e *Série* (Charité) : MM. Trélat, Rendu, Pinard.

Samedi 5. — 2e *de Doctorat* : MM. Richet, Peter, Raymond; — (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Ball, Remy. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Hanriot, Debove. — 5e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) (Charité) : MM. Brouardel, Jaccoud, Peyrot.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Mercredi 2. M. Renouard : Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. — M. Leleu : De la kératite interstitielle et de son traitement. — M. Crosnier de Varigny : Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales. — M. Hamel : Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. — *Jeudi* 3. M. Gilson : De la cirrhose alcoolique graisseuse. — M. Menou : De l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde. — *Vendredi* 4. Essai sur la dilatation du cœur droit consécutive à la pneumonie lobaire, franche, aiguë. — M. Birabeau : Etude sur l'extraction des sondes tombées dans la vessie. — M. Proust : De la pneumonie traumatique. — *Samedi* 5. M. Bennezon : Etude sur l'étiologie et la pathogénie des abcès de la région mammaire. — M. Noury : De la peptonurie.

Enseignement médical libre.

Cours d'obstétrique comparée suivant les races. — M. le Dr Verrier, préparateur à la Faculté, membre de la société d'anthropologie, reprendra son cours le vendredi 4 avril à 1 h. 1/2 à l'amphithéâtre n° 3. Il le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Ce semestre sera consacré à l'étude de l'avortement criminel chez les Romains et les différents peuples ; de l'avortement spontané et accidentel ; enfin de l'avortement scientifique et de l'accouchement prématuré artificiellement provoqué. M. Verrier fera aussi l'histoire des déformations et mutilations ethnoïques pratiquées sur l'enfant.

FORMULES

14. Traitement du catarrhe aigu de la vessie. Bœgerold.

Le traitement préconisé par M. le Dr Bœgerold consiste à prescrire au malade du chlorate de potasse sous la forme suivante :

Chlorate de potasse . .	10 grammes
Eau	200 —

M.S.A. — A prendre toutes les deux heures une cuillérée à bouche. — Dans les cas graves, on injecte directement dans la vessie une solution de chlorate de potasse à 3 0/0, quand le cathétérisme est supporté par le malade. Sous l'influence du chlorate de potasse, les urines prennent une réaction acide, et, par suite, la fermentation ammoniacale se trouve entravée. On obtient le même résultat, selon l'auteur, en faisant prendre au malade du salycilate de soude en poudre, à raison de 50 centigr. toutes les 2 heures; au bout de trois ou quatre jours, on peut limiter les prises à trois dans les 24 heures. On réussit ainsi à obtenir la guérison complète du catarrhe vésical (*Courrier médical*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 14 mars au jeudi 20 mars 1884, les naissances ont été au nombre de 1276, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 487; illégitimes, 165. Total, 652. — *Sexe féminin* : legitimes, 484 ; illégitimes, 150. Total, 634.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 14 février au jeudi 20 mars 1884, les décès ont été au nombre de 1139 savoir : 631 hommes et 508 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 16, F. 15. T. 31. — Variole : M. ., F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 23, F. 17, T. 40. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 6. F. 7. T. 13. — Diphthérie, Croup. M. 37, F. 29, T. 66. — Dyssenterie : M. ., F. ., T. .. — Erysipèle : M. 3, F. 3, T. 6. — Infections puerpérales : 8. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 35, F. 25, T. 60. — Phthisie pulmonaire : M. 123, F. 79. T. 202. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 4. T. 19. — Autres affections générales : M. 23, F. 27, T. 50. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 24, F. 26, T. 50. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 18, T. 43. — Pneumonie : M. 59, F. 29, T. 88. — Athrepsie : M. 36, F. 29. T. 65. — Autres maladies des divers appareils : M. 178, F. 177, T. 355. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 23, F. 8. T. 31. — Causes non classées M. 3, F. 3. T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 81 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35 ; illégitimes, 13. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 24. illégitimes, 9. Total : 33.

Faculté de médecine de paris. — Le doyen de la Faculté de médecine de Paris rappelle aux intéressés qu'il y aura lieu de décerner en 1884 le *prix Lacaze* : 1° *pour la période biennale* 1881-1882 (*Fièvre typhoïde*), reportée successivent à 1883 puis à 1884 ; — 2° *et pour la période biennale* 1883-1884 (*Phthisie*). La valeur du prix Lacaze est de 10,000 fr. pour chacune des périodes biennales.

Faculté de médecine de lille. — M. le Dr Chotin est nommé chef des travaux anatomiques.

Faculté de médecine de lyon. — Par décret en date du 12 mars 1884, M. Tissier, professeur de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur honoraire. — M. le Dr Rodet est nommé préparateur de médecine expérimentale et comparée (emploi nouveau).

Faculté de médecine de montpellier. — M. Dupré, professeur de clinique médicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le second semestre de l'année scolaire 1883-84, par M. Masse, agrégé.

Faculté de médecine de nancy. — M. Baraban, agrégé, est chargé, pendant le 2e semestre de l'année 1883-84, d'un cours d'histologie à ladite Faculté.

Ecole de médecine de caen. — M. Gedon est maintenu, jusqu'à la fin du prochain concours, dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

Ecole de médecine de marseille. — M. le Dr Jourdan, docteur ès sciences, est chargé du cours d'histologie, chaire nouvelle — M. Livon, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie à ladite école, en remplacement de M. Roberty, nommé professeur honoraire. — M. Laget, professeur d'hygiène et de médecine légale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de thérapeutique vacante par suite du décès de M. Seux. — M. Villard, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne vacante à ladite école, par suite du décès de M. Fabre.

Hôpitaux de lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Garel.

Hôpitaux d'orléans. — Un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, s'ouvrira le vendredi 4 avril 1885 dans cet hôpital. Seront seuls admis à concourir les étudiants en médecine qui justifieront d'une année au moins de service comme externe dans un hôpital. La durée des fonctions est de deux années. Les candidats sont invités à se faire inscrire au plus tard la veille de l'ouverture du concours.

Hôpitaux de rouen. — MM. le Dr Petel, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé chirurgien en chef à l'hospice général.

Faculté des sciences de paris. — A dater de samedi prochain, les heures du cours de géologie de M. le professeur Hébert sont modifiées. Les leçons auront lieu à 3 h. 1/2, le mercredi, le vendredi et le lundi.

Médecins des lycées. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz est nommé médecin du lycée Fénelon, à Paris (emploi nouveau).

Conseil supérieur de statistique. — Par arrêté ministériel en date du 12 mars 1884, MM. les Dr Bertillon et Chervin sont nommés membres de la Commission chargée d'étudier les mesures à prendre pour la création d'un conseil supérieur de statistique.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 16 mars 1884, a été promu, dans le corps de santé de la marine : *Au grade de médecin principal* : 2e tour (choix), M. Beaumanoir, médecin de 1re classe.

Nominations. — *Lo Sperimentale* de février 1884, annonce la nomination de l'un de ses collaborateurs, le Dr A. Paci, comme professeur extraordinaire de pathologie chirurgicale à la faculté de Pise. — M. Karl Toldt est nommé professeur d'anatomie à la faculté de médecine de Vienne ; — M. Ughi Odoardo est nommé professeur extraordinaire de clinique de l'université de Parme, et M. Vincenzo Cervello professeur extraordinaire de matière médicale à l'université de Palerme. — M. R. Werth, privat Docent de gynécologie et accouchements est nommé professeur extraordinaire à Kiel.

Hospice maritime belge. — L'hospice Roger de Grimberghe, que l'Administration des hospices de Bruxelles fait élever à Middelkerke, est sur le point d'être achevé. Cet hospice maritime est destiné aux enfants pauvres scrofuleux, anémiques et rachitiques. Les bâtiments

© BIU Santé

ont une longueur de 75 mètres à front sur la mer ; deux ailes en retraite, de 75 mètres de longueur également forment avec le bâtiment central une vaste cour carrée, dont le quatrième côté, ouvert vers la campagne, laisse librement circuler l'air. Les dunes s'élevant encore devant l'hospice seront nivelées de sorte que les enfants pourront descendre sans difficulté jusque sur la plage et rien n'arrêtera le courant d'air qui viendra constamment apporter aux pensionnaires les bienfaisantes effluves de la mer. Autour de l'établissement, les enfants pourront se rouler dans le sable chaud des dunes, qui ont à cet endroit une grande largeur. M. le Dr Casse, un des chefs de service de l'hôpital Saint-Pierre, a été nommé directeur de l'hospice. Il y aura place pour environ 80 enfants. L'hospice pourra sans doute être inauguré au commencement de cet été (*Journal d'accouchements de Liège*).

La rhinite des ouvriers soudeurs de boîtes de conserves. — M. le Dr Layet, dans la *Revue sanitaire de Bordeaux*, signale d'après le *Philadelphia medical Report* une nouvelle maladie observée chez les ouvriers soudeurs des « canneries » ou fabriques de conserves de fruits et de légumes. Il s'agit d'une rhinite pouvant donner lieu à une perforation de la cloison. Le sel muriatique, que l'on emploie pour la soudure des couvercles, donne lieu à un dégagement de buées acides très caustiques, au moment où l'on passe le fer rouge sur l'alliage à souder. Ces vapeurs chlorhydriques, soit seules, soit à l'état de combinaison, avec le plomb que contient l'alliage, montent au visage et pénètrent dans les narines des ouvriers. Pour se préserver, ceux-ci ont le soin de se tenir au vent des buées et de s'oindre les narines avec une substances oléagineuse. — Rappelons que cette rhinite perforante d'origine professionnelle a déjà été rencontrée chez les ouvriers chromateurs (Delpech); chez les ouvriers exposés à l'inhalation des poussières arsénicales (Rollet) ; plus aisément chez les ouvriers chaufourniers exposés à l'action de la chaux et enfin chez les ouvriers découpeurs de zinc exposés à l'action du chlorure de zinc contenu dans les buées qui s'élèvent des plaques sur lesquelles on a projeté du sel ammoniac (Layet).

L'immigration en France. — Sur les 37,672,048 habitants de la France, 1,101,090 sont étrangers, dont 432,265 viennent de Belgique ; 240,733 d'Italie ; 81,986 d'Allemagne; 73,781 d'Espagne ; 66,281 de Suisse ; 37,006 des Iles-Britanniques. Le nombre des étrangers naturalisés est peu élevé : 77,046. L'immigration supplée à notre faible natalité.

Universités suisses et allemandes — Les journaux de la Suisse allemande signalent, non sans irritation, un projet de loi soumis au Reichstag et d'après lequel les étudiants en médecine allemands ne pourront plus se prévaloir, en se présentant à l'examen, des semestres d'études passés à d'autres universités qu'à celles d'Allemagne. Les journaux suisses font remarquer que c'est là un coup droit porté aux universités de Zurich, de Berne et de Bâle et qui est d'autant plus regrettable que rien ne le justifie. Ils se demandent si la présence dans les universités suisses d'un certain nombre d'étudiants et d'étudiantes russes, plus ou moins affiliés au nihilisme, n'est pas un des motifs de la mesure et si le gouvernement allemand ne veut pas, par là, mettre la jeunesse allemande à l'abri de tout contact avec les apôtres de la doctrine anarchiste.

Nouveaux journaux.— Nous avons reçu le premier numéro de la *Gaceta de los Hospitales de la Republica de Guatemala*, paraissant à Guatemala tous les mois.—Nous avons reçu aussi les premiers nos du *Movimento farmaceutico*, paraissant chaque mois à Rome.

Nécrologie. — Le professeur John Hutton Balfour F. R. S., est mort le 11 février à l'âge de 76 ans. Botaniste éminent, philanthrope, travailleur infatigable, le professeur Balfour laisse des regrets unanimes en Ecosse. Né à Edimbourg, en 1808, il a passé la plus grande partie de sa vie dans cette capitale. La première instruction lui fut donnée par le Dr Carson à l'école supérieure ; il suivit plus tard les cours de l'Université d'Edimbourg, et pendant un an, resta à Saint-André, comme élève de Chalmers. De retour à Edimbourg, il suivit pendant un temps les cours de théologie, destiné par son père à l'Eglise, mais il ne tarda pas à abandonner cette vie, entraîné par ses aptitudes dans l'étude des sciences médicales. Reçu membre du collège des chirurgiens en 1831, docteur en 1832, il fut nommé en 1834 et resta six ans assistant de Sir G. Bellingham. En 1836, se fonda une société botanique dont il fut un des principaux fondateurs. En 1841, il obtint la chaire de botanique à Glasgow et, en 1845, à la mort de son vieux maître Graham, il revint comme professeur à Edimbourg. Il travailla trente-quatre ans et enseigna la botanique à près de 8,000 étudiants. En 1840, il avait 40 élèves et en 1878, 400. Comme directeur du jardin botanique d'Edimbourg il rendit également d'éminents services. En outre de son titre de professeur, il fut de plus honoré de celui de doyen de la faculté, et devint président de la société royale d'Edimbourg, et de la société médicale des missionnaires, directeur de l'imprimerie royale et de l'asile royal de Morningside. Les ouvrages du Dr Balfour consistent surtout en publications périodiques dans les *Annales d'histoire naturelle* ; il fut de plus éditeur du nouveau *Journal de philosophie d'Edimbourg*. Parmi ses publications intéressant particulièrement la médecine, il faut citer ses études sur l'*Assa-fœtida*, la *fève de Calabar*, le *Rheum nobile*. En outre de ses leçons faites à l'Université, il a beaucoup contribué à l'extension de l'étude de la botanique par la publication de Manuels à l'usage des écoles primaires et secondaires. Le professeur Balfour a laissé un grand nombre d'élèves, destinés à continuer son œuvre et disséminés à la surface du globe: le professeur Dickson, qui lui a succédé dans sa chaire ; Sir Wyville Thomson ; Dr T. Anderson de Calcutta ; Dr Carrenthen, du Bristish Muséum ; professeur Lairson, au Canada ; Sir. J. Kirk, Zanzibar ; Sir G. Birdwood et Sir J. Fayrer, aux Indes. (*Edimbourg, med. journ.*, mars 1884.). — Dr Ageno, professeur d'anatomie à l'université de Gênes. — Dr Nistri, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Pise. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Larcher, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, décédé à Paris le 22 mars à l'âge de 82 ans. — M. le Dr Hamel, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 2e corps d'armée, est mort il y a quelques jours. — M. Ribollet, pharma-

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

PHTHISIE
ANÉMIE
CONSOMPTION
POUDRE DE BIFTECK ADRIAN
GARANTIE PURE VIANDE DE BŒUF.
POUDRE DE VIANDE ADRIAN
POUDRE DE LENTILLES ADRIAN
GROS, 11, Rue de la Perle, PARIS

DYSPEPSIE
ATONIE
CHLOROSE
QUASSINE ADRIAN
La seule dont les effets réguliers aient été constatés
DRAGÉES à 25 milligr. de Quassine amorphe
GRANULES à 2 milligr. de Quassine cristallisée.
Prix du Flacon 3 Francs
GROS, 11, Rue de la Perle, PARIS

VALS
SOURCES RICHES en LITHINE
Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

DÉTAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

© BIU Santé

cien major de 2e classe à l'hôpital militaire de la Charité à Lyon, est décédé en cette ville le 23 février 1884. — M. le Dr Rix, collaborateur du *Journal d'accouchements* de Liège, vient de mourir prématurément à Arlon, à l'âge de 29 ans. — On annonce la mort de M. le Dr Bourgard, ancien professeur de l'université de Bruxelles et chirurgien de l'hospice Sainte Gertrude, décédé subitement en cette ville à l'âge de 69 ans. M. Bourgard s'était surtout préoccupé d'études sur le cancer. Il y a quelques temps, il avait fondé un journal intitulé *Le Caustique*.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. - Goudron Freyssinge. Liqueur concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

Dyspepsie. — *L'Elixir chlorhydro-pepsique Grez*, qui a donné de si remarquables succès dans les hôpitaux, expériences de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc., etc., constitue le traitement le plus efficace des dyspepsies, de l'anémie et des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Clientèle médicale à céder. — Pour cause de santé, rapportant en moyenne 19,000 fr. chef-lieu de canton situé sur une ligne de chemin de fer à 25 lieues de Paris, dans une des plus jolies vallées de Normandie, 15,000 fr. comptant, 4,000 fr. dans 5 ans. S'adresser au bureau du *Progrès médical*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boul. St-Germain.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales publié sous la direction de M. le Dr Dechambre. Vient de paraître la *seconde* partie du Tome IX de la 4e *série* : GLY-GOU. Ce volume renferme, entre autres, les principaux articles suivants : Glycohémie, par Arnozan; — Glycosurie, par Morache; — Goitre, par Krishaber; — Goitre exophtalmique, par Rendu; — Gommes scrofuleuses, par E. Besnier; — Gommes syphilitiques, par Rollet; — Goudron, par Hahn.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique nerveuse* : M. Charcot, lundis et vendredis, à 9 h. 1/2 — *Clinique mentale* : M. Legrand du Saulle, dimanche à 9 h. 1/2.

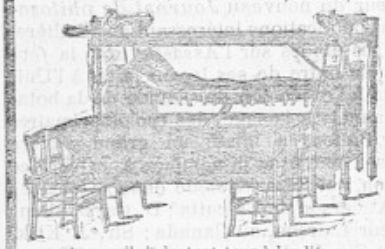
Hôpital Cochin. — *Erratum.* — « Une erreur typographique s'est glissée dans la dernière chronique des hôpitaux, c'est M. le Dr Bardet qui est chef du laboratoire de clinique thérapeutique à l'hôpital Cochin. »

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Fournier, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, le samedi, à 9 heures.

LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES POUR MALADES ET BLESSÉS

Appareil adopté par l'Académie de médecine de Paris en 1847. — 19 médailles aux Expositions franç. et angl. Académies et Sociétés savantes, Dipl. d'honn., Exp. int. de Paris 1875 ; Méd. de 1re classe, Exp. int. Bruxelles 1876 ; Méd. d'Argent Paris, 1878 ; Méd. d'Or Paris, 1879 ; *Hors concours* Paris, 1880.

DUPONT, Paris, rue Hautefeuille, 10 (près de l'École de médecine).



Appareil s'adaptant tous à les lits.



Voiture de promenade avec tablier et capote.



Fauteuils à grandes roues caoutchoutées, Mû par 2 manivelles.



Fauteuil à manivelles, dossier articulé.



Automoteur avec porte-pieds à 2 articulations.



Portoirs de différents systèmes.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

Trajet direct de Paris à Plombières en 8 heures

EAU EN BOISSON. — BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.

Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — Adresser les demandes directement à la *Cie de Plombières ou au Dépôt Principal*, **Maison ADAM, 31, Boulevard des Italiens, à Paris.**

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours tolérée*

En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA

Le même additionné de Fer, 0f 25 par cuillerée.

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA

Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE

Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0f 20 par cuillerée)

Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON

Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

Le Rédacteur-gérant : Bournéville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue Derennes, 71

PILULES SUISSES

(Pilules de Coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter, en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Henrod, Pharmacien, 28, rue de Grammont, Paris.

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

Efficaces contre *Affections pulmonaires, Bronchites, Emphysème, Asthme, Phthisie, Scrofule, Rachitisme.*

Dose : 3 à 6 grains avant chaque repas. — Administration facile. — Rapide dissolution dans l'estomac. — Pas d'action caustique ou irritante.

DÉPOT : 3, Rue de Choiseul, Paris et Pharmacies.

MALADIES NERVEUSES

SIROPS de PENNES et PELISSE

AUX

Bromure d'Ammonium (*Apoplexie*, etc.), le Fl. 6 »

Bromure de Sodium (*Hystérie*, etc.), le Fl. 5 »

Bromure de Potassium (*Epilepsie*, etc.), le Fl. 4 50

EXIGER TIMBRE DE L'ETAT — GROS : J.-P. Latran, PARIS

DÉTAIL : 40, r. des Écoles, PARIS et principales Pharmacies

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr., 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées

Sucre. . . . . 2 morceaux

Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées

délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :

Eau. . . . . 4 cuillerées

Paris, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 14. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 AVRIL 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

ASILE SAINTE-ANNE. — M. MAGNAN.

De la dipsomanie.

Leçons recueillies par M. le Dr Marcel BRIAND et revues par le professeur (1).

Diagnostic. — Avec quoi pourrait être confondue la dipsomanie ? — Elle ne pourrait guère l'être qu'avec l'alcoolisme ; or, on a vu, dans l'énumération des symptômes de la dipsomanie, les caractères distinctifs qui séparent le buveur de profession du dipsomane. Chez le premier, il n'y a pas d'impulsion proprement dite ; c'est une habitude vicieuse ; chez le second, c'est un besoin maladif, irrésistible, indépendant de la volonté.

Cependant, pour certains auteurs qui ne semblent pas avoir bien compris ce qu'il y a de spécial dans l'impulsion dipsomaniaque, l'alcoolisme pourrait aboutir à la dipsomanie. Bucknill et Hack Tuke, dans leur Traité de la folie, disent que l'alcoolique peut devenir dipsomane et que, dans beaucoup de cas, il est difficile de distinguer si cette impulsion est acquise ou héréditaire (*acquired or original*) (2). M. Ball (*Leçons sur les mal. ment.*, p. 662), s'inspirant, sans doute, des idées de Bucknill et de Tuke, admet deux variétés de dipsomanie, la forme *héréditaire* et la forme *acquise*.

Permettez-moi, de mettre sous vos yeux l'observation sur laquelle l'auteur fonde la dipsomanie acquise. Il s'agit d'un typographe, âgé de 51 ans, qui contracte à 36 ans des habitudes alcooliques. « Il commença, dit M. Ball, par boire du vermouth en dehors des repas. Bientôt, il prit l'habitude du vin et parvint rapidement à en boire un litre à son déjeuner. Il faisait en même temps abus de café.

« Quelques années plus tard, l'imprimerie dans laquelle il était employé ayant cessé de travailler, il partit pour l'Angleterre, où il resta pendant trois mois, sans sa femme ; et là, se sentant libre de toute contrainte, il se mit à boire du gin, du whiskey et d'autres spiritueux. Revenu plus tard à Paris, il fut garde national pendant le siège, et, comme beaucoup d'autres, il chercha à suppléer à l'insuffisance de la nourriture par l'abus de l'alcool. Le siège terminé, il conserva ses habitudes, et c'est à partir de ce moment que la dipsomanie a véritablement commencé.

» Pendant une période de deux à trois semaines, il se met à boire ; il rentre chez lui, le soir, dans un état d'excitation extrême et cherche à battre sa femme ; fort heureusement, la force physique lui manque. Il a cependant essayé une fois de la frapper avec un couteau. L'excitation calmée, il se met au lit sans manger, l'appétit étant complètement nul. Dans les derniers jours de la crise alcoolique, il tremble continuellement et finit par ne plus pouvoir travailler ni même sortir. Obligé de se renfermer chez lui, privé de boissons alcooliques, il reste au lit pendant quatre ou cinq jours et finit par se calmer. C'est alors qu'il fait ample provision de bonnes intentions.

» Pendant une période de deux à trois semaines, il reste absolument sobre ; il se désaltère avec une forte infusion de quassia amara, et ne boit pas une goutte de vin, ni de liqueurs ; mais bientôt un sentiment de faiblesse s'empare de lui, et, pour se remonter, il prend un petit verre. A partir de ce moment, il est complètement perdu, il retombe dans ses excès et parcourt toutes les phases d'une crise nouvelle.

» Les accès de dipsomanie ont été quelquefois séparés par des intervalles plus longs. Vers la fin de son séjour en Angleterre, il s'était fait admettre dans une Société de tempérance, et, pendant trois mois, il resta absolument sobre ; mais, dans ces derniers temps, les crises se sont rapprochées, et, depuis neuf mois, il est resté presque constamment en état d'ivresse. Depuis quelques mois seulement, il a perdu le sommeil ; il s'agite constamment dans son lit, parle tout haut, et paraît éprouver des hallucinations de la vue. Il voit défiler devant lui les sages de la Grèce et les grands hommes de l'antiquité romaine. Il n'a presque jamais vu d'animaux ; quelquefois ses hallucinations sont terrifiantes, il lutte violemment avec les fantômes qui l'entourent. »

Telle est l'observation ; pour nous tous, habitués à laisser les théories de côté et à ne tenir compte que de l'examen direct des faits, loin de trouver là un cas type de dipsomanie, nous ne voyons qu'un cas vulgaire d'alcoolisme, semblable à tous ceux que nous sommes appelés chaque jour à observer.

En effet, comme tout alcoolisé ordinaire, ce malade commence à boire en dehors du repas. Puis, il va à Londres, seul, sans sa femme, et là, privé du foyer domestique, il fréquente davantage le cabaret, les occasions deviennent plus favorables, et, naturellement, les excès augmentent. Plus tard, de retour à Paris, il est pendant le siège, garde national, et, comme nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion de le rappeler, des gens même sobres, étaient, pendant cette triste période, poussés à l'alcoolisme par l'insuffisance de la nourriture, par la soupe au vin, par l'habitude de l'eau-de-vie que beaucoup prenaient dans l'espoir de soutenir leurs forces. Plus tard encore, les abus se répétant, il devient malade, il est obligé de suspendre son travail, de s'aliter ; et alors, promettant de ne plus boire, il reste sobre pendant quelques jours, pour recommencer ensuite sans passer par cette phase si pénible, parfois si dramatique de lutte, d'angoisse qui marque le début de chaque nouvel accès du dipsomane. Du reste, le typographe de M. Ball, promettant d'être sobre, quand il est sous le coup d'accidents alcooliques, ne se conduit pas autrement que les nombreux alcoolisés *repentants* qui font au médecin ou aux parents de belles promesses de tempérance, acceptent la tisane amère, jusqu'au moment où l'occasion favorable leur met le petit verre à la main. Enfin, on doit le remarquer, dans les derniers temps, cet homme, en véritable ivrogne, s'enivre neuf mois de suite, presque sans discontinuer. Est-ce là l'irrésistible

(1) Voir les nos 4, 5, 6, 8, 10 et 12.
(2) J. Ch. Bucknill et D. Hack Tuke : *Manual of psychological medecine*. Londres, 1874, p. 294.

© BIU Santé

besoin de boire qui saisit l'individu par accès ? Est-ce là cet appétit maladif des boissons qui, en dehors de toute circonstance, s'empare du patient et le pousse impérieusement à boire tout ce qu'il peut trouver. Une fois l'accès passé, le dipsomane, nous l'avons vu, reste sobre, sans effort, sans qu'il ait besoin de se surveiller, et, quel que soit l'appât, il reste tempérant, parfois même il a du dégoût pour les boissons. Au moment de l'accès, le dipsomane puise dans son propre fonds l'excitation nécessaire aux excès; peu importe l'occasion, quelle que soit sa situation, en quelque lieu qu'il se trouve, il doit boire, et il boit. Pour l'alcoolisé vulgaire, au contraire, l'occasion entre pour la plus large part dans ses habitudes d'intempérance.

Dans le même ouvrage de Bucknill et Tuke se trouve longuement exposée l'opinion d'Hutcheson qui admet les trois formes de dipsomanie suivantes : aiguë, périodique, chronique. La simple lecture de cette description ne laisse aucun doute sur l'erreur d'Hutcheson qui confond la dipsomanie chronique avec l'alcoolisme, et dont la dipsomanie aiguë n'est autre qu'un appétit passager pour les boissons à la suite de diverses maladies, d'hémorrhagie, de fièvre, etc. La dipsomanie périodique seule offre tous les caractères du syndrome que nous décrivons.

Les perversités du goût des hystériques, la malacie, le pica des femmes enceintes et quelques autres manifestations de ce genre ont été confondus avec la dipsomanie. Ces divers états s'en rapprochent cependant beaucoup ; car ils s'observent comme la dipsomanie chez les héréditaires. Parfois aussi ces phénomènes sont pour ainsi dire les avant-coureurs des impulsions à boire ; et, il faut bien le reconnaître, si toutes les femmes enceintes qui ont eu, pendant la grossesse, des appétits bizarres, ne deviennent pas tôt ou tard dipsomanes, les dipsomanes qui ont eu des enfants ont bien souvent eu quelque perversion de goût pendant la gestation. Pour s'en convaincre, il faut les interroger avec soin, et, une fois leur attention attirée sur ce point, la plupart retrouvent dans leurs souvenirs une série de petits faits qui, réunis, forment les symptômes de la folie des héréditaires.

Louise B..., notre seconde malade, on s'en souvient, était enceinte lors de son premier accès; en voici une autre chez qui encore la première tendance s'est aussi manifestée pendant la grossesse et put faire croire à un début de folie puerpérale à forme dépressive.

Le père de Marie D... est dipsomane; ordinairement sobre, il se sent pris tout les trois mois d'une prédisposition à boire qui lui dure quatre ou cinq jours. Pendant ce laps de temps, il se voit forcé d'interrompre tout travail pour se livrer entièrement à sa passion. Ce sont là tous les renseignements fournis sur son compte. Marie a eu, seule, sur sept frères ou sœurs, de la tendance aux excès alcooliques. Le besoin de boire s'est montré pour la première fois, il y a quatre ans et demi, pendant une première grossesse. Cette femme était âgée de 28 ans. On remarqua alors que, par intervalles, elle devenait triste, se plaignait d'un sentiment d'impuissance, perdait le goût du travail et recherchait l'isolement. Son entourage se préoccupa assez de cet état pour parler de folie puerpérale, puis vinrent les impulsions avec le caractère impérieux que vous connaissez qui éclairèrent le diagnostic.

La malade va vous raconter elle-même que le premier symptôme par lequel se manifestait l'accès, était la perte du sommeil, puis la perte de l'appétit, enfin une soif ardente et un désir insurmontable de prendre du vin pur. Quand la famille eut entendu prononcer le mot de dipsomanie, elle attribua d'abord ces « accidents de grossesse » à une envie, et, croyant bien faire, ne mit aucun obstacle aux excès de la malade. Marie buvait ainsi sans en être empêchée et par périodes, trois ou quatre litres de vin pur dans une journée et cela pendant environ une semaine, puis elle revenait à sa sobriété ordinaire, ne prenant aux repas que de l'eau rougie. Incommodée d'abord par quelques cauchemars, ceux-ci ne tardaient pas à se dissiper sous le régime nouveau pour reparaître à l'accès suivant.

Après la grossesse, les mêmes accidents se reproduisirent tous les deux ou trois mois, cette fois l'entourage chercha vainement à s'opposer aux excès de la malade ; ils étaient toujours précédés d'une même période mélancolique plus ou moins longue, avec des idées de suicide; aujourd'hui comme alors, avant de boire, Marie prévoit les conséquences de ses excès qu'elle redoute, et, après avoir bu, se désole inutilement de ce qui vient de se passer. Sous ces deux influences, elle a tenté plusieurs fois de se jeter par la fenêtre et dernièrement elle a réussi à se précipiter du premier étage. Sa chute, toutefois, n'eut pas de trop graves conséquences.

Depuis peu, les accès s'accompagnent aussi d'impulsions homicides. Dans son délire, on lui entend dire des phrases comme celle-ci : « Mon pauvre enfant, comme je voudrais te tuer avec moi pour que tu ne souffres plus sur la terre ! » Interrogée sur ses sentiments à l'égard de son mari, elle répond : « Je ne me suis jamais sentie poussée à le tuer parce que je ne l'aime pas assez pour cela. » Après chaque accès, elle déplore comme tous les dipsomanes ce qui vient de se passer et promet de ne plus céder au désir de boire si ses impulsions lui viennent.

Dans la première période de la paralysie générale, les malades se livrent quelquefois à des excès inconsidérés de boissons qui étonnent la famille, mais leur façon de boire n'est nullement comparable à celle du dipsomane ; on n'observe pas chez eux la phase de tristesse et d'abattement qui précède l'accès de dipsomanie; le plus souvent, au contraire, très expansifs, ils invitent tout le monde et sont sollicités à boire par leurs idées généreuses ; du reste, les signes propres de la paralysie générale dissiperaient toute confusion si les deux états pouvaient être confondus.

Traitement. — Le traitement de la dipsomanie comporte deux indications : il faut d'abord, quand on se trouve en présence d'un état aigu, combattre les accidents toxiques et tenter ensuite de modifier le fond même de la maladie.

Le traitement des accidents ne doit être autre que le traitement ordinaire du délire alcoolique ; on peut ainsi le résumer :

1° Protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage ; 2° Favoriser l'élimination du poison ; 3° Soutenir les forces (1).

Pour modifier le fond maladif, on a conseillé le traitement moral ; celui-ci est utile, sans doute, mais insuffisant. Les distractions, les conseils affectueux, les raisonnements les mieux étayés n'ont qu'une bien faible action sur le dipsomane pendant sa période active.

L'hydrothérapie méthodiquement appliquée, et, en particulier, les douches froides, en éventail, sur tout le corps à l'exception de la tête, donnent de bons résultats.

L'action de l'arsenic sur la nutrition générale recom-

(1) Magnan, *loc. cit.*, p. 156.

© BIU Santé

mande son emploi, et, si son usage est longtemps continué, on laissera des périodes intercallaires plus ou moins longues de repos. Je le formule souvent de la manière suivante :

Eau distillée	200 grammes.
Arséniate de soude	10 centigr.
Eau distillée de laurier cerise. .	4 gram.

Quand il survient de l'excitation et que l'insomnie persiste, il faut recourir aux bains tièdes, aux bains mucilagineux, aux bains de tilleul et simultanément donner au repas du soir de 4 à 6 grammes de bromure de potassium ; l'on fera usage, de préférence, des polybromures si l'on doit continuer longtemps cette médication.

Parfois, le dipsomane est profondément déprimé et les bains sulfureux se trouvent indiqués, mais l'on tirera alors grand profit des bains d'air chaud térébenthinés, suivis d'une immersion dans l'eau froide ou d'une douche, en éventail, froide. C'est l'un des plus puissants modificateurs et il est rare que le malade ne soit très heureusement influencé par ce moyen thérapeutique, d'ailleurs très énergique.

Une bonne hygiène et une médication tonique et reconstituante sont les compléments nécessaires de ce traitement. L'isolement du malade est indispensable, puisqu'il le met à l'abri de nouveaux excès ; il finit à la longue par atténuer les prédispositions impulsives et s'il n'empêche pas dans tous les cas la reproduction de l'accès, il en éloigne, du moins, les manifestations. L'une des malades qui vous ont été présentées avait eu, vous vous le rappelez, un accès dans le service ; il s'est produit à la suite un délire toxique, malgré l'absence de boissons spiritueuses.

Il faut, par-dessus tout, ne pas oublier que les dipsomanes peuvent avoir aussi d'autres impulsions, des idées de suicide ou d'homicide et qu'en conséquence ils doivent être surveillés.

L'usage journalier de boissons amères leur sera conseillé pour calmer le besoin qu'éprouve leur estomac d'ingérer « quelque chose de fort. »

Combien de temps, après la cessation des accidents alcooliques, la séquestration sera-t-elle prolongée ? — Cette question ne saurait être résolue par une formule générale ; l'examen individuel de chaque aliéné peut seul donner les éléments d'une réponse ; et encore ne sait-on jamais combien de temps durera l'intervalle lucide.

Médecine légale. — Une foule de questions médico-légales peuvent être soulevées à propos de la dipsomanie. On a vu que les malades ont des tendances susceptibles de se traduire par des impulsions de diverse nature. Il faudrait donc pour être complet sur ce sujet faire l'histoire médico-légale complète de la folie des héréditaires.

La médecine légale peut cependant se résumer, pour le dipsomane, en une simple formule qui découle de l'examen clinique des malades et de leurs actes ; tous les dipsomanes peuvent être irresponsables des actes qu'ils commettent immédiatement avant, pendant et après leurs accès, à cause de l'état intellectuel qu'ils offrent avant la crise, à cause du caractère impulsif de leurs actions, à cause, enfin, du délire toxique dont il est souvent suivi.

Aux yeux même de ceux qui regardent l'ivresse comme une aggravation du crime commis, le dipsomane doit être considéré comme irresponsable, puisqu'il n'est pas maître de résister au désir de boire.

Quant aux actes délictueux ou criminels qu'ils peuvent commettre dans leurs intervalles lucides, on ne doit jamais oublier que les dipsomanes offrent une disposition maladive indéniable, qu'ils ont une organisation intellectuelle défectueuse, en un mot, que ce sont des dégénérés.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Épithélioma de la jambe, lésion du tibia. — Soudure du péroné et de l'astragale ;

Par M. JARDET, interne des hôpitaux.

Le malade, dont les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, a joui, depuis l'âge de 10 ans, d'une santé excellente. A cet âge, survint une affection aiguë du tibia gauche qui, d'après ce que raconte le malade, semble avoir été une ostéo-myélite.

Un an après les accidents aigus, on retira un séquestre de la jambe malade. Deux ans après le début de cette affection, le malade marchait très convenablement, bien que le pied fut assez fortement renversé en dehors. Pendant la marche, le malade conservait une légère claudication nullement douloureuse et qui ne l'empêchait pas d'aller à la chasse.

Il y a dix-huit mois, le malade aurait reçu sur le tibia un coup d'où serait résulté une plaie ; de cette plaie sortirent quelques fragments d'os extrêmement petits et qui ne présentaient rien de particulier. La plaie mit six mois à se refermer, et il y a neuf mois qu'elle s'est de nouveau ouverte. Quelques esquilles osseuses sont sorties depuis. Cette plaie, étant peu douloureuse, n'incommodait guère le malade, cependant elle saignait facilement.

Il y a deux mois environ, le malade a remarqué que la plaie donnait un pus sanieux et d'une odeur infecte ; autrefois, le liquide était séreux et sans odeur. L'état général est bon ; cependant, le malade trouve qu'il a un peu maigri, et depuis deux mois son appétit aurait diminué.

La jambe de ce malade, qui est d'ailleurs bien portant et n'a jamais eu de rhumatismes, présente, à la partie moyenne de la face antérieure et interne, une ulcération qui s'étend à la face antéro-interne du tibia sur une longueur de trois travers de doigts et une largeur de deux doigts et demi. Cette ulcération se prolonge en dedans de la jambe, d'une quantité à peu près égale.

Autour de l'ulcération, la peau a perdu son état normal, elle est lisse, bleuâtre, présente l'apparence cicatricielle jusqu'au-dessous des condyles du tibia, en haut et en avant, et jusqu'aux malléoles, à la partie inférieure. Les bords de l'ulcération sont irrégulièrement sinueux, ni saillants, ni déchiquetés, mais semblent se continuer avec l'ulcération.

Le fond de la plaie est également irrégulier, bourgeonnant en quelques points ; en d'autres, recouvert de petites masses blanchâtres molles, formées de petits grains. Au niveau de la crête du tibia, l'ulcération est plus profonde et noirâtre en quelques points. Le malade souffre peu dans la journée. Le contact de certains points seulement de l'ulcération éveille des douleurs assez vives. La nuit, surviennent fréquemment des douleurs qui empêchent le malade de dormir. Le reste du membre est, au-dessus de l'ulcération, légèrement variqueux. On trouve dans le triangle de Scarpa quelques ganglions gros comme des haricots, mais mobiles et indolents. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, on observe une déviation du pied en dehors ; une saillie arrondie de l'extrémité inférieure de la jambe qui forme, avec le pied, un angle obtus, ouvert en dehors.

Le malade est pansé au chloral, à 1/100, puis au sublimé, à 1/1900, sans modifications. On essaie successivement l'acide borique, le chlorate de potasse, le vin aromatique ; on administre un traitement antisyphilitique, sans amener le moindre changement.

Des parties de l'ulcération sont alors détachées, puis examinées au microscope, dans le laboratoire de M. le professeur CORNIL, et les préparations montrent que les parties enlevées ont la structure de l'épithélioma lobulé. Les globes épidermiques sont nombreux.

© BIU Santé

L'amputation de la cuisse est pratiquée immédiatement au-dessus des condyles, et, à l'examen du tibia, voici ce que l'on trouve : on remarque d'abord l'ulcération comme nous l'avons indiquée ; puis, les parties molles étant enlevées, le tibia est scié dans toute sa longueur.

L'os présente, au niveau de la plaie, un léger étranglement où le tissu compacte persiste, sauf en quelques points qui font communiquer l'intérieur de l'os avec la plaie. L'os est à ce niveau rempli d'une matière grisâtre, molle au toucher dans les points où elle se trouve en abondance, car, dans d'autres points, elle infiltre des sortes d'aréoles qui remplacent le canal médullaire. Cette matière grise et molle est formée de débris épithéliaux.

Au-dessus et au-dessous de cette lésion, l'os est dans toute sa hauteur formé de tissu spongieux, où l'on trouve trois grandes cavités, une au-dessous et deux au-dessus de la lésion. Ces cavités sont remplies d'une matière grasse, diffluente. L'os est rugueux et épaissi à la surface dans toute sa hauteur. L'extrémité articulaire supérieure est normale. L'extrémité inférieure est extrêmement volumineuse à la partie interne.

Les articulations péronéo-tibiale inférieure et tibio-tarsienne n'existent plus. Elles sont remplacées par une articulation formée : d'une part, par les os de la jambe et l'astragale soudés, et, d'autre part, par le calcanéum et le scaphoïde. Cette articulation forme un angle obtus en dehors. Les surfaces articulaires supérieures sont formées : en dedans par la malléole interne hypertrophiée, en avant et en dehors par une tête arrondie rappelant la surface articulaire de l'astragale avec le scaphoïde. En arrière de cette tête, se trouve une cavité de 3 ou 4 centimètres carrés, située au-dessous de l'apophyse styloïde externe. Cette cavité répond à la facette articulaire du calcanéum et de l'astragale, qui n'existe plus. Les surfaces articulaires inférieures sont formées : en avant, par le scaphoïde ; en arrière, par la surface articulaire postérieure du calcanéum.

Un cartilage d'encroûtement revêt les surfaces articulaires. Ce cartilage, tant sur les surfaces articulaires supérieures que sur les inférieures, n'est pas lisse et uni, mais d'épaisseur variable, et présente en certains points des saillies limitées par un liséré irrégulier ; en d'autres, des petites cavités tantôt arrondies, tantôt irrégulières, et ressemblant à des ulcérations. Enfin, il y a peu de points où le cartilage présente une surface lisse. Les surfaces articulaires sont unies par une sorte de gaine fibreuse entourant l'articulation. En dehors, cette gaine est entourée d'un tissu graisseux lardacé qui recouvre l'os dans toute sa hauteur. Ce tissu lardacé, adhérent au périoste, une fois enlevé, montre que la tête articulaire, vestige de l'astragale, est supportée par une portion rétrécie, sorte de col situé au-dessous et en dehors de l'extrémité inférieure du tibia, encore reconnaissable à une ligne rugueuse. Cette ligne, qui part de la malléole interne hypertrophiée, est concave en bas, et se termine en haut et en arrière au niveau de la soudure du tibia au péroné. Quand on examine l'articulation par la face postérieure, on trouve que les deux os de la jambe sont soudés ensemble et confondus dans une épaisse couche osseuse semblable à un tissu d'hyperostose. Cette masse osseuse se termine en bas et en avant par les vestiges de l'astragale, et en arrière par la surface articulaire concave que nous avons signalée. Le reste du tarse est normal. Le péroné est rugueux et très volumineux dans toute sa hauteur.

Réflexions. — En résumé, la pièce que nous venons de décrire présente plusieurs particularités. Elle présente deux lésions, une récente et une ancienne. La lésion récente est l'épithélioma lobulé, vraisemblablement propagé de la peau à l'os « locus minoris resistentiæ ». La lésion ancienne a, selon toute vraisemblance, produit les modifications que l'on observe sur le tibia, telles que l'état rugueux du tissu compacte, et la disparition du canal médullaire.

C'est également cette lésion ancienne qui a produit ces modifications si curieuses des articulations du tarse : disparition des articulations tibio-péronières inférieures et tibio-tarsiennes, remplacées par une soudure des os, de telle sorte, qu'actuellement, les mouvements du pied se passent dans une articulation astragalo-scaphoïdienne et astragalo-calcanéenne postérieure.

OPHTHALMOLOGIE

Ophthalmoscopes à réfraction munis de verres cylindriques.

Les deux modèles, que nous avons pu examiner et utiliser couramment, méritent une description et une notice plus complètes que ne le veut l'usage, parce qu'ils constituent la solution instrumentale d'une série de problèmes de réfraction oculaire, extrêmement importants au point de vue pratique. Tous deux se composent de trois disques qui portent des verres sphériques et cylindriques. Dans le premier modèle (1), qui date de 1880, nous trouvons (*fig.* 21) :

Un disque blanc, placé immédiatement en arrière du miroir, qui contient les verres sphériques concaves 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 8 — 12 — 15 — 20 dioptries, et le verre convexe 0,50 ; — 2° Un disque noir superposé au premier, avec des verres convexes 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 8 — 10 et le verre concave 0,50 ; — 3° Un troisième disque plus petit, à une certaine distance du second, contenant les verres cylindriques concaves, 0,50 — 1 — 1,50 — 2 — 2,50 — 3 — 3,50 — 4 — 5 — 6 D.

Le disque à verres cylindriques peut occuper les deux

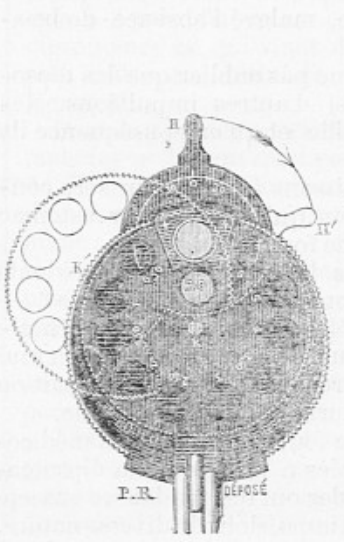


Fig. 21.

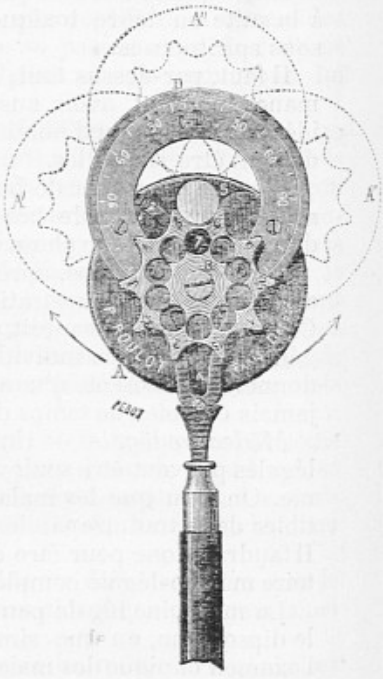


Fig. 22.

positions extrêmes K.H, K'H' et toutes celles intermédiaires ; il suffit de faire mouvoir l'aiguille H autour de la roue graduée, sur laquelle sont inscrits les 360 degrés de la circonférence, suivant le sens indiqué par la flèche. Ce mouvement est naturellement indépendant de la rotation du disque chargée d'amener l'un quelconque des verres devant l'œilleton. Or, quel que soit le cylindre en station devant ce dernier, dans la position KH, son axe est horizontal ; il en est de même de tous les autres cylindres que

(1) Construit par la maison Roulot, 58, quai des Orfèvres, à Paris.

© BIU Santé

l'on fait passer. Dans la position K'H', au contraire, les cylindres passent à axe vertical.

Le second modèle, récent (1), comprend encore trois roues (*fig.* 22), mais elles sont complètement recouvertes ; la roue des verres concaves est en avant du côté du miroir ; celle des verres convexes est en arrière, et celle des cylindres est placée entre les deux premières, en retrait sur elles d'un millimètre ; elle est mise en rotation au moyen de la petite roue extérieure B, qui offre une série de creux où se loge l'index qui la met en mouvement. Les chiffres marqués sur elle correspondent aux verres cylindriques. Cette disposition offre deux avantages : les verres des trois disques sont toujours propres, et, le disque des verres cylindriques étant placé entre les deux autres, et un peu en retrait sur eux, il en résulte que, fût-on un débutant, on n'arrive jamais à faire tourner les deux disques à la fois, ce qui est si souvent une cause d'ennui et de confusion dans le maniement de tous les ophthalmoscopes à deux disques superposés. — Les trois disques sont fixés sur l'anneau interne C, mobile et tournant autour de l'anneau externe D qui est fixe, puisqu'il se rattache au manche de l'instrument. Pour donner aux cylindres l'inclinaison désirable, il suffit de prendre les disques entre le pouce et l'index, de faire tourner l'anneau C dans l'anneau D, et les trois roues qui étaient en A, occuperont successivement les positions A' A'' A'''. On parcourt ainsi les 360° de la circonférence, indifféremment de gauche à droite ou de droite à gauche. Quant au miroir, quel que soit le degré de rotation imprimé, il reste fixe ; on n'a donc pas à s'en occuper. — Enfin, l'ophthalmoscope s'appliquant contre la partie supérieure de l'orbite et le nez de l'observateur, par le bord de l'anneau D qui offre une surface unie, on n'est plus exposé aux frottements désagréables des roues à dents contre le nez.

Les miroirs qui s'adaptent *ad libitum* à ces instruments sont des miroirs concaves à courts foyers à inclinaison fixe de 35°, montés sur des troncs de cône, formant chambre noire pour l'œil de l'observateur, ou des miroirs ordinaires plus ou moins concaves.

Voici maintenant l'ensemble de connaissances auxquelles M. Parent, chef de clinique de M. Galezowski, a apportées dans ces dernières années, un nouvel appoint qui justifie la création de ces nouveaux types. On sait que la détermination de la réfraction oculaire à l'aide de l'ophthalmoscope évite, quand elle est faite exactement, toute la série des tâtonnements qui ressortit au choix des lunettes. Helmholtz (1851), Ed. de Jœger (1856), Mauthner (1868) ont montré qu'on peut toujours, en plaçant des verres sphériques derrière un réflecteur, voir en image droite, c'est-à-dire sans interposer de lentille entre le miroir et l'œil du patient, le fond de l'œil de tous les amétropes. Or, en supposant l'accommodation du malade et celle de l'oculiste annulées (résultat facile à obtenir), le verre qui permet ainsi de voir en image droite est celui qui corrige l'anomalie de réfraction du sujet examiné ; c'est donc celui qui convient comme lunette à l'amétrope. Mais encore faut-il que l'instrument ne porte en lui-même aucune cause d'erreur. M. Parent a démontré (2) que, pour qu'il en soit ainsi, il est indispensable que les verres correcteurs soient tenus bien parallèlement au plan irien ; sinon on déformerait l'image rétinienne, et cela ne manque pas de se produire, lorsqu'on s'occupe, par les déplacements d'un miroir ordinaire, d'éclairer et de bien saisir dans ses détails le dessin du fond de l'œil, de se débarrasser des reflets, etc... : pareil inconvénient n'est pas à redouter avec un miroir incliné en station fixe, mais capable de se mouvoir dans une rainure dans le plan de l'ophthalmoscope ; c'est le cas des instruments décrits. De plus, il importe, si l'on veut que l'examen à l'image droite soit facile, que l'on projette sur la rétine un large cercle de diffusion qui permette d'embrasser toute la papille et une partie limitrophe assez considérable ; de là l'usage de miroirs concaves de 8 à 15 centim. de foyer (1) que l'on emploie selon que l'œil observé est plus ou moins long. Ceux de 8 centim. sont surtout avantageux pour examiner les hypermétropes, les emmétropes, et les myopes faibles, parce que l'entrecroisement des rayons se fait, avec un aussi court foyer, dans le cristallin, ou tout au moins dans la partie antérieure du corps vitré. Mais des myopies fortes exigent un miroir à foyer plus long ; sinon, l'axe antéro-postérieur étant plus grand, l'éclairage est insuffisant. Quant aux miroirs plans, ils sont très utiles pour l'examen des milieux de l'œil. — Tels sont les principes confirmés par l'expérience sur lesquels M. Parent s'est appuyé pour faire construire son ophthalmoscope. Son instrument permet aisément de voir l'image droite de la face profonde de l'œil, d'embrasser une large surface papillaire, rétinienne, vasculo-rétinienne, d'apprécier nettement les détails de l'image par un éclairage excellent et exempt de reflets. Ce résultat étant obtenu, il appert incontestablement que toute modification dans l'exactitude de la perception tiendra, en l'absence de troubles des milieux de l'œil, à un défaut dans la réfraction de l'appareil dioptrique. Ce défaut disparaît-il par l'interposition d'un verre convexe ou concave entre l'observateur et le miroir, la conclusion n'est pas douteuse ; l'œil du patient présente une amétropie hypermétropique ou myopique d'un degré correspondant au numéro du verre correcteur. Il y a plus, l'inclinaison constante du miroir évitant celle des verres, il ne saurait y avoir déformation des images par cette cause ; par conséquent toute déformation constatée ne peut provenir que de l'inégalité de courbure de la cornée selon tel ou tel méridien, de l'astigmatisme réel de l'œil observé en un mot.

« L'œil astigmate agissant comme une loupe d'un foyer plus court dans un méridien que dans l'autre, donnera le plus fort grossissement dans le méridien le plus réfringent, et cette différence s'accusera davantage quand l'observateur s'éloignera de quelques centimètres. »

Ainsi, quand on s'éloigne d'un œil dont le méridien vertical est myope, le méridien horizontal étant resté normal, on voit une papille, elliptique à grand axe vertical ; le même acte effectué devant un globe oculaire dont les deux méridiens principaux sont l'un et l'autre myopes, amplifie la papille dans les deux sens, mais en déformant l'image, parce qu'on ne rencontre jamais un égal degré de myopie dans les deux sens. La papille devient elliptique à grand axe horizontal, lorsque le méridien horizontal est hypermétrope, le méridien vertical appartenant à la normale ; elle prend également la forme elliptique quand les deux méridiens sont hypermétropes. Et cette forme elliptique s'accusera très rapidement toutes les fois que, l'un des méridiens étant myope, l'autre sera hypermétrope, puisque, à peine s'éloigne-t-on, le grossissement augmente dans le méridien myope, tandis que celui du méridien hypermétrope diminue. Il est donc possible rapidement de savoir que l'œil éclairé est astigmate, et de déterminer quel est le méridien le moins réfringent. C'est à la recherche de celui-ci, qu'on doit aller ; s'il est hypermétrope, on le détermine avec le verre convexe le plus fort ; s'il est myope, avec le verre concave le plus faible. Ceci fait, on corrige le méri-

(1) Également construit par la maison Roulot, de Paris.
(2) *Recueil d'opthalmologie*, 1879, 1880, 1881.

(1) *Annales d'oculistique*, t. XC, p. 132.

© BIU Santé

dien le plus réfringent, qui d'ordinaire est vertical ou presque vertical, à l'aide des cylindres concaves dont on a soin de placer l'axe parallèlement au méridien le moins réfringent, c'est-à-dire dans l'espèce, horizontalement (situation normale de l'ophthalmoscope). La correction est effectuée lorsqu'on voit avec la même netteté les vaisseaux horizontaux et verticaux. Nous citons l'exemple même choisi par M. Parent (1).

« Soit un astigmatisme hypermétropique composé. Dans le méridien vertical H = 1 Dioptrie ; dans le méridien horizontal, H = 3 Dioptries ; On fait passer successivement les verres convexes et l'on s'arrête au verre le plus fort qui corrige l'amétropie dans le méridien le moins réfringent qui est le méridien horizontal. A ce moment les vaisseaux verticaux paraissent nets, les vaisseaux horizontaux troubles, les bords interne et externe de la papille sont bien délimités, les bords supérieur et inférieur diffus, et la papille est elliptique à grand axe vertical. Ceci constaté, on fait passer les cylindres concaves à axe horizontal ; le cylindre 2 corrigera exactement l'amétropie du méridien vertical, et alors les vaisseaux horizontaux seront aussi nets que les vaisseaux verticaux ; le contour de la papille aura la même netteté partout, et sa forme ovalaire aura en grande partie disparu ; mais ce dernier caractère est secondaire ; *ce sont surtout les vaisseaux qui doivent servir de point de repère.* »

L'instrument de M. Parent permet en somme de diagnostiquer la nature et le degré de toute amétropie, si complexe qu'elle soit, par le procédé de l'image droite. La démonstration émane de l'emploi habituel de cet ophthalmoscope. Il va sans dire qu'il peut également servir à l'examen à l'image renversée et que la trousse qu'il renferme contient tout ce qu'il faut pour cet examen.

CLINIQUE MÉDICALE

Kyste hydatique du poumon ;

Par MM. CORNIL et Paul GIBIER, interne des hôpitaux (2).

La nommée Aurélie B..., 19 ans, célibataire, cartonnière, entrée le 5 octobre 1883 à la Pitié. (Service du professeur CORNIL.)

Aucun antécédent notable chez ses proches. Quant à elle, elle n'a jamais eu de maladies sérieuses. Essoufflements à la suite de la marche depuis trois ou quatre mois. Jamais d'hémoptysies. Pas de toux ni de point de côté ; pas de fièvre. La malade se plaint seulement de tousser depuis huit jours et d'être gênée par des battements dans le côté droit de la poitrine, devenus intenses depuis quelque temps, mais dont elle s'est aperçue il y a deux mois.

Etat au 5 octobre. Embonpoint moyen, coloration normale des téguments. Règles habituellement irrégulières et aménorrhée depuis trois mois. Pas de grossesse. Appétit assez bon. Sommeil normal, mais impossible dans le décubitus latéral droit depuis plusieurs semaines. Difficulté de la respiration augmentant par l'exercice. Pas de dyspnée proprement dite. Pas de fièvre.

Examen de la poitrine. Aucune déformation appréciable. Matité absolue dans toute l'étendue du poumon gauche, en arrière. Au niveau de la rate, on sent une sorte de frémissement à la percussion. En avant, à partir de deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, matité absolue. Immédiatement au-dessous de cet os, *bruit tympanique de Skoda*. Vibrations nulles à gauche, faibles à droite.

L'auscultation du poumon gauche ne fait entendre aucun bruit normal ou pathologique ; le murmure vésiculaire est aboli, la voix et la toux ne retentissent que faiblement, sans timbre nasonné. L'auscultation du cœur montre qu'il est déplacé en masse à droite ; la pointe bat dans le troisième espace intercostal droit, à 6 centim. de la ligne médiane. Bruits normaux, d'ailleurs. Respiration supplémentaire à droite. Décubitus habituel sur le côté malade. En raison de l'absence de fièvre au début, de douleur au côté, de souffle et de raisonnance de la voix, on songe à un kyste hydatique du poumon ; mais l'étendue de la matité, le déplacement considérable du cœur et le tympanisme sous-claviculaire font penser à un épanchement pleurétique à début insidieux. Diagnostic : épanchement thoracique.

6 *octobre. 10 heures du matin.* Ponction dans le septième espace intercostal (ligne axillaire) avec un trocart de 2 millimètres. Aspiration. Le liquide qu'on retire est limpide, presque incolore. On avait déjà retiré un litre de ce liquide, lorsque la malade fut prise de suffocation et de toux accompagnée d'expectoration salée. Sous l'influence des efforts de toux, une épistaxis se produit. Menace d'asphyxie immédiate, agitation très grande ; on est obligé de cesser l'aspiration. Le liquide extrait est analysé sommairement ; il ne renferme aucune trace d'albumine, mais une grande quantité de chlorure de sodium. L'asphyxie continue ; les lèvres et les oreilles sont cyanosées ; la malade est prise d'un impérieux besoin de dormir. On prescrit des ventouses, une potion cordiale, etc.

4 heures du soir. La cyanose et la dyspnée continuent. Lorsque la malade fait un mouvement, on entend un clapotement liquidien dans la poitrine. Elle a conscience de ce bruit. Température normale.

A 6 *heures et demie*, la malade se lève, appelle à son secours, se plaint de se trouver mal. On la recouche. L'asphyxie à laquelle elle est en proie augmente, et, à 7 heures, elle meurt en vomissant un flot de liquide spumeux et rougeâtre.

AUTOPSIE. — Ouverture du thorax. Le cœur est fortement déplacé à droite, de telle sorte que le bord gauche est juste sur la ligne médiane. Le bord droit est caché sous le poumon droit. La pointe se trouve au niveau de la cinquième côte, sur la ligne médiane.

A gauche du cœur, on trouve une masse lisse, arrondie, fluctuante et assez ferme, malgré son état de déplétion relative, qui s'oppose à tout déplacement du cœur à gauche. La plèvre pariétale est décollée à gauche et le poumon correspondant est enlevé en même temps que celui du côté opposé, ainsi que le cœur. Quelques adhérences assez fermes relient la face externe du poumon gauche et la paroi du thorax.

L'*examen* de la tumeur fait voir qu'il s'agit d'une poche à contenu liquide, située dans l'épaisseur du poumon gauche. En pressant sur la masse, on provoque la sortie, par la trachée, d'un liquide roux et spumeux. Après avoir incisé les parois de ce kyste, on recueille environ un litre de liquide, au milieu duquel nage une membrane d'hydatide et une notable quantité de vésicules filles de différent volume. La malade ayant craché environ un litre de liquide et la ponction en ayant retiré un litre, on peut évaluer à trois litres au moins la capacité du kyste. On remplit d'eau la cavité kystique, après avoir débarrassé la tunique adventive des débris de membrane. En insufflant de l'air par la trachée, on voit bouillonner l'eau dans trois ou quatre points divers ; il y a donc communication entre les bronches et la caverne hydatique ; c'est ce que démontre l'introduction d'une sonde dans les bronches s'ouvrant à plein canal au sein de la cavité. L'une d'elles, notamment, offre le volume d'une petite plume d'oie. Le poumon gauche est réduit à l'état de coque fibroïde entourant l'hydatide de tous côtés. A peine reste-t-il, au sommet, gros comme un œuf de poumon non sclérosé. Les autres viscères examinés sont trouvés normaux.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante au point de vue clinique par les symptômes signalés plus haut, sur lesquels nous ne reviendrons pas, et au point de vue anatomique, par le volume exceptionnel du kyste et sa communication avec les bronches, dont il semblait être une dilatation. Elle est également intéressante au point de vue thérapeutique, car une question se pose, et c'est celle-ci :

(1) *Annales d'oculistique*, t. XC, p. 131.
(2) Travail communiqué à la Société anatomique.

© BIU Santé

Ne vaudrait-il pas mieux, quand on soupçonne l'existence d'un kyste hydatique du poumon, faire une ponction simple qu'une ponction accompagnée d'aspiration? La communication de la poche adventive avec une ou plusieurs bronches existant fréquemment, l'aspiration a pour effet d'appeler brusquement l'air sur un point limité de la tunique molle de l'hydatide, qui se laisse déprimer et déchirer au niveau de la bronche, où le liquide fait irruption. C'est ce qui a paru se produire dans l'espèce, et l'asphyxie en a été le résultat. Sans être absolue, cette donnée mérite sans doute d'être prise en considération. Pour éviter le passage du liquide dans la partie de l'arbre aérien restée libre, il va sans dire qu'il ne faut pas négliger de donner au malade, pendant l'opération, une situation qui favorise le moins possible cette éventualité redoutable, surtout quand le liquide est en quantité suffisante pour faire craindre la suffocation. La composition saline du contenu des kystes de cette nature paraît posséder une action irritante qui semble, au surplus, hâter les accidents.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Compte rendu des maladies régnantes à Lyon pendant l'année 1883.

Nos lecteurs ont bien certainement remarqué le zèle et le soin que M. Ernest Besnier apportait autrefois à la rédaction des rapports sur les maladies régnantes. Il est regrettable que cet épidémiologiste distingué n'ait pas laissé de successeur. Celui qui avait accepté devant la Société médicale des Hôpitaux de Paris la succession de M. Besnier n'a pas tardé, en effet, à laisser tomber dans l'oubli les sages et utiles traditions inaugurées par son prédécesseur. Cependant, quelques grandes villes de province semblent vouloir suivre la voie si brillamment tracée par M. Besnier.

A Lyon, M. J. Teissier étudie avec succès les lois générales de la mortalité et de la morbidité, associant dans ce but la science du clinicien et la patience du démographe. L'année 1883 a été remarquable à Lyon par la diminution de la mortalité générale; cette amélioration de l'état sanitaire porte en grande partie sur les affections épidémiques et saisonnières. Tandis que ces maladies avaient causé, pendant le premier semestre de 1882, 1,720 décès, on voit ce chiffre s'abaisser à 1,085 pendant le premier semestre de 1883, soit une différence de 635 en faveur de cette dernière année.

La rougeole qui, l'année précédente, avait frappé assez sévèrement les enfants et la population civile, les a épargnés cette année, pour se jeter sur les militaires. En même temps, ceux-ci présentaient de nombreux cas de rhumatisme articulaire aigu et d'oreillons. Pendant le premier semestre de 1883, il y a eu entre les variations de la fièvre ourlienne, que M. Teissier appelle euphoniquement *fièvre oreillarde* et de la rougeole, une concordance parfaite. Le tableau suivant en donne une idée :

Entrées à l'hôpital militaire de la Charité:

	Rougeole.	Oreillons.
Février	1	0
Mars	5	1
Avril	39	23
Mai	34	24
Juin	7	12

Il faut remarquer, d'autre part, que ce tableau ne comprend pas la *morbidité totale* en ce qui concerne les oreillons; beaucoup de soldats, en effet, n'entrent pas à l'hôpital pour les oreillons et sont soignés à l'infirmerie. Cette coïncidence est curieuse et mériterait d'être étudiée actuellement à Paris où nous voyons la rougeole sévir avec fureur. Pour nous, d'après plusieurs faits que nous avons observés sur un théâtre assez vaste, nous avons été frappé de la fréquence des oreillons dans ces derniers mois.

La scarlatine a été aussi rare à Lyon qu'à Paris; cette période d'accalmie a coïncidé avec le minimum des sévices de la diphthérie et avec le maximum des manifestations ourliennes. Il serait téméraire d'en tirer une conclusion quelconque. Nous voyons, en effet, à Paris, à l'heure actuelle, la *diphthérie* frapper avec une rigueur inouïe, tandis que la scarlatine continue à être rare et surtout bénigne. Quant au rapprochement que M. Teissier cherche à établir entre les oreillons et la scarlatine, il n'est pas encore suffisamment légitimé.

Pendant le premier semestre, la variole a été bénigne.

Les affections aiguës des voies respiratoires ont été très fréquentes; mais il faut noter que 65 pneumonies franches traitées à l'hôpital militaire n'ont pas causé *un seul décès*, tandis que 142 cas des hôpitaux civils ont donné 57 morts. Il ne faudrait peut-être pas trop se hâter de conclure.

La diphthérie a causé 90 décès; le maximum mensuel (20 en mai) correspond d'une part au minimum des sévices de la fièvre typhoïde, de l'autre à une mortalité très élevée par affections aiguës des voies respiratoires. La fièvre typhoïde a été rare et peu meurtrière; plusieurs cas de contagion sont rapportés par M. Teissier. Les variations épidémiques paraissent avoir été influencées par celles de la nappe d'eau souterraine, les différentes crues du Rhône amenant avec elles une recrudescence de la fièvre typhoïde. M. Potain avait déjà signalé que chaque exacerbation est consécutive aux maxima de pluie tombée. M. Teissier conclut que la fièvre typhoïde, pour se développer, exige deux conditions :

1° L'absorption d'un *germe* morbide qui prend naissance le plus souvent dans les lieux putrides (latrines, égoûts, fosses d'aisances, cloaques, etc.), germe qui souvent aussi a l'eau potable pour véhicule, et dont les propriétés nocives varient parallèlement aux crues du Rhône qui, on le sait, règlent les oscillations de la nappe d'eau souterraine; — 2° Un *organisme* bien préparé pour le recevoir (débilitation antérieure, chagrins, fatigues, excès, surmenage) et mis en état d'opportunité morbide par le fait d'un accident inattendu, un refroidissement prolongé, par exemple.

Pendant le second semestre de 1883, la diphthérie a causé 38 décès; la mention *logement insalubre* se retrouve souvent dans l'étiologie. M. Klebs a noté qu'à Zurich, le mercredi et le samedi, la diphthérie frappait un nombre d'enfants beaucoup plus élevé que les autres jours; or, le mardi et le vendredi sont jours de balayage général de la ville. Le professeur Klebs est d'autant plus porté à établir un rapport entre ces deux faits qu'il a pu parfois constater le développement des cas de diphthérie sur le trajet des voitures qui transportent les ordures ménagères. Sans accorder à ces renseignements trop vagues plus de valeur qu'ils n'en méritent, nous ferons remarquer que l'administration parisienne, la préfecture

© BIU Santé

de police surtout, néglige les mesures de salubrité les plus élémentaires. Que dire, en effet, de ces poussières jetées tous les matins sur la tête des passants de tous les étages des maisons, dans tous les quartiers de la ville ? Ces tapis incessamment secoués en présence des agents de police, qui restent indifférents, proviennent souvent de chambres de malades, peuvent contenir des germes de diphthérie, de scarlatine, de rougeole, etc., qui, poussés par le vent, vont ainsi répandre au loin la contagion.

Le deuxième semestre a présenté une épidémie de variole assez sérieuse. Plusieurs cas ont été relevés chez des enfants à peine âgés de quelques semaines, ce qui prouve encore une fois qu'on ne saurait trop se hâter de vacciner les nouveau-nés, en temps d'épidémie. Un grand nombre d'individus, autrefois vaccinés, n'en ont pas moins été atteints par la variole: sur 203 varioleux soumis à l'enquête de M. Teissier, 50 avaient été vaccinés; 23 de ces derniers sont morts; 2 qui avaient été revaccinés ont guéri. Ces chiffres prouvent avec éloquence l'extinction de l'immunité vaccinale et l'utilité des revaccinations. De nombreux tableaux synoptiques accompagnent l'excellent travail de M. Teissier. On voit, par le résumé que nous venons de donner, que ce travail est très complet et que les principaux problèmes qui intéressent l'hygiène publique y sont discutés avec soin. Il est à souhaiter que des études semblables soient entreprises, non seulement dans les grandes villes comme Paris, Lyon, Marseille, mais aussi dans les villes de moindre importance où l'on peut souvent suivre avec plus de facilité les différentes phases des évolutions épidémiques. C'est à l'aide de ces enquêtes multipliées sur tous les points du territoire de la République qu'on pourra enfin poser les bases de l'organisation de la *Médecine publique*, dont le besoin se fait si vivement sentir en France.

Cours d'accouchements : M. Tarnier.

C'est le vendredi 28 mars, à midi, que M. Tarnier a pris possession de la chaire d'accouchements de la Faculté de médecine, devant un auditoire nombreux qui l'a accueilli avec les marques de la plus vive sympathie. Après avoir remercié ses collègues, qui l'ont appelé par l'unanimité de leurs suffrages à remplacer M. Pajot, passé à la Clinique à la suite du décès de M. Depaul, le professeur a payé un juste tribut d'éloges à la mémoire de ses prédécesseurs, et sa parole éloquemment émue a soulevé à plusieurs reprises de longs applaudissements. C'est d'abord Paul Dubois, qui, pendant trente ans, a glorieusement personnifié l'obstétrique française. Puis c'est Depaul, son élève, terrassé en trois jours par une pneumonie, et dont M. Tarnier a, dans un vivant portrait, retracé la longue et brillante carrière. Arrivant enfin au professeur Pajot : « Sa présence parmi mes auditeurs, a-t-il dit, me condamne à un silence qui, je l'espère, sera compris et interprété... Une telle succession n'est pas lourde, elle est écrasante... Sur un point, du moins, je marche de pair avec ce maître éminent : je veux parler de mon zèle et de mon amour pour les progrès incessants de l'obstétrique. »

Parmi ces progrès, il en est un qui se mesure par la décroissance constante de la mortalité chez les femmes en couches ; c'est à ce sujet intéressant que M. Tarnier a consacré sa leçon d'ouverture. Autrefois, de terribles épidémies décimaient les maternités ; il mourait 1 femme sur 10 ; aujourd'hui, il n'y a plus d'épidémies, et le chiffre de la mortalité est tombé au-dessous de 1 pour 100. Ce magnifique résultat est dû à deux causes. La première est la stricte application des mesures d'hygiène et d'isolement réclamées dès 1856 par M. Tarnier, qui fut alors le premier en France à faire justice du *quid divinum* épidémique et à soutenir la doctrine, aujourd'hui universellement admise, de la contagion de la fièvre puerpérale. Par la simple guerre faite à la contagion, la mortalité tomba, à la Maternité, de 9 à 2 pour 100. En second lieu, la méthode antiseptique, dont l'emploi a été introduit dans les accouchements comme en chirurgie, à la suite des travaux de Lister et de Pasteur, est venue diminuer encore cette mortalité.

A la tête des agents antiseptiques, on doit placer le *bichlorure de mercure*, et le professeur revendique à juste titre la priorité pour l'emploi des solutions de sublimé dans les accouchements. Dans les grandes opérations obstétricales, dans les cas de dystocie les plus graves, la méthode antiseptique produit les plus heureux effets. Ainsi, sur quatre femmes amenées à la Maternité avec l'utérus rompu et traitées antiseptiquement, trois ont guéri : une a succombé, mais elle avait en outre une déchirure de la vessie. M. Pajot vient d'obtenir de la même manière la guérison d'une rupture utérine à la Clinique d'accouchements. Pour donner de pareils résultats, l'antisepsie est donc bien puissante.

Comment doit-on l'appliquer ? Le professeur est entré ici dans le détail des soins minutieux qui sont prodigués à la Maternité à toutes les femmes enceintes, en travail et accouchées. Il a insisté sur les précautions antiseptiques prises par tout le personnel : médecins, sages-femmes, infirmières. Depuis l'adoption rigoureuse de ces mesures, sur près de 1000 accouchements, il n'y a eu qu'un seul décès !

Cet exposé magistral des progrès accomplis dans l'hygiène des maternités a vivement frappé l'auditoire. C'est pour la Faculté un grand honneur de compter au nombre de ses professeurs un homme qui a rendu de tels services à la science obstétricale ; les élèves l'ont compris, et ils ont fait à leur nouveau maître une ovation aussi chaleureuse que bien méritée.

Le lundi suivant, M. Tarnier a commencé l'étude de la grossesse. L'autorité de sa parole, la clarté de son enseignement, l'abondance des faits tirés de sa propre pratique donnent un grand attrait à ces leçons qui seront pour les élèves d'un immense profit.

Le cours du professeur est complété par celui d'un agrégé, et ainsi, chaque année, un cours complet d'accouchements sera professé à la Faculté.

De l'Isolement des Hôpitaux et Hospices

Dans sa séance du 31 mars, le Conseil municipal de Paris a entendu un rapport de M. G. Robinet sur l'*acquisition d'une propriété contiguë à l'Hôpital des Enfants Malades*. Ce terrain, d'une superficie de 6,126

© BIU Santé

mètres environ, est situé à l'angle du boulevard Montparnasse et de la rue du Cherche-Midi. La dépense, s'élevant à 1,180,000 fr., sera prélevée sur les fonds de l'Assistance publique.

Un seul membre du Conseil, M. Cattiaux, a combattu le projet. S'appuyant sur les inconvénients qu'il y a à créer de grandes agglomérations de malades et sur ce fait qu'il n'y a qu'un hôpital pour les enfants sur la rive droite, l'Hôpital Trousseau, il a contesté l'utilité de cette acquisition (1).

M. Quentin a soutenu le projet en invoquant deux raisons « chères au Conseil municipal. » « *Vous n'avez*, en effet, Messieurs, a-t-il dit, *jamais varié* dans la poursuite de l'*isolement de vos établissements hospitaliers*. Or, une occasion précieuse se présente ; il faut la saisir. En outre, vous connaissez la situation de nos hôpitaux d'enfants : sauf pour la diphthérie, l'isolement n'y peut être fait pour les maladies contagieuses. »

Les raisons données par MM. G. Robinet et Ch. Quentin ont convaincu le Conseil qui a émis un avis favorable. Quant à nous, nous avons la conviction que cet achat contribuera très sérieusement à rendre meilleures les conditions hygiéniques de l'hôpital des Enfants Malades, dont les services sont mal entendus, la buanderie et le pavillon des diphthétiques trop prêts de la salle des morts, les salles consacrées aux maladies aiguës trop encombrées, etc.

Bien des fois, en 1862, 1865, 1867, lorsque nous étions l'élève de M. Giraldès, nous avons entendu notre regretté maître exposer les avantages qu'il y avait pour l'Administration à se rendre propriétaire des terrains, alors presque tout à fait vagues, situés le long du boulevard Montparnasse depuis la rue de Sèvres jusqu'à la rue du Cherche-Midi : inutile de dire que jamais le directeur de l'Administration, à cette époque M. Husson, n'essaya sérieusement de réaliser cette importante amélioration.

Ce sont les considérations que faisait valoir M. Giraldès, pour l'agrandissement et l'isolement de l'hôpital des Enfants Malades, qui nous ont amené à examiner nos hôpitaux et hospices à ce point de vue, et, après enquête, à soutenir, soit dans ce journal, soit au Conseil municipal, la nécessité de procéder aussi rapidement que possible à l'*isolement de tous les établissements hospitaliers* (2). Nous avons été assez heureux de voir cette idée adoptée par le Conseil. Malheureusement, jusqu'ici, l'Administration n'en avait pas compris toute l'importance. C'est pour cela qu'elle a laissé échapper l'occasion d'isoler entièrement la Salpêtrière, l'hôpital Cochin et la Maison municipale de santé. Aujourd'hui, M. Ch. Quentin paraît faire sienne l'idée du Conseil municipal; espérons qu'il ne s'en tiendra pas à l'hôpital des Enfants Malades, et qu'il prendra les mesures indispensables afin de réaliser progressivement, pour tous les hôpitaux et hospices, cette réforme si avantageuse pour l'hygiène et des hôpitaux et des quartiers avoisinants.

(1) M. Cattiaux aurait pu rappeler utilement que le Conseil municipal a voté peut-être dix fois, sans résultat, un vœu pour qu'il soit construit un petit hôpital d'enfants aux environs de l'hôpital Bichat.

(2) Nous avons soutenu également la nécessité de l'isolement pour tous les établissements publics (Ecole pratique, Sorbonne, Collége de France, Ecoles, etc. Déjà quelques résultats sérieux ont été obtenus dans ce sens.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 mars 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLAND.

Recherches expérimentales sur l'influence des très hautes pressions sur les organismes vivants, par M. P. REGNARD. L'auteur, pour reproduire les conditions d'existence des êtres vivant au fond de la mer, a imaginé de se servir de la pompe inventée par M. Cailletet, laquelle permet d'obtenir facilement jusqu'à mille atmosphères. M. Regnard a soumis à ces pressions énormes des ferments, des infusoires, des végétaux, des crustacés, des poissons. Il a vu que ces êtres tombaient d'abord en vie latente et succombaient ensuite. Chez les poissons, on obtenait en outre une rigidité musculaire des plus intenses. Les muscles avaient gagné du poids, ils avaient donc absorbé de l'eau. Des expériences de M. Regnard découle ce fait que la faune profonde et la faune superficielle ne sauraient se mélanger.

De l'action du froid sur les microbes, par MM. PICTET et YUNG. — Les deux auteurs ont soumis à une température de — 130° les microbes du charbon bactéridien, du charbon symptomatique, de la levûre de bière et enfin quelques gouttes de vaccin. Tous ces êtres ont succombé, sauf ceux qui étaient encore à l'état de germe.

De la transfusion péritonéale, par M. HAYEM. — Le *Progrès médical* a déjà rendu compte de cette communication lorsqu'elle fut faite à l'Académie de médecine. Le présentateur, M. le professeur Richet, fait de nombreuses restrictions à l'opinion qu'il a été chargé de soumettre à l'Académie. Il fait observer que la résorption du sang dans le péritoine est toujours lente et dangereuse.

Du mécanisme médullaire des paralysies d'origine cérébrale, par M. COUTY. — L'auteur pense que les paralysies cérébrales ont toujours une origine médullaire. Les lésions cérébrales agissent sur le côté opposé de la moelle et y produisent une lésion fonctionnelle. Le cerveau n'est donc pas directement moteur et son influence sur les muscles s'exerce par l'intermédiaire du bulbe et de la moelle.

P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 mars 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. GALIPPE présente une malade chez laquelle il a observé un *kyste dentaire* identique à ceux qui ont fait l'objet d'une communication de M. Malassez, dans l'avant-dernière séance. Ce kyste a été opéré par lui, et présentait comme contenu un liquide jaunâtre, rempli de cristaux de cholestérine.

M. AGUILHON DE SAHRAN, à propos de ces kystes, dit quelques mots sur la façon dont ils se produisent. Pour lui, leur formation s'explique par l'anatomie même de la dent : il existerait, en effet, au niveau de la pulpe dentaire, outre l'artère et la veine, des petits vaisseaux très nombreux qui traversent la pulpe. Or, l'épithélium de la paroi des kystes serait justement formé par l'épithélium même de ces petits vaisseaux.

M. MALASSEZ est d'avis qu'il est impossible qu'un endothélium vasculaire puisse produire un épithélium crénelé semblable à celui qu'on trouve dans les kystes périostiques. Les vaisseaux signalés par M. Aguilhon appartiendraient au périoste alvéolo-dentaire.

M. RABUTEAU fait part de ses recherches complémentaires sur les *éthers anesthésiques*. Il a étudié le chlorure de méthylène (tétrachlorure de carbone) ou liqueur des Hollandais ; chez les grenouilles, il a amené une anesthésie

© BIU Santé

complète, au bout de 7 à 10 minutes, anesthésie qui ne disparaît ensuite qu'une demi-heure après la cessation de l'inhalation. Les cochons d'Inde ne sont pas anesthésiés par cet agent ; ils éprouvent de l'excitation et la mort survient après quelques convulsions épileptiformes, sans anesthésie préalable. A la suite de ses recherches sur les éthers anesthésiques, M. Rabuteau arrive aux conclusions suivantes, que les alcools monoatomiques ($C^n H^{n+1}$) (40) produisent des éthers excellents, tels que le chlorure de méthylène ou le chlorure d'éthylène, tandis que les alcools diatomiques ($C^n H^{2n}$) (40) produisent des éthers très mauvais et dangereux.

M. Blanchard dit qu'il a eu l'occasion d'expérimenter le tétrachlorure de carbone sur des chiens, et qu'il n'a pas observé d'effets anesthésiques sur ces animaux.

M. Bouley fait hommage à la Société de ses *Leçons sur la nature vivante de la contagion*, à propos de la contagiosité de la tuberculose.

M. Ch. Richet fait une communication sur l'*influence des lésions cérébrales sur la température*. Ses expériences ont porté sur des lapins et sur des chiens : chez les premiers de ces animaux, une piqûre des lobes antérieurs du cerveau a amené une ascension de la température, de 39° à 44°, de 39° à 42°,5, la mort survenant le troisième jour ; d'autres lapins, malgré une hyperthermie énorme, n'ont pas succombé, la température s'étant abaissée progressivement quelques heures après l'expérience. Chez les chiens, les résultats sont identiques, mais moins sensibles.

M. Ollivier demande si M. Richet a observé chez ses animaux ce que l'on observe chez l'homme, depuis que M. Charcot l'a démontré, à savoir un abaissement de la température précédant l'élévation, consécutivement aux lésions cérébrales telles que les hémorrhagies.

M. Richet a également noté cet hypothermie préalable, mais elle n'est pas très sensible.

M. Gilles de la Tourette fait une communication, au nom de M. Paul Richer et au sien, sur les *symptômes cliniques des paralysies psychiques provoquées chez les sujets hypnotisables* (ce travail a été publié *in-extenso* dans le *Progrès médical* du 29 mars).

M. P. Bert fait remarquer que la présence de ces symptômes détourne toute idée de supercherie de la part des sujets.

M. P. Regnard, depuis sa dernière communication sur la vie abyssine, a fait de nouvelles recherches sur l'*action des fortes pressions* sur les *mouvements des cils vibratils*. Il a soumis à une pression de 600 atmosphères des lentilles d'eau qui, on le sait, sont hérissées d'infusoires à deux rangées de cils vibratils, appelés vorticelles. Au bout de 10 minutes, celles-ci sont retirées de l'appareil, et on constate que les cils ont complètement perdu leurs mouvements : ceux-ci recommencent à se montrer au bout de quelque temps de cette vie de sommeil.

M. Regnard fait une seconde communication sur le *mode de production de carbonate de soude* que l'on trouve abondamment dans l'eau dans laquelle ont séjourné des poissons. Ce carbonate viendrait des branchies de l'animal, par un véritable phénomène d'exosmose, comme le prouvent les expériences de laboratoire.

F. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er avril 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Collin (d'Alfort) fait quelques objections à la récente communication de M. Luys sur la *locomobilité du cerveau*. M. Collin, expérimentant sur la boîte crânienne d'un cheval vivant, ne put constater de mouvements autres que ceux des lobes occipitaux, et encore leur amplitude était-elle très faible et bien moindre que M. Luys ne l'a annoncé. Il fait en outre plusieurs reproches au procédé employé par M. Luys et signale comme causes d'erreur la disparition partielle du liquide céphalo-rachidien, la section de la dure-mère et la coagulation du sang dans les semis de la dure-mère, toutes conditions qui, réduisant les divers organes de la cavité crânienne, rendent sur le cadavre les déplacements cérébraux plus faciles.

M. Luys répond que, du fait des conditions statiques différentes entre l'homme et les animaux, les résultats des observations ne sont pas comparables.

M. Béclard se réserve pour la prochaine séance de faire quelques remarques sur les points qui viennent d'être discutés.

M. Dechambre rappelle qu'à l'époque où il vit la malade de M. Le Roy de Méricourt, il pouvait, dans son esprit, y avoir des doutes sur la réalité du phénomène, quand il eut l'occasion d'observer un cas analogue chez une jeune femme de 28 ans, chez laquelle on vit apparaître autour du cou et sur la poitrine des taches d'un bleu d'azur. Ces taches déteignaient sur le linge et disparaissaient par le lavage, mais pour reparaître à nouveau. La substance sécrétée fut analysée par MM. Person, Videau, Schutzemberger, Hénocque ; ce dernier y trouva des cellules épithéliales, des granulations graisseuses colorées, des cristaux et des granulations pigmentées, toutes substances analogues à celles que M. Robin avait trouvées sur la malade de M. Le Roy de Méricourt. La jeune femme, du reste, qui ne possédait aucune apparence hystérique, fut guérie au bout de quelques jours.

M. Dujardin Beaumetz, pour répondre aux objections qui avaient été faites aux conclusions qu'il avait précédemment fournies sur la *dose toxique des divers alcools* a fait, depuis trois ans, avec M. Audigé, de nombreuses expériences sur des porcs ; il vient aujourd'hui en faire connaître les résultats. Les doses d'alcool administrées ont varié entre 1 à 2 grammes par kilogramme d'animal ; les lésions du côté de l'appareil digestif se montraient sous forme d'une congestion intense de la muqueuse intestinale ; de même pour l'appareil pulmonaire, le foie n'a jamais été frappé de cirrhose. Les symptômes de l'ivresse se traduisaient par une tendance irrésistible au sommeil, un tremblement et une grande faiblesse des jambes. Quant à la façon dont l'alcool se comporte dans l'économie, c'est une question difficile à résoudre. Pour le moment, M. Dujardin-Beaumetz pense qu'il y a des différences essentielles tenant aux quantités ingérées. Lorsque l'alcool est pris à petites doses, il se transforme en acide acétique qui, absorbé, se combine avec les substances salines du sang ; ingéré à doses moyennes, il se transformerait en acide acétique au niveau des poumons, au contact de l'oxygène ; enfin, ingéré à doses massives, il emprunte l'oxygène non seulement à l'air, mais aux globules du sang. Cette destruction des qualités des globules permet d'expliquer la tendance aux hémorrhagies et aussi la propriété de l'alcool comme agent antithermique.

M. Bouchardat donne lecture du rapport général sur les services des eaux minérales pendant l'année 1882.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 29 juin 1883. — Présidence de M. Cornil.

31. Athérome artériel. — Néphrite sénile. — Urémie.—Hémorrhagie cérébrale. — Rupture de l'aorte et anévrysme disséquant de l'aorte et de l'artère pulmonaire. — Epanchement sanguin dans le péricarde. — Autopsie ; par M. L. Jacquet, interne provisoire.

Le nommé Migna..., ancien menuisier, âgé de 77 ans, entre le 1er mai 1883 à l'infirmerie des Ménages, service de M. Quinquaud. Depuis deux ans environ, cet homme souffre d'oppression pendant la marche ; jusqu'à cette époque, sa santé s'était maintenue parfaite. Toutefois, en 1860, il a rendu des graviers en urinant. Il y a un an, il a été pris subitement, au milieu de la rue, de vertiges qui « l'ont cloué sur place » et il a été obligé pour ne pas tomber de se faire soutenir par un passant. Actuellement, il éprouve de temps à autre des accès d'oppression, nocturnes ordinairement, et qui le forcent à se lever. Il accuse en outre une sensation de gêne à la région précordiale « comme si on le serrait entre deux planches. »

© BIU Santé

Les artères sont dures, scléreuses. Le bruit diastolique est parcheminé, métallique. Les urines sont albumineuses. Pas de bruit de galop. Le malade sort le 6 mai, dans le même état. Il rentre le 18 juin. Ce jour-là, dans la matinée, il sentit fléchir ses jambes et serait tombé si on ne l'avait soutenu. Quelques jours auparavant, il y avait eu recrudescence dans ses douleurs précordiales, ses accès d'oppression, ses vertiges.

A l'entrée, on note une hémiplégie faciale à droite, assez nette ; le malade a sa connaissance, mais bredouille un peu. Les membres ne sont pas paralysés ; il les remue aisément, mais fait à peine dévier l'aiguille du dynamomètre, et cela de la main gauche comme de la droite. Conservation de la sensibilité des réflexes. Le soir, somnolence dont on le tire avec peine. Arrêts respiratoires et rhythme de Cheyne-Stokes très net. T. R. 37°,2.

19 *juin*. La somnolence a diminué ; le malade répond avec assez de netteté aux questions qu'on lui adresse. Bruits du cœur parcheminés ; le deuxième bruit est éclatant, métallique. Pas de bruit de galop. Au dynamomètre, 15 kilogr. des deux côtés ; cependant, il est devenu un peu plus malhabile de la main droite. Les urines sont très albumineuses : 700 gr. dans les 24 heures. Pas de céphalalgie ; il dit en avoir eu il y a quatre ou cinq jours. Persistance du rhythme de Cheyne Stokes. Quelques plaques purpuriques sur la face dorsale des mains. On prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz et du lait. T.R. 37°,6.—*Soir* : T. R. 37°,6.

20 *juin*. La quantité d'albumine a beaucoup diminué. Râles de bronchite aux bases ; à part ces modifications, l'état du malade est le même. T. R. *matin* : 38°,2. — T. R. *soir* : 37°,4.

21 *juin*. *Matin*, T. R. 37°,2.— *Soir*, T. R. 37°,6. Saignée de 50 grammes. L'analyse du sang, faite à deux reprises différentes par M. Butte, préparateur de M. Quinquaud, a montré que la quantité d'urée était en excès ; 19 *juin*, 0,070 centigr. 0/0 de sang ; 25 *juin*, 0,112 centigr. 0/0, la normale étant 0,016 centigr. 0/0.

22 *juin*. Pas de changements appréciables. *Matin* : T. R. 37°,4. — *Soir* : T. R. 37°,4.

23 *juin*. Après-midi très calme. Dans la nuit, agitation très vive ; le malade essaye de se lever et tombe.

24 *juin*. Perte de connaissance complète ; yeux fermés. Respiration irrégulière, stertoreuse. Pâleur de la face. *Matin* : T. R. 36°,8. Le malade porte souvent la main à la région précordiale.—Mort vers 6 heures du matin, le 25 *juin*.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on aperçoit des ecchymoses sous-pleurales. Léger épanchement séro-fibrineux dans la plèvre gauche.

La cavité péricardique est pleine de sang liquide. Un caillot noir, gelée de groseille, est étalé à la surface du cœur et l'enveloppe ; ce caillot pèse 300 gr. environ. Les deux troncs aortique et pulmonaire sont entièrement masqués par une infiltration de sang dans leur gaine externe, énormément distendue et présentant à droite une éraillure par où sans doute le sang a fait irruption dans la cavité du péricarde.

En ouvrant le ventricule gauche, puis l'aorte, on constate que l'infiltration sanguine qui l'engaine présente une épaisseur de deux centimètres, et s'est faite dans l'épaisseur des lames de sa tunique moyenne. Le sang est noir, coagulé, il n'y a pas de stratifications fibrineuses.

La cavité de la crosse est dilatée ; on y trouve quelques plaques d'athérome ; les parois sont friables, mais il n'y a pas de dilatation anévrysmale véritable. A 6 centimètres des valvules sigmoïdes, c'est-à-dire à l'union des portions ascendante et horizontale de la crosse, existe une fissure linéaire transversale de 3 centimètres d'étendue. Au niveau de cette fissure, la paroi aortique est amincie, presque transparente, et un examen attentif permet de reconnaître qu'en ce point la tunique moyenne est rupturée ; qu'au dessus de la fissure, ainsi produite, et se trahissant par une légère dépression transversale, la tunique interne persiste, mais présente trois ou quatre solutions de continuité étroites, tendues d'une lèvre à l'autre de la solution de continuité de la tunique moyenne.

Le ventricule gauche présente un degré d'hypertrophie marqué. Ses parois offrent près de 3 centimètres d'épaisseur. En pénétrant par le ventricule droit, qui, d'ailleurs, est normal à l'intérieur de l'artère pulmonaire, on reconnaît, après section, que ses tuniques sont le siège d'une infiltration sanguine analogue, mais d'épaisseur beaucoup moindre (1 centimètre). L'on voit enfin, en suivant le trajet de ces vaisseaux : 1° que l'infiltration a suivi les branches de l'artère pulmonaire, surtout la gauche, et forme dans le poumon des gaînes concentriques à quelques-uns des gros rameaux pulmonaires ; 2° que le manchon sanguin périaortique envoie des prolongements sur les troncs de la convexité, en particulier, le long du tronc brachio-céphalique, et se continue en diminuant progressivement d'épaisseur jusqu'au niveau du trépied cœliaque. Dans toute son étendue, d'ailleurs, l'aorte est athéromateuse et il existe, à 7 ou 8 centimètres au-dessus de sa terminaison, une poche anévrysmale de la grosseur d'une noix.

Reins. Ils sont kystiques et granuleux. Il y a atrophie des deux substances et développement exagéré du tissu cellulo-adipeux des bassinets. *Cerveau*. Il n'y a pas de lésions corticales. Dans l'hémisphère gauche : foyer hémorrhagique récent assez étendu, ayant détruit le noyau extra-ventriculaire dans ses 3/4 supérieurs, en entamant légèrement la capsule interne. Rien dans l'hémisphère droit.

32 Luxation en arrière de la colonne vertébrale à la région cervicale. — Fracture des apophyses articulaires inférieures. — Lésions de la moelle. —Mort. — Autopsie ; par M. Jardet, interne des hôpitaux.

Ce malade a été transporté hier soir à l'hôpital, à la suite d'une chute d'une hauteur de 7 mètres environ, qu'il fit dans une tranchée.

Ce malade nous raconte qu'il est tombé sur le dos et qu'après sa chute il est resté deux ou trois heures sans connaissance ; avant, il était parfaitement bien portant, et n'a jamais fait de chute sur le dos. Ce malade ne paraît pas abattu, il a la face légèrement congestionnée ; nous le découvrons, et nous remarquons que les jambes sont absolument paralysées et qu'elles retombent inertes sur le lit lorsqu'on les soulève. Le ventre est légèrement saillant à la partie médiane, mat à la pression en bas ; une sonde de caoutchouc introduite dans la vessie laisse écouler une grande quantité d'urine, 2 litres environ. Cette urine est claire et ne contient pas d'albumine. Le malade n'a pas uriné depuis l'accident, il n'est pas non plus allé à la selle.

La vessie une fois vidée, le ventre semble absolument d'aspect normal. Le diaphragme fonctionne régulièrement, la respiration est légèrement accélérée. Les bras, comme les jambes, retombent inertes le long du corps, lorsqu'on les soulève. Les muscles trapèze, sterno-mastoïdiens, les muscles du cou et de la tête se contractent parfaitement, et le malade peut même tourner légèrement la tête latéralement. Nous explorons alors la sensibilité au moyen d'une épingle, et nous constatons que la plante des pieds et le dos sont complètement insensibles, la piqûre ne donne lieu à aucun réflexe. Les jambes, les cuisses, les bras, présentent le même degré d'insensibilité. Le tronc, depuis la partie inférieure jusqu'au niveau du deuxième espace intercostal, est également complètement insensible, les épaules sont sensibles jusqu'à une ligne passant horizontalement par le deuxième espace intercostal et prolongée des deux côtés. Cependant, jusqu'au cou, les sensations semblent un peu retardées, et à la partie antérieure du cou la sensibilité semble un peu exaltée. A la face elle est normale.

La tête est en extension, le cou saillant en avant ; tout mouvement est douloureux pour le malade. La main passée sous le cou du malade perçoit, au niveau de la 4e ou 5e vertèbre cervicale, une dépression en avant de l'apophyse épineuse. Le malade a une température de 39°,5 ; mais son pouls a une fréquence normale. Il y a une heure environ, on s'est aperçu que le malade était en érection, sans qu'il

© BIU Santé

s'en rendit compte. Cette érection a duré une 1/2 heure environ.

19 *juin*. La nuit et la journée d'hier ont été assez bonnes. L'appétit est en partie conservé, la soif est vive. Ce matin, la langue est sèche, et le malade semble assez déprimé; hier soir T. 39°,8; ce matin 39°,8; le 19 *juin*, soir 40°,5.

20 *juin*. Le malade est toujours déprimé, mais a conservé toute sa connaissance. Il est placé dans une gouttière de Bonnet. On sonde le malade, et on lui donne un lavement. T. 38°. Douleurs de tête très fortes, respiration accélérée.

21 *juin*. Le malade est mort ce matin, à 7 heures. Hier soir, la respiration est devenue rapide et anxieuse, l'interne de garde a prescrit des ventouses sèches sur la poitrine; le malade a suffoqué. Jusqu'au dernier moment, il a conservé sa connaissance et l'usage de la parole. L'appétit a persisté jusqu'à la fin, le malade a mangé la soupe une demi-heure avant sa mort.

Autopsie, le 23 juin, 50 heures après la mort, par suite des constatations judiciaires.—Le cadavre présente, en arrière, une congestion marquée des parties déclives. La tête est dans l'extension. En arrière du cou, on constate que la dépression observée pendant la vie persiste. Une incision étendue de la région sus-hyoïdienne au pubis nous permet d'enlever les viscères.

Les *poumons* sont violets et fortement congestionnés, ils crépitent toujours. En arrière de la trachée et du larynx, le tissu conjonctif est infiltré de sang. Le *foie*, les *reins* sont d'aspect normal.

Nous remarquons sur la colonne vertébrale une solution de continuité au niveau du cou, entre la 4e et la 5e cervicale. Ces deux vertèbres sont mobiles l'une sur l'autre. Au niveau de la 8e dorsale, se trouve un coude très accentué de la colonne vertébrale, coude dont les branches sont fixes et immobiles, et semblent dues à un mal de Pott ancien et guéri, dont le malade ne nous avait pas parlé quand nous l'avons interrogé sur ses antécédents.

Le cadavre est retourné avec précaution, et après avoir écarté les parties molles ecchymosées, nous scions en arrière les côtes, au niveau de l'angle postérieur, et nous détachons la colonne vertébrale au niveau du sacrum et au niveau de l'axis.

La colonne vertébrale enlevée est ensuite divisée au niveau du mal de Pott dorsal, où l'on observe les signes d'une ostéite condensante dans le corps de la vertèbre. Puis les parties molles étant enlevées à la région cervicale, voici ce que nous trouvons : 1° En avant, rupture du ligament vertébral commun antérieur et arrachement du disque intervertébral entre la 4e et 5e cervicale et flexion exagérée, en arrière, de la portion supérieure de la colonne, formant un angle ouvert en arrière.—2° En arrière, le sommet bi-tuberculeux de la 4e vertèbre s'est rapproché de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre. Les lames vertébrales se recouvrent.—3° Latéralement, mais surtout à droite, l'apophyse articulaire supérieure est fracturée, et l'apophyse articulaire inférieure a glissé en avant. Les apophyses tranverses ne présentent rien de particulier.

Les lames vertébrales sont alors sciées avec précaution, après l'introduction d'une sonde cannelée dans le canal vertébral entre l'os et la dure-mère. La paroi postérieure du canal vertébral est enlevée et montre à gauche une section transversale de la dure-mère, au niveau de la fracture. A droite, une compression des racines rachidiennes correspondantes.

La dure-mère est incisée sur la ligne médiane et renversée de chaque côté. Elle adhère déjà en plusieurs points à la pie-mère. Cette méninge est de même enlevée, et nous laisse voir la moelle qui, dans un espace de 3/4 cent. au-dessus de la fracture, est rouge et diffluente, et présente au-dessous le même aspect dans un espace de 4/5 cent. Au-dessus et au-dessous, elle a une coloration normale.

L'attente que dut subir l'autopsie, par suite des constatations médico-légales, nous a empêché de mieux observer les lésions et a rendu inutiles les recherches histologiques des lésions de la moelle.

Réflexions. — En résumé, dans le cas présent, nous avons eu affaire à un cas de luxation en arrière de la colonne vertébrale avec fracture des apophyses articulaires supérieures, la tête étant dans l'extension; à une destruction de la moelle dans une certaine étendue, ce qui explique l'abolition des réflexes; et le malade qui ne respirait que par son diaphragme et ses muscles trapèze et sterno-mastoïdien semble avoir succombé par gêne de la respiration.

33. Pleurésie purulente scarlatineuse. —Empyème. — Formation d'abcès métastatiques. — Mort; par M. H. Dauchez, interne des hôpitaux.

Nil... Ernest, âgé de 2 ans 1/2, est entré le 25 mai 1883, salle Saint-Jean, lit n° 32, hôpital des Enfants-Malades, service de M. Labric.

Antécédents personnels. Santé parfaite jusqu'au mois d'avril dernier. Le 9 avril, il entre à l'hôpital des Enfants (service de M. Archambault) convalescent d'une scarlatine régulière. Après un séjour de trois semaines dans la salle Saint-Louis, il rentre dans sa famille jusqu'au 25 mai. Cette fois, il est placé dans le service de M. Labric (salle Saint-Jean, n° 32). Nous trouvons alors un vaste épanchement dans la plèvre gauche. Cet épanchement se traduit par du souffle (très superficiel en arrière et dans l'aisselle), de la matité absolue en avant et en arrière; l'effacement très net des espaces intercostaux correspondants, sans œdème de la paroi. Le diaphragme est abaissé. Le cœur, dévié, bat sous le sternum.

Les 25, 26, 27 *mai*, la dyspnée devient croissante; la température est pourtant normale: 37°,4; 37°,2; 37°,6.

28 *mai*. Ponction avec l'aspirateur Dieulafoy; cette ponction donne 250 grammes de pus sans odeur. Le soir, sueurs très abondantes. T. 39°.

2 *juin*. Bruit d'airain. Quelques gaz se développent dans la plèvre qui paraît se vider spontanément. En effet, le 6 *juin*, nous constatons la formation d'un vaste abcès sous-cutané, dû au passage du pus sous-pleural au niveau de la ponction.

7 *juin*. M. de Saint-Germain pratique l'empyème. L'incision ne donne issue qu'à une faible quantité de pus, l'abcès intercostal reconnu la veille ayant été ouvert aussitôt.

Du 7 au 21 *juin*, deux lavages quotidiens avec l'acide borique. L'eau du lavage revient à peine teintée par le pus. En somme, suppuration peu abondante qui contraste avec l'intensité de la fièvre (*à grandes oscillations*), avec la pâleur et la bouffisure de la face (sans albuminurie), avec les accès de dyspnée reparaissant deux ou trois fois pendant cette dernière période.

La température, prise chaque jour, matin et soir, marquait :

9 *juin*.	38°,2 le *soir*.		
10 *juin*.	38°. —	Râles sibilants nombreux du côté droit. Pas de souffle.	
11 *juin*.	39°,1 le *soir*.	—	
12 *juin*.	38°,6 *matin*.	40°,4 *soir*.	—
13 *juin*.	49° —	40°,5 —	—
14 *juin*.	39°,2 —	39°,5 —	—
15 *juin*.	39°,2 —	39°,4 —	Ecoulement abondant par la plèvre.
16 *juin*.	38°,6 —	30°,8 —	
17 *juin*.	30°,3 —	39°,7 —	Ecoulement purulent fétide peu abondant.
18 *juin*.	38°,3 —	40°,5 —	
19 *juin*.	40° —	28°,4 —	
20 *juin*.	37° —	50°,5 —	Agitation. Insomnie. Délire.
21 *juin*.	38°,5 —	38°,8 —	

22 *juin*. L'enfant succombe à 1 heure du soir, sans avoir jamais présenté de souffle de broncho-pneumonie à droite.

Autopsie.— Elle est pratiquée le 24 *juin*, soit 44 heures après le décès. *Poumons et plèvres*: Le tissu pulmonaire du côté gauche est fortement condensé et n'est plus insufflable. Le poumon, sclérosé, est enveloppé d'une couche de pus concret facile à détacher, mais, ce qui frappe surtout, est la présence, dans chacun des deux poumons, d'une

© BIU Santé

douzaine d'abcès sous-pleuraux d'environ deux centimètres de largeur à la base, disséminés sans ordre dans les deux poumons, les uns centraux, les autres sous-pleuraux, plus nombreux et plus volumineux à la base qu'au sommet. Chacun des abcès présente à la coupe une surface gris jaunâtre, semée de goutelettes de pus jaune verdâtre. Aucun des ganglions bronchiques n'est dégénéré ; aucun n'est caséeux ; on n'en trouve qu'un ou deux à peine congestionnés et de petites dimensions au-dessous de la bronche gauche. Le péricarde renferme environ 60 grammes de liquide. Le cœur est sain. Il n'existe d'abcès dans aucun autre viscère (foie, reins, rate).

Réflexions. — A quel ordre de lésions avons-nous eu affaire ? A des tubercules ? Nous ne le pensons pas, eu égard à la vigueur de l'enfant, à l'intégrité des ganglions bronchiques, à l'apyrexie du petit malade avant l'empyème ; au volume des noyaux, à la pleurésie purulente (Picot). A la broncho-pneumonie suppurée ? Nous n'y croyons pas davantage. L'absence de souffle pendant la vie, la présence des abcès dans le poumon gauche condensé et non insufflable étant peu compatible avec une broncho-pneumonie. Enfin, dans le cas actuel, il n'existe entre la pleurésie purulente et la broncho-pneumonie aucune relation possible. Reste donc l'infection purulente, avec formation d'abcès métastatiques, qui nous paraît très probable, étant donné l'aspect des lésions, les grandes oscillations du cycle thermique, la suppression presque complète de la suppuration pendant les huit ou dix derniers jours. La résorption du pus, dans ces conditions, n'a rien qui puisse étonner.

M. Netter pense que, au contraire, les abcès pulmonaires sont antérieurs à la pleurésie.

M. Cornil insiste sur cette succession des phénomènes. Dans des conditions semblables, la pleurésie purulente est toujours consécutive à l'existence d'infarctus puriformes sous-jacents à la plèvre. Il rappelle à ce propos une autopsie qu'il a faite au commencement de l'année dans le service du professeur Lasègue. Un typhique était mort avec de la pleurésie purulente. Il existait dans le poumon de petits foyers purulents dont le développement avait évidemment précédé celui de l'empyème.

Dans le cas en question, on peut avoir une certaine difficulté à se décider entre la pyémie et la tuberculose. Récemment, M. Cornil a fait l'examen anatomo-pathologique d'un poumon d'enfant mort des suites de la rougeole. Il y avait de petits points d'aspect caséeux disséminés. L'étude microscopique a montré dans ces foyers une énorme quantité de bacilles de la tuberculose. L'examen histologique après coloration par le procédé d'Ehrlich serait donc nécessaire pour décider si, dans le cas de M. Dauchez, on se trouve en présence d'une broncho-pneumonie ou de véritables abcès du poumon.

34. Rétrécissement sous-aortique avec insuffisance aortique et insuffisance mitrale. — Mort subite ; par M. Duflocq, interne des hôpitaux.

Le cœur que j'ai l'honneur de présenter provient d'un malade mort le 25 juin, dans le service de M. le professeur Potain. Le malade était depuis le 11 décembre 1882 dans le service ; six mois avant son entrée, il avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Il rentre à l'hôpital pour une nouvelle reprise de douleurs, siégeant principalement dans l'articulation tibio-tarsienne. On constate au cœur un souffle systolique à la base et un souffle systolique à la pointe. Rétrécissement aortique et insuffisance mitrale. Il y a un peu d'albumine dans l'urine.

Jusqu'au 4 *mai*, le malade ne présente rien de particulier. A cette époque, on constate une éruption de purpura, siégeant sur les jambes. A l'auscultation du cœur, on retrouve à la base le souffle systolique qui est intense ; mais il s'y est ajouté un souffle diastolique faible. Rétrécissement et insuffisance aortique ; dans la crurale, on entend le double souffle. L'insuffisance mitrale persiste.

Les jours suivants, survient de l'œdème des jambes et de la face ; l'albumine, qui n'avait jamais disparu, se retrouve en quantité plus considérable dans l'urine ; de temps en temps, le malade est pris de dyspnée. Son état général s'empire sans cependant inspirer de craintes prochaines, lorsque, le 25 *juin*, il meurt subitement.

Autopsie. — Rien dans les poumons ; dans les reins, la décomposition cadavérique est trop avancée pour qu'on puisse examiner les lésions, cependant certaines. Le *cœur* présente les altérations suivantes : On trouve une légère induration du bord libre de la valvule mitrale. Mais c'est l'aorte qui présente les lésions les plus intéressantes. On constate facilement l'insuffisance. De plus, les trois valvules sigmoïdes sont surmontées de végétations en choux-fleurs. La mort du reste n'a pas été causée par une embolie partant de ces valvules, car il n'y avait d'infarctus ni dans le cerveau, qui a été soigneusement examiné, ni dans les viscères.

On peut voir enfin, au-dessus de ces valvules, l'orifice absolument sain des artères coronaires. L'aorte aussi ne présente aucune trace d'athérome. A un demi-centimètre au-dessous des culs-de-sacs des sigmoïdes, la portion sous-aortique de l'orifice est sous-tendue par une corde dure, saillante, résistante et vibrante sous le doigt, et qui constitue la lésion sur laquelle je désire appeler l'attention. Avant la section de l'orifice, cette bride fait une saillie circulaire et donne au doigt la sensation d'un anneau rigide enchassé à ce niveau. Après section, on voit que l'orifice étalé mesure à peine en ce point 6 centimètres.

Réflexions. — Le rétrécissement sous-aortique, quoique rare, a été déjà signalé. Mais, dans les cas présentés à cette Société, on constate en même temps des lésions très avancées de l'orifice mitral (cas de MM. Vulpian, Liouville, Chouppe, Budin). M. Vulpian indique même que le rétrécissement sous-aortique est consécutif à la lésion mitrale.

Je crois que, dans le cas présent, il est difficile d'admettre cette propagation, si l'on compare les lésions mitrales si peu avancées et les lésions aortiques. L'endocardite, et c'est là notre conclusion, peut donc de prime abord créer un rétrécissement sous-aortique.

M. Déjerine fait remarquer que c'est là un cas complexe, intéressant sans doute, mais ne correspondant pas à ce qu'a décrit M. Vulpian. C'est un autre type.

Séances de juillet 1883. — Présidence de M. Cornil.

8. Valvule dans le trajet inguinal ; par M. Morel-Lavallée, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de vous présenter une pièce provenant du service de M. Bouilly, à Beaujon. C'est une tunique vaginale ayant appartenu à un homme porteur de hernie inguinale congénitale, et présentant, au lieu où le canal péritonéo-vaginal s'ouvre dans la cavité vaginale péri-testiculaire, un de ces minces diaphragmes, sur lesquels M. Ramonède a appelé l'attention, et qu'on regarde comme des essais avortés d'oblitération du canal péritonéo-vaginal. Ce diaphragme avait la forme d'un croissant à concavité antérieure, circonscrivant une ouverture assez large pour y introduire le médius, et à arrête peu tranchante.

Le malade, qui s'était toujours connu une petite hernie et ne portait pas de bandage, la sentit le 19 juin s'étrangler subitement. Tant en ville qu'à l'hôpital, on fit le taxis, et on réduisit la hernie, le testicule restant à sa place dans les bourses, tandis qu'on sentait dans la partie supérieure du canal inguinal la masse incomplètement réduite.

Les jours suivants, le malade présenta des symptômes d'occlusion chronique qui, s'accentuant, nécessitèrent la laparotomie le 10e jour. Trente-six heures après, le malade mourut ; il avait eu, en somme, une anse intestinale pincée au niveau de l'orifice inguinal supérieur.

Le fait sur lequel nous voulons insister ici est que, dans le cas présent, le diaphragme intra-scrotal n'a été pour rien dans la striction de l'intestin, et qu'il n'a pas produit

© BIU Santé

cet étranglement funiculo-testiculaire dont la récente thèse de M. Duret ne rapporte que six exemples.

9. M. Grimaraès montre les *pièces anatomo-pathologiques* d'une femme *tuberculeuse*, à laquelle la trachéotomie dût être faite pour des phénomènes d'asphyxie d'origine laryngée. Il survint, pendant l'opération, une hémorrhagie mortelle. Il est impossible de déterminer l'origine de cette hémorrhagie.

10. Squirrhe du sein. — Fracture du col du fémur. — Cancer secondaire du col fémoral et de l'os iliaque; par M. Tuffier, interne des hôpitaux.

Belmont Caroline, âgée de 69 ans, ménagère, entre le 22 mars 1883, salle Lisfranc, lit n° 3, dans le service de M. Verneuil, hôpital de la Pitié.

C'est une femme d'un embonpoint énorme, à face bouffie, à pommettes variqueuses, qui nous est adressée pour une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche. L'état de cette malade est tel qu'il nous est impossible d'obtenir des renseignements sur ses antécédents. Ses facultés intellectuelles semblent lui faire défaut quand on la questionne. Nous apprenons par son entourage qu'elle se rait tombée sur la hanche il y a deux mois et demi, mais que, malgré cette chute, elle aurait pu marcher. Il y a six semaines, elle a fait une seconde chute sur la hanche et dès lors elle n'aurait pu continuer son travail. Depuis cette époque, elle est restée dans son fauteuil ou dans son lit.

Le 22 *mars*, nous la trouvons dans l'état suivant. Le membre inférieur gauche est dans la rotation en dehors, la malléole externe et le bord externe du pied portent sur le lit, le membre est en adduction. Il existe un raccourcissement réel de 2 centimètres. Si l'on veut réduire ce déplacement, on l'obtient facilement, on provoque ainsi peu de douleur, mais le déploiement se reproduit aussitôt qu'on abandonne le membre à lui même. Il n'y a pas de crépitation. L'impotence fonctionnelle est absolue, mais les douleurs spontanées sont presque nulles. On réveille cependant un peu de douleur quand on presse sur le talon de bas en haut. On porte le diagnostic ; fracture du col du fémur.

En examinant le reste du corps de cette malade, on lui trouve une affection de la glande mammaire, affection dont elle ne se plaint en aucune façon. Le sein gauche a conservé le même volume que celui du côté opposé ; il est énorme et en rapport avec l'embonpoint extrême de cette femme. Au centre de la mamelle, est une ulcération à bords rétractés en dedans, ulcération grisâtre, longitudinale, adhérente à la peau. Toute la glande est d'une consistance ligneuse, elle est mamelonnée, adhérente aux parties sous-jacentes. Les ganglions axillaires sont peu volumineux. Au dire des personnes qui connaissaient cette malade, c'est il y a deux ans que le mal aurait débuté, à la suite d'un traumatisme ayant porté sur le sein.

M. Reclus, remplaçant M. Verneuil, pose le diagnostic squirrhe du sein et discute la question d'une fracture spontanée de la cuisse, question que l'on ne peut éclaircir à cause du manque de renseignements. On laisse la malade au lit sans appliquer d'appareil. Les jours suivants, elle se plaint de dyspnée, on entend quelques râles à la base du poumon droit. On prescrit 0 gr. 25 de kermès et on place la malade dans la situation assise, dans son lit.

Les jours suivants, la dyspnée augmente, les râles ont fait place à du souffle, l'appétit est nul, la langue sèche, le faciès typhique, les mains ne sont pas albumineuses. Le 8 *avril*, la malade meurt.

Autopsie, pratiquée 24 heures après la mort. — La mamelle et le grand pectoral sont envahis par un squirrhe très net. Les poumons sont congestionnés aux deux bases, sans trace de pneumonie ni de noyaux secondaires. La rate est petite et sclérosée. Le foie est normal. Les reins sont légèrement granuleux. La colonne vertébrale est saine. Rien au cerveau.

Le foyer de la fracture est disséqué avec soin. Tout le col du fémur est remplacé par un putrilage cancéreux, au milieu duquel on trouve des petites esquilles en grand nombre. Les ligaments antérieurs de l'articulation sont intacts et gardent les fragments en rapport. L'os iliaque est perforé en deux points : 1° au niveau de la fosse iliaque externe, 2° au voisinage de l'épine sciatique. Dans ces deux points, l'os est déchiqueté et un putrilage cancéreux remplit ces deux pertes de substance.

Réflexions. — En résumé, nous avons eu affaire à un squirrhe du sein qui s'est généralisé aux os du bassin et de la cuisse. Deux points dans cette histoire sont remarquables, c'est d'abord la généralisation d'un cancer avec un état général très bon, et surtout la localisation des dépôts secondaires dans le col du fémur, siège insolite des néoplasmes en voie de généralisation.

11. Plaie de la main par morsure de cheval. — Fracture du premier métacarpien. — Arrachement du muscle long extenseur du pouce; par M. H. Hartmann, interne des hôpitaux.

P...., 38 ans, charretier, entre, le 1er juillet à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le Dr Terrier. Hier, son cheval, qu'il musclait, l'a mordu au pouce gauche. Il a éprouvé une douleur très vive qui a persisté jusqu'au moment du pansement. Le pouce ne tient plus que par un tractus cutané très mince siégeant à la paume, que l'interne de garde sectionne par un coup de ciseau.

Description de la plaie. Large moignon musculaire, formé par la partie supérieure du premier métacarpien, entouré de masses musculaires mâchées et le côté externe du deuxième recouvert aussi de fibres musculaires. En disant au malade de remuer le pouce, on voit les muscles du moignon se contracter. La plaie verticale dans son grand diamètre a une longueur de 10 cent. 5 ; sa largeur est de 9 cent. (mesure de la surface courbe que forme le moignon). Du côté dorsal, la peau est limitée par un contour net, elle a été arrachée à peu près au niveau du deuxième métacarpien ; du côté palmaire ; elle s'arrête au niveau du bord même du moignon et offre une surface mâchée. Au toucher, on sent à la partie supérieure de la plaie l'extrémité fracturée du métacarpien qu'on ne peut voir au milieu des muscles contus. Toute la surface de la plaie offre une coloration d'un rouge un peu violacé. Aucun point n'est douloureux à la pression, si ce n'est la peau de la paume entre le pli moyen et le pli supérieur, un peu en dedans du bord interne de la plaie.

Description du doigt enlevé. Il s'en détache un tendon long de 21 centimètres, accompagné dans ses 8 derniers centimètres d'un corps charnu, fusiforme. C'est le long extenseur du pouce (tiré il étend la deuxième phalange, il est un peu en dedans de l'axe du métacarpien). Du côté dorsal, on voit sur la peau, immédiatement au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, une impression de dent; de même à l'union de la face dorsale et de la commissure qui unit le pouce à l'index. Ces impressions de dents sont superficielles, et ne font qu'entamer la peau. Celle-ci se trouve déchirée beaucoup plus loin ; elle est enlevée, ainsi que nous l'avons vu, sur la plus grande partie du métacarpien et du premier espace interosseux, la peau seule a été ainsi arrachée et se trouve séparée des tissus sous-jacents au niveau du tissu cellulaire sous-cutané. Du côté palmaire, au contraire, la peau est coupée à un travers de doigt au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, sa section suit à peu près une ligne représentant la corde qui sous-tendrait la courbe du pli d'opposition du pouce. Son contour, à ce niveau, est irrégulier, comme mâché. Immédiatement au-dessous de la peau et même la débordant, par suite de sa rétraction, on trouve les muscles de l'éminence thénar qui sont hachés ; tout est coupé à peu près à ras de la peau, os compris. Au toucher, on sent facilement l'extrémité du métacarpien sectionné comme avec une cisaille. Le tendon fléchisseur est coupé un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne.

A la partie interne, on voit la branche externe du médian, qui se divise à ce niveau en filaments pour les muscles de l'éminence thénar. — Pansement de Lister. Pendant les premiers jours, la température n'a pas cessé d'osciller au-

© BIU Santé

tour de 37°. Le malade n'a aucunement souffert. La plaie qui, au début, avait pris un aspect d'un gris sale avec pointillé rougeâtre (myosite traumatique), s'est rapidement détergée et a pris un aspect rose. Pansement au chloral.

Actuellement (20 *juillet*), elle est en voie de cicatrisation; plusieurs greffes sont posées sur les chairs, il est probable qu'avant guérison il y aura exfoliation d'une petite portion du métacarpien qui, maintenant, fait un peu saillie hors de la plaie.

Le 10 *septembre*, la plaie est complètement cicatrisée après avoir été couverte de nombreuses greffes.

Réflexions. — Cette observation nous semble intéressante : 1° En ce qu'elle montre de la façon la plus nette le double mécanisme des plaies par morsure de cheval : du côté palmaire les lésions par pressions ; du côté dorsal, les lésions par arrachement. 2° Par le peu de fréquence de cette sorte de lésion. Dans le mémoire de M. Gillette (*Soc. chir.*, 1876), sur 66 cas de plaies par morsure de cheval qu'a pu rassembler cet auteur, on ne relève que 4 arrachements du pouce, dont 3 avec arrachement de tendon, deux fois le fléchisseur, une fois le court extenseur, jamais le long extenseur, comme chez notre malade.

12. M. Ballet fait une communication sur un cas particulier de *paralysie générale spinale subaiguë curable*, consécutive au béribéri; le malade est mort de tuberculose. Il s'agit d'un individu qui, après des phénomènes d'engourdissement dans le membre inférieur, présenta une paraplégie complète. L'évolution des accidents fut marquée par des douleurs intenses. Plus tard, il survint de l'atrophie peu prononcée aux membres supérieurs, très accentuée aux membres inférieurs. Au moment où M. Ballet put observer le malade, l'atrophie était très marquée aux membres inférieurs, beaucoup moins nette aux membres supérieurs. Les phénomènes de paralysie avaient disparu et l'atrophie était en voie évidente de réparation. Le malade mourut de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on trouva une atrophie des grandes cellules des cornes antérieures de la moelle, analogue à celle que l'on constate dans l'atrophie musculaire progressive. Cette atrophie était marquée surtout à la région lombaire, particulièrement du côté gauche.

D'après les médecins du Brésil, où les premiers accidents s'étaient montrés, il s'agissait de la forme paralytique du béribéri. Les lésions constatées ne sont évidemment pas caractéristiques de cette affection : c'est le résultat d'une détermination vers la moelle dont les autres traces avaient complètement disparu.

M. Landouzy rappelle que l'observation du malade de M. Ballet se trouve consignée dans une thèse passée à Paris sur le béribéri.

13. Note sur une tumeur du volume d'un œuf, rendue par les selles, et constituée par de l'épithélioma cylindrique; par M. J. Dejérine, médecin des hôpitaux.

La pièce que je présente à la Société m'a été remise par M. le Dr Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, et provient d'un malade pour lequel il fut appelé en consultation, il y a une quinzaine de jours, dans un des départements de la Normandie. Le malade est un homme âgé de 45 ans, dont la mère est morte d'un cancer de l'estomac. Cet homme, depuis plusieurs mois, présente des troubles digestifs et de l'amaigrissement, de la diarrhée alternant avec de la constipation et du melœna, ce dernier parfois très abondant. Il présente dans la région hypogastrique une tumeur assez profonde et mal limitée. La tumeur que je montre a été rendue avec du melœna. Elle est du volume d'un petit œuf de poule, arrondie, et porte à sa partie inférieure les traces du pédicule qui la rattachait à l'intestin. Après durcissement dans l'alcool absolu, les coupes, colorées au picrocarmin, montrèrent que l'on avait affaire à une tumeur constituée par de l'épithélioma cylindrique, ainsi qu'il est facile de le constater sur les préparations que je présente à la Société. A un grossissement de 60, on constate ce qui suit. Couche glandulaire normale; dans le tissu cellulaire sous-muqueux, nombreuses cavités arrondies ou ovoïdes, tapissées par un épithélium cylindrique déposé en couche de revêtement, caractères ordinaires de l'épithélioma cylindrique. Pédicule fortement vascularisé et constitué par du tissu conjonctif embryonnaire et des vaisseaux à parois également embryonnaires.

Réflexions. — Je ne connais qu'un seul cas semblable à celui que je présente ici, il est dû à M. le Pr Cornil et a été présenté à la Société anatomique. Dans ce cas comme dans le mien, la tumeur avait été rendue par les selles. Il s'agit donc là de faits rares, pour deux raisons. La première, c'est qu'il faut un mode de développement tout à fait spécial de l'épithélioma cylindrique pour arriver à produire à la surface de l'intestin une tumeur aussi volumineuse. La deuxième raison consiste dans ce fait, qu'il est curieux de voir une pareille tumeur qui n'ait pas produit de phénomènes d'étranglement interne, avant que sa base d'implantation se fût détachée.

14. Ulcération de la carotide externe après ligature; par M. Sapelier, interne des hôpitaux.

Le 28 juin, M. Polaillon opérait un homme de 65 ans d'un cancer primitif de l'amygdale. Pour se mettre à l'abri des hémorrhagies tant au cours de l'opération qu'ultérieurement, il fit tout d'abord la ligature préventive de la carotide externe dans sa continuité et au-dessous de l'origine des premières branches. Nous ne décrirons pas ici l'opération, nous dirons seulement qu'une incision horizontale partant de la commissure labiale et une incision verticale prolongeant par en haut celle de la ligature, permirent de rabattre un lambeau suffisant pour pouvoir, par cette voie, enlever, à l'aide de l'anse galvanique et du thermocautère, toutes les parties malades. La réunion par première intention était obtenue au bout de dix jours; un seul point avait suppuré légèrement, c'était la partie la plus déclive de l'incision verticale, au niveau de la ligature de la carotide; pendant quelques jours, on fut même obligé d'y placer un drain. Ce petit foyer, dernier point de communication de la plaie avec le pharynx, semblait diminuer, la suppuration avait presque disparu, le drain était, partant, supprimé; le malade pouvait être regardé comme guéri, lorsque, le 14 *juillet* au matin, il fut pris d'hémorrhagie par la bouche. Cette hémorrhagie qui, selon toute probabilité, provenait d'artérioles collatérales et anastomotiques, céda d'abord à des injections d'eau perchlorurée, puis reparut et résista à tous les moyens hémostatiques dont nous pouvions disposer dans la circonstance. Le malade succomba le 16 *juillet*.

Autopsie. — La carotide primitive est saine; plaque d'athérome à l'origine de la carotide interne. Dans la carotide externe, on ne trouve ni caillot, ni rétraction par la ligature; bien au contraire, l'artère est rompue à ce niveau. Une recherche minutieuse montre le catgut non résorbé et enserrant un petit moignon de tissu artériel sphacélé, tenant à peine par un petit lambeau au bout inférieur de l'artère, dont la paroi interne à ce niveau est érodée dans une étendue de 2 à 5 millimètres. A quelques millimètres au-dessus du bout inférieur et baignant comme lui dans un caillot sanguin, nous trouvons, d'une part la thyroïdienne supérieure avec quelques millimètres de la paroi de la carotide; d'autre part, le bout supérieur de la carotide dont les bords sont évasés, retournés en dehors et irrégulièrement déchiquetés; la linguale et la pharyngienne naissent à 3 millimètres au plus au-dessus de la rupture. On ne trouve pas trace de bourgeons charnus autour de la carotide, au niveau de la ligature.

Réflexions. — L'hémorrhagie qui a emporté notre malade provenait donc, sans nul doute, de la rupture de la carotide externe au niveau de la ligature. Quelle a été la cause de cette rupture?

La carotide externe présentait-elle à ce niveau une plaque d'athérome? L'érosion constatée à sa tunique interne permet de le supposer. Le voisinage du courant sanguin

© BIU Santé

dans la carotide interne peut assurément être incriminé également. Enfin, le foyer de suppuration a non seulement empêché la formation de bourgeons charnus au niveau de la ligature, mais a encore produit une dénudation artérielle, dénudation entraînant à sa suite le sphacèle des parois artérielles, comme l'a indiqué M. le professeur Verneuil. Ces trois causes : athérome, voisinage d'une collatérale et dénunation par la suppuration, semblent donc devoir entrer en ligne de compte dans la rupture de l'artère.

Nous ferons remarquer, en terminant, que ce fait présente encore un intérêt de pratique chirurgicale; il montre qu'au bout de trois semaines le catgut n'est pas toujours résorbé, ainsi qu'on le croit généralement.

15. M. Gallois présente un *anévrysme de l'aorte abdominale* ouvert à sa partie postérieure. On avait constaté, pendant la vie, de l'hématurie et des douleurs abdominales très vives. La tumeur ne pouvait se percevoir par la palpation chez le sujet, qui était obèse.

19. Tube en caoutchouc rouge ayant séjourné 9 mois, sans subir d'altérations, dans un ganglion axillaire où il s'était enkysté ; par M. L. Monnier, interne des hôpitaux.

F. Michel, âgé de 12 ans, est atteint, en août 1882, d'une adénite suppurée de l'aisselle droite qui nécessite l'ouverture de l'abcès et la mise d'un drain. Quelques jours après, le drain disparaît ; on le croit tombé. La cicatrisation a lieu rapidement. Six semaines plus tard, la cicatrice rougit et se rouvre ; issue de quelques gouttes de sérosité ; mêmes phénomènes à cinq ou six reprises. La dernière poussée a eu lieu il y a 15 jours ; on l'a traitée par des cataplasmes.

Aujourd'hui, 4 *juin*, l'enfant revient à la consultation de M. de Saint-Germain. Nous trouvons à la partie supérieure de la paroi thoracique du creux axillaire un gros bourgeon charnu avec un point rouge au centre. On peut y reconnaître sans peine la couleur du caoutchouc rouge. A l'aide d'une pince, nous saisissons ce point, et une traction modérée, aidée d'un mouvement de bascule, extrait un fragment de drain, parfaitement conservé, de 2 centimètres de long sur 4 millimètres de large.

Réflexions.— Ce cas démontre : 1° L'importance de fixer les drains. 2° L'innocuité du caoutchouc rouge et son inaltérabilité.

20. Tumeur de la paroi thoracique du creux axillaire constituée probablement par une varice lymphatique ; par M. L. Monnier, interne des hôpitaux.

La nommée M... Marie, âgée de 10 ans 1/2, entre le 24 janvier 1883, à l'hôpital des Enfants, service de M. de Saint-Germain. C'est une fillette vigoureuse qui a toujours joui d'une bonne santé. En mai 1882, elle éprouve des douleurs lancinantes le long de la paroi latérale droite du thorax. A la fin de décembre, une tumeur se forma et s'accrut progressivement.

Au mois de janvier, cette tumeur présente les caractères suivants : située dans la ligne axillaire, elle commence au niveau de la neuvième côte et se perd dans le creux axillaire ; sa longueur est de 6 à 8 cent., son diamètre inférieur de 10 à 15 millimètres ; le supérieur de 3 à 4 millimètres. Elle est dure, arrondie, adhérente profondément, mais la peau glisse aisément à sa surface. Elle semble vaguement moniliforme.

L'ablation en est faite le 4 mai 1883. Il faut la sectionner à ses deux extrémités, ce qui permet de voir qu'elle émerge inférieurement de la paroi thoracique et paraît venir d'une région profonde. Voici les caractères de cette pièce anatomique : elle a l'aspect et un peu la couleur d'une sangsue ; ses dimensions sont bien celles données plus haut, à part la longueur qui est de 2 centimètres plus considérable. Elle ne présente aucune nouure. Les parois de ce vaisseau, car c'en est un, ont de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, sa lumière est obstruée par une substance, gelée de groseille, très foncée.

L'*examen histologique*, pratiqué après durcissement, montre : 1° Une paroi formée de trois tuniques : une externe ou adventice, une moyenne, musculeuse ; quant à l'interne, c'est à peine s'il en reste quelques vestiges. 2° Un contenu formé d'un stratum-fibrillaire fort ténu contenant d'innombrables cellules, arrondies, polynucléées, quelques-unes intactes, les autres altérées ; çà et là de petits bourgeons embryonnaires font saillie dans l'axe vasculaire.

Réflexions. — Quelle est la nature de cette tumeur ? A coup sûr, ce n'est ni un anévrysme ni une varice veineuse, puisque le contenu ne présente pas de globules rouges ou de strates fibrineuses. La marche du reste eût été autre. Serait-ce une varice lymphatique avec cette anomalie qu'elle s'est développée en sens inverse, c'est-à-dire de la périphérie vers le centre ? Peut-être, à moins que ce ne soit une lymphangite chronique tronculaire avec point de départ dans la plèvre. Toutefois, celle-ci n'a jamais présenté de phénomènes sthétoscopiques anormaux, à part de fugaces frottements, lors du premier examen. Des bourgeons partant de la tunique moyenne et s'avançant dans la lumière du vaisseau plaideraient en faveur de cette opinion. Notre maître, M. le Dr de Saint-Germain, se rangerait volontiers au diagnostic varice lymphatique. Quoi qu'il en soit, c'est un fait bon à publier pour servir à l'étude des tumeurs vasculaires de la paroi thoracique du creux axillaire.

Les suites de l'opération en elle-même ont été heureuses : toutefois, le 1er août, la plaie n'était pas cicatrisée et bourgeonnait abondamment au niveau de la lumière du vaisseau. La plèvre, à cette époque, ne présentait rien à l'auscultation.

21. Corps étranger de l'œsophage. — Œsophagotomie externe, — Mort ; par M. L. Monnier, interne des hôpitaux.

La nommée X... Marie, âgée de 7 ans, entre à l'hôpital des Enfants, le 16 juin 1883, salle Sainte-Pauline, n° 15, service de M. de Saint-Germain.

Le 17 *octobre* 1881, Marie X... avale une petite capsule métallique qui détermine, à l'instant, une telle suffocation que son père pousse ce corps étranger avec le doigt. La capsule s'arrête définitivement dans l'œsophage, si l'on en juge, du moins, par les symptômes qui ont persisté jusqu'à ce moment, impossibilité d'avaler autre chose que des liquides, rejet immédiat d'une partie de ces liquides, sensation vague de douleur rétro-sternale, etc.

En juin 1883, l'émaciation était devenue extrême. En l'examinant à ce moment, M. de Saint-Germain trouva que les instruments explorateurs, quels qu'ils fussent, étaient arrêtés à 15 centimètres des arcades dentaires par un obstacle, charnu en apparence. L'œsophagotomie externe fut résolue et pratiquée le 20 *juin*, mais il fut impossible de franchir l'obstacle et même d'en reconnaître la nature. L'enfant meurt 48 heures après, d'un phlegmon du cou par épanchement.

Autopsie, pratiquée 40 heures après la mort.—Outre les lésions du phlegmon du cou, nous trouvons de vieilles adhérences de l'œsophage à la colonne vertébrale, depuis son origine jusqu'à la deuxième dorsale. Au niveau des deuxième et troisième dorsales, est une cavité pouvant loger une noisette, remplie d'un magma caséeux. La paroi antérieure est formée, en partie, par un objet noirâtre, qui n'est autre que la face convexe du corps étranger. Il a déterminé sur la paroi postérieure de l'œsophage une perforation de 2 centimètres de haut, sur 15 millimètres de large. La paroi postérieure est constituée par la colonne vertébrale. En ce point, la face interne du lobe supérieur du poumon droit adhère fortement à la plèvre médiastine, et la lame pulmonaire correspondante est indurée. Le poumon gauche est à peine adhérent. L'aorte et les bronches sont indemnes.

En ouvrant le conduit pharyngo-œsophagien, nous trouvons les particularités suivantes : Deux solutions de continuité, presque parallèles, existent au point où l'on a pratiqué l'œsophagotomie ; l'une, parfaitement fermée par le catgut, l'autre béante, due sans doute à un coup de bistouri. A 3 ou 4 centimètres au-dessous, apparaît une sorte de valvule sigmoïde, due à la formation d'une bride cicatri-

© BIU Santé

cielle, transversale, soulevant la muqueuse. Elle est placée directement au-dessus du corps étranger. C'est dans ce cul-de-sac que venaient butter tous les instruments ; interposé entre le corps étranger et l'instrument, cette valvule empêchait de le percevoir nettement. Entre la face antérieure de la cupule et l'extrémité de droite cette valvule, est un petit canal, la seule partie du conduit œsophagien perméable en ce point : une sonde de 2 à 3 millimètres y passe.

Le corps étranger, malgré son long séjour œsophagien (21 mois), est simplement oxydé ; c'est l'armature métallique d'un bouton, cupule de deux centimètres de diamètre transversal sur 7 à 8 millimètres de diamètre antéro-postérieur. Rien à signaler dans les autres organes, à part un ratatinement tel de l'estomac qu'il a le volume de l'intestin grêle.

Réflexions. — Parmi les particularités à relever dans ce fait, signalons d'abord : 1° L'importance de cette valvule, obstacle infranchissable à la sonde ainsi qu'aux aliments, obstacle également à la détermination de la situation précise du corps étranger. 2° Le pronostic des corps étrangers de ce volume est grave chez les enfants de cet âge si l'on ne parvient à les extraire, car il leur est fort difficile, sinon impossible, de franchir l'angustie normale de l'œsophage au niveau de la bronche droite. 3° Le corps étranger se trouvait ici à 4 cent. environ de l'ouverture œsophagienne ; il eût donc été possible, avec l'auriculaire, de le sentir. Cela nous semble une exploration légitime et même indiquée en pareille occurrence, c'est-à-dire quand on est amené à faire l'œsophagotomie externe.

24. M. Picqué montre les *reins d'un homme cathétérisé pour un calcul de la fosse naviculaire*. On avait dû faire aussi une petite incision pour dégager ce calcul. Il s'est fait des abcès sous-cutanés à la racine des membres, symptomatiques évidemment d'une infection pyhémique, et cependant le malade n'est mort que plusieurs mois après, avec de simples phénomènes de cachexie. Il existait de la pyélo-néphrite double d'origine calculeuse.

25. M. Picqué présente de *petits calculs* trouvés dans la *prostate* d'un homme chez lequel on avait fait une fausse route par un cathétérisme malheureux. Il existe d'un côté de l'hydro-néphrose, sans dilatation de l'uretère, qui est demeuré parfaitement perméable. Cette lésion ne serait-elle pas congénitale ?

M. Cornil pense qu'elle résulte d'une pyélo-néphrite calculeuse et d'une oblitération mécanique qui a disparu. La capsule du rein est fortement adhérente, ce qui indique l'existence d'une néphrite interstitielle.

26. M. Picqué fait voir les pièces anatomo-pathologiques de trois cas de *mal de Pott*.

27. M. Barth montre le *cœur* d'un *tuberculeux* qui présentait un souffle systolique à la pointe. Il existe une endocardite ancienne de la valvule mitrale. Il s'est formé un épaississement en bourrelet. Au-dessous de la valvule, on trouve de véritables nids de pigeon ouverts dans le ventricule. Lorsque les différentes valves sont réunies, il en résulte une sorte de dôme multiconcave saillant dans l'oreillette. Cette disposition n'est-elle pas en faveur de la théorie physiologique du fonctionnement de la mitrale, dite du dôme multiconcave, et contraire à la thérorie du piston creux, actuellement adoptée par la plupart des auteurs ?

28. M. Morel-Lavallée montre un volumineux *polype fibrineux du nez*, pour l'extraction duquel l'incision de l'aile du nez a été rendue nécessaire.

29. M. Rummo (de Naples) fait successivement des communications sur : 1° *Les lésions viscérales après l'empoisonnement par l'iodoforme* ; 2° *Les lésions du plexus solaire et des ganglions cervicaux dans la maladie d'Addison* ; 3° *Les lésions des muscles aux diverses phases de l'atrophie musculaire pseudo-hypertrophique*.

30. Elections. — MM. Gendron et Rummo sont nommés membres correspondants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 mars 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

M. du Castel a continué et terminé la lecture de son intéressante communication sur les *symptômes* et *le diagnostic de la sclérose pulmonaire*. Nous avions remis à aujourd'hui, lors de notre dernier compte rendu, l'analyse de la première partie de cet important travail que nous pouvons maintenant résumer dans son ensemble.

La sclérose pulmonaire, dit M. du Castel, paraît dans un nombre de cas encore assez considérable, exister comme lésion primitive du poumon. Elle succède à des irritations pulmonaires répétées ou à une inflammation aiguë dont la résolution s'est imparfaitement accomplie. Quellequ'ait été l'origine de la sclérose, celle-ci, une fois constituée, présente un ensemble de symptômes toujours à peu près le même.

La toux d'abord peu intense devient, à mesure que la malade vieillit, pénible, quinteuse, coqueluchoïde. L'expectoration est habituellement abondante, muco-purulente, difficile à rejeter. Les hémoptysies se répètent fréquemment, mais peu abondantes, consistant en quelques crachats sanguinolents. La dyspnée, nulle au repos, est très accusée au mouvement ; il y a un contraste frappant entre le peu d'étendue des lésions et l'intensité de la dyspnée.

L'examen et la poitrine révèle : un emphysème limité des parties antérieures de la poitrine ; une plaque d'induration dans un point plus ou moins circonscrit de la partie postérieure des poumons, caractérisée par de la submatité, une respiration soufflante, fréquemment de la pectoriloquie aphone.

La sclérose peut débuter par le sommet des poumons, par la base ; assez souvent elle semble avoir son origine dans une affection des grosses bronches. La dilatation du cœur droit est un phénomène habituel, qui s'accentue très fortement au moment des exercices ; il est probablement l'origine de la dyspnée si accusée. La durée de l'affection est toujours très longue ; l'état général se maintient pendant des années.

Un des caractères particuliers de l'affection est de prédisposer aux poussées de congestion pulmonaire ; à ce moment, il y a fièvre légère ; expectoration abondante (2-3 pleins crachoirs) muqueuse, visqueuse, transparente, souvent mélangée de sang ; au niveau du foyer de sclérose, il y a production de râles fins accompagnés de sibilance dans une plus ou moins grande étendue des poumons. Ces crises durent ordinairement quelques semaines.

La mort peut arriver par asystolie par suite de l'exagération des troubles qui existent toujours à un plus ou moins haut degré dans la circulation du cœur droit. Souvent aussi la mort survient à la suite d'une inflammation pulmonaire aiguë, broncho-pneumonie, suppuration ou gangrène du poumon ; en pareil cas, il semble qu'il y ait exagération des poussées inflammatoires qui constituent ordinairement les crises. La sclérose pulmonaire est souvent liée à la tuberculose. Il n'est pour ainsi dire pas un seul tuberculeux qui ne soit atteint de sclérose du poumon à quelque degré. Mais faut-il considérer la tuberculose comme l'accompagnement obligé de cette dernière lésion, ou n'y a-t-il pas lieu au contraire de reconnaître à la sclérose une certaine individualité ? M. du Castel n'hésite pas à adopter cette seconde manière de voir, dont l'anatomie pathologique aussi bien que la symptomatologie démontre la justesse.

En effet, la sclérose pulmonaire est une lésion inter-alvéolaire qui aboutit à la prolifération du tissu fibreux ; le tubercule, au contraire, est intra-alvéolaire et se termine par ulcération.

Chez les tuberculeux, les phlegmasies pulmonaires appartiennent à l'espèce des inflammations caséeuses ; chez les scléreux, on rencontre surtout des broncho-pneumonies. Le phtisique meurt de fièvre hectique et de cachexie, le scléreux par bronchio-pneumonie ou par asystolie.

Ce sont là plus de raisons qu'il n'en faut pour accorder une personnalité à la sclérose du poumon, et la décrire à

© BIU Santé

part comme une affection spéciale dans les traités de pathologie.

M. Grancher communique à la Société plusieurs observations de tuberculose pulmonaire qui sont de nature à mettre en lumière la valeur riche de la constatation des bacilles dans le diagnostic de la tuberculose. Chez les malades qui ont fait l'objet des observations en question, il n'était pas permis d'hésiter sur la signification des signes d'auscultation et sur l'existence de l'infection tuberculose du poumon, or, l'examen réitéré des crachats ne permit pas de constater la présence des bacilles.

Si je constate ces résultats, dit M. Grancher, ce n'est en aucune façon pour diminuer la valeur et l'importance diagnostique du bacille. Je crois, au contraire, ajoute-t-il, que lorsqu'un observateur attentif et exercé trouve des bacilles dans les crachats, rien ne saurait surpasser la valeur de ce signe. J'irai même plus loin : la présence bien constatée d'un seul bacille vaut mieux pour le diagnostic que tous les symptômes fournis par la percussion ou l'auscultation. Cependant il y aurait imprudence à croire que la recherche des bacilles doit supplanter les autres procédés de diagnostic. Les bacilles, en effet, n'apparaissent qu'assez tardivement dans les crachats, du moins dans la tuberculose commune, car il en est autrement dans celle qui aboutit rapidement à l'ulcération. Et je crois qu'attendre pour instituer le traitement d'avoir trouvé le parasite, ce serait commettre une faute grave. — D'ailleurs il faut reconnaître que la recherche du bacille offre des difficultés réelles, et ce serait exagérer singulièrement les choses que de penser, comme on l'a dit, qu'il s'agit là d'une opération aussi simple que celle qui consiste à déceler la présence de l'albumine dans l'urine.

Les matières colorantes employées doivent être de bonne qualité et fraîchement préparées. Il est nécessaire d'avoir à sa disposition de l'alcool véritablement absolu. Les solutions doivent être faites avec soin. D'ailleurs la série de manipulations auxquelles on doit se livrer exige un temps relativement long. Il ne faut pas moins de vingt-quatre heures avec la méthode de coloration lente. La méthode rapide, il est vrai, ne demande guère que vingt minutes, mais elle offre moins de garanties. Lorsqu'on y a recours il faut encore pour monter quatre lamelles environ une heure, plus une demi-heure pour les examiner avec quelque soin.

J'ajoute que le temps de l'opération qui consiste à décolorer les éléments autres que les bacilles, expose à des causes d'erreur. Laisse-t-on trop peu de temps la lamelle dans l'acide nitrique, la décoloration est insuffisante ; si l'immersion est au contraire prolongée un peu plus qu'il ne faut les bacilles eux-mêmes se décolorent. Il y a là un *tour de main* qu'il faut acquérir, qui s'apprend facilement, je le veux bien, mais qui nécessite une certaine habitude.

Les causes d'erreur dépendent donc à la fois des réactifs, de la méthode employée, et de l'habileté plus ou moins grande de l'observateur. Si l'on ajoute que le parasite de la tuberculose a des dimensions très petites, puisque ses diamètres sont très inférieurs à ceux d'un globule sanguin on sera obligé de reconnaître avec moi que si les résultats de l'auscultation sont souvent défectueux, la recherche du bacille ne l'est pas moins.

Si je soumets à la Société ces quelques observations, ce n'est pas pour m'élever contre un procédé de diagnostic que je considère comme précieux, mais pour lui assigner sa véritable valeur. Au reste ces critiques analogues à celles que je viens de formuler l'ont été récemment par M. Frankel, dans une communication faite à la Société de médecine de Berlin, et où je trouve émise l'opinion que m'avaient inspirées mes recherches antérieures.

En résumé, la découverte du bacille tuberculeux n'entame en rien, ce me semble, les droits de l'auscultation : Dans le cas de tuberculose douteuse, la présence des bacilles dans les crachats fournira au diagnostic un élément de certitude incontestable ; mais lorsqu'il s'agira de porter un diagnostic précoce, c'est toujours à l'auscultation qu'il faudra recourir.

M. Damaschino décrit l'appareil fort ingénieux qu'il a imaginé pour photographier les préparations microscopiques. Il montre de très belles phothographies de coupes de muscles et d'os, de microbes de la blennorrhagie.

M. du Castel présente un *anévrysme de l'artère pulmonaire* rompu dans une caverne tuberculeuse.

M. Lereboullet lit un rapport sur la candidature de M. Treille. A l'appui de sa candidature, M. Treille a envoyé un mémoire sur le réflexe douloureux dans certaines dyspepsies gastro-intestinales. Ce travail a été déjà analysé dans l'un des compte-rendus de la Société médicale. G. B.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 avril 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Terrier, désireux de répondre à l'invitation de M. Després et de lui prouver que l'infection purulente est inconnue à l'hôpital Bichat, présente à la Société la statistique des opérations pratiquées dans cet hôpital en 1883. Sur un très grand nombre d'opérés on n'a compté que 7 décès, quelques-uns par tuberculose, d'autres par pneumonie, un seul par érysipèle bronzé, survenu pendant une absence de M. Terrier. Dans cette longue statistique que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, deux chiffres nous ont frappé : 17 ovariotomies ont donné 15 guérisons ; 2 hystérectomies, 2 guérisons. M. Terrier attribue ces résultats magnifiques à l'extrême rigueur avec laquelle il fait appliquer la méthode antiseptique dans le service dont il est le chef.

M. Magitot lit un travail sur le *diagnostic différentiel des tumeurs dures de la voûte palatine.* — A côté des enchondromes, des ostéomes et des kystes, on rencontre parfois à la voûte palatine des tumeurs dures, à évolution lente, pouvant se compliquer de phénomènes aigus à un moment donné, et qui ont pour origine l'hétérotopie d'un follicule dentaire. M. Magitot a rencontré deux de ces cas, l'un sur une femme de 70 ans, l'autre sur un homme de 30 ans. Dans ce dernier cas, la tumeur qui datait de huit mois était d'une dûreté osseuse et présentait le volume d'une amande. Elle avait déterminé des douleurs névralgiques très intenses et même du strabisme par paralysie du droit interne. On avait essayé sans succès le traitement antisyphilitique, quand, la tumeur s'étant enflammée, M. Magitot dut l'ouvrir au bistouri. Il constata alors, au-dessous de la muqueuse enflammée, une coque osseuse, dans la cavité de laquelle apparaissait la couronne d'une canine. C'était bien une tumeur d'origine dentaire, et en examinant la dentition du malade, on put voir que la canine supérieure droite manquait ; au dire du malade, cette dent n'avait jamais paru. Aussitôt après l'incision, les symptômes s'amendèrent, et très peu de temps après ils disparurent tout à fait. — M. Magitot conclut : « qu'on peut observer, à la voûte palatine, des tumeurs dures ayant pour origine l'hétérotopie d'un follicule dentaire ; — que ces tumeurs peuvent être simples ou kystiques ; — et, qu'en conséquence, le diagnostic des tumeurs de cette région doit être subordonné à l'examen de l'appareil dentaire. »

M. Després fait remarquer que dans ce cas, comme dans tous ceux où l'on n'a pas de diagnostic, on s'est cru obligé d'essayer, sans aucun succès d'ailleurs, le traitement prétendu antisyphilitique.

M. Delens a vu un cas semblable à la mâchoire inférieure.

M. Th. Anger a observé dans la fosse canine une tumeur kystique au fond de laquelle il aperçut des parties osseuses d'une extrême dûreté. M. Anger se préparait à faire la résection du maxillaire supérieur, quand l'examen attentif des parties dures lui montra qu'elles étaient formées par une dent. C'était sans doute un kyste dentaire analogue à ceux dont M. Magitot vient de parler.

M. Tillaux demande pourquoi M. Magitot s'est contenté d'une incision et n'a pas enlevé la dent coupable.

M. Magitot répond : à M. Després que l'on est autorisé à essayer le traitement antisyphilitique dans les cas douteux ;

© BIU Santé

il n'est pas d'une gravité telle que l'on puisse négliger ses services dans certains cas ; — à M. Anger, qu'il s'est certainement trouvé en présence d'un kyste folliculaire de la fosse canine ; — et à M. Tillaux, qu'il n'a pas cru devoir enlever la dent parce qu'elle était profondément enclavée, ne montrant que le sommet de sa couronne, et qu'on n'eût pu l'enlever qu'au prix d'un délabrement inutile, puisque tous les accidents ont cessé après l'incision.

M. Schwartz lit un travail sur *l'élongation combinée avec la résection du spinal externe contre le torticolis spasmodique*. — Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Polaillon, Monod et Tillaux, rapporteur.

M. Jeannel (de Vendôme) lit un travail intitulé : *contribution à l'étude du traitement des kystes parovariques par les injections iodées*. — Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Terrier, Nicaise et Bouilly, rapporteur.

M. Monod présente un *monstre pseudencéphalien* (genre pseudencéphale, Isid. Jeoffroy de St-Hilaire) qui a été adressé par le Dr Carrive, de Sauveterre (Basses-Pyrénées).

P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 26 mars 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Guéneau de Mussy, à propos du procès-verbal et de la discussion sur l'*aconit*, s'étonne que l'on ait formulé, dans la dernière séance, les deux affirmations suivantes : que l'aconitine n'était pas un corps stable et pouvait éprouver certains changements en vieillissant, et ensuite que cet alcaloïde pouvait avoir des propriétés différentes, suivant sa provenance. Il est en effet étrange qu'un cristal, qui offre des qualités physiques et chimiques constantes, puisse présenter des propriétés différentes.

M. L. Blondeau, qui a émis la première assertion, s'est appuyé sur un travail, déjà ancien, il est vrai, de M. Laborde. Et, du reste, les transformations moléculaires de certains corps ne sont pas rares, si l'on en juge seulement par ce qui se passe pour l'acide tartrique, comme l'a montré M. Pasteur.

M. Petit dit que l'erreur en pareille matière provient de ce que les aconits de diverses provenances donnent des alcaloïdes très variables. Pour n'en citer que quelques-uns, l'aconit du Japon donne un alcaloïde appelé la japaconitine, l'aconit ferox donne la pseudaconitine ; mais chaque fois qu'on agira sur le véritable aconit Napel soit de Suisse, soit des Vosges, on aura une aconitine cristallisée, toujours identique à elle-même et qui ne subira jamais de transformations ; cette aconitine, parfaitement définie, sera toujours constante dans ses effets.

M. L. Blondeau prétend toujours que l'aconitine est un médicament difficile à préparer à l'état de pureté absolue et que l'on doit rayer de la thérapeutique.

M. Petit combat cette assertion. En somme, l'aconitine cristallisée représente l'état le plus pur, le plus défini et le plus constant de l'aconit. Elle est difficile à préparer, il est vrai, mais malgré cela, il vaut encore mieux la posséder, que d'avoir, comme auparavant, des aconitines différentes, impures, avec lesquelles on voyait souvent survenir des accidents. Avant la découverte de l'aconitine cristallisée, très pure, préparée par le procédé Duquesnel, il eût mieux valu supprimer toutes les préparations d'aconitine et s'en tenir aux préparations actives d'aconit ; aujourd'hui, il n'en est plus de même, quoiqu'en dise M. L. Blondeau, et l'aconitine cristallisée doit tenir son rang dans la thérapeutique.

M. Catillon a fait des recherches comparatives sur la teinture de racines sèches d'aconit, et l'alcoolature de racines fraîches. Si on met 500 gr. d'alcool à 90° sur 500 gr. de racines sèches, on obtiendra une teinture qui représentera 500 gr. de liquide ; si au contraire on met 500 gr. d'alcool sur 500 gr. de racines fraîches, en raison de l'eau qui se trouve d'elle-même dans celles-ci suivant une proportion de 4/5, on obtiendra 900 gr. de liquide. D'où il résulte que l'alcoolature de racines d'aconit est bien moins active que la teinture, et que le Codex a eu tort en incriminant seulement la première de ces préparations.

M. Petit est absolument de ce dernier avis ; il eût beaucoup mieux valu inscrire la teinture, car les racines bien desséchées constituent des produits bien plus identiques, bien mieux définis que les racines fraîches.

M. Campardon fait une communication sur le *traitement du diabète par les douches d'air* ; celles-ci sont données pendant cinq à dix minutes sur la colonne vertébrale et le cou. M. Campardon cite trois observations de diabète traité de cette façon à l'établissement hydrothérapique de M. le Dr Dumont. Dans le premier cas, le sucre, qui était à 77 gr. 44, est descendu, après 18 douches, à 36 gr. 65. Dans le second, le sucre a baissé, après 8 douches, de 18 gr. à 2 gr. 27. Enfin dans le troisième, le glycose est tombé de 102 gr. à 68 gr. après 8 jours de douches. Cette amélioration se maintient et s'accompagne d'un amendement dans tous les autres symptômes, polydipsie, polyurie, fatigue musculaire, dyspepsie, etc.

Voici les phénomènes qui se passent localement au contact de la colonne d'air : la peau blanchit, se creuse, il se forme un véritable godet. Le thermomètre s'abaisse de 1 degré. Après la cessation de la douche, il survient une rougeur très vive qui persiste pendant trois ou quatre heures, et qui s'accompagne de sueurs à ce niveau.

Par quel mécanisme ces douches agissent-elles ? L'action doit être éminemment complexe : massage des tissus, par tassement et relâchement ; action réflexe ; excitation directe du bulbe ; enlèvement à la peau des produits de sécrétion, etc. Quoi qu'il en soit, M. Campardon engage les membres de la Société à essayer ce moyen facile qui lui a donné dans ces trois cas de si bons résultats.

Elections. — MM. Brame, Brémond, Ed. Michel sont nommés membres titulaires pour la section de médecine ; M. Boymond, pour la section de pharmacie. MM. Sejournet et Ludger sont nommés membres correspondants.

F. Bottey.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

X. El clorhydrato de pereirina en los fiebres intermittentes paludicas ; par Freire, Almir Nina, etc. (*Il siglo medico*, n° 1554).

XI. Mefitis americano (*Archivos di Terapeutica*, n° 1).

XII. Ueber die Wirkung des Hyoscins gegen die Nachtweisse der Phthisiker par Fräntzel. (*Charité-Annalen*, VIII Jahrg ; Berlin 1883, p. 301.)

XIII. Nitrito di sodio nell'epilessia ; par Ralfe (*Lancet*, d'après *Rivista clinica e terapeutica*, mai 1883, n° 5, p. 267.)

XIV. Le gui de chêne (Viscum album, Muérdago), *Anales de obstetrica*, etc., décembre 1883, p. 371.

XV. Aletris farinosa ; par Duncan, d'après *El siglo medico*, 23 décembre 1883, sans indication d'origine.

XVI. Virburnum opulus, *Rivista clinicæ terapeutica*, juillet 1883.

XVII. Ueber Gynækologische Medication. (Hydrastis canadensis), par Schatz (de Rostock), (*Centralbl. f. d. ges. Therapie*, fév. 1884).

XVIII. Asclepias incarnata, par Harman ; **Cascara sagrada**, par Hoss. (Les indications bibliographiques ont été égarées.)

X. M. Silva, professeur de pathologie interne à la faculté de Rio-de-Janeiro, a étudié le premier les propriétés du *pao-pereira* (1) (encore désignée vulgairement au Brésil sous d'autres noms, *páo-colher*, etc.), qu'il employait sous forme de décoction. En 1838, M. Correia de los Santos, pharmacien au Brésil, en retira un alcaloïde auquel il donna le nom de *Pereirine*. En 1879, M. Freire a publié une étude sur la pereirine (2) dont nous extrayons les passages suivants :

« L'écorce du páo pereira est regardée depuis longtemps

(1) Le nom botanique est différent selon les auteurs ; M. Baillon dénomme cette plante *Geissospermum lævæ*.

(2) Freire. — *Recueil des travaux chimiques* ; Rio de Janeiro, 1880.

© BIU Santé

comme un bon tonique, et appliquée comme tel contre un grand nombre de maladies. Ses propriétés anti-fébriles furent constatées par des médecins distingués, les plus anciens de Rio-de-Janeiro, tels que le savant Valladao (aujourd'hui baron de Petropolis), Maia, de Simoni, Chernoviz, Silva, etc. A titre d'anti-scrofuleux, cette écorce était déjà employée avec avantage par Ildefonso Gomes.

L'action thérapeutique de l'écorce est due à la présence d'un principe alcaloïdique, isolé pour la première fois, en 1838, par Ezéquiel Correa dos Santos, chimiste distingué, père du savant professeur de notre Faculté de médecine de Rio.

Si quelques auteurs étrangers, comme Van den Corput (1), citent le nom de notre compatriote comme ayant découvert la péreirine; d'autres, parmi eux MM. Würtz et Dorvault, la présentent comme ayant été découverte par Goos en 1839. Mais si l'on confronte les dates, on voit que les travaux de Goos furent postérieurs à ceux d'Ezéquiel.

Le Dr Lallemand envoya à un chimiste de Kiel, le professeur Pfaff, une portion d'écorce de pão pereira; et le même professeur fit en collaboration avec Goos, pharmacien à Hambourg, l'analyse du pão pereira. Il est donc évident que lorsque Pfaff analysa le pão pereira, celui-ci l'avait déjà été par Ezéquiel, qui avait aussi signalé l'existence du principe actif; et que Goos, qui passe aux yeux de Dorvault et d'autres comme l'isolateur de l'alcaloïde, n'a été qu'un auxiliaire du professeur Pfaff. Il résulte des expériences physiologiques faites par M. Cypriano Freitas, en collaboration avec M. Bochefontaine (2), que la péreirine n'a pas une action locale irritante, qu'elle jouit du pouvoir d'abolir les propriétés physiologiques de la substance grise nerveuse centrale et particulièrement de l'axe gris bulbo-médullaire.

La péreirine telle qu'on la livre au commerce, est loin de représenter un principe immédiat, un corps chimiquement défini. La poudre jaune, sèche, sans le moindre vestige de cristallisation, qui se trouve sur le marché sous le nom de l'alcaloïde, n'est qu'un mélange assez complexe. Pour résoudre cette question, nous avons tenté un bon nombre d'expériences dont le résultat tend à confirmer cette assertion.

En effet, des traitements auxquels nous avons soumis la péreirine du commerce, il résulte en résumé que cette substance est un mélange de cinq corps, que nous avons isolés et dont nous possédons des échantillons dans le laboratoire de la Faculté. Ces corps sont : 1° matière amylacée; 2° matière colorante amère, retenant l'alcaloïde; 3° matière d'une apparence cristalline mal définie, présentant la composition centésimale de la glucose, insoluble dans l'eau. Voici le résultat de l'analyse de ce corps :

Carbone	36,210
Hydrogène	6,556
Oxygène	57,234

4° matière ayant la composition d'un hydrate de carbone différent du précédent; 5° matière cristalline, incolore, offrant les caractères d'un glucoside sans garantie de pureté chimque absolue. »

M. Lacerda (1881)(3) conclut de ses expériences physiologiques : 1° que le chlorhydrate de pereirine à doses toxiques paralyse les centres vaso-moteurs bulbo-spinaux, ainsi que les filets cardiaques du nerf vague. — 2° qu'il ne jouit d'aucune action antithermique, mais qu'au contraire il augmente de quelques dizièmes de degré la température centrale; — 3° que ce sel ne paraît posséder aucune action sur les sécrétions, ni modifier directement les propriétés du tissu musculaire et l'excitabilité des nerfs moteurs. — 4° qu'il exerce sur le cœur une action antagoniste à celle de la digitale.

Ces résultats diffèrent de ceux obtenus par MM. Freitas et Bochefontaine, ce qui tiendrait à ce que ces auteurs se seraient servis de la pereirine impure du commerce.

(1) Van-den-Corput. — *Aperçu de matière médicale et thérapeutique brésiliennes*. Bruxelles, 1865.
(2) *Note sur l'action physiologique du pao pereira*, 1877,
(3) Lacerda. — *Investigações experimentaes sobre a acção physiologica do chlorhydrato de Pereirina*, Rio de Janeiro, 1881.

M. Almir Nina (1), dans le service de M. le professeur Torres Homem, a utilisé avec succès le chlorhydrate de pereirine dans les fièvres intermittentes. — Cet auteur n'a pas encore publié ses observations qu'il réserve pour sa thèse inaugurale. Son article est surtout historique.

XI. Cette substance jouirait d'effets analogues à ceux du chloroforme; elle présenterait de plus l'avantage de pouvoir être employée longtemps sans danger. Les inhalations produisent l'insensibilité et le relâchement musculaire.

XII. M. Fräntzel (de Berlin) a employé l'hydroiodate de hyoscine en injection hypodermique à la dose d'une 1/2 seringue (solut. 0 gr. 01 centigr. sur 10 gr. d'eau dist.), soit 0,0005. L'auteur considère le traitement des sueurs nocturnes par l'hyoscine comme peu sûr, incertain et accompagné d'effets désagréables.

XIII. M. Ralfe a traité 17 cas d'épilepsie avec le *nitrite de sodium* et dit en avoir obtenu de très bons résultats dans neuf cas. Selon cet auteur, ce médicament devrait être réservé pour les cas où le bromure de potassium ne donne pas de résultat, et dans lesquels celui-ci produit des symptômes d'intolérance; il serait surtout utile dans le petit mal. Chez un épileptique qui avait avant le traitement jusqu'à 11 accès diurnes et 15 nocturnes, M. Law (*Practitioner* 1882), administra ce sel pendant trois mois de suite, à la dose quotidienne de un gramme; pendant toute la durée du traitement, les accès s'abaissèrent à trois par jour.

Le nitrite de sodium a été employé dans le traitement de l'angine de poitrine. M. Collier (*Lancet*, 24 nov. 1883) l'a prescrit à la dose de 21 centigr. (répétée 4 à 5 fois par jour) avant les accès. Ceux-ci persistèrent, mais furent cependant de moindre durée et moins violents. L'auteur pense que le nitrite de sodium était impur.

MM. Sydney Ringer et William-Murrel ont donné ce sel dans un assez grand nombre de cas; même à des doses très faibles (de 20 à 70 centigr.) la plupart de leurs malades se refusaient à continuer le traitement (affaiblissement général, vomissements, maux de tête, vertiges, cyanose, tremblement, chute, etc.), (*Lancet*, 3 novembre 1883).

XIV. M. Castillo de Pineiro l'a de nouveau employé dans le traitement de la métrorrhagie, de la ménorrhagie et de la leucorrhée; il l'a administré sous forme d'extrait semi-liquide (4 gr.), dissous dans l'eau (180 gr.) à prendre toutes les 1/2 heures ou toutes les heures; toutes les trois ou quatre heures dans les catarrhes utéro-vaginaux. Cet auteur en aurait obtenu de bons résultats.

XV. M. Duncan (de Waynesbourg) prétend avoir utilisé avec succès l'*aletris farinosa* dans les cas de dysménorrhée accompagnée de douleurs irrégulières, d'aménorrhées ou de ménorrhagies. Dose : 10 gouttes d'extrait liquide, trois fois par jour. Ce médicament serait un agent très précieux comme modificateur et tonique de l'utérus.

XVI. Selon Hall, il trouverait son emploi comme antispasmodique dans l'hystérie, l'éclampsie, etc.; dans la dysménorrhée, à la dose de quelques gouttes de teinture, trois fois par jour, quelque temps avant les époques. Prady a rapporté dernièrement (*New-Yorck med. Journ. and obstetri. Rev.*, 1882) 6 cas de dysménorrhée traités avec succès avec ce médicament.

XVII. M. Schatz a employé l'extrait liquide d'*Hydrastis canadensis* (2) contre les métrorrhagies et les ménorrhagies dans environ 50 cas et a trouvé que ce médicament diminue surtout les hémorrhagies provenant de la muqueuse de l'appareil génital et paraît posséder de ce côté une action supérieure à celle du seigle ergoté, sur lequel il a encore l'avantage de ne produire aucun trouble digestif, mais, au contraire, d'augmenter plutôt l'appétit. — Dans les mé-

(1) *Gazeta medica da Bahia*, juin 1883. *Do chlorhydrato de pereirina nos febres intermittentes palustres*, p. 560.
(2) Voir Lanessan. — *Manuel d'histoire naturelle médicale*, p. 463; selon cet auteur elle figure dans la pharmacopée des Etats-Unis; son rhizome est amer et contient de la *berbérine*, autrefois nommée *hydrastine*; on l'emploierait comme tonique.

© BIU Santé

norrhagies, on commence le traitement une semaine avant la date présumée des règles. Les doses sont d'environ 20 gouttes d'extrait liquide, trois fois par jour.

XVIII. L'*asclepias incarnata* a été utilisée par M. Harman comme diurétique; un morceau (de l'épaisseur du pouce) de la racine est mis dans un demi-litre d'eau et préparé à la façon du thé; on en prend de 30 à 60 gr. dans l'espace de quelques heures jusqu'à ce que l'effet diurétique se produise. M. Harman croit à l'efficacité de ce médicament qui n'aurait jamais d'inconvénients, il attribue ses effets à une excitation des reins.

La *Cascara sagrada*, *Rhamnus purshiana*, est un arbre originaire des bords de l'Océan Pacifique, de l'Amérique du Nord. L'extrait liquide agirait comme excitant sur la musculature de l'intestin, à la façon de la noix vomique. M. Horn en donne 20 gouttes, trois fois par jour, dans de l'eau sucrée pendant 14 jours. Après ce temps, les selles sont régularisées. A la dose d'une cuillérée à thé, ce médicament agit comme léger laxatif sans inconvénients. L'auteur en aurait obtenu surtout de bons résultats dans les affections hépatiques légères accompagnées de selles peu abondantes et dures; il aurait eu aussi à s'en louer dans la médecine des enfants. — M. Fliesburg l'a employé aussi avec succès comme laxatif (*Revue des journaux*, n° 2).

P. Bricon.

CORRESPONDANCE

Des paralysies psychiques expérimentales.

Monsieur le rédacteur,

Dans ma communication au dernier Congrès de Rouen sur la suggestion à l'état de veille, et dans une brochure publiée récemment sur la *suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, j'ai établi ce fait : Chez beaucoup de sujets non hypnotisés, mais hypnotisables, on peut à l'état de veille, par simple affirmation, produire de la paralysie, de l'anesthésie sensitive ou sensorielle, de la contracture, totale ou partielle; chez quelques-uns on détermine des suggestions sensorielles diverses; chez quelques-uns même des hallucinations complexes, absolument comme s'ils étaient hypnotisés.

Dans le dernier numéro (13) du *Progrès médical*, MM. P. Richer et Gilles de la Tourette ont publié une *note sur les caractères cliniques des paralysies par suggestion*. De la notice historique trop concise qui la précède, les lecteurs pourraient conclure, ce qui n'est certes pas dans la pensée de mes honorables confrères, que je n'ai fait que développer et confirmer une question déjà étudiée en Angleterre par Russell Reynolds, en Allemagne par Erb. Il n'en est rien. Ces auteurs, si j'en juge par le court chapitre d'Erb intitulé : Paraplégie par imagination (*Ziemssen's Handbuch*. T. 11, 2e partie, page 401, 1877) parlent des troubles nerveux (paralysies, contractures, douleurs) se développant *spontanément* à la suite d'émotions vives ou sous l'influence d'une idée, par le fait de l'imagination. Comme exemple, Erb relate d'après Reynolds l'histoire d'une jeune dame qui, affligée par des revers de fortune, voyant son père paralysé, épuisée de fatigues physiques et morales, ressentit des douleurs dans les jambes, et frappée de l'idée qu'elle allait être paralysée, contracta en effet une paraplégie totale. Les toniques, la faradisation, les frictions, et l'assurance donnée par le médecin qu'elle allait guérir, amenèrent la guérison en quelques jours.

Elles ne sont pas rares, en effet, ces affections nerveuses dynamiques ou essentielles que l'imagination crée et guérit. En 1862, un médecin distingué d'Orléans, M. le Dr Charpignon, appela l'attention sur ces faits dans ses *Etudes sur la médecine anémique et vitaliste*.

Mais ni Russell Reynolds, ni Erb n'ont parlé de paralysies psychiques *expérimentales;* ils n'ont pas établi, ce que j'ai fait, qu'on peut *expérimentalement* et *instantanément, par simple affirmation à l'état de veille*, chez certains sujets, créer et faire disparaître de même des paralysies, des anesthésies, des hallucinations. La question que j'ai étudiée, bien que rentrant dans le même ordre d'idées, est donc en réalité toute autre que celle abordée par ces auteurs.

MM. P. Richer et Gilles de la Tourette assignent les caractères cliniques suivants à ces paralysies expérimentales; flaccidité complète, exagération considérable des réflexes tendineux, trépidation spinale, abolition complète du sens musculaire.

Me sera-t-il permis d'ajouter que ces caractères cliniques, s'ils peuvent exister dans certains cas, sont loin d'être constants? L'exagération des réflexes tendineux, la trépidation spinale peuvent faire défaut; chez deux sujets actuellement dans mon service clinique, je produis de la paralysie à volonté, sans le moindre réflexe tendineux, ni phénomène du pied, ni phénomène du genou. L'abolition du sens musculaire existe, lorsqu'on a suggéré au sujet l'insensibilité absolue, lorsqu'on lui a dit, père « vous ne sentez plus du tout votre jambe ». Mais le sens musculaire peut persister avec la sensibilité tactile, quand on n'a pas fait cette suggestion spéciale. Il m'a paru que ces paralysies psychiques suggérées n'ont pas de caractère constant, qu'elles sont variables suivant la conception individuelle du sujet, auquel elles sont suggérées et suivant le mode spécial de la suggestion.

Veuillez agréer, etc.

Dr Bernheim.

(1) Voir Lanessan, — *Manuel d'histoire naturelle médicale*, p. 825.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique et critique chirurgicales; par M. le Dr P. Reclus, chirurgien des hôpitaux. G. Masson, libraire-éditeur. Paris, 1884.

Prendre une question de chirurgie à l'ordre du jour et la mettre au point, c'est-à-dire la présenter en quelques pages d'une lecture agréable et facile, juger les inutilités encombrantes et s'en débarrasser, en un mot faire clair et précis ce qui était obscur et vague, c'est une tâche difficile et délicate que M. Reclus réussit bien; examinant, non sans passion, mais sans parti-pris, les arguments apportés de part et d'autres, passant les théories et les faits au crible d'une critique judicieuse et apportant au débat l'appoint de son érudition et de son expérience. C'est pourquoi nous avons retrouvé et relu avec grand plaisir et profit, dans ce gros livre de 600 pages, des articles que nous avions déjà goûtés dans le *Progrès médical* et la *Gazette hebdomadaire*.

Par leur essence même, les chapitres de cet ouvrage échappent à l'analyse, et nous serons forcé de nous contenter de l'énumération des principaux, ajoutant pour le surplus que toutes les questions actuelles de chirurgie sont traitées et que pour toutes l'auteur s'est attaché à mettre en relief les points définitivement acquis en même temps qu'il indique ceux qui restent à éclaircir.

Les premières pages de l'ouvrage sont consacrées aux maladies générales : on y trouve l'exposé clair des grandes idées professées par M. Verneuil sur les rapports si intimes que la clinique révèle entre certains états constitutionnels et les affections locales, traumatiques ou spontanées. Après, ce sont les arguments pour et contre la thèse soutenue par le regretté Pr Parrot : le rachitisme est engendré par la syphilis. Plus loin, l'auteur considère les rapports si étroits qui unissent la tuberculose et l'inflammation, et il les résume dans cette formule : « la tuberculose est une inflammation spécifique, souvent précédée, accompagnée ou suivie d'une inflammation vulgaire qu'elle provoque ou qui la provoque. » Le traitement qu'il convient d'appliquer aux tumeurs d'origine tuberculeuse en général et spécialement aux abcès froids, aux abcès par congestion d'origine vertébrale, aux synovites fongueuses, aux testicules tuberculeux, fait l'objet d'autant de chapitres intéressants.

Les tissus divisés par le thermo-cautère peuvent se réunir par première intention : M. Reclus nous le prouve par quelques faits de sa pratique personnelle et par d'autres empruntés à MM. Le Fort, Terrier, Nicaise; il nous donne les conditions nécessaires pour obtenir ce résultat : il faut que l'escharre ne soit pas trop épaisse et que la plaie soit bien préservée de toute infection septique.

© BIU Santé

Le chapitre consacré aux maladies des os apporte des observations nouvelles à la thèse soutenue par M. Lannelongue sur l'ostéomyélite prolongée ; l'auteur nous renseigne sur le traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale, il défend avec enthousiasme le traitement des fractures de cuisse par l'extension continue ; il compare l'ostéotomie à l'ostéoclasie. L'auteur reproduit dans ce chapitre ses mémoires sur les hyperostoses, les amputations congénitales et l'ainhum. L'examen attentif des observations d'ainhum et d'amputations congénitales, l'observation d'un cas de sa pratique, conduisent M. Reclus à conclure : que ces affections ne sont probablement qu'une variété du groupe étendu des sclérodermies provoquées par quelques troubles des nerfs trophiques.

Les chapitres suivants, consacrés aux affections chirurgicales des articulations, des vaisseaux, de la face, des voies aériennes, du tube digestif, etc. etc., renferment des articles intéressants sur les points d'anatomie pathologique, d'étiologie, ou de traitement en discussion à l'heure présente. Citons seulement : de la sonde œsophagienne à demeure, de la greffe cutanée, de l'extirpation des cancers de la langue, kélotomie, laparatomie, lithotritie à séances prolongées, taille hypogastrique, etc., etc. Si quelques-uns de ces articles ne sont que des revues, la plupart donnent la note personnelle d'une critique judicieuse et expérimentée.

Le chapitre X qui termine l'ouvrage est consacré à l'étude curieuse et toute personnelle d'une affection du sein, que M. Reclus sépare des autres affections connues de cet organe et pour laquelle il propose le nom de *maladie kystique des mamelles*. Il ne s'agit point de ces kystes qui compliquent communément les tumeurs bénignes ou malignes du sein, mais d'une affection spéciale caractérisée par la présence dans un et plus souvent dans les deux seins d'un grand nombre de kystes. Les caractères particuliers de cette maladie seraient : l'envahissement total de la glande par la formation kystique et la bilatéralité. Cinq cas, bien observés, servent de base à l'auteur pour la création de ce type pathologique. Quatre fois, l'examen histologique, confié à l'habileté de M. Malassez ou de M. Brissaud, a donné des résultats sensiblement concordants. La coupe de la tumeur montre des kystes de grosseur très variable, en nombre parfois considérable, épars au milieu d'un parenchyme glandulaire qui paraît normal, il n'y a point trace de tumeur, ce qui ne laisse pas que de surprendre quand on se rappelle les sensations recueillies par le palper ; c'est une glande saine en apparence, dont les acinis et les conduits sont dilatés par une formation kystique plus ou moins confluente. Le microscope constate une transformation fibreuse plus ou moins complète des lobules ; leurs acini sont étouffés ou dilatés en petits kystes dont la fusion forme les kystes plus gros ; le tissu interstitiel péri-lobulaire n'est pas altéré en général : cependant M. Brissaud a noté en quelques points son infiltration par des éléments cellulaires irréguliers, comparables aux cellules métatypiques qui remplissent les cavités kystiques. Serait-ce que l'épithéliome, longtemps intra-canaliculaire, pourrait à la longue envahir le tissu conjonctif et devenir alors un véritable épithéliome malin. La clinique est assez rassurante à cet égard, car dans les cas observés par M. Reclus et dans ceux qu'il a rassemblés on n'a jamais noté de retentissement ganglionnaire, ni de récidive après opération, bien que l'une des opérées ait été suivie pendant cinq ans. Provisoirement l'affection peut être regardée comme bénigne ; toutefois, l'extirpation est la règle.

Les revues critiques qui sont le fond du volume, exposées avec méthode, méritent d'attirer l'attention de l'étudiant et du praticien.

P. POIRIER.

VARIA

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 8. M. Denis : L'acide phénique dans le traitement des affections oculaires à forme sécrétante. — M. Dagonet : Etude sur quelques points de la méningo-myélite expérimentale. — N. Bertrand : Des tumeurs solides du médiastin. — M. Ressein : Traitement préventif des lymphangites et des abcès du sein pendant l'allaitement. — *Samedi* 12. Mlle Lowry (Agnès) : De certains accidents de croissance. Des ostéo-myélites (fièvres de croissance.) — Mlle Lowry (Isabel) : Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde.

Rapport présenté par M. Bourneville au nom du 5e groupe de la 2e Sous-Commission, de la Commission chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés (1).

III. Aumôniers. — Dans presque tous les asiles départementaux, le service religieux est confié à un aumônier spécial nommé par l'évêque, sur une liste de présentation de trois candidats que désigne le préfet (art. 108 du *Règlement du* 20 *mars* 1857). Le traitement de ces fonctionnaires n'atteint 1,800 francs que dans un très petit nombre d'asiles et ne le dépasse que dans ceux de la Seine (2). Il y a quelques années, il y avait dans chacun des trois grands asiles de la Seine un aumônier en chef et un aumônier adjoint. Le Conseil général a supprimé les aumôniers adjoints, et, de plus, l'an dernier, il a supprimé l'aumônier de l'asile Sainte-Anne (3). A ce sujet, M. Lunier dit que les fonctions d'aumônier d'un asile d'aliénés doivent toujours être remplies par un prêtre de la paroisse la plus proche de l'asile. Lorsque, par suite de la situation de l'asile, il est nécessaire d'avoir un aumônier spécialement attaché à l'établissement, il devrait toujours être logé en dehors de l'asile. Cette opinion, qui s'appuie sur une longue pratique et qui est conforme à celle de la majorité des médecins qui ont écrit sur cette question, est adoptée à l'unanimité par le cinquième groupe.

IV. Personnel de surveillance. — Il comprend actuellement des *sœurs hospitalières*, des *surveillants et surveillantes laïques*, des *infirmiers et des infirmières laïques*.

Sœurs hospitalières. — « Dans un seul de nos quatre asiles d'hommes, Cadillac, la direction secondaire des services économiques est confiée à des sœurs hospitalières. Elles sont chargées de cette direction secondaire en même temps que du service intérieur de la section des femmes dans tous les autres asiles départementaux, à l'exception de Sainte-Catherine-d'Iseure et d'Auxerre, où le personnel est entièrement laïque.

« Dans la plupart des asiles, d'ailleurs, les sœurs ne sont chargées que de la surveillance des quartiers et des divers services économiques : buanderie, lingerie, vestiaire, cuisine, pharmacie, etc. *C'est à des infirmières laïques et à des servantes laïques, placées sous leurs ordres, qu'incombent plus particulièrement les travaux manuels, l'entretien des habitations de jour et de nuit et les* soins personnels a donner aux malades. Dans un certain nombre d'établissements, cependant, il n'y a, pour assister les sœurs, ni infirmières, ni servantes laïques : elles sont remplacées par des sœurs converses,.. (4). »

Cette situation offre de nombreux inconvénients. Et ils sont d'autant plus nombreux que la congrégation à laquelle appartiennent les religieuses de l'asile est plus puissante. L'Administration est souvent gênée ; le service médical n'est pas libre ; des personnes étrangères exercent une action regrettable et on a même vu un évêque voulant imposer le choix d'une congrégation.

Se fondant sur les inconvénients qui résultent pour la société civile d'encourager par des subventions des congrégations qui, en vertu de par leurs règlements, sont en hostilité constante avec les idées modernes ; — qui ont pour première obligation d'essayer par tous les moyens dont elles disposent d'exercer une action sur la conscience des malades, — le cin-

(1) Voir les nos 11, 12 et 13. — Rapport lu à la Commission en juillet 1881, imprimé en avril 1882.

(2) L'aumônier de l'asile de Vaucluse et celui de Ville-Evrard reçoivent chacun 2,000 francs et, de plus, une indemnité de nourriture de 600 francs.

(3) Depuis que ce rapport a été fait le Conseil général a supprimé les aumôniers des trois asiles de Sainte-Ande, Vaucluse et Ville-Evrard.

(4) Rapport général, etc., p. 169.

© BIU Santé

quième groupe a été unanime à voter le *remplacement des sœurs hospitalières par des surveillantes laïques.*

Surveillants, surveillantes, infirmiers et infirmières laïques. — Après examen, le 5e groupe s'est arrêté aux résolutions suivantes qui ont été adoptées à l'unanimité :

1° *Le seul moyen d'améliorer le personnel secondaire est d'augmenter les traitements de manière qu'ils soient supérieurs à ceux des serviteurs à gages de la localité.*

2° *Tout le personnel secondaire devra être nommé par le Conseil médical, sur la présentation de l'Administrateur. Le personnel de surveillance pourra être révoqué directement par le Conseil médical sans l'intervention de l'Administrateur.*

3° *En raison des fonctions pénibles imposées au personnel de surveillance, il y aurait lieu d'instituer, dans chaque département, une caisse de retraite pour les agents qui composent ce personnel. Dix années devraient suffire pour acquérir des droits à une pension, dont le chiffre serait forcément modeste, et, après dix années, les services supplémentaires feraient augmenter sensiblement chaque année le montant du chiffre de la pension de retraite. Les départements pourraient choisir entre le système de la caisse des retraites ou les positions de reposants.*

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que la situation actuelle est déplorable. Le recrutement du personnel secondaire, hommes, est plus mauvais que celui des femmes. Ce n'est pas à dire, toutefois, qu'il n'y ait de bons surveillants, des infirmiers zélés, mais leur nombre est fort restreint.

Parmi les femmes, on trouve beaucoup plus de dévouement, et il est permis de dire que, à peu près dans tous les asiles, ce sont elles qui rendent le plus de services aux malades. Par malheur, la plupart n'ont reçu aucune instruction, et, ni les sœurs ni l'administration n'ont jugé à propos jusqu'ici de faire aucune tentative pour améliorer leur situation morale et intellectuelle. C'est dans ce sens qu'il conviendra d'agir, et, pour réaliser le but que le gouvernement de la République a le devoir de poursuivre, il suffira d'organiser des *Écoles d'infirmières* semblables à celles que le Conseil municipal de Paris a créées et dont le Conseil général a demandé l'installation à l'Asile clinique (Sainte-Anne) (1).

Là se termine le rapport que nous avons été chargé de faire au nom du cinquième groupe. Nous aurions voulu le faire plus concis, moins imparfait. Mais, si nous n'échappons pas, de ce côté, à des critiques, nous croyons tout au moins avoir exposé avec la plus scrupleuse exactitude les opinions diverses émises par nos collègues.

Le Rapporteur, Signé : BOURNEVILLE.

(1) Ce rapport a été lu devant le 5e groupe les 19 et 26 juillet 1881. Depuis cette époque, la mort est venue ravir notre président, M. Herold, à l'affection de sa famille et de ses nombreux amis. Son éminent successeur, M. Ch. Floquet, s'est empressé d'accéder au vœu du Conseil général de la Seine et a procédé à l'inauguration de l'École d'infirmières de l'Asile clinique, préparant de la sorte la prochaine laïcisation des Asiles d'aliénés de la Seine (*Note du rapporteur*). — On sait que l'Asile clinique (Sainte-Anne) a été laïcisé le 1er janvier 1884.

Le cuivre et le choléra.

M. le Dr Chaumery, médecin sanitaire à Alexandrie, vient d'adresser à la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* une lettre relative au prétendu antagonisme entre le cuivre et le choléra, et de laquelle nous extrayons les passages suivants :

« En lisant avec intérêt, dans le numéro 9 de la *Revue d'hygiène*, le passage relatif au rôle préservatif du cuivre vis-à-vis du choléra, je me proposai de me livrer au Caire à une petite enquête à ce sujet et de vous en transmettre le résultat.

« Il y a au Caire comme à Constantinople, mais sur un plan plus réduit, une toute petite ville dans la grande qui s'appelle le Khan khabil, ou plus vulgairement le bazar ; là, dans des ruelles étroites qui s'enchevêtrent les unes dans les autres, existent des dépôts de toutes sortes de marchandises et des ateliers, où tous les corps de métiers sont représentés ; une de ces ruelles est occupée exclusivement par les ouvriers qui travaillent le cuivre, et qui, comme leurs confrères de Damas et de la Perse, burinent et ciselent ces plateaux, ces aiguières, ces vases de cuivre si en vogue à Paris depuis quelque temps.

« Je connaissais un Persan qui est le chef d'un de ces principaux ateliers et qui possède les meilleurs ouvriers en cuivre du bazar. Je me rendis à son magasin dès que j'eus quelques heures à dépenser, et, pour amorcer la causerie, je marchandai un plateau dont il me demanda d'abord des sommes folles, et qu'il finit par me laisser à 25 francs. Pendant ces pourparlers, j'eus le temps de le questionner et d'apprendre qu'un assez grand nombre d'ouvriers qui travaillent le cuivre avaient été frappés par le choléra, soit chez lui, soit chez ses voisins : Dans cette boutique, me disait-il, le patron est mort ainsi que deux ouvriers ; dans cette autre, 3 sont morts sur 5 ; moi-même j'ai perdu mon meilleur artiste, un Persan, qui n'avait pas son pareil dans tout le Caire, et le plateau que je viens de te donner est le dernier sorti de ses mains.

« En somme, tous renseignements recueillis avec le plus d'exactitude possible, j'ai cru comprendre que sur 3 ou 400 ouvriers qui travaillent le cuivre au Khan khabil, une trentaine avaient eu le choléra, et que 13 ou 14 en étaient morts. Ici donc, le cuivre n'a pas eu d'action préventive. Je vous livre mon observation sans commentaires, car, jusqu'à présent, dans la bataille que se livrent les partisans et les adversaires du cuivre, chaque parti n'a eu qu'à enterrer ses morts. »

Microbomanie.

Sous le titre de *Microbomanie*, le *New-York medical Times*, publie un article humoristique dans lequel il raille la passion des parasites qui s'est emparée de la génération médicale actuelle. Depuis les travaux de Pasteur et de Koch, dit-il, il n'est peut-être pas une affection en médecine dans laquelle on ne cherche un microbe ; tout devient parasitaire, depuis la pneumonie jusqu'à l'épilepsie, depuis la syphilis jusqu'à la danse de Saint-Guy ; et comme l'origine parasitaire d'une maladie conduit à la recherche de son atténuation par la culture et l'inoculation, il ne faut pas désespérer de voir d'ici à peu d'années les médecins occupés uniquement à inoculer des virus atténués et ayant leurs occupations réglées d'avance, en employant par exemple le lundi à vacciner contre la scarlatine, le mardi contre la variole le mercredi contre la diphthérie. Et peut-être même arrivera-t-on à des découvertes inattendues ; ainsi peut-être arrivera-t-on à colorer le *bacillus lunaticus medicus* qui en ce moment, paraît-il, cause de grands ravages parmi les médecins ! Faut-il voir dans cet article le commencement d'une réaction contre les doctrines parasitaires ? faut-il n'y voir qu'une boutade ? nous laissons à nos lecteurs le soin de décider.

Société française d'otologie et de laryngologie.

Séance générale, le mercredi 9 avril à 8 heures du soir et le jeudi 10 avril à 1 heure de l'après-midi, à la mairie du 1er arrondissement (place Saint-Germain-l'Auxerrois, près du Louvre). Ordre du jour : 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance ; 2° Dépouillement de la correspondance ; 3° Rapport du secrétaire ; 4° Rapport du trésorier ; 5° Election du président de la séance ; 6° Modification de l'art. 20 des Statuts et de l'art. 24 du Règlement ; 7° Election des Membres dont la liste a été dressée par le Comité ; 8° Proposition de MM. de Ranse et Lutaud au sujet de la publication du compte rendu ; 9° Election d'un délégué de la Société au Congrès d'otologie de Bâle ; 10° Discussion sur l'autophonie (Communication du professeur Berthold) ; — 11° Dr Moos. Sur une affection labyrinthique ; — 12° Dr Massei. Rétrécissement syphilitique de la trachée ; — 13° Dr Noquet. Sur un cas de polype de l'oreille ; — 14° Dr Gellé. Des effets sympathiques d'une oreille sur l'autre ; — 15° Dr Hering. Sur l'emploi de l'acide chromique sur les maladies du nez et de la gorge ; — 16° Dr Baratoux. L'électrolyse de la trompe d'Eustache ; — 17° Dr Menière. Périostite de l'apophyse mastoïde ; — 18° Dr Moure. Epithélioma du larynx, récidive ; — 19° Dr Burkner. Lésion du labyrinthe ; fracture de l'étrier ; — 20° Dr Moura. Du glouglourisme ; — 21° Dr Noquet. Corps étranger de l'oreille ; — 22° Dr Baratoux. Nouvel audiomètre de Gaiffe ; son application ; — 23° Dr Hering. Instruments ; 24° Election du Comité pour l'année 1884-1885, *a*) Election des Membres de Paris ; *b*) Election des Membres de la province et de l'étranger.

Nota. — Sur la demande de plusieurs Membres de terminer notre réunion par un banquet, le Comité prie ceux de nos Confrères qui désireraient y participer de prévenir le secrétaire avant le 5 avril prochain

Enseignement médical libre.

Accouchements. — MM. BAR et AUVARD recommenceront leur cours d'accouchements, complet en 50 leçons, le mardi 22 avril, à 4 heures 1/2 du soir, 20, rue Dauphine. MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres obstétricales. — Pour se faire inscrire et pour les renseignements, écrire à M. Auvard, 105, boulevard St-Michel.

© BIU Santé

FORMULES

16. La résorcine dans l'entéro-colite des enfants. CARRERAS.

M. Carreras publie dans la *Gaceta medica catalana* le résultat de ses expériences sur la résorcine employée soit contre le catarrhe intestinal cholériforme, soit contre l'entéro-colite des enfants. Les résultats, mauvais dans le catarrhe intestinal cholériforme, ont été plus heureux dans l'entéro-colite. Onze cas de cette maladie ont été traités par la résorcine et dans quelques-uns d'entre eux, le succès a été vraiment merveilleux.

De ces onze enfants, le plus jeune était âgé de 9 mois et le plus âgé de 4 ans. Trois étaient alimentés artificiellement au biberon. L'un d'eux succomba malgré les moyens mis en usage. Les dix malades restants présentaient le type de l'entéro-colite subaiguë, avec les symptômes qui suivent la forme aiguë de l'inflammation intestinale et précèdent la forme franchement chronique. Le traitement consiste à entourer les enfants des moyens hygiéniques appropriés et à les soumettre à un régime sévère en rapport avec leur âge. La résorcine fut administrée suivant la formule suivante :

Eau distillée de mélisse	100 grammes
Sirop de moriesine	35 —
Résorcine	15 à 40 centigr.

Trois petites cuillérées toutes les trois heures — Trois ou quatre malades soumis à la diète lactée exclusive présentèrent une acidité très grande des matières vomies ou rendues par le rectum. On leur prescrivit le remède suivant :

Phosphate ou sous-nitrate de bismuth .	2 grammes
Bicarbonate de soude	1 —
Pepsine	0,50 centigr.
Poudre de Dower	0,05 à 0,25 centigr.

Mêlez et divisez en huit parties égales, à prendre de 3 en 3 heures. — Dans tous les cas la rémission du mal commença au bout de 4 à 6 jours de traitement. La diminution de l'intensité du processus fut signalée, non seulement par la diminution de la fièvre, mais encore par le meilleur aspect et le changement d'odeur des évacuations, ainsi que par l'apparence de bien-être et de tranquillité morale des jeunes malades. De onze enfants soumis à l'usage de la résorcine, huit guérirent et les trois autres moururent. Dans les cas à terminaison favorable, la marche fut très lente, avec des rechutes dont on vint à bout.

M. Carreras conclut de ses expériences que la résorcine est moins indiquée dans le catarrhe intestinal cholériforme que dans les phases moins avancées de l'inflammation intestinale. Dans la première forme, il est urgent de recourir à des moyens thérapeutiques dont l'action soit rapide, capables d'éviter promptement l'hypersécrétion de la muqueuse intestinale et de relever en quelques heures les formes abattues de l'organisme. La seconde forme a une évolution moins rapide. Aussi, un agent thérapeutique astringent, antiputride, antiseptique, fébrifuge, jouissant de la propriété de coaguler les matières albuminoïdes et de modifier la surface de la muqueuse, peut-il être regardé comme un remède de grande utilité contre une maladie dans laquelle échouent la plupart des moyens proposés jusqu'à ce jour (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 21 mars au jeudi 27 mars 1884, les naissances ont été au nombre de 1351, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 503; illégitimes, 195. Total, 698. — *Sexe féminin* : legitimes, 466 ; illégitimes, 187. Total, 653.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 21 mars au jeudi 27 mars 1884, les décès ont été au nombre de 1213 savoir : 640 hommes et 573 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 22, F. 35. T. 47. — Variole : M. 1, F. ., T. 1. — Rougeole : M. 24, F. 26, T. 50. — Scarlatine : M. 1, F. 4, T. 5. — Coqueluche : M. 3, F. 3. T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 36, F. 31, T. 67. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 1, F. 5, T. 6. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 31, F. 34, T. 65. — Phthisie pulmonaire : M. 110, F. 84. T. 194. — Autres tuberculoses : M. 7, F. 4. T. 11. — Autres affections générales : M. 40, F. 31, T. 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 32, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 28, F. 21, T. 49. — Pneumonie : M. 55, F. 45, T. 100. — Athrepsie : M. 39, F. 35. T. 74. — Autres maladies des divers appareils : M. 193 F. 176, T. 369. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 21, F. 11. T. 32 — Causes non classées M. 2, F. 1, T. 3.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 125 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 46 ; illégitimes, 26. Total : 72. — *Sexe féminin* : légitimes, 31. illégitimes, 25. Total : 53.

NOMINATION. — Notre ami le Dr AVEZOU, ancien interne des hôpitaux, vient d'être élu médecin du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement. C'est là un excellent choix.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par décret en date du 27 mars 1884, vu les présentations de la Faculté de Lyon et de la section permanente du conseil supérieur du l'instruction publique, M. R. Tripier est nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Par décret en date du 29 mars 1884, il est créé à la Faculté des sciences de Lyon une chaire de physiologie.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 27 mars, les docteurs en médecine ci-après désignés, ont été nommés au garde de médecins aide-major de 2e classe dans le cadre des officiers de réserve : MM. Capon, Massaloux-Lamonnerie, Guérin, Gontier, Brebion, Abeille, Leuvat, Beausoleil, Pasturaud, Descourtis, Galliard, Coulbault, Gaultier de Beauvallon, Pruvost, Butte, Genty, Hay-Margirandière, Beaufils, Godefroy, Courrejou, Audoin, Doreau, Rouvier, Luce, Joseph-Lafosse, Mandinot, Memot, Peyraudeau, Genicé, Gnasco, Nutte, Ferrand, d'Astros, Chataing.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 30 mars 1884, a été promu dans le corps de santé de la marine, au grade de médecin principal : M. Catelan, médecin de 1re classe.

MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENAISANCE. — En exécution de l'arrêté préfectoral en date du 15 février 1879, approuvé le 20 du même mois par M. le Ministre de l'intérieur, qui règle le mode de recrutement du personnel médical attaché au service du traitement à domicile, le directeur de l'Administration de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XIe arrondissement que, le jeudi 17 avril 1884, il sera procédé, dans une des salles de la Mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Demande d'externes*. MM. les étudiants ayant plus de dix inscriptions qui désireraient remplir les fonctions d'externes dans les hôpitaux de Paris sont priés de se faire inscrire immédiatement au secrétariat de l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. — Il est regrettable que l'Administration ne nomme pas à son concours de l'externat un plus grand nombre d'externes ; son devoir est de prévoir en fin d'année les besoins de l'année qui va commencer. — La même remarque s'applique aux *internes provisoires*.

LABORATOIRE MUNICIPAL DE CHIMIE. —Un concours pour des emplois de chimiste et d'expert inspecteur en laboratoire municipal de chimie établie près la Préfecture de police, aura lieu le mardi 6 mai 1884, à 10 heures du matin. Les candidats devront faire parvenir leurs demandes avec les pièces à l'appui, à la Préfecture de police (Secrétariat général, service du personnel), avant le 28 avril. Pour les renseignements, s'adresser à la Préfecture de police (Secrétariat général, service du personnel).

MUSÉUM D'HISTHOIRE NATURELLE. — M. le professeur des Glaizeaux, membre de l'Académie des sciences, a commencé le cours de minéralogie le mercredi 2 avril 1884, à 4 heures 3/4, dans l'Amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présence de M. le Dr Jules BERGERON, membre de l'Académie de médecine, le dimanche 6 avril 1884, à 3 heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'Horticulture, rue de Grenelle, 84.

EXPOSITION INTERNATIONALE D'HYGIÈNE DE LONDRES. — Dans sa séance du 3 avril du Conseil municipal, M. Straus a déposé une proposition demandant l'ouverture d'un crédit de 30,000 francs pour participation de la Ville de Paris, à l'exposition internationale d'hygiène de Londres.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous avons reçu l'*Ell Dictamen* (*L'avis*), journal paraissant à Madrid tous les dix jours sous la direction de M. Lopez-Ocaña.

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort, à l'âge de 75 ans, de M. le Dr HUBERT-VALLEROUX. On lui doit un livre intitulé « *De l'assistance sociale, ce qu'elle a été, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être.* — Le Dr RICARD vient de mourir à Paris, le 20 mars, à l'âge de 69 ans. Il avait été l'ami de Gratiolet aux enfants duquel il a légué toute sa fortune.

QUASSINE FRÉMINT. Tonique apéritif. - GOUDRON FREYSSINGE. Liqueur concentrée. — SALICOL DUSAULE. Désinfectant hygiénique. — CAPSULES DARTOIS à la créosote de hêtre.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 15. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 AVRIL 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TERRILLON.**
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Des périostites consécutives à la fièvre typhoïde.

Leçon recueillie par M. le Dr **ROUTIER**, chef de clinique.

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui d'une affection dont nous avons plusieurs cas dans nos salles, affection qui a été récemment étudiée, la périostite ou les ostéites consécutives à la fièvre typhoïde.

En 1878, Keen, au Congrès de Philadelphie, présentait 50 cas de lésions osseuses dont 39 était consécutives à la fièvre typhoïde; sa communication réveilla l'attention, aussi, en 1879, Mercier publiait-il dans la *Revue mensuelle* douze cas nouveaux; J. Rendu prenait ce sujet pour sa thèse inaugurale en 1880, enfin, dans le journal de Lucas-Championnière d'août 1882, Siredey publiait quelques cas observés dans son service de Lariboisière.

C'est, en effet, chez des convalescents de fièvre typhoïde qu'on voit survenir à un endroit donné, variable suivant les cas, un gonflement au niveau d'un os ; ce gonflement est bientôt douloureux, surtout quand il siège sur le membre inférieur, et, le plus souvent, ce gonflement se termine par un abcès qui reste fistuleux ; voilà, en deux mots, l'histoire de la maladie. Mais étudions les choses de plus près; nous voyons, d'après les observations, que c'est surtout dans la fin de la convalescence, vingt, soixante jours après la fièvre typhoïde, que débute le gonflement; il existe toujours au niveau d'un os et reste localisé; puis survient la douleur spontanée qui est accrue par les pressions et qui s'exaspère la nuit. Malgré cela, les malades ont peu de fièvre, c'est à peine s'il y a une légère élévation locale de la température appréciable à la main, surtout avec la face dorsale des doigts; et, quand on presse sur la région, on trouve aussi un peu d'œdème.

La marche de cette affection est très variable : tantôt la suppuration vient de bonne heure, la peau alors devient rouge, violacée, et finit par s'ouvrir ; tantôt, au contraire, c'est longtemps après que se forme l'abcès ; enfin, il est des cas qui peuvent ne pas suppurer.

Je dois vous dire de suite que l'évolution de la maladie est différente suivant qu'on ouvre cette collection de bonne heure, ou, au contraire, qu'on la laisse évoluer. Dans le premier cas, l'ouverture correspond au foyer primitif du mal ; dans le second, il se produit souvent des abcès à distance, et, comme pour tous les abcès ossifluents, le pus se fait jour plus ou moins loin de la lésion osseuse.

C'est le cas du n° 5 de la salle Ste-Vierge. Ce jeune homme a eu une fièvre typhoïde en 1880 qui ne présenta rien d'anormal ; mais, le 20e jour de sa convalescence, il vit se produire une tuméfaction vers le tiers inférieur et interne de la cuisse droite ; cette grosseur, douloureuse au début, avait le volume d'un œuf de poule, nous dit le malade.

Sous l'influence du repos, de certaines médications, la tuméfaction diminua et il put reprendre son travail ; mais la grosseur n'avait pas totalement disparu, et, après trois mois, il y eut une récidive ; alors ce fut un abcès qui vint pointer non plus au côté interne, mais au côté externe de la cuisse. Un médecin l'ouvrit, et depuis il est resté fistuleux, vous m'avez vu l'explorer ; une petite sonde molle conduite dans ce trajet pénètre à douze ou quatorze centimètres vers la partie interne de la cuisse où nous trouvons encore une tuméfaction qui, sans être douloureuse, est cependant un peu sensible.

Mais, ce n'est pas toujours ainsi qu'évolue la maladie ; souvent la tuméfaction primitive persiste, menace de s'abcéder, et tout rentre dans l'ordre; puis il se fait une nouvelle poussée, qui peut encore se résoudre, sans suppuration ; ces oscillations peuvent se reproduire ainsi plusieurs fois jusqu'à ce qu'enfin l'abcès soit définitivement acquis. J'observe dans ma clientèle de la ville une jeune fille qui présenta, au quarante-deuxième jour de sa fièvre typhoïde, de pareils accidents sur le côté externe du fémur gauche ; et j'assiste pour le moment à la sixième poussée, toujours sans suppuration. Elle finira par suppurer, j'en suis convaincu.

L'anatomie pathologique de cette affection est peu faite, car on ne sait que ce qu'on peut voir au cours des opérations dirigées contre elle; aussi, les chirurgiens ne sont-ils pas d'accord.

Les uns croient qu'il y a seulement périostite, c'est l'opinion défendue par Mercier ; d'autres, avec Rendu, disent, il y a ostéo-myélite. Je crois pouvoir vous affirmer, d'après les malades que j'ai vus, qu'on peut ramener à trois types tous les cas de ce genre :

1° La périostite avec abcès sous-périostique mais avec très peu de lésion de l'os ; 2° la périostite avec ostéite simple ou nécrosique ; 3° enfin, seulement de la périostite que nous pourrions qualifier d'externe avec le professeur Duplay. La suppuration est seulement sur la face externe du périoste; ces cas, quoique d'apparence bénigne, donnent lieu à des fistules rebelles, mais celles-ci ne conduisent pas sur l'os dénudé. Je ne puis vous donner exactement la fréquence de telle ou telle de ces variétés, mais, au point de vue du traitement, c'est presque la même chose.

La fistule, quand elle existe, est accompagnée de fongosités, d'où premier obstacle à la cicatrisation. Puisque je vous parle de fongosités, je veux vous mettre en garde contre l'idée que vous pourriez attacher à ce mot, et croire à une affection spéciale ; sachez qu'il n'y a guère de trajets fistuleux sans fongosités ; ce terme vague veut dire simplement qu'il y a des bourgeons charnus de mauvais aloi, atones, sans tendance à la cicatrisation et ceci, comme vous pouvez le deviner, intéresse le chirurgien au point de vue du traitement.

D'après les auteurs qui se sont occupés de cette maladie, d'après les observations que j'ai vues, c'est par ordre de fréquence au fémur, au tibia, et au membre supérieur qu'on l'observe. Quant à la cause, outre l'affaiblissement général dû à la fièvre, on a cherché à savoir s'il n'intervenait pas quelque traumatisme ; eh bien, presque toujours on trouve une cause pour si légère

© BIU Santé

qu'elle soit; ce sont de petites contusions que se fait le malade en montant au lit; des contractions musculaires un peu violentes qui, certainement, chez un sujet en bonne santé n'auraient produit aucun désordre, mais qui, survenant sur des sujets affaiblis, trouvent un terrain tout préparé pour causer ces accidents.

Chez notre malade du n° 8 de la salle Ste-Catherine, c'est un traumatisme antérieur qui a, comme le dirait le professeur Verneuil, créé chez elle un *locus minoris resistentiæ*. Elle a vingt-deux ans, elle était bien portante quand, en 1882, elle a eu une fièvre typhoïde grave; elle a eu une rechute, et c'est il y a un an, pendant la convalescence de sa rechute, qu'elle a senti des douleurs sur le tibia droit et le cubitus gauche; l'affection a évolué chez elle et aujourd'hui elle a des abcès fistuleux. Or, elle nous raconte qu'étant enfant, elle a eu précisément une fracture du tibia juste au point malade actuellement, et aussi une fracture du cubitus au niveau de son abcès actuel. Ces fractures, simples d'ailleurs, avaient bien guéri, et certainement sans sa fièvre typhoïde elle n'aurait pas eu des abcès au niveau de ces vieux foyers traumatiques. Elle a eu ces phénomènes que je vous ai décrits, douleur, gonflement et abcès qu'on a ouverts et qui sont restés fistuleux.

C'est pour ces fistules qu'elle est venue nous consulter. Au niveau du cubitus gauche existait une fistule qui conduisait par un trajet très court sur l'os, le périoste était décollé sur l'étendue d'une pièce de vingt sous, et il y avait de petites stalactites osseuses assez friables. J'ai agrandi le trajet et raclé les stalactites, bientôt je suis arrivé sur l'os sain et saignant; il y a trois semaines que j'ai fait cette petite opération, le trajet n'est pas encore fermé, nous y mettons du crayon d'iodoforme, mais il n'y a pas de fongosités et j'assure qu'elle guérira (1).

Sur son tibia, la lésion était plus complexe, la fistule des parties molles m'a conduit sur un petit orifice osseux que j'ai agrandi, et j'ai trouvé une cavité creusée dans l'os et pleine de fongosités, je l'ai aussi grattée fortement, et aujourd'hui elle est complètement guérie.

A moins d'accidents, de complications inhérentes à toute plaie, cette affection n'est pas d'un pronostic grave pour la vie, mais, au point de vue fonctionnel et local, c'est une affection qui peut durer des années sans tendance à la guérison; alors, quand l'état général est très bon, la fistule se ferme et se rouvre tour à tour, et cet état de choses peut durer très longtemps.

C'est le cas de notre troisième malade, le n° 7 de la salle Ste-Catherine. Elle a eu il y a quinze mois une fièvre typhoïde qui a duré six semaines. Trois semaines après, elle ressentit à la partie antérieure du tiers moyen du tibia des élancements très douloureux; huit jours après, se produisait une grosseur du volume d'une noix avec une douleur telle que la marche fut impossible pendant un mois. Puis, vint une amélioration, la malade put vaquer à ses occupations; mais, en juin 1883, nouvelle rechute, et cette fois elle est forcée d'entrer à l'hôpital.

M. Berger, mon prédécesseur, fit à cette malade ce que j'ai fait à celle du n° 8, l'ouverture de son abcès et le grattage de l'os qu'il trouva malade; les douleurs cessèrent, la malade guérit, put marcher et quitter l'hôpital. Mais, le 25 septembre, cette grosseur se reproduisit, M. Berger dut intervenir de nouveau; la malade guérit encore et s'en va, mais ce n'était pas fini; elle a en ce moment une troisième récidive pour laquelle elle est entrée ici le 3 janvier, elle a de nouveau de la douleur et du gonflement. Vous voyez que, malheureusement, le traitement ne met pas toujours à l'abri d'une récidive; étudions donc la meilleure façon de guérir ces malades.

Le traitement doit varier avec l'époque à laquelle on est appelé à soigner les malades.

Au début, quand le gonflement se produit, doit-on ouvrir et tâcher ainsi d'arrêter la maladie, comme on arrête le phlegmon par l'incision prématurée? Je le crois, mais je ne l'ai pas encore fait, n'ayant pas eu l'occasion de voir un de ces cas à cette période; si j'étais appelé à ce moment, je n'hésiterai pas. On a l'habitude de se contenter du repos, des révulsifs ordinaires, de la compression qui est un excellent moyen, on relève aussi l'état général très débilité; je vous le répète, appelé dès le début, je n'hésiterais pas à faire une incision.

A la seconde étape, quand il y a du pus, il faut ouvrir, mais que la conduite de nos devanciers nous serve; on s'est presque toujours contenté de ponctionner l'abcès, aussi, reste-t-il fistuleux; allez plus loin, ouvrez largement, pénétrez jusqu'à l'os; si le périoste seul est malade, grattez-le afin de provoquer une inflammation franche; si l'os est malade, ruginez-le jusqu'au tissu sain; s'il y a un séquestre, enlevez-le; faites, en un mot, à ce moment, ce que nous serions obligés de faire plus tard.

A la troisième étape, dont vous voyez ici des exemples, de deux choses l'une, ou la fistule est directe, ou elle est indirecte.

Si la fistule est directe, ce qui était le cas sur l'avant-bras de notre jeune femme du n° 8, c'est facile: on détruit les fongosités aussi bien dans la fistule que sur l'os, avec soin, et plutôt avec la curette tranchante qu'avec le fer rouge, parce que ce dernier moyen n'agit pas assez profondément; arrivez toujours jusqu'aux tissus sains; détruisez surtout avec soin ces stalactites osseuses qui sans cela se nécrosent et rendent la suppuration interminable. Cependant, quand ces fistules sont bien directes, peu profondes, vous pouvez employer des moyens plus anodins; nous avons pu ici, dans le service, avec des crayons d'iodoforme poussés dans la fistule jusqu'à l'os et renouvelés tous les matins, guérir plusieurs petits trajets fistuleux qui conduisaient sur un tibia dénudé chez un jeune garçon de 17 ans; mais je vous fais remarquer en passant le jeune âge du sujet qui certainement a aidé à la cure.

Si la fistule est indirecte, comme chez notre malade du n° 5, salle Ste-Vierge, c'est plus complexe.

Il a une fistule sur la face externe de la cuisse; le gonflement existe à la partie interne; il a des décollements, nous aurons peut-être de la difficulté à trouver le foyer primitif du mal; il faut cependant aller le chercher pour ruginer l'os malade. Ce sera certainement une opération longue et laborieuse, mais on ne guérit ces malades que de cette façon. Le professeur Trélat, qui s'est occupé de ce genre d'affection, a pu ainsi guérir plusieurs de ses malades. Je me suis aussi décidé à intervenir chez notre malade, parce que, outre sa fistule, il y a eu tendance à la formation d'un nouvel abcès dans le creux poplité.

L'opération a consisté en un large débridement sur la partie externe de la cuisse, parallèlement au fémur, en prenant la fistule pour le milieu de l'incision; bientôt, le doigt est arrivé dans une vaste cavité qui passait en avant du fémur dénudé et rugueux et qui s'étendait sur la partie interne. On a gratté la face externe et la face

(1) Depuis, nous avons enlevé une petite esquille et le trajet s'est complètement fermé; cette femme, qui est entrée enceinte dans le service, continue sa grossesse sans encombre.

© BIU Santé

antérieure du fémur, mais il a fallu faire une seconde incision en dedans pour gratter la face interne.

Addendum. — Depuis que je vous ai fait cette leçon, nous avons eu le malheur de perdre le n° 5 de la salle Ste-Vierge d'une façon presque subite, par hémorrhagie de l'artère poplitée.

Vous savez que, dans une première séance, le 2 janvier, nous avions gratté son fémur qui nous parut plus malade qu'on n'aurait pu le croire; au premier abord, les suites de cette opération furent médiocres; la suppuration revint, abondante, malgré toutes les précautions antiseptiques; la température resta toujours élevée; le 9 février, pour tâcher de conserver la cuisse, je passai des drains dans tous les points qui semblaient décollés; malgré tout, le mieux fut à peine sensible, et j'aurais été fatalement conduit à l'amputation si une hémorrhagie foudroyante n'était venue nous enlever ce pauvre malade.

Le dimanche 24 février, à la suite d'un léger effort qu'il fit pour se relever dans son lit, sans ressentir la moindre douleur, il devint pâle, cette pâleur frappa la religieuse du service, on regarda de suite le pansement qui déjà était rouge; au moment où on courait chercher l'interne du service, mon chef de clinique entrait dans la salle; il fit de suite comprimer la fémorale, ouvrit le pansement, et séance tenante lia la fémorale à la base du triangle de Scarpa. L'hémorrhagie fut arrêtée, mais le malade était exsangue, et, trois quarts d'heure après, il succombait.

A l'autopsie, nous avons trouvé une perforation de l'artère et de la veine poplités, un petit cul-de-sac purulent parti du trajet d'un drain arrivait jusqu'à cette perforation, mais je vous prie de remarquer que le drain ne peut en aucune façon être incriminé. C'est un cas de plus d'ulcération des gros vaisseaux dans les foyers purulents, vous savez que mon ami et collègue M. Monod a fait sur ce sujet un remarquable rapport à la Société de chirurgie.

Quant au fémur, vous voyez qu'il est hypertrophié dans son tiers inférieur, de plus, sur sa face interne se trouve un orifice qui conduit vers une cavité purulente.

Notre malade a donc eu de la périostite, mais aussi de l'ostéite du fémur, et ces lésions osseuses très profondes vous montrent combien il est difficile de bien mesurer son intervention, aussi, vous répèterai-je en terminant: attaquez hardiment ces périostites dès leur début, tâchez de les juguler par tous les moyens possibles, avant que l'os lui-même ait le temps ou de s'hypertrophier ou de se nécroser.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Sclérose en plaques et Maladies infectieuses;

par Pierre MARIE, chef de clinique de la Faculté.

Dans un précédent travail publié dans la *Revue de médecine*, j'avais été frappé de la coïncidence de la sclérose en plaques avec les maladies infectieuses, et des relations intimes qui, au point de vue théorique, unissaient ces deux affections, aussi m'étais-je efforcé de faire ressortir cette idée que souvent la sclérose en plaques prenait naissance dans un processus infectieux; cette opinion était analogue à celle que, dans sa thèse d'agrégation, M. Landouzy (1) avait si brillamment développée sur la pathogénie des paralysies dans les maladies aiguës. Sur le point de terminer le présent mémoire, j'ai pu, grâce à mon honoré maître, M. le professeur Charcot, acquérir la preuve qu'en Allemagne aussi la connexité de la sclérose en plaques et des maladies infectieuses avait attiré l'attention des médecins; dès 1879, dans un remarquable travail, MM. Kahler et Pick (1) avaient nettement relevé le caractère de dissémination des troubles nerveux consécutifs à certaines maladies aiguës, ils avaient su rattacher ces troubles nerveux aux lésions de la sclérose en plaques et n'avaient pas hésité à leur assigner pour cause l'action sur les centres nerveux des organismes inférieurs, à la présence desquels ces maladies aiguës étaient elles-mêmes intimement liées.

Depuis notre précédent travail, quelques observations récentes ont été publiées; d'autres plus anciennes, dont nous n'avions pas alors parlé, sont venues à notre connaissance; de plus, nous avons été assez heureux pour observer un nouveau cas de ce genre; tout cela nous a suggéré l'idée de reprendre l'exposé de cette question et de lui donner quelques développements que son importance en pathologie générale nous a semblé justifier.

Nous avons eu en effet l'occasion de voir dans le service de M. le professeur Charcot un cas de sclérose en plaques qui nous a paru présenter, dans son évolution, certaines particularités dignes d'attirer l'attention et capables, croyons-nous, d'éclairer notablement la pathogénie de la sclérose en plaques. Il s'agit d'un cas où cette affection s'est développée peu de temps après une fièvre typhoïde et sous son influence.

OBSERVATION I. (Personnelle). P... Henri, employé d'administration, 30 ans.

Père mort d'une fluxion de poitrine, pas nerveux; mère, morte d'une bronchite chronique, pas nerveuse. Oncles, tantes, frère, sœur, personne n'a eu de maladie nerveuse.

Vers l'âge de 20 à 22 ans, quelques excès de tabac, de boisson, de femmes; mais depuis l'âge de 25 ans mène une existence régulière. Varioloïde très bénigne à l'âge de 16 ans. En 1870, a reçu une contusion par une balle à la partie externe de la cuisse gauche, sans pénétration.

Au tirage au sort, a été envoyé en Afrique, dans les chasseurs d'Afrique; mais comme sa cuisse le gênait quelquefois, pour monter à cheval, a dû être versé dans un régiment d'infanterie. N'a pas eu de fièvres intermittentes. 2 Blennorrhagies, pas de syphilis.

En mars 1879, 4 ou 5 mois après son retour à Paris, a une fièvre typhoïde, soignée à la Maison de santé par MM. Lécorché et Talamon. Ne semble pas à cette époque avoir eu de phénomènes nerveux prédominants. Au bout de 3 semaines qu'il était couché, a été pris d'une phlébite du membre inférieur gauche; l'œdème remontait jusqu'à l'ombilic.

Cette phlébite a duré plusieurs mois, assez intense, sinon pour le tenir au lit, du moins pour lui rendre la marche difficile, et depuis cette époque il est toujours resté dans ce membre une tendance à l'œdème, lorsque le malade marchait pendant une demi-heure environ. Il quitte la Maison de santé au mois d'avril.

C'est l'embarras de la parole qui semble avoir été le premier symptôme de l'affection actuelle; cet embarras aurait débuté peu de temps après qu'il fut guéri de la fièvre typhoïde, mais le malade n'en a eu connaissance d'une façon certaine qu'en 1881.

Les troubles oculaires ont été peu prononcés au point de vue subjectif, et le malade ne peut dire quand ils ont commencé tout d'abord. La marche ne semble avoir commencé à être gênée que vers le mois d'octobre 1883. Il ne sait pas depuis quand il tremble de la main gauche, mais depuis septembre

(1) L. Landouzy. — *Des paralysies dans les maladies aiguës* Thèse d'agrégation, 1880.

(1) Kahler et Pick. — *Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems*. Leipzig, 1879, p. 50.

© BIU Santé

1883 il éprouve une certaine difficulté pour écrire. Jamais d'attaques épileptiformes.

Jamais de vertiges, jamais de douleurs. Pas de troubles dans les organes digestifs, ni respiratoires.

Etat actuel: 20 mars 1884. Le malade est bien constitué, marche avec une certaine difficulté, semble un peu étourdi et comme ivre. Pas d'incoordination, pose lourdement le pied sur le sol, les jambes un peu écartées. Quand il est debout, les pieds rapprochés et les yeux ouverts, il présente de légères oscillations qui augmentent à peine lorsqu'on lui fait fermer les yeux.

Il ne peut se tenir sur une jambe, et cette difficulté est encore plus grande pour se tenir sur la jambe gauche que sur la droite. Il festonne légèrement quand il marche.

Les mouvements d'extension sont très énergiques dans les deux jambes, mais ceux de flexion le sont moins, et avec des efforts on arrive à étendre sa jambe gauche malgré lui. Membres supérieurs : Dynamomètre ; main droite 70; main gauche 50.

Tremblement dans les mouvements volontaires de la main gauche, peu accentué dans les mouvements ordinaires, devient très net dans l'action de porter un verre d'eau à sa bouche, n'existe pas, dans le membre supérieur droit, mais quand il veut écrire, son écriture est irrégulière, et surtout très lente.

Réflexes tendineux. Forts aux deux membres supérieurs ; exagérés aussi aux deux membres inférieurs. Le phénomène du pied existe aussi des deux côtés, mais il est peu intense, et le redressement de la pointe ne donne lieu qu'à cinq ou six secousses ; sensibilité à la piqûre et à la température normale partout. Pas de perte du sens musculaire.

Parole embarrassée, traînante, les syllabes sont bien à leur place et bien prononcées, mais avec une grande lenteur, et surtout avec une difficulté spéciale et ayant tous les caractères qu'on rencontre dans la sclérose en plaques. D'ailleurs, l'état mental est parfaitement normal, la mémoire n'est pas diminuée.

On remarque une certaine asymétrie de la face, tenant à ce que la commissure labiale droite est tirée vers la droite surtout lorsque le malade rit ou parle. Il prétend qu'à une certaine époque (1880), un médecin militaire lui aurait dit qu'il avait une paralysie faciale gauche, mais le malade ne l'a jamais spécialement remarquée, et ne croit pas que cette asymétrie ait jamais été plus accusée qu'elle ne l'est actuellement ; le malade peut faire les mouvements qu'il veut, avec la commissure labiale gauche, peut souffler et siffler ; la déglution est normale, pas d'altération du sens du goût, entend bien le tic-tac d'une montre. La miction, depuis quelque temps, est parfois un peu moins prompte, ou bien il faut que le malade pousse un peu, c'est le seul trouble qui existe.

Examen des yeux fait par M. PARINAUD, le 19 mars 1884. Nystagmus nul au repos des yeux, se développant par la fixation dans certaines positions du regard. Parésie des mouvements associés, Diplopie homonyme. Pas de troubles pupillaires notables. L'affaiblissement de l'acuité visuelle tient à des opacités congénitales du cristallin. La sensibilité rétinienne n'est pas intéressée et le fond de l'œil est normal.

Nous avons été assez heureux pour trouver, dans le livre de MM. Lécorché et Talamon (1), l'observation de ce malade au moment où il fut soigné à la Maison de santé pour sa fièvre typhoïde. En voici le résumé :

OBSERVATION I *bis*.—Début de la fièvre typhoïde le 23 février 1879 ; rien de spécial dans la marche de l'affection qui était en voie de décroissance, lorsque le 19 mars « le malade se plaint d'une vive douleur dans le mollet gauche et le creux du jarret ; il ne peut plier le genou. Il dit que depuis huit jours il souffrait dans l'aine et dans le jarret ; cette nuit, la douleur a été plus forte, surtout dans le mollet, et la jambe a enflé. Il y a, en effet, un œdème de tout le membre ; réseau superficiel bleuâtre des veines dilatées ; le membre inférieur gauche est plus chaud que le droit. Douleur vive à la pression du mollet, du creux poplité, et tout le long de la fémorale jusqu'à l'aine. — 22 Mars, même état, douleurs vives, œdème très prononcé de tout le membre. Circonférence du mollet gauche, 35 centimètres ; du droit, 27 cent. ; à la main le membre œdématié est beaucoup plus chaud que le membre sain. »

Le malade sort guéri, le 20 avril 1879.

(1) Lécorché et Talamon. — *Etudes médicales*, 1881 ; observation IX, p. 581.

Que nous montre cette observation ? — Un homme jeune, sans antécédents pathologiques, est atteint d'une fièvre typhoïde. — Cette fièvre typhoïde affecte une marche assez ordinaire, sauf un point qui est à relever, l'existence d'une *phlébite* indiquant au premier coup d'œil une détermination vasculaire de la maladie générale. Puis, quelque temps plus tard, embarras de la parole qui augmente progressivement ; la marche ne se trouve gênée que quatre ans après la fièvre typhoïde ; dans l'intervalle, quelques autres symptômes de la sclérose en plaques s'étaient manifestés.

Nous pensons que cette sclérose disséminée s'est développée sous l'influence de la fièvre typhoïde et nous espérons pouvoir le prouver. La première objection qui se présente à l'esprit, c'est que dans ce cas il y a eu pure coïncidence entre la sclérose en plaques et la fièvre typhoïde, que ces deux maladies sont indépendantes l'une de l'autre, et ne sont nullement liées par un rapport de cause à effet.

Pour répondre à cette objection, il suffit de regarder les faits ; nous avons réuni quelques-uns de ceux où l'influence de la fièvre typhoïde sur le développement de la sclérose en plaques nous a semblé le plus évidente. Nous ne nous flattons pas d'avoir rassemblé tous les cas de ce genre, il ne s'agirait de rien moins que de passer en revue toute la bibliographie de la sclérose en plaques ; notre but est moins vaste ; quelques exemples, pourvu qu'ils soient topiques, suffiront, ce nous semble, pour la démonstration que nous voulons faire.

Commençons par les cas où, manifestement, les symptômes et les lésions de la sclérose en plaques se sont montrés dans le cours d'une fièvre typhoïde.

OBSERVATION II. (Ebstein) (1).—Ouvrier de 44 ans. Du 28 mai au 24 août 1864, fièvre typhoïde intense avec perte de connaissance prolongée. Pendant la convalescence apparaissent des troubles de la parole qui devient indistincte, mal articulée, monotone, mais non scandée ; atrophie partielle de certains muscles de la langue. Faiblesse et tremblement des membres supérieurs et inférieurs. Tremblement de la tête dans les mouvements volontaires.

Mort le 4 juin 1872. Autopsie absolument confirmative de sclérose en plaques.

OBSERVATION III (de Kahler) (2). — Homme de 24 ans. Père sujet à de violentes colères ; un frère a une vie d'aventures ; une sœur suicidée.

A l'âge de 13 ans a eu une fièvre typhoïde, très forte, pendant laquelle eschare sacrée, gangrène du pavillon de l'oreille ; reste 5 mois au lit.

Pendant sa longue convalescence, lorsqu'il quitte son lit ou se met sur son séant, tremblement très marqué de la tête ; quand il veut faire un mouvement du bras droit, tremblement très intense de cette extrémité ; parole difficile, entrecoupée, scandée.

L'intelligence ne s'était pas affaiblie, mais il avait dans l'année trois ou quatre attaques de vertige avec perte de connaissance.

Peu à peu dans les quatre années qui suivirent, il se fit une amélioration sensible des symptômes, l'écriture même était

(1) W. Ebstein. — *Sprach und Coordinationsstörung in Armen und Beinen in Folge von Typhus abdominalis. Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1872, t. IX, p. 528 et ibid. t. X, p. 595.

(2) Kahler et Pick, *loc. cit.*, p. 81.

© BIU Santé

devenue plus régulière, les pertes de connaissance moins fréquentes; mais les symptômes ne disparurent pas complètement.

Observation IV. (Westphal) (1). — Homme de 40 ans, cinq semaines après le début d'une fièvre typhoïde, ataxie des extrémités supérieures et inférieures, mouvements rhythmiques involontaires de la tête, troubles de la parole, difficulté de la déglutition, projection des jambes dans la marche, tremblement des extrémités inférieures dans la station debout prolongée, ou par le rapprochement des pieds. Aucun trouble de la sensibilité cutanée.

Observation V. (A. Chauffard) (2). — Femme de 28 ans. Fièvre typhoïde longue et grave, ne peut se lever qu'au bout de 3 mois, ressentait à ce moment des douleurs en ceinture et une vive faiblesse dans le membre inférieur gauche. Quelques jours après est obligée de reprendre un lit.

Cinq mois environ après le début de ces accidents nerveux, on constate lenteur de la parole, diminution de la mémoire, pas de nystagmus. Démarche spasmodique, exagération des réflexes rotuliens, épilepsie spinale; tremblement dans les mouvements volontaires disparaissant pendant le repos.

Observation VI. (Bailly) (3). — Fourrier Auguste. Constitution médiocre, malade depuis 15 mois, tremblement très notable des deux mains et des jambes quand ces parties ne sont pas appuyées. La main droite surtout est agitée de mouvements oscillatoires tels qu'il porte difficilement les aliments et les boissons à la bouche. Marche un peu vacillante. Facultés intellectuelles intactes. La tête présente aussi de temps à autre un léger tremblement. C'est à Lyon, après une fièvre typhoïde de trente jours, qu'il constata ce tremblement.

Vraisemblablement, l'observation XXVIII du même auteur rentre, elle aussi, dans la même catégorie de faits; mais comme les symptômes de la sclérose en plaques y sont un peu moins nets, nous préférons ne pas la faire figurer ici. (*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Rétention d'urine. — Hypertrophie de la prostaste. — Abcès de la prostate. — Cystite. — Cellules et poche vésicales. — Pyélite.

Par M. **LADROITTE**, interne des hôpitaux.

Le nommé Tasse Louis, concierge, âgé de 66 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, n° 61, le 31 octobre, pour une rétention d'urine datant de deux jours. Cette rétention semble d'ailleurs incomplète; le malade rend de temps en temps de petites quantités d'urine qui s'écoule par regorgement.

Les troubles urinaires paraissent remonter à près de trois ans, mais consistaient simplement à cette époque en un retard dans la miction, avec diminution de la force de projection du liquide. Il y a quinze jours seulement le malade, qui vidait assez bien sa vessie jusque-là, remarqua qu'il urinait la nuit dans son lit sans s'en apercevoir, bien qu'il pût uriner volontairement et abondamment. Il remarqua également que, depuis quelque temps, ses urines étaient plus abondantes et les mictions plus fréquentes, la nuit principalement. Son état général est d'ailleurs satisfaisant. Nous n'avons à noter dans ses antécédents pathologiques qu'une blennorrhagie contractée à l'âge de vingt ans et qui guérit rapidement en trois semaines.

A son entrée à l'hôpital, on constate que la vessie est très dilatée et forme au-dessus du pubis une masse dure, globuleuse, mate à la percussion, remontant à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher rectal montre la prostate grosse, hypertrophiée; nulle part la pression ne cause de douleur. L'hypertrophie semble porter également sur les deux lobes; le lobe moyen paraît peu développé. On essaye de sonder le malade à l'aide de sondes molles en caoutchouc, mais sans résultat; on lui donne un bain prolongé, dans lequel il a pu uriner un peu. Une sonde molle (n° 12) arrive alors facilement dans la vessie, et on retire deux litres et demi d'urine claire, en ayant soin de ne pas vider complètement le vessie, où on laisse environ un demi-litre de liquide. L'examen de l'urine y dénote des traces d'*albumine*. L'oreille appliquée sur la région précordiale perçoit nettement un *bruit de galop*.

Les artères sont flexueuses et athéromateuses. Comme traitement, le malade est soumis au régime lacté. Tous les soirs, on lui administre 0,50 cent. de sulfate de quinine. Le cathétérisme devra être répété deux fois par jour, si le malade ne peut uriner seul.

1er *novembre*. On sonde le malade deux fois; il s'écoule quatre litres d'urine.

2 *novembre*. Le malade se plaint de douleurs vésicales. Il a eu du ténesme et a uriné douze à quinze fois pendant la nuit; il a été pris également de plusieurs petits frissons. L'inappétence est complète, la langue est rouge et sèche, la soif ardente. Peau chaude, pouls plein et dur. T. 39°. L'urine est sanglante, rouge, toujours en grande quantité.

3 *novembre*. L'hématurie persiste et semble dépendre d'une lésion des reins ou des uretères, car le sang est intimement mélangé à l'urine.

4 *novembre*. L'hématurie a disparu. L'urine, normale au commencement de la miction, devient légèrement purulente à la fin. La fièvre a en partie disparu.

7 *novembre*. Même état. La quantité d'urine est toujours aussi considérable; le pus y existe en plus grande quantité. Le cathétérisme est toujours pratiqué deux fois par jour.

9 *novembre*. Diminution notable de la quantité des urines, qui de 5000 tombent à 1000 grammes.

11 *novembre*. Diarrhée légère. 500 grammes seulement d'urine blanchâtre, fortement purulente. Petits frissons erratiques. Prostration très marquée. Peau froide, quoique couverte de sueur. Pouls petit. T. 38°. Intelligence affaiblie, voix cassée.

12 *novembre*. Mort dans le collapsus.

Autopsie 18 heures après la mort. — L'appareil génito-urinaire est enlevé tout d'une pièce. Ce qui frappe d'abord, c'est l'aspect de la vessie, dont les parois, très hypertrophiées, atteignent presque un centimètre d'épaisseur. La muqueuse est très congestionnée, violacée. Elle est soulevée par les faisceaux de la couche musculaire profonde, qui limitent une foule de cellules dont plusieurs acquièrent le volume d'une noisette. Sur la face postérieure, au-dessus du trigone, existe une véritable poche de la grosseur d'un œuf, ne communiquant avec la cavité vésicale que par deux orifices dont le plus grand admet à peine l'extrémité du doigt. La muqueuse qui tapisse l'intérieur de cette poche paraît encore plus altérée que celle qui revêt la cavité principale. Nulle part on ne trouve de calcul. L'urèthre est sain dans ses portions spongieuse et membraneuse.

La *prostate* est hypertrophiée, surtout du côté gauche. Le lobe gauche est le siège d'un abcès du volume d'une noisette, rempli d'un pus épais et crémeux. L'abcès s'ouvre dans l'urèthre au niveau de la gouttière qui longe le veru-montanum, par deux petits orifices. Les autres parties de la glande sont saines. Les *calices* et les *bassinets* sont dilatés. La muqueuse est dépolie, violacée par places, recouverte d'une légère couche purulente. Les *uretères* sont dilatés à leur origine et présentent aussi les lésions de la pyélite. Ils reprennent leurs caractères normaux au voi-

(1) Westphal. — *Ueber eine Affection des Nervensystems nach Pocken und Typhus* (*Arch. f. Psych.*, 1872, p. 376.)

(2) Observation communiquée par M. Chauffard, in Thèse d'Agrégation de Landouzy.

(3) Bailly. — *Des paralysies consécutives à quelques maladies aiguës*. Thèse de Paris, 1872.

© BIU Santé

sinage de la vessie. Leur orifice vésical n'est nullement altéré. Les *reins* paraissent peu malades ; le rein gauche est peut-être le siège d'une congestion légère ; mais les lésions, s'il en existe, sont peu apparentes.

Le *cœur* est un peu flasque. Les orifices sont sains. Les *poumons* sont légèrement congestionnés.

Réflexions. — Il n'y a pas lieu d'insister sur les lésions de la vessie et l'existence des cellules et poches urinaires trouvées à l'autopsie. Ce sont là des faits qui s'observent assez fréquemment et qui, d'ailleurs, n'offrent que peu d'intérêt au point de vue clinique.

La présence d'un abcès dans la prostate nous frappe davantage. En effet, outre que celui-ci ne s'est révélé par aucun symptôme pendant la vie, nous ne trouvons aucune raison bien nette pour en expliquer la production. On ne peut guère accuser le traumatisme dû au cathétérisme, le malade ayant toujours été sondé au moyen de sondes molles seulement ; d'autre part, peut-on rattacher à l'inflammation de la vessie l'inflammation consécutive de la prostate. Nous ne le pensons pas, la cystite n'ayant jamais pris un caractère d'acuité suffisante pour expliquer cette complication. Nous nous trouvons donc conduits à attribuer à cet abcès une origine parasitaire ; mais, ce n'est là qu'une hypothèse que nous n'adopterions que faute d'explication plus satisfaisante.

Nous devons faire également remarquer que l'ensemble des symptômes présentés pendant la vie (polyurie, albuminurie légère, œdème, bruit de galop, athérome artériel), ainsi que les phénomènes qui ont précédé la mort (symptômes d'urémie lente), nous autorisaient à diagnostiquer outre l'hypertrophie de la prostate, une néphrite interstitielle. Or, à l'autopsie, nous avons trouvé les reins sains ou du moins très peu altérés (1).

(1) Travail communiqué à la *Société anatomique*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'emploi du sublimé corrosif comme antiseptique.

Dans sa leçon inaugurale du 28 mars dernier, M. le professeur Tarnier a justement appelé l'attention de ses auditeurs sur l'excellence de la méthode antiseptique appliquée aux accouchements. Pour retracer rapidement l'histoire des progrès réalisés en obstétrique, au point de vue du traitement et de la prophylaxie de l'infection puerpérale, le professeur n'a eu qu'à faire le simple exposé de la pratique nosocomiale mise en vigueur à la Maternité de Paris depuis 1870. La statistique de la mortalité, seul et indiscutable critérium des méthodes employées, démontre d'une façon péremptoire, que ces progrès peuvent se ramener à deux chefs principaux : 1° La suppression de toute promiscuité entre les parturientes malades et les femmes en couches valides, mesure adoptée en 1870, a permis d'abaisser, dans un laps de 11 ans, la mortalité de 9, 7 0/0 à 2, 2 0/0.

Ainsi, de par cette seule pratique hygiénique, le fléau protéïque des épidémies puerpérales est rayé du cadre nosologique. 2° Le progrès en arrive à sa seconde étape par l'application de l'antisepsie aux suites de couches ; grâce à ce mode de traitement, on en vient, sinon à supprimer toute infection sporadique, du moins à la juguler à sa naissance. En 1882-1883, la mortalité tombe de 2, 2 à 1, 1 0/0.

C'est principalement à l'occasion de ce dernier point, que M. Tarnier, dans sa leçon d'ouverture, est venu revendiquer pour la France la priorité de la mise en usage du sublimé corrosif dans l'antisepsie obstétricale.

Parmi les divers agents antiseptiques auxquels on a eu recours pour mettre la plaie utérine à l'abri du contact des germes infectants, le sublimé a fait preuve d'une efficacité aujourd'hui solidement établie par une expérience de plus de deux années, constamment couronnée de résultats heureux. Peu employé jusqu'ici en France pour la chirurgie courante, il a pris, à l'heure actuelle, une grande extension à l'étranger, et on peut dire par exemple, qu'il est peu d'instituts pathologiques de l'empire Allemand qui ne comptent au moins une clinique, soit obstétricale, soit chirurgicale, dans laquelle ce puissant désinfectant ait pris une suprématie prépondérante sinon exclusive sur le reste des substances antiseptiques.

L'*acide phénique* même, dont il serait oiseux de rappeler les états de service, qui constitue la base de la méthode Listérienne longtemps restée synonyme de méthode antiseptique, tout en restant un auxiliaire indispensable aux mains des partisans les plus déclarés du sublimé corrosif, se trouve par eux relégué au second plan et conservé pour le seul usage de la désinfection extrinsèque au malade, c'est-à-dire les pulvérisations, les lavages des instruments, des salles de malades, etc.

A parcourir les publications périodiques où abondent les comptes rendus statistiques — on pourrait dire enthousiastes — des maternités d'Allemagne, on ne peut mettre en doute, d'après ces exposés de résultats, les heureuses propriétés du sublimé comme antiseptique, mais, s'il faut le dire, on est aussi frappé des lacunes vraiment singulières et insolites que présente la partie bibliographique de ces travaux. D'un commun accord, les écrivains d'Outre-Rhin qui traitent du pansement au sublimé, font remonter la paternité exclusive de cette méthode au professeur Koch et ne cherchent pas au delà.

C'est dans le but de compléter et de rectifier ce point d'histoire médicale que nous avons fait les recherches que nous allons rapporter. La presse médicale Italienne, nous avons été heureux de le constater, renferme nombre d'articles de valeur sur le sujet qui nous occupe, et la plupart d'entre eux traitent de l'historique d'une façon sinon complète du moins impartiale. Deux auteurs cependant, non des moins recommandables, les professeurs Albertini et P. Negri (1) ont omis de mentionner les recherches de Koch tant prônées en Allemagne. Sans doute, ils ont cru devoir ne citer que les expériences vraiment originales et passer sous silence celles qui n'étaient que la reproduction de travaux antérieurement accomplis. Quoi qu'il en soit, nous mentionnerons ici, en suivant l'ordre chronologique et en nous réservant d'insister spécialement sur celles qui ont particulièrement trait au sublimé, les différentes études et expériences qui ont été faites sur les agents désinfectants et antiseptiques. Pour une partie de nos recherches, nous avons été aidé par les travaux des professeurs Vallin (2) et Albertini (3).

(1) *Voy. ci-dessous.*
(2) *Traité des désinfectants*, 1882.
(3) *Rivista sintetica sull' azione degli antisettici.* (*Lo sperimentale*, mai 1882).

© BIU Santé

Les propriétés désinfectantes et antiputrides du sublimé sont connues de date déjà ancienne. Alors que les théories microbiennes n'existaient même pas à l'état d'hypothèse, le bichlorure de mercure occupait déjà une place honorable dans la pratique des médecins de la Beauce qui l'employaient au traitement de la pustule maligne. Quand ces praticiens, après l'incision cruciale de la pustule charbonneuse, y déposaient profondément la poudre de sublimé, ils ne cherchaient à vrai dire qu'à obtenir une action caustique, mais ils déterminaient en réalité une action thérapeutique qui agissait autant à distance, par diffusion, qu'au point d'application même. Les résultats acquis par cette antisepsie tout empirique étaient bien supérieurs à ceux qu'ils pouvaient retirer de l'usage du cautère actuel.

Au commencement du siècle, Chaussier avait vu les propriétés antiputrides du sublimé et en avait généralisé l'emploi pour l'injection et la conservation des cadavres d'amphithéâtre (1).

En 1872, le Dr Petit inaugure les recherches de laboratoire et fait faire à la question un pas important. Il présente à l'Académie des sciences (2) une note sur les substances antifermentescibles : il fait réagir différents sels métalliques sur un liquide de culture formé d'un mélange d'eau, de sucre et de levûre et constate qu'à côté des sulfates de cuivre et de nickel, le bichlorure de mercure possède au plus haut degré le pouvoir d'empêcher les fermentations. Cette même année Dougall (3) et Crace-Calvert (4), poursuivent des recherches analogues sur les fermentations développées au sein de liquides albumineux et arrivent à les entraver totalement avec des solutions de chlorure d'arsenic à 1 : 8000, de sublimé à 1 : 6000 et d'acide phénique à 1 : 750.

En 1873, Davaine commence ses expériences sur les agents propres à détruire la bactérie charbonneuse et dépose à ce sujet un pli cacheté à l'Académie.

En 1874 (5) il fait successivement connaître les résultats de ses premières expériences : « J'ai employé, dit-il, la même méthode à la recherche des propriétés antiseptiques d'un grand nombre d'autres substances telles que l'acétate de potasse, l'hyposulfite de soude, le bichlorure de mercure... »

Ce n'est qu'en 1880 (6) qu'il publie son étude spéciale sur les propriétés du sublimé, et les résultats en sont d'une netteté telle qu'il semble que toute nouvelle recherche sur ce sujet doive désormais demeurer inutile. Les expériences sont pratiquées sur des cobayes auxquels il injecte divers mélanges de virus charbonneux et de solutions titrées de sublimé corrosif :

« Du 4 août au 8 septembre 1878, il a été pratiqué deux inoculations au $\frac{1}{4\,000}$; une au $\frac{1}{8\,000}$; une au $\frac{1}{16\,000}$; une au $\frac{1}{32\,000}$; une au $\frac{1}{60\,000}$; une au $\frac{1}{64\,000}$; une au $\frac{1}{70\,000}$; une au $\frac{1}{80\,000}$; une au $\frac{1}{140\,000}$; tous les animaux ont survécu ; une injection $\frac{1}{150\,000}$; à la suite de laquelle l'animal meurt ; deux au $\frac{1}{200\,000}$; l'un meurt et l'autre survit ; deux au $\frac{1}{150\,000}$ suivies de mort. La limite de l'action antiseptique du sublimé corrosif est donc très voisine de celle de l'iode et on peut la fixer entre le $\frac{1}{180\,000}$ et le $\frac{1}{160\,000}$..... Parmi les antiseptiques dont j'ai, dit-il, cherché jusqu'ici la limite d'action sur le virus charbonneux et sur celui de la septicémie, aucun n'approche, même de très loin, l'iode et le sublimé corrosif. »

Billroth (1) constate que le sublimé et l'acide acétique ont une égale puissance pour détruire la vitalité des bactéries en solution de 1 : 9600. Leonid Bucholtz (2), Kühn (3) et Haberkorn (4) font mention des propriétés du sublimé et établissent ce fait important que les substances antiseptiques se comportent avec une énergie variable vis-à-vis des bactéries, suivant les liquides de culture. Nicolaï Jalan de la Croix (5) passe en revue la puissance d'action de différents antiseptiques et met au premier rang le sublimé. En solution à 1 : 20000 cet agent agit sur les microbes développés dans le liquide de Bucholtz avec la même énergie que des solutions de thymol à 1 : 2000 et d'acide phénique à 1 : 500.

Wernitz (6) constate l'influence destructive du sublimé sur les ferments non figurés et montre que cette substance, en solution à 1 : 65000, entrave l'action de la pancréatine et de la ptyaline. — Krajewski (7) renouvelle les expériences de Davaine en traitant le sang charbonneux par divers réactifs antiseptiques et, comme le savant français, trouve que l'iode, et à côté de lui, le sublimé corrosif, occupent le premier rang.

En 1881, Koch reprend et confirme les découvertes de ses devanciers (8). Il expérimente sur les bactéries développées, sur des fils de soie, plongés dans l'eau. « De tous les moyens de désinfection connus, dit-il, le sublimé est le seul qui, appliqué sous forme de solution très étendue (1 : 1000), soit en état de détruire, en peu de minutes, tous les germes de microbes les plus résistants ».

En présence de ces résultats expérimentaux, établissant avec une très grande netteté la supériorité d'énergie du sublimé, personne ne songeait à en faire bénéficier la clinique, lorsque M. Tarnier eut l'idée de le substituer à l'acide phénique pour pratiquer l'antisepsie obstétricale. Bien plus que toute plaie chirurgicale, la plaie utérine qui provient de la chute du placenta est exposée à un contact permanent de substances organiques qui constituent un riche milieu de culture pour les microbes. La persistance possible et parfois inévitable de débris d'annexes du fœtus dans l'utérus, vient encore favoriser le développement des germes septiques. Il était avéré que, dans ces cas, l'acide phénique était

(1) Vallin. — *Loc. cit.*
(2) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 14 oct. 1872.
(3) *The medical Times and Gazette*, p. 405.
(4) *Ibid.*, p. 443.
(5) *Bulletins de l'Académie des sciences.*
(6) *Bulletins de la Société de Biologie*, séance du 10 janvier.
(7) *Bulletins de l'Académie de médecine*, séance du 27 janvier.

(1) Berlin, 1874.
(2) *Antiseptica und Bakterien.* (*Archiv für experimentelle.*) *Pathologie*, 1875, Bd. IV, et Thèse de Dorpat, 1876.
(3) *Ein Beitrag zur Biologie der Bakterien*, Thèse de Dorpat, 1877.
(4) *Das Verhalten von Ham-bakterien, gegen einige Antiseptica.* Dorpat, 1879.
(5) *Archiv fur experimentelle Pathologie*, Bd. XIII.
(6) *Ueber die Wirkung der Antiseptica auf ungeformte Fermente*, Thèse de Dorpat, 1880.
(7) *Ueber die Wirkung der gebrauchlichsten Antiseptica auf einigen Contagien.* Thèse de Dorpat, 1880.
(8) *Mittheilungen auf dem kaiserlichem Gesundheitsamte.* Bd. I, *Ueber Desinfektion.*

© BIU Santé

insuffisant à prévenir ou à entraver l'infection, tout en exposant les accouchées à des phénomènes d'intoxication déterminés par l'élévation du titre auquel on devait employer les solutions antiseptiques ($\frac{1}{20}$).

C'est en 1880 que M. Tarnier commença à mettre le sublimé en pratique, en le réservant dans le principe à la désinfection des mains. Au Congrès médical international tenu à Londres cette même année, au mois d'août, il rend compte de sa nouvelle méthode en ces termes (1) : « ... médecins, internes, sages-femmes et infirmières, doivent se laver les mains dans un liquide antiseptique. Mais quel liquide doit-on employer de préférence? Pour me renseigner sur ce point, j'ai fait les recherches suivantes : dans différents verres j'ai versé de l'eau, de la solution d'acide borique ou de sublimé à $\frac{1}{1000}$; dans chacun j'ai déposé un fragment de placenta et j'ai soumis le tout à une température constante. Au bout de quelques jours tous les verres, sauf deux, renfermaient des microbes, et les deux qui n'en contenaient pas étaient ceux dans lesquels on avait versé la solution concentrée d'acide borique (40 gr. par litre) et la solution de sublimé corrosif.

« J'ai, pour ma part, la plus grande confiance dans le bichlorure de mercure comme parasiticide. Toutes les fois que je suspecte mes mains, tant à l'hôpial que dans la pratique privée, je les lave à la liqueur de Van Swieten; mes internes font de même et jamais nous n'avons eu à nous plaindre de l'emploi du sublimé... ».

Depuis 1881, les usages du sublimé se sont de plus en plus généralisés à la Maternité de Paris; dès le milieu de 1882, il se substitue définitivement à l'acide phénique pour les soins consécutifs à l'accouchement. La pratique de l'antisepsie, telle qu'elle était faite à cette époque, se trouve exposée dans le travail publié par M. A. Olivier (2) et dans la thèse pour l'agrégation de M. Bar (3). Disons de suite que le sublimé a été introduit depuis dans l'antisepsie obstétricale dans la plupart des services d'accouchement créés récemment dans les hôpitaux de Paris (à la Charité, par M. Budin; à Tenon, par M. Ribemont; à Lariboisière, par M. Pinard). Toutefois, ce dernier a substitué depuis quelque temps le biiodure de mercure au bichlorure et recueille de l'emploi de cet agent les résultats les plus satisfaisants. Depuis le 2e semestre de 1883, le sublimé est également employé à la clinique d'accouchements. Présentée en août 1881 au congrès de Londres, c'est-à-dire devant l'assemblée des maitres les plus éminents de tous pays, la communication de M. Tarnier ne devait pas rester stérile; aussi, voyons-nous la chirurgie s'emparer quelques mois après de la nouvelle méthode antiseptique.

En effet, en novembre 1881, Schede emploie la solution de sublimé pour le traitement des plaies, à l'hôpital général de Hambourg, et substitue aux pièces du pansement de Lister des tissus analogues préparés au sublimé. Il fait de plus usage, pour remplacer l'iodoforme, de composés pulvérulents, sciure de bois ou cendres, qui, imbibés de solution mercurielle, modifient de la façon la plus avantageuse les plaies anfractueusss et les clapiers purulents. Kümmel expose les principes et les résultats de cette méthode — d'origine exclusivement Allemande, à l'en croire — devant le congrès des chirurgiens Allemands de 1882 (1).

Dès les premiers jours de 1883, notre excellent maitre M. Périer, suivant la pratique déjà usitée quelque temps auparavant par M. Reclus, chirurgien des hôpitaux, substitue le sublimé à l'acide phénique dans son service de l'hôpital St-Antoine. Non seulement, dans ses diverses opérations il obtient la réunion immédiate parfaite, mais encore il peut pratiquer des interventions chirurgicales suivies de succès, que l'emploi des solutions phéniquées eût rendues infructueuses et dangereuses, (cas d'abcès par congestion dans le mal de Pott, évacué par incision et pansé au sublimé sans phénomènes de résorption putride, et suivi d'une amélioration considérable dans l'état général) (2). En Allemagne, pour ne citer que quelques chirurgiens, les professeurs Bergmann, à Berlin; Maas, à Wurtzbourg; Lucke, à Strasbourg, en font un constant et heureux usage. Depuis le semestre d'été de 1883, à Munich, le professeur Nussbaum dont le nom fait autorité lorsqu'il s'agit de chirurgie antiseptique, emploie exclusivement le sublimé et nous avons été assez heureux pour constater nous-même *de visu* l'excellence des résultats par lui obtenus au moyen de cette méthode.

En Italie, F. Valerani (3) publie un relevé de dix opérations (amputations, kélotomie, etc.) toutes suivies de réunion par première intention, au moyen du pansement au sublimé. Etablissant un parallèle entre cet agent et l'acide phénique, il en arrive aux conclusions suivantes : « 1° La solution de sublimé à 1 : 2.000 répond d'une façon satisfaisante à l'antisepsie chirurgicale; elle est équivalente à la solution phéniquée à 2 1/2 : 100 habituellement employée. 2° Cette solution ne détermine pas d'effets toxiques. 3° Elle présente sur l'iodoforme et l'acide phénique l'avantage d'être parfaitement inodore, et d'un usage plus économique. »

En Amérique, dès le printemps de 1882, Robert, F. Weir, chirurgien de New-York, se sert d'une solution de sublimé à $\frac{1}{2000}$. Il a pansé à l'aide de cet agent, avec le plus grand succès, diverses fractures compliquées, et obtenu la réunion par première intention dans quatre amputations qu'il a eu occasion de pratiquer.

En obstétrique, la méthode antiseptique préconisée par M. Tarnier a été également adoptée dans diverses Maternités de l'étranger.

Le professeur P. Negri, directeur de la Maternité de Novare (1), guidé par les reherches de M. Tarnier, emploie exclusivement la médication mercurielle (*medicatura mercuriale*). Du 1er au 30 juin de cette même année, il a pu en observer l'effet sur 51 accouchées ; et malgré la survenue de diverses complications étrangères à l'infection puerpérale, il n'a eu que des succès à enregistrer.

A Berlin, Carl Schröder a entièrement adopté cette

(1) *Transactions of the medical international Congress.* T. 4.
(2) *Annales de gynécologie,* 1882.
(3) *Des méthodes antiseptiques en obstétrique,* 1883.

(1) *Centralblatt für Gynäkologie,* 1882.
(2) *Communication orale.*
(3) *Il bicloruro di mercurio nell' antisepsi chirurgica.* (*L'osservatore : Gazzetta delle cliniche,* 20 nov. 1883.)
(4) *London medical Record,* 15 février 1884.
(5) *Annali di ostetricia,* etc., juillet-août 1883.

© BIU Santé

méthode depuis le semestre d'été de 1883, avec des résultats aussi heureux que possible (1). A la Maternité et à la Polyolinique de Breslau, même pratique et mêmes succès (2). Ces divers auteurs appuient l'excellence de la nouvelle méthode sur des statistiques détaillées que le caractère de ce *Bulletin* ne nous permet pas reproduire ici.

Il ne s'est trouvé, en somme, jusqu'à ce jour, qu'un seul obstétricien, le professeur Stadfeldt (de Copenhague), qui ait élevé la voix contre l'emploi du sublimé dans le traitement des suites de couches, à l'occasion d'un décès survenu à la suite d'une injection intra-utérine. Nous devons faire mention de ce cas (*Centralblatt f. Gynäkologie*, mars 1884) à cause du grand retentissement qu'il a acquis à l'heure actuelle en Allemagne. Toutefois, à la lecture des symptômes et des lésions macroscopiques rapportés avec détails dans l'observation, nous penchons à croire, avec H. Taenzer, qu'il n'est rien moins que prouvé qu'il se soit agi là d'un empoisonnement hydrargyrique suraigu. L'état des reins (gros rein blanc) semble plutôt indiquer que la malade a succombé à une néphrite aiguë avec manifestations urémiques.

D'ailleurs, bien qu'*a priori* on ait pu redouter les effets de la résorption mercurielle par la plaie utérine, il est à remarquer que ni M. Tarnier, ni les accoucheurs allemands ou italiens, n'ont jamais observé de phénomènes toxiques ; nous pensons cependant, ainsi que le reconnait M. le professeur Tarnier, que l'usage du sel de mercure peut déterminer quelques manifestations superficielles ; mais elles sont aussi légères que rares, et consistent le plus souvent en un peu d'hydrargyrie au voisinage des organes génitaux ou en une gingivite d'ailleurs sans salivation. Dans tous les cas, ces inconvénients sont insignifiants, et ne peuvent nuire en rien à la propagation de l'emploi de l'agent antiseptique en question.

E. Bonnaire.

(1) Bröse. — *Centralblatt fur Gynäkologie*, 1883.
(2) Toporski. — *Centr. f. Gynäkologie*, septembre 1883.
(3) H. Taenzer. — *Ibid.*, 1er mars 1884.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 avril. — Présidence de M. F. Franck.

M. Ch. Richet rapporte le résultat des expériences qu'il a pratiquées sur le chien, depuis la dernière séance, relativement aux effets produits par l'excitation des lobes cérébraux. Sur un animal dont la température normale est de 38°,4, on fait une fenêtre à la boite crânienne : la température s'élève alors à 38°,7. Puis on incise la dure-mère et on pratique la cautérisation de la substance cérébrale : la température suit dès lors la progression suivante. A 4 h. 1 m., c'est-à-dire 3 heures après l'opération, on note 39°,1 ; à 4 h. 6 m., 39°,3 ; à 4 h. 17, 39°,4 ; à 4 h. 28, 39°,5 ; à 4 h. 29, 39°,65 ; à 6 h. 10, la température baisse, 39°,45.

M. Bochefontaine fait remarquer que les élévations sont bien peu sensibles, puisque la température normale, chez le chien, varie entre 39° et 38°.

M. F. Franck dit que, pour avoir des résultats concluants, il vaudrait mieux substituer aux expériences thermométriques des expériences thermographiques.

M. Mégnin, à propos des assertions formulées par M. Burq, lors de la dernière séance, relativement à la prophylaxie du cuivre dans le choléra, apporte des pièces justificatives qui démontrent péremptoirement que les ouvriers qui travaillaient le cuivre dans les localités signalées par M. Burq, n'ont pas été épargnés par l'épidémie cholérique.

M. Bochefontaine fait des observations dans le même sens. Quant à l'action microbicide des sels de cuivre, on la constate expérimentalement, en employant des solutions au 1/100. Mais il n'en est pas de même pour l'usage interne, dans la septicémie par exemple, où le sulfate de cuivre n'a aucune valeur.

M. Bernheim (de Nancy) envoie une note relative à la production des suggestions à l'état de veille. (Cette note a été publiée dans le *Progrès médical* du 5 avril).

M. Quinquaud fait part, au nom de M. Philippeaux, d'un nouveau procédé de conservation des cadavres. En remplissant la bière de son et de charbon, on obtient l'état squelettique, au bout d'un certain temps, sans aucune odeur.

M. Quinquaud communique le résultat de ses recherches sur l'action de la *paraldéhyde* sur le sang, et le mécanisme par lequel la mort survient chez les animaux. A la suite d'injections sous-cutanées de paraldéhyde, on note une diminution considérable de l'acide carbonique, fait d'autant plus curieux que la mort survient par asphyxie, le sang artériel présentant une coloration aussi noire que celle du sang veineux. L'oxygène reste à l'état normal pendant une grande phase de l'intoxication ; au spectroscope on observe une altération très nette du sang. Les phénomènes des échanges sont extrêmement ralentis, d'où la mort, par arrêt respiratoire.

M. Hanot a enlevé des plaques de xanthélasma chez une de ses malades atteinte d'ictère noir et a recherché s'il trouverait le microbe, signalé par plusieurs auteurs dans cette affection. Malgré des coupes faites suivant différents procédés et avec les colorations diverses, il ne lui a jamais été possible de trouver des microbes dans les plaques xanthélasmiques.

M. Laborde présente, au nom de M. Oudet, un produit nouveau, la *colchicine* dont il se propose d'étudier plus tard les propriétés physiologiques.

M. Magitot montre plusieurs maxillaires atteints de kystes dentaires, et qui permettent de voir très nettement la membrane fibroïde, périostique, niée par M. Malassez. Aussi, pour M. Magitot, la naissance d'un kyste a pour unique point de départ le soulèvement du périoste, à la condition toutefois qu'il se produise d'abord une périostite soit primitive, soit secondaire ; de plus, cette périostite se fait toujours au niveau de la racine d'une dent.

M. Malassez fait remarquer qu'il n'y a entre M. Magitot et lui qu'une divergence de mots. La membrane alvéolaire n'est pas un périoste, au sens histologique du mot, mais bien une série de faisceaux ligamenteux, ce que les anciens anatomistes avaient du reste bien vu, en créant les ligaments des dents avec les mâchoires (Gonfrauss). Toutefois rien ne prouve que la membrane kystique se développe aux dépens du périoste ; elle peut être de nouvelle formation, par suite de l'inflammation, comme cela se passe dans les kystes du foie, où il n'y a cependant pas de périoste.

M. Serte rapporte le résultat de ses recherches expérimentales sur la vie abyssine, qui sont du reste confirmatives, en beaucoup de points, de celles de M. P. Regnard.

F. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 avril 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Maheut (de Caen) donne lecture d'un travail intitulé : *Du danger de l'emploi des purgatifs dans le troisième septénaire de la fièvre typhoïde.*

M. Béclard, répondant à la communication de M. Luys, commence par fixer la question d'une manière nette et précise. L'expression *mouvement* appliquée aux changements de volume du cerveau lui paraît trop ambitieuse et le mot *branlement* lui paraît préférable. Car il existe de légers

© BIU Santé

mouvements de la masse cérébrale, mais qui sont soumis aux influences circulatoires et dépendent du plus ou moins de réplétion des vaisseaux de l'encéphale. Ces mouvements sont de peu d'étendue, mais n'ont rien de commun avec les mouvements et les déplacements en masse décrits par M. Luys, et tenus sous la dépendance des diverses attitudes du corps. Du reste, pour expliquer anatomiquement ces changements de la masse encéphalique, M. Luys est obligé d'admettre un vide, un espace restant entre le cerveau et les parois osseuses de la boîte crânienne; or, ce vide n'existe pas, non plus, du reste, que dans la cavité rachidienne; car l'encéphale, la moelle, les membranes, les plexus veineux et le liquide céphalo-rachidien remplissent complètement les cavités crâniennes et médullaires. M. Luys admet que ces mouvements du cerveau sont analogues à ceux des organes recouverts d'une séreuse; cependant, jamais dans l'organisme on ne voit un organe contenu dans une cavité séreuse, se séparer des parois de cette membrane. Enfin, contre les expériences anatomiques de M. Luys viennent plaider les expériences physiologiques de M. Salathé, expériences si claires et si démonstratives. M. Béclard termine en disant que si, comme le fait est admis, il existe dans l'encéphale de légers mouvements dépendants de la circulation et du rhythme respiratoire, il n'est pas démontré du tout qu'il puisse exister des déplacements du cerveau en masse.

M. Luys persiste, malgré les objections apportées par son savant contradicteur, à affirmer la locomotion du cerveau suivant les attitudes, il a prouvé ces mouvements; à ses adversaires maintenant à apporter les preuves que ces mouvements n'existent pas; quant au vide nié par M. Béclard, s'il n'est pas réel, il y a au moins un espace qui, dans les épanchements séreux, est rendu manifeste par la présence du liquide pathologique. De plus, si tout était plein dans la cavité crânienne, la face interne de la boîte crânienne devrait porter l'empreinte des circonvolutions cérébrales; or, rien de pareil n'existe sur la face interne de la voûte crânienne. Les expériences de M. Collin n'ont-elles pas donné, du reste, des résultats analogues aux siens?

M. J. Guérin rappelle que, en 1842, il a lu devant l'Académie des sciences un travail ayant pour titre: *Recherches et expériences sur la pression atmosphérique considérée comme élément d'activité sécrétoire*, et dans lequel on pourrait trouver les éléments de la question débattue aujourd'hui. Il a, en effet, montré dans ce travail que le vide réel des cavités closes n'existe pas, mais qu'il y a seulement tendance au vide par suite d'une diminution relative de pression. Il n'y a donc pas de vide dans la cavité crânienne, mais les résultats de M. Luys n'en sont pas moins exacts, et M. Guérin ne met pas d'objection à admettre les faits signalés, à condition cependant de leur donner une portée moins considérable que ne l'a fait M. Luys.

M. Collin a, depuis la dernière communication de M. Luys, expérimenté sur les animaux, et il a constaté les mêmes mouvements, mais beaucoup moins étendus.

M. Lagneau fait observer que l'absence des empreintes des circonvolutions cérébrales sur les parois crâniennes n'est pas absolue, car Gratiolet les a signalées chez des individus appartenant aux races inférieures. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 27 juillet 1883. — Présidence de M. Cornil.

22. Kyste hydatique suppuré du foie. — Abcès concomitants du foie et du poumon; par M. L. Monnier, interne des hôpitaux.

La nommée Qu..., âgée de 15 ans, entrée le 7 mars 1883 dans le service de M. de Saint-Germain. Antécédents personnels: d'une santé délicate, mais pas de maladies graves. Non encore réglée.

Vers le mois de décembre 1882, cette enfant commença à éprouver des douleurs dans le creux épigastrique, douleurs que n'améliora pas un traitement antigastralgique. En janvier, au point douloureux se forma une tuméfaction qui s'accrut lentement; en même temps, les douleurs devenaient plus vives et la constitution s'altéra.

Le 1er *mars*, un médecin consulté diagnostiqua un abcès froid costal: une incision donna issue à un peu de pus. Les jours suivants, la fièvre survient, le ventre se ballonne, une dyspnée intense se manifeste et elle dut entrer aux Enfants-Malades, dans le service de M. de Saint-Germain.

Le 7 *mars*, à la visite du soir, nous trouvons la jeune fille en proie à une angoisse extrême, les pommettes sont rouges, les traits tirés, la fièvre élevée. Le thorax, dilaté, fonctionne mal. Les poumons présentent des râles de bronchite: le droit est mat à sa base, en arrière, et la respiration y est soufflante. Le ventre est ballonné, peu douloureux. A l'épigastre, est une voussure légère avec un empâtement s'étendant assez loin. Cette voussure est vaguement fluctuante; à son centre, est l'ouverture pratiquée il y a quelques jours. Le traitement se borne au classique cataplasme et à des toniques.

Le 10 *mars*, l'état général ne s'est pas amélioré; localement, il n'est pas plus brillant. Une légère rougeur érysipélateuse entoure la petite plaie, d'où sort un liquide puriforme fétide.

Les jours suivants, cette rougeur s'étend sur une assez grande surface: l'état général s'aggrave et Q... meurt dans l'espace de quelques minutes le 16 *mars*, avec des symptômes d'une suffocation soudaine. Notons qu'elle n'a expectoré aucun crachat caractéristique, hormis un peu de mucopus les deux derniers jours. Les symptômes thoraciques et abdominaux étaient restés sensiblement les mêmes.

Autopsie. — Nous trouvons une vaste cavité contenant près de 300 gram. de pus, située dans l'hypochondre gauche, parfaitement limitée par la partie correspondante du diaphragme et le lobe gauche du foie. La portion du foie en contact avec le pus est altérée. En avant, est un trajet qui aboutit à l'ouverture créée par le bistouri.

Le lobe droit du foie adhère partout au diaphragme. Ces adhérences rompues, on sent dans son épaisseur une vaste poche fluctuante. Elle est en effet pleine de pus et constitue une dépendance d'une production spéciale sur laquelle nous avons à insister. Sur la partie droite du bord antérieur et prenant naissance près de la vésicule biliaire est une tumeur, dure à son origine, fluctuante dans le reste de son étendue, légèrement lobulée. Une série de coupes transversales font apercevoir: au niveau de la portion dure, de petites vésicules hydatides très peu altérées, incluses dans une coque calcifiée; puis, plus à droite, des vésicules déformées, et enfin la vaste poche purulente déjà mentionnée, où il n'existe aucun vestige d'hydatides, mais qui est tapissée d'une fausse membrane. L'abcès remontait donc déjà à une certaine époque. Sur le bord gauche du foie, existe un tout petit abcès. — L'examen de l'appareil respiratoire nous a montré un poumon gauche atteint de broncho-pneumonie au niveau du hile, et un poumon droit atteint d'une curieuse lésion. La plèvre viscérale adhérait dans toute son étendue à la plèvre pariétale et diaphragmatique, adhérences récentes, aisément vaincues. A la partie moyenne de la face inférieure, est un petit abcès sous-pleural, l'aboutissant d'une volumineuse collection purulente occupant presque tout le lobe inférieur, contenue dans une cavité anfractueuse que tapisse une membrane analogue à celle de l'abcès hépatique. Du reste, aucun débris d'hydatide n'est perceptible au milieu du pus. De nombreuses bronches traversent sa cavité; quelques-unes même paraissent s'y ouvrir, toutefois il n'y a que peu de pus dans leur intérieur.

Le cerveau n'a pas été examiné et les autres organes étaient normaux, à part un peu d'inflammation épithéliale dans les reins et de liquide citrin dans le péritoine.

Réflexions. — Cette observation mérite mention à plus d'un titre: 1° Elle relate, en effet, l'histoire d'une affection mortelle, à marche insidieuse, dont les différentes phases ont du être les suivantes: kyste hydatique suppuré du lobe

© BIU Santé

droit du foie, abcès consécutifs du lobe gauche et du poumon droit. 2° Le diagnostic des abcès hépatique droit et pulmonaire était presque impossible. L'abcès du lobe gauche lui-même ne laissait pas que d'être épineux. 3° D'ailleurs, eût-on nettement établi son origine et institué un traitement logique, que la malade aurait succombé aux progrès de la seconde lésion hépatique et de l'abcès pulmonaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 avril 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Chauvel présente de la part de M. Dieu une observation de *luxation du poignet* en avant et le moulage de la pièce. La luxation ne put être réduite. M. Chauvel, après lecture de l'observation et examen du moulage, incline à croire que le blessé n'était pas atteint d'une vraie luxation, mais plutôt d'une fracture par cause directe de l'extrémité inférieure du radius.

M. Richelot est du même avis et remarque que pareille erreur a été et est encore souvent commise.

M. Després rapporte l'observation d'un *anévrysme cirsoïde* de la main. La tumeur qui occupait le médius avait débuté par une tache violacée sur la pulpe de ce doigt; plus tard elle envahit tout le doigt et s'accompagna d'un ulcère trophique. On remarquait la dilatation et les flexuosités de l'artère cubitale, la radiale était intacte. M. Després réséqua trois centimètres et demi de la cubitale au poignet, et dans une seconde opération il enleva le doigt malade avec la tête du métacarpien correspondant. La malade a parfaitement guéri. M. Després fait ressortir l'intérêt de cette observation; au point de vue des symptômes, il remarque la présence d'un ulcère particulier accompagnant une tumeur cirsoïde; il insiste sur le traitement qu'il a tenté et explique comment il a été conduit à l'adopter. M. Després a voulu enlever les nerfs vaso-moteurs qui ont été mis en cause dans cette affection en faisant ainsi un essai qui a été suivi d'un résultat immédiat excellent. Cependant les parois artérielles, examinées par un élève du service, n'ont présenté aucune altération. En finissant, M. Després rappelle qu'il a l'habitude toutes les fois qu'il désarticule un doigt, d'enlever en même temps la tête du métacarpien correspondant; le rapprochement des doigts voisins est rendu plus facile et la main plus apte à la préhension.

M. Terrier remarque que l'ulcération et les troubles trophiques sont dans l'histoire classique des anévrysmes cirsoïdes, et que M. Després a suivi la conduite conseillée par Décès dans sa thèse. Mais il ne peut partager les illusions de M. Després sur le résultat de la résection des nerfs vaso-moteurs de la cubitale, car le processus ne va pas des gros vaisseaux aux petits. Généralement, c'est le contraire qu'on observe: à une tache vasculaire, succède une tumeur érectile, qui devient par la suite un anévrysme cirsoïde avec les dilatations des gros troncs. De plus, on voit ordinairement les gros troncs dilatés revenir à leurs dimensions ordinaires après l'ablation de la tumeur. Enfin, M. Terrier regrette que M. Després ayant l'occasion rare de faire l'examen histologique d'une artère dilatée, n'ait pas confié cet examen à un histologiste dont la parole fasse autorité.

M. Verneuil a souvent vu les artères dilatées au pourtour de la tumeur revenir à leur volume ordinaire aussitôt après l'opération; il vient encore de le constater dans son service où il a traité et guéri une de ces tumeurs par des injections coagulantes.

M. Trélat a souvent vu ces faits et partage complètement les idées émises par MM. Terrier et Verneuil. Peut-être la raison de ce retour des vaisseaux à l'état normal est-elle dans ce fait qu'après l'ablation de la tumeur, la pression artérielle, exagérée auparavant du fait de la tumeur, revient à la normale.

M. Pozzi croit que la tumeur formée par des capillaires dilatés détermine un abaissement de pression dans les artères afférentes, et que la dilatation de ces artères est attribuable à un défaut de nutrition. On sait en effet que les petites artères se nourrissent surtout par imbibition aux dépens du sang qu'elles contiennent. La pression artérielle étant diminuée, l'imbibition et la nutrition se font mal et c'est pourquoi l'on trouve dans ces artères dilatées des altérations de la fibre musculaire et des proliférations conjonctives.

M. M. Sée pense que cette dilatation est une dilatation active; la pression étant diminuée dans l'artère, il y a afflux plus considérable de sang et hypernutrition; il doute qu'il y ait dégénérescence des parois et croirait plus volontiers à une hypertrophie. Aussi les artères reviennent-elles facilement à l'état normal après l'ablution de la tumeur.

M. Pozzi communique une observation bien intéressante de *corps fibreux utérin* compliquée d'hydronéphrose suppurée. La malade, âgée de 43 ans, était dans un état fort grave et qui paraissait presque au-dessus des ressources de l'art. M. Pozzi fit d'abord l'hystérectomie et enucléa, non sans de grandes peines, la tumeur utérine adhérente à la poche de l'hydronéphrose. La malade ayant guéri de l'hystérectomie, l'hydronéphrose fut traitée par une ponction suivie d'une injection modificatrice. Une seule injection a suffi pour amener une guérison qui paraît définitive, car l'opération date déjà de 5 mois. P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 avril 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Tanret fait part d'un procédé à l'aide duquel on peut préparer instantanément le *phosphate tribasique de chaux gélatineux*. Il suffit de mélanger une solution contenant une partie de phosphate monobasique desséché avec deux parties de chaux dissoutes dans du sirop de sucre: on obtient alors un phosphate gélatineux tribasique. Ce mode de préparation, qui est extrêmement simple, offre un grand avantage, car on sait qu'il est habituellement très difficile de conserver intacts, pendant longtemps, les phosphates tribasiques de chaux.

M. Dupont, à propos de la dernière communication de M. Campardon sur le traitement du *diabète* par les douches d'air, vient donner quelques renseignements complémentaires sur ce mode thérapeutique. La douche d'air, qui produit un choc, une percussion sur la peau, et secondairement une perte de calorique et une réfrigération à ce niveau, amène ensuite une véritable réaction locale, absolument semblable à celle qui se produit pour la douche d'eau. Elle offre donc les mêmes avantages que cette dernière sans en présenter les inconvénients: elle ne mouille pas le malade, ne laisse aucune humidité dans les pores de la peau, peut être donnée dans un appartement, au coin du feu, ou sur un sofa et ne nécessite pas le déshabillement complet du sujet. Son prix n'est pas plus considérable que celui d'une douche humide. La pression d'air est de 3 atmosphères et la douche peut être fournie par la Compagnie de la Force motrice par l'air comprimé, dont l'usine centrale est, comme on le sait, au lac St-Fargeau et qui sillonne Paris de ses conduits de distribution.

M. Campardon fait remarquer que les malades éprouvent, après ces douches d'air, un bien-être bien plus considérable qu'après les douches humides; aussi préfèrent-ils bien vite les premières à celles-ci. Il a pu guérir, ou tout au moins améliorer d'une façon considérable, une dilatation stomachale que l'électricité n'avait pu amender: quelques douches d'air, projetées au niveau du creux épigastrique, ont suffi pour amener cette amélioration rapide.

M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur l'*hamamelis virginica*, plante très répandue en Amérique et en Angleterre dans le traitement des congestions veineuses et des névralgies. M. Beaumetz a fait quelques expériences avec la teinture préparée par M. Petit, et avec le *ponds extract*, sorte d'hydro-alcoolat appartenant à la pharmacopée anglaise: il a constaté que cette plante avait une

© BIU Santé

efficacité réelle dans les hémorrhoïdes et les varices. Plusieurs malades porteurs d'hémorrhoïdes ont vu, sous l'influence de ce médicament, leurs douleurs et les variquosités veineuses diminuer avec une rapidité bien plus grande qu'avec le capsicum ou tout autre médicament.

Il en a été de même pour les varices des jambes; mais, dans ces cas, il faut faire la part du repos au lit, aussi ces observations ne sont-elles pas absolument concluantes, et M. Beaumetz engage les membres de la Société à expérimenter ce médicament dans des conditions qui permettent de lui attribuer toute la part qui lui revient.

Les médecins anglais et américains emploient l'hamamelis contre les variquosités pharyngiennes observées dans les angines granuleuses, et ont d'excellents résultats en l'administrant sous forme de topique (glycérine et extrait). Ils l'emploient également dans la congestion cérébrale, dans les congestions de la prostate et des ovaires. On trouve relaté les cas d'un jeune malade, hémophile, qui avait des épistaxis continuelles qu'aucun médicament n'avait pu arrêter et qui furent enrayées par l'administration de l'hamamelis virginica. M. Beaumetz a également expérimenté ce médicament dans les névralgies, contre lesquelles il a été vanté, mais il n'a obtenu aucun résultat, si ce n'est dans les douleurs qui accompagnent les hémorrhoïdes.

Le mode d'administration est de 10 gouttes de teinture préparée par M. Petit, toutes les deux heures, c'est-à-dire 50 gouttes environ dans la journée, et d'une cuillerée à café toutes les deux heures du ponds extracts. La grossesse est une contre-indication à l'emploi du médicament.

Quel est son mode d'action physiologique? Il se localise probablement sur les fibres musculaires lisses des veines; M. Beaumetz a commencé, du reste, dans ce sens, une série d'expériences sur les grenouilles dont il rendra compte prochainement.

M. Campardon trouve les doses préparées par M. Beaumetz beaucoup trop fortes, car, dans deux cas, il a eu avec 24 gouttes de teinture (préparée également par M. Petit), des accidents caractérisés par un catarrhe naso-pharyngien et de l'engourdissement des membres. Il pense qu'il faut manier cet agent médicamenteux avec prudence. L'application locale, comme topique, lui a donné de bons résultats, dans quelques cas d'hémorrhoïdes et de varices.

F. Bottey.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

III. Des modifications modernes de la lithotritie; par M. le Dr Kirmisson, chirurgien des hôpitaux. Paris, 1883. Delahaye et Lecrosnier, libraires-éditeurs.

IV. The diseases of the prostate; their pathology and treatment (Jacksonian prize essay for the year 1860); by sir Henry Thompson, fifth edition. London, 1883. J. et A. Churchill, éditeurs.

V. Etude médico-psychologique sur l'onanisme chez l'homme; par M. le Dr Pouillet. Paris, 1883. Delahaye et Lecrosnier.

III. Lorsque le Dr Bigelow annonça qu'on pouvait faire durer une ou deux heures les séances de lithotritie, lorsqu'il présenta à l'appui de son dire une statistique de 16 ou 17 cas dont un seul avait été suivi de mort, lorsque plusieurs de ses compatriotes dont certains, comme le Dr Curtis, avaient laissé à Paris un souvenir très vivant, publièrent des succès obtenus par la méthode de Bigelow, ce fut en France et en Angleterre, dans le monde des spécialistes un mélange d'étonnement, d'incrédulité, et même un peu de crainte. Les chirurgiens célèbres comme Thompson en Angleterre, Guyon à Paris, n'osèrent s'aventurer qu'avec la plus extrême prudence sur les traces du hardi novateur qui se permettait de travailler pendant deux heures dans une vessie, alors que les chirurgiens d'Europe y restaient de deux à cinq minutes tout au plus. Cependant, malgré toutes les objections théoriques que l'on pouvait élever, il fallut bien se rendre à l'évidence des faits, et, aujourd'hui, l'opération de Bigelow est presque devenue la règle. Nous disons *presque* et c'est à dessein, car, si les manœuvres auxquelles se livre Bigelow sont imitées aujourd'hui par tout le monde, sa théorie n'a pas encore prévalu: au dogme des séances très courtes a succédé le dogme des séances très longues; mais le principe même de l'évacuation totale en une seule séance n'a été accepté complètement ni en Angleterre ni en France

Que dit en effet Bigelow? Que le séjour des fragments dans la vessie est la véritable cause des accidents qui surviennent après la lithotritie; que, par conséquent, il faut coûte que coûte vider complètement la vessie, dût la séance être prolongée pendant trois heures.

A cela les chirurgiens français et anglais objectent que si la pierre est très grosse, si la vessie donne des marques de fatigue trop grande pendant l'opération, il vaut mieux faire deux et même trois séances que de s'acharner à vider complètement la vessie en une seule fois. Les faits recueillis par MM. Guyon, Thompson et bien d'autres nous paraissent jusqu'à nouvel ordre donner raison à cette dernière manière de voir.

Tels sont les principes qui règlent en ce moment la conduite des chirurgiens en Amérique et en Europe. M. Kirmisson s'est proposé de décrire dans ses détails la nouvelle lithotritie en la comparant à l'ancienne. Il fait remarquer que Bigelow, qui a eu l'honneur et l'audace de pratiquer le premier l'opération nouvelle, a vu son œuvre préparée (ce qui n'ôte rien à son mérite) par les travaux d'Otis sur le diamètre du canal de l'urèthre et par ceux de tous les chirurgiens qui ont essayé d'aspirer les fragments après la lithotritie. Dès 1843, Cornay de Rochefort inventait un aspirateur dont M. Kirmisson reproduit le modèle; quelques années après (1846), sir Ph. Crampton essayait également l'aspiration. Enfin, de nouveaux appareils étaient imaginés par Clover, par Nélaton, par Corradi. D'autre part, Otis de New-York, montrait en 1878 que le canal de l'urèthre présentait partout, sauf au niveau du méat, une largeur de plus d'un centimètre de diamètre et qu'on pouvait en conséquence y faire pénétrer des instruments bien plus volumineux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Cette disposition révélée par Otis permit à Bigelow de tenter ces évacuations complètes des fragments qui nécessitent l'emploi d'une sonde de fort calibre.

M. Kirmisson nous montre aussi le progrès réalisé par Bigelow quand ce chirurgien éminent posa en principe que l'anesthésie complète devait être employée pour faciliter la lithotritie. On croyait jadis qu'il valait mieux opérer sans chloroforme parce que les sensations du patient pouvaient guider le chirurgien et notamment l'avertir si le lithotriteur venait à pincer la muqueuse vésicale. Avec de bons instruments maniés avec précaution, cet accident ne nous paraît guère à craindre.

On peut examiner comme suit les pratiques fondamentales de l'opération de Bigelow:

1° Faire une anesthésie complète; 2° Prolonger la séance autant qu'il sera nécessaire pour broyer entièrement le calcul; 3° Evacuer les fragments au moyen d'un aspirateur et d'une sonde de très fort calibre; 4° Ne terminer l'opération que quand la vessie est débarrassée de tous les fragments.

Nous renverrons à la thèse du Dr Kirmisson, le lecteur désireux de voir les diverses modifications apportées aux appareils aspirateurs par Bigelow, Guyon, Thompson. Nous ne suivrons pas non plus l'auteur dans la description minutieuse du manuel opératoire de la lithotritie qui est actuellement bien connu; nous ne ferons qu'indiquer l'ordre de son travail. Après les considérations générales sur lesquelles nous venons de nous étendre, il décrit successivement les instruments employés pour la lithotritie moderne, l'acte opératoire, ses suites, ses résultats, et enfin il passe en revue les indications et les contre-indications de la lithotritie soit tirées de l'état du malade, soit dépendant du sexe, de l'âge etc. Ce qui ressort de cette étude, c'est que la lithotritie perfectionnée peut guérir la grande majorité des calculeux et que le domaine de cette opération s'étend jusqu'aux confins du domaine de la taille hypogastrique. Il ne reste donc plus guère de place pour la taille périnéale et peut-être sommes-nous destinés à voir cette opération, qui

© BIU Santé

régna si longtemps en souveraine maîtresse détrônée par ses heureuses rivales, la lithotritie à longues séances d'une part, la taille hypogastrique de l'autre.

Le travail de M. Kirmisson se termine par une longue statistique empruntée à M. Guyon, et comprenant 70 cas, une statistique de 15 faits inédits communiqués par divers chirurgiens et un index bibliographique.

IV. Le traité des maladies de la prostate en est déjà arrivé à sa cinquième édition ; ce qui est une rare fortune pour un livre de médecine. Ce travail destiné, aux étudiants, renferme en vingt chapitres courts et substantiels tout ce que l'on doit savoir sur les maladies de la prostate. La première partie, composée de deux chapitres est consacrée à une description anatomique de la glande ; on y trouvera une statistique très curieuse relative aux dimensions de la prostate aux divers âges et surtout chez le vieillard.

La partie la plus importante du livre est, bien entendu, celle qui est consacrée à l'hypertrophie prostatique. M. Thompson a fait représenter un certain nombre de formes de l'hypertrophie prostatique dans des dessins très nets et donnant une excellente idée des diverses déformations que cause cette hypertrophie.

Au point de vue étiologique, Thompson rapproche les tumeurs de la prostate des myomes utérins, en s'appuyant surtout sur l'analogie de tissu ; il discute successivement la valeur des causes invoquées pour expliquer l'accroissement de la glande telles que les rétrécissements, les calculs, la goutte, le rhumatisme, etc. ; il les élimine tous pour ne conserver que l'âge. D'après lui, on trouverait l'hypertrophie prostatique, chez les hommes ayant dépassé la soixantaine, dans la proportion de 34 0/0.

Après un chapitre consacré aux symptômes, Thompson étudie successivement le traitement médical et le traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. Nous nous bornerons à signaler deux opérations, qui méritent peut-être d'entrer dans la pratique chirurgicale et qui, croyons-nous ne sont guère employées en France. La première consiste à pratiquer une boutonnière sus-pubienne, dans laquelle on passe une canule en gomme, montée comme une canule à trachéotomie. Pour pénétrer facilement dans la vessie, Thompson a imaginé d'introduire dans cet organe par le canal de l'urèthre, une sonde fortement courbée, creuse, et dont le bec est remplacé par un stylet mobile, ce stylet vient soulever la paroi vésicale, au fond de l'incision sus-pubienne et permet à l'opérateur d'inciser aisément cette paroi. Lorsque la sonde fait saillie dans la plaie, le stylet est retiré et la canule sus-pubienne, introduite dans l'intérieur de la sonde creuse, pénètre dans la vessie à mesure qu'on retire cette sonde :

La seconde opération consiste à faire, chez les malades qui souffrent beaucoup, une boutonnière périnéale par laquelle on conduit jusque dans la cavité vésicale une sonde en caoutchouc. Thompson dit avoir vu des malades grandement soulagés par ces opérations. Les derniers chapitres sont consacrés à l'atrophie, au cancer, au tubercule, aux kystes de la prostate ; à l'étude de la barrière, au col vésical, aux concrétions et calculs prostatiques, et enfin à l'étude des rapports entre l'affection calculeuse et l'hypertrophie de la prostate.

V. La question de l'onanisme est une de celles qui ont le privilège d'exciter la curiosité du lecteur et surtout de le rendre perplexe : que penser, se dit-il, de ces tableaux épouvantables tracés par Tissot, par Lallemand et par tant d'autres, de tous les maux qui attendent le masturbateur, et comment se fait-il que tel ou tel de mes petits camarades qui, pendant que nous étions à l'école, avait la réputation de se masturber largement, soit devenu depuis un homme d'une vigueur suffisante, d'un esprit éclairé et fasse actuellement un père de famille tout à fait passable ? Tous les onanistes ne sont donc pas voués fatalement à la spermatorrhée, à l'impuissance, à la chorée, à l'épilepsie, à la méningite, à l'ataxie locomotrice, au rachitisme, etc. ? Nous pensions trouver dans le livre de M. Pouillet l'explication de ce fait, et nous espérions y voir une indication scientifique et précise de l'onanisme avec les maladies dont on lui attribue la paternité. Or, M. Pouillet ne trouve pas moins de trente à quarante genres ou espèces de maladies causées par la masturbation, et ne paraît jamais se demander si ces maladies, toutes celles du système nerveux, par exemple, ne sont pas plutôt la cause que l'effet. Il y a quelques distinctions qui nous paraissent très importantes à établir, si l'on veut apprécier sainement la valeur de l'onanisme comme cause pathologique : 1° l'onanisme des tout petits enfants qui est assez commun et qui, chez la plupart d'entre eux, n'est pas beaucoup plus grave que l'action de téter leur pouce ; 2° l'onanisme, à partir de la puberté, et, dans ce cas, on doit distinguer l'onanisme modéré et l'onanisme excessif : en effet, certains enfants ne se masturbent que quand ils en éprouvent réellement le besoin, de même que plus tard, devenus hommes, ils pratiqueront le coït quand le besoin s'en fera sentir. D'autres se masturbent immodérément, mais il est rare de constater chez eux autre chose qu'un affaiblissement général et un état de paresse qui sont regrettables assurément de même que leur mauvaise habitude est blâmable au point de vue moral, mais qui n'ont rien d'aussi épouvantable que l'épilepsie, la méningite ou le mal de Pott. Parmi les lésions imputables à l'onanisme, M. Pouillet cite, d'après Baraduc (thèse de Paris 1872) et d'après quelques autres auteurs, une tendance à l'ulcération des cicatrices récentes sous l'influence des excès de masturbation. Ce fait, qui aurait besoin d'être contrôlé par des observations ultérieures et de sources variées n'en a pas moins un véritable intérêt.

Prétendrons-nous cependant que la masturbation n'est pas nuisible et qu'elle n'a aucun rapport avec diverses formes de névropathie, avec l'épilepsie, l'aliénation mentale, etc. ? Non, assurément, mais nous dirons que, souvent, l'onanisme n'est point la cause, mais bien plutôt l'effet de ces tristes maladies ; il y a là un point très délicat à étudier et qui demanderait des recherches prolongées faites sans parti pris, et guidées par un véritable esprit scientifique. Où M. Pouillet triomphe, c'est dans l'étude des moyens employés pour la masturbation et des manœuvres qui constituent les abus génitaux en général. Ici nous trouvons une sûreté d'informations, une abondance de détails tout à fait curieux et remarquables ; et nous ne pouvons nous empêcher de nous demander si là n'est pas le secret du succès de cet ouvrage..

On trouve malheureusement, à côté de ces parties si complètes, des assertions comme la suivante : « Une nourrice scrofuleuse, *syphilitique*, transmet à l'enfant sain qu'elle élève la maladie dont elle est atteinte ou du moins quelque autre qui en dérive, *et cela par le lait qu'elle lui dispense*. C'est un fait d'acquisition. ».

En ce qui concerne la scrofule, la question est loin d'être jugée, malgré les expériences dans lesquelles Chauveau et quelques autres ont pu déterminer la tuberculose par l'administration de substances tuberculeuses mêlées aux aliments. Mais que dire de la syphilis transmise par le lait ? Nous voulons croire que c'est un lapsus.

En résumé, le livre de M. Pouillet sera lu parce qu'il est instructif par places et amusant tout du long. Mais je n'en conseillerais pas la lectnre à des clients névropathiques, et pourtant... c'est peut-être à des névropathiques que le succès de l'ouvrage sera dû. Dr A. Malherbe.

BIBLIOGRAPHIE

Medicinische Bibliographie und Anzeiger zum Centralblatt, für die gesammte Medicin (Klinische Medicin, Chirurgie, Gynäkologie), bearbeitet von Dr Wurzburg. Leipzig, Breitkopf und Härtel, éditeurs ; 5 mark (6 fr. 25).

La *Medicinische Bibliographie und Anzeiger*, rédigée par le Dr Arthur Würzburg, paraît hebdomadairement depuis le 3 mars 1883 ; elle est réunie, à la fin de l'année, en un volume, sorte d'*Index medicus* assez comparable à celui qui est publié aux États-Unis ; une table des noms d'auteurs et une autre des matières permettent de retrouver facilement les indica-

© BIU Santé

tions dont on a besoin. Chaque numéro est lui-même divisé en un certain nombre de chapitres pour la facilité des recherches : (maladies nerveuses, maladies de la peau, matière médicale, etc.). Comme dans l'*Index medicus*, outre les ouvrages, brochures et thèses, il est fait mention des mémoires originaux ou des articles d'une certaine importance parus dans les différents journaux et recueils de médecine.

CORRESPONDANCE

Proposition de Loi sur l'exercice de la Médecine.

Boulogne-sur-Mer, 26 mars 1884.

Mon cher Monsieur Bourneville,

Je vois dans le dernier n° du *Progrès* qu'à propos de l'art. III de la *Proposition de loi relative à l'exercice de la médecine*, il a été convenu, sur votre proposition, qu'avant de se prononcer, la Commission demanderait au gouvernement des renseignements sur les conditions imposées aux médecins français pour être autorisés à exercer la médecine dans les pays étrangers. Au risque de vous accaparer quelques minutes, je me décide à vous faire part de quelques réflexions que cet article m'a suggérées. Je ne vous parlerai d'ailleurs que de l'Angleterre.

Pour qu'un Français puisse exercer la médecine dans ce pays, il suffit, je crois, d'exhiber un diplôme de docteur en médecine émanant d'une de nos Facultés françaises. Cette largeur de vues n'a rien qui doive nous surprendre ; nos Facultés sont toutes bâties sur le même modèle : on y fait, à peu de choses près, les mêmes études ; les professeurs de ces diverses facultés, peu nombreuses d'ailleurs, subissent le même concours ; en un mot, il y a similitude complète, sinon complète égalité. Cette uniformité simplifie la question, et on conçoit parfaitement que sur la simple exhibition de son diplôme, les autorités anglaises accordent à un docteur en médecine français d'exercer sa profession dans le Royaume-Uni.

Mais, à notre tour, devons-nous accepter comme donnant droit à l'exercice de la médecine tout diplôme médical anglais ? C'est là la petite question sur laquelle je voudrais vous dire deux mots. L'enseignement médical en Angleterre est loin de présenter, comme vous le savez, la simple uniformité qu'elle présente chez nous. Il existe, dans le Royaume-Uni, plusieurs corps enseignants autorisés à octroyer le droit d'exercer légalement la médecine. Pour n'en citer que quelques-uns, il y a : 1° Le Royal College of Physicians of England ; — 2° Le Royal College of Physicians of Ireland ; — 3° Le Royal College of Physicians of Scotland ; — 4° Le Royal College of Surgeons of England ; — 5° Le Royal College of Surgeons of Ireland ; — 6° Le Royal College of Surgeons of Scotland ; — Et puis toutes les Universités, telles que *Londres*, *Oxford*, *Cambridge*, *Aberdeen*, *Durham*, etc., etc.

Chacun de ces corps enseignants délivrent plusieurs *catégories de diplômes*. Ainsi le Royal College of Physicians of England a les trois grades de *License*, *Membership*, *Fellowship*. — Le Royal College of Surgeons a les deux grades : *Membership*, *Fellowship*.

Tous ces diplômes ont, en Angleterre, la même valeur au point de vue de la loi. Tous donnent à ceux qui les possèdent le droit d'exercer légalement la médecine dans le Royaume-Uni. Ce qui n'empêche pas que ces diplômes si variés correspondent à des degrés d'instruction très variables. Je sais bien que, légalement, ils ne confèrent pas tous le droit de s'intituler *Docteur* ; mais, s'il est vrai qu'on met quelque pudeur à tourner cette difficulté en Angleterre, on n'y met pas tant de façons en général quand on vient s'établir en France.

M. *Thompson B. M. Dur.* (Bachelier en médecine de l'Université de Durham, ce qui suppose environ deux ans d'études dans une petite ville, sans stage hospitalier sérieux, presque sans dissections, etc.) a le droit d'exercer la médecine, et même de s'appeler *Docteur*, parce que son diplôme, quelqu'infime qu'il soit, émane d'une université.

M. *Johnson M. R. C. S. E.* (Membre du Royal College de Chirurgiens d'Angleterre) a le droit d'exercer la médecine, mais pas celui de s'intituler *Docteur* ; son diplôme implique des connaissances médicales un peu plus sérieuses pourtant que celles de M. Thompson, mais encore bien insuffisantes. Ce serait à peu près notre officiat de santé.

On pourrait analyser ainsi les nombreux diplômes médicaux qui se délivrent dans le Royaume-Uni. Aussi est-il évident qu'en bonne justice on ne doit permettre d'exercer la médecine sur le territoire de la République qu'aux Anglais munis d'un diplôme d'une valeur correspondante à notre doctorat.

Équivalence des diplômes établie par une liste dressée par des hommes compétents après études préalables, ou nécessité de subir efficacement et non *pro formâ* nos examens de doctorat.

En terminant, laissez-moi vous dire, mon cher M. Bourneville, que cette question nous intéresse au plus haut point ici. Il existe à Boulogne une colonie de 5 à 6,000 Anglais, et, dans cette colonie, on compte pour le moment deux confrères qui, par une tolérance admise dans la législation actuelle, n'ont eu qu'à demander le droit d'exercer la médecine pour l'obtenir. Il a bien été spécifié qu'ils ne pourraient donner leurs soins qu'à leurs compatriotes, aux Anglais ; mais vous pouvez deviner ce que devient une telle restriction pour des médecins qui habitent une ville depuis longtemps, et qui parlent français. Ils ont dû finir par croire, d'ailleurs, que c'était leur droit d'être assimilés complètement à nous. Ils ne sont que deux maintenant. Mais ils ont été trois, — quatre, et même cinq ; il est si facile — il l'était du moins — avec l'appui d'un ami politique, d'obtenir soit du ministre, soit du recteur de l'Académie (celle de Douai dans l'espèce) la petite autorisation nécessaire.

Aussi suivons-nous avec un grand intérêt les discussions qui ont lieu dans le sein de votre commission (style parlementaire) ; convaincus que la solution que vous proposerez, et que ne pourra manquer de ratifier le Parlement, rétablira l'équilibre dans le corps médical partout où, comme chez nous, il y a des éléments exotiques, et ramènera la législation à l'équité. . . . .

Tout à vous, Dr X...

VARIA

Nomination des médecins inspecteurs des établissements scolaires.

Par arrêté préfectoral du 29 février 1884, ont été nommés médecins-inspecteurs des établissements scolaires de la ville de Paris, pour une durée de trois années, à partir du 16 mars 1884 :

Ier Arrondissement : MM. les Drs Le Noir, Richard, Carpentier-Méricourt. — IIe : MM. les Drs Lobligeois, Dreyfous, Radou. — IIIe : MM. les Drs Rochette, Socquet, Magnant, Roussel, Pellier. — IVe : MM. les Drs Vigouroux, Rech, Garnier, Demontporcelet. — Ve : MM. les Drs Gervais, Boyé, Barrault, Blondeau, Deffaux, Delisle, Parizot. — VIe : MM. les Drs Boucheron, Piéchaud. — VIIe : MM. les Drs Delaunay, Audigé, Toledano. — VIIIe : MM. les Drs Canuet, Thorens, De Lapersonne. — IXe : MM. les Drs Laburthe, Variot, Hirtz. — Xe : MM. les Drs Chenet, Goguel, Beclère, Schweich, Lefebvre, Bloch, Mareau. — XIe : MM. les Drs Cornilleau, Landois, Miquel, Malterre, Pasteau, Laurent, Trapenard, Tourangin, Verneau, Calmeau, Signez, Chevallereau, Guillot. — XIIe : MM. les Drs Jourjon, Bonnefoy, Yvon, Gibert, Morisson, Binet, Mallet, Bloch. — XIIIe : MM. les Drs Châtelain, Rochette, Paulier, Joseph, Mangenot, Franco, Rives, Bureaux. — XIVe : MM. les Drs Dupré, Floquet, Fèvre, Lévy, Chevassu, Macquet, Bénard, — XVe : MM. les Drs Simon, Tapie, Laisné, Queyssac, Mignot-Danton, Lebouc, Bra. — XVIe : MM. les Drs Rafinesque, Laurand, Ory. — XVIIe : MM. les Drs Eloy, Ramonat, Blayrac, Ruaux, Rodet, Rubé, Riché, Van-Gelder. — XVIIIe : MM. les Drs Mook, Savoye, Gachet, Levi, Deschamps, Gaspais, Thil, Pelaprat, Doncet, de Launay, Willette. — XIXe : les Drs Barbarin, Moser, Gillet, Baucher, Delhomme, Goix, Galger, Tarrins. — XXe les Drs Eymery, Outin, Braunberger, Pion, Perrin, Chenet, Mignet fils (Frédéric), Mignet père (Emile), Laloy, Balland.

Enseignement municipal supérieur.

Amphithéâtre d'anatomie. Programme des cours de la saison d'été (année 1884) : 1° Cours de médecine opératoire. MM. les Elèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le Dr Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira ce cours le lundi 21 avril 1884, à quatre heures. M. le Dr Tillaux traitera des résections et des opérations spéciales, les lundis et vendredis. M. le Dr Le Bec, premier

© BIU Santé

prosecteur traitera des Amputations, les mardis et jeudis. M. Ricard, deuxième prosecteur, traitera des ligatures d'artères, les mercredis et samedis. Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° *Conférences d'histologie.* Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le Dr Armand Sirédey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. *Nota.* — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les Elèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les Elèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'Amphithéâtre, à partir du 7 avril.

Pisciculture. — M. Jousset de Bellesme, directeur de l'Aquarium du Trocadéro et professeur du Cours de Pisciculture de la Ville de Paris, inaugurera ce cours le mercredi 2 avril 1884, à 2 h., dans la salle de réunions de la mairie du 1er arrondissement (Saint-Germain-l'Auxerrois) et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Le professeur traitera des poissons d'eau douce de la France et des divers procédés de repeuplement des cours d'eau.

Banquet annuel de l'Internat.

Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 19 avril à sept heures et demie, dans les salons du *Grand Hôtel*, sous la présidence du professeur Hardy. Le prix de la cotisation 20 francs, pour les anciens internes, 16 francs, pour les internes en exercice pourra être versé dans les hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du Banquet, MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges, Bottentuit, 45, rue de Londres et Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Association des médecins de la Seine.

L'Assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche, 27 avril à deux heures très précises dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Béclard, président. Cette Assemblée a pour objet: 1° La lecture du compte rendu de l'année 1883 par M. le Dr Barth, secrétaire général adjoint. 2° L'élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général. Les candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission générale, sont: *Président*, M. Béclard ; *Vice-présidents :* MM. Richet et Blanche ; *Secrétaire général* : M. Orfila. 3° Le tirage au sort des membres titulaires de la Commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Les recettes de l'année 1883, s'élèvent à la somme de 51,072 fr.

Dons faits pendant l'année 1883: M. Lunier : 200 fr. M. Labarraque: 500 fr. M. G. Wickam : 20 fr. Mme D. 25 fr. Un anonyme : 40 fr. M. Nidoux : 20 fr. M. Depaul : 500 fr. M. Rathery: 100 fr. M. Richet : 500 fr. Mme Homolle : 100 fr. Mlle Piedagnel : 1000 fr. La Société médicale du IXe arrondissement : 100 fr. Mme Braise : 400 fr. La librairie Asselin : 50 fr. M. G. Masson : 100 fr. Mme Marjolin : 50 fr. M. G. Marjolin : 20 fr. M. Vautier, 20 fr. M et Mme Cazenave Fouquier : 10 fr. M. Barth : 100 fr. M. Potain : 1000 fr. M. Roger : 100 fr. M. Gérin-Roze : 100 fr. M. Després : 500 fr. Total : 5,560 fr. — Il a été distribué en secours : 33,150 fr. Au 1er janvier 1884, l'Association possède 28,427 fr. de rentes 3 0/0 et 4 1/2 0/0.

Sociétés de secours aux blessés militaires.

Le *Progrès militaire* nous apprend que les membres des nombreuses sociétés de secours aux blessés militaires, qui sont fondées dans presque tous les pays, se réuniront en conférence le 1er septembre prochain, à Genève. On sait que la convention de Genève pour la neutralisation des services sanitaire de terre et de mer, compte aujourd'hui trente-deux adhérents. La République des Etats-Unis de l'Amérique du Nord est la dernière puissance qui ait signé cet acte si important. La première conférence internationale de la Croix-Rouge, depuis la Convention de Genève en 1864, s'est tenue à Paris en 1867; la seconde, à Berlin en 1869; la troisième s'organise en ce moment par les soins éclairés du Comité international de Genève.

Nous ne doutons pas de l'empressement avec lequel les membres de la Société française de secours aux blessés se feront un devoir de prendre part aux travaux des prochaines conférences, ainsi que toutes les personnes qui se dévouent à l'amélioration du sort des blessés et malades des armées en campagne. La France voudra être dignement représentée à cette réunion, qui comptera des délégués de tous les pays.

Parmi les questions fort importantes qui figurent sur le programme préparatoire, nous remarquons les suivantes :

Les sociétés doivent-elles, déjà en temps de paix, se procurer les objets dont elles auront besoin en temps de guerre?—Quelles mesures doit-on prendre, en temps de paix, pour être assuré, en temps de guerre, d'un personnel instruit et suffisant d'infirmiers et d'infirmières pour les lazareths de campagne et de réserve, etc. ?— Par quels moyens pourrait-on encourager les populations à aider les sociétés sur le théâtre de la guerre ?—Neutralité des vaisseaux-ambulances de la Croix-Rouge.—Quel est le meilleur moyen de faire respecter et reconnaître sur le champ de bataille les membres des sociétés de la Croix-Rouge, et d'empêcher les abus auxquels le brassard a donné lieu?—Quelles mesures ont été ou devraient être prises par les sociétés pour prévenir l'abus du signe conventionnel de la Croix-Rouge, sur fond blanc, aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre ?

FORMULES

17. Traitement de la phtisie laryngée. Ducau.

L'inhalation des solutions médicamenteuses à l'acide des pulvérisateurs constitue le véritable mode de traitement. Les pulvérisations ne doivent jamais être faites à froid, et on doit prendre toutes les précautions pour que la vapeur de l'appareil placé à 12 ou 15 centimètres de la bouche largement ouverte, la langue étant abaissée si cela est nécessaire, pénètre profondément. C'est le pulvérisateur de Siègle qui est le plus employé à cet usage. L'acide phénique est un des médicaments qui paraissent agir le mieux. Les inhalations doivent être répétées, suivant les cas, de 2 à 4 fois dans la journée et doivent durer de 3 à 5 minutes. On peut employer la solution suivante :

Acide phénique pur	6 à 8 gouttes
Alcool pur	5 grammes
Glycérine pure	50 —
Eau distillée	300 —

La pulvérisation phéniquée convient à tous les cas et à tous les moments. La pulvérisation créosotée, à la même dose, est plus particulièrement applicable aux formes torpides de l'affection. Les pulvérisations balsamiques au goudron, à la térébenthine, au baume du Pérou ou de Tolu, sont encore des adjuvants utiles. Schmidt propose de faire inhaler 3 ou 4 fois par jour, pendant cinq minutes le baume de Pérou de la manière suivante : on prend un demi-litre d'eau bouillante (qu'on maintient bouillante en la plaçant sur un réchaud à l'esprit de vin) dans lequel on verse 8 à 15 gouttes de la solution suivante :

Baume du Pérou	10 grammes
Esprit de vin	5 —

Le malade fait les inhalations au moyen d'une espèce d'entonnoir conique, formé d'une feuille de papier à carte de la longueur d'un mètre. La largeur de l'entonnoir à son extrémité supérieure doit avoir la grandeur de la bouche, à l'inférieure celle du vase contenant l'eau. — Dans le cas de dysphagie, au lieu des attouchements ou des insufflations de morphine, il est préférable encore de faire alterner avec la pulvérisation phéniquée une pulvérisation bromo-morphinée. On peut alors employer le liquide suivant :

Bromure de potassium	3 à 5 grammes
Hydrochlorate de morphine . .	0,20 à 0,50 centigr.
Eau	300 grammes.

Enfin, M. Ducau rejette absolument l'usage des sulfureux (intus et extra), comme exerçant la plus fâcheuse influence sur la marche de la maladie (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 28 mars au jeudi 3 avril 1884, les naissances ont été au nombre de 1259, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 492 ; illégitimes, 164. Total, 656. — *Sexe féminin* : legitimes, 445 ; illégitimes, 158. Total, 603.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 28 mars au jeudi 3 avril 1884, les décès ont été au nombre de 1275 savoir : 713 hommes et 562 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 27, F. 16. T. 43. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 21, F. 14, T. 35. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 5, F. 4. T. 9. — Diphthérie, Croup. M. 30, F. 24, T. 54. — Dyssenterie : M. 1. F. -, T. 1. — Erysipèle : M. 3, F. 5, T. 8. — Infections puerpérales : 13. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 31, F. 22, T. 53. — Phthisie pulmonaire : M. 132, F. 102. T. 234. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 4. T. 19. — Autres affections générales : M. 33, F. 35, T. 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 29, F. 29, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 22, F. 15, T. 37. — Pneumonie : M. 62, F. 41, T. 103. — Athrepsie : M. 44, F. 37. T. 81,

© BIU Santé

— Autres maladies des divers appareils : M. 222, F. 189, T. 411. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 32, F. 7 T. 39. — Causes non classées M 2, F. 2, T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 80 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 28 ; illégitimes, 12. Total : 40. — *Sexe féminin :* légitimes, 31. illégitimes, 9. Total : 40.

Faculté de médecine de Lyon. — Dans son assemblée du 20 mars, la Faculté de médecine de Lyon a autorisé la permutation de M. le professeur Bondet de la chaire de pathologie interne à celle de clinique médicale;

Ecole de médecine de Marseille. — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale, une place de chef de clinique obstétricale, vient de se terminer par les nominations suivantes : en chirurgie: MM. Pluyette et Dor; en médecine : MM. Bidon et Boy-Teissier; en obstétrique : M. Benet.

Ecole de médecine de Nantes. — La *Gazette médicale de Nantes* annonce que M. le Dr Guillemet, suppléant, est délégué pour faire le cours d'accouchements jusqu'à la nomination du titulaire.

Concours pour trois places de médecin du bureau central des hôpitaux. — La première épreuve terminée jeudi, 3 avril, a donné les résultats suivants : Les candidats dont les noms suivent ont été appelés à prendre part à la deuxième épreuve qui a commencé samedi (5 avril), à 4 heures, à la Charité : MM. Barié, Béclère, de Beurmann, Brissaud, Comby, Dreyfous, Faisans, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, E. Hirtz, H. Hirtz, Jean, Josias, Juhel, Leduc, Leroux, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Muselier, Oulmont, Renault.

Concours pour une place d'accoucheur du bureau central. — Le jury se compose de MM Benjamin Anger, Berger, Lailler, Marchand, Pinard, Porak et Ribemont. — Neuf candidats se sont fait inscrire : MM. Auvard, Bureau, Champetier de Ribes, Doléris, Loviot, Olivier, Rey, Schweich et Stapfer. — Les épreuves ont commencé le lundi 31 mars. La composition écrite était ainsi conçue : *Paroi antéro-latérale de l'abdomen ; de l'effort.* Les deux autres questions restées dans l'urne étaient les suivantes : *Méninges spinales* (anatomie et physiologie) ; *conformation et structure des os longs : leur mode de développement et leur accroissement.*

Nominations. — M. Longin Feigel est nommé professeur extraordinaire de médecine légale à l'Université de Lemberg; M. le Dr S. Klein est nommé Privat-Docent (maladies des yeux) à l'Université de Vienne; M. Gluck, premier assistant à la clinique chirurgicale de Berlin vient d'être appelé comme professeur ordinaire de chirurgie à la Faculté de Bucharest; M. Gluck serait originaire de Roumanie.

Par arrêté ministériel en date du 12 mars 1884, MM. les Drs Bertillon et Chervin sont nommés membres de la commission chargée d'étudier les mesures à prendre pour la création d'un Conseil supérieur de la statistique.

Société anatomique. — Le bureau de la Société anatomique a décidé de décerner en janvier 1885, le prix Godard, destiné au meilleur mémoire d'anatomie pathologique. Tout le monde est admis à concourir sauf les membres honoraires et titulaires de la Société.

Société médico-psychologique. — Séance annuelle le lundi 21 avril 1884. Le banquet aura lieu le même jour chez Brébant, boulevard Poissonnière, n° 32. Le prix de la cotisation est de 20 fr.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France aura lieu le 20 et le 21 avril prochain, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria. MM. les présidents et délégués des Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le Grand Amphithéâtre de l'Administration générale, le dimanche 20 avril, et le lundi 21, à une heure.

Ordre du jour de la séance du dimanche 20 avril 1884. — La séance sera ouverte à trois heures précises. — 1° Allocution de M. le président ; 2° exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général ; 4° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1883, par M. A. Foville, secrétaire général ; 5° élection d'un vice-président de l'Association en remplacement de M. Seux, décédé, et de six membres du Conseil général, en remplacement de MM. Lannelongue, Fauvel, Hérard, Moreau (de Tours), Bancel, Dufay, arrivés aux termes de leur exercice (les membres du Conseil sont rééligibles) ; 6° première partie du rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagères à accorder en 1884 ; 7° rapport par M. Lunier sur les vœux relatifs à la législation de l'exercice de la médecine émis par MM. Pestel au nom de la Société de l'Indre, Dubois, au nom de la Société de la Haute-Vienne, Paillé, au nom de la Société de Rochefort, et par la Société des Côtes-du-Nord, vœux qui ont été pris en considération par l'assemblée générale de 1883.

Ordre du jour de la séance du 21 avril 1884. — La séance est ouverte à deux heures précises. — 1° vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ; 2° approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ; 3° rapport par M. Martineau sur le vœu relatif au placement et au remplacement de médecins, émis par M. Boutequoy, au nom de la Société de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine et pris en considération par l'assemblée générale de 1883 ; 4° deuxième partie du rapport de M. Durand-Fardel, sur les pensions viagères à accorder en 1884. Discussion et vote des conclusions ; 5° ouverture du scrutin pour l'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1885 ; 6° discussion du rapport de M. Lunier lu dans la séance de la veille ; 7° exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyés au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'assemblée générale en 1885.

Banquet. — Le banquet aura lieu le dimanche 20 avril, à sept heures précises, dans les salons de l'Hôtel-Continental, rue Castiglione.

Assistance publique. — Le mercredi 30 avril, dans une des salles de la mairie du XX° arrondissement, élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

Hygiène militaire. — *Le couchage des hommes appelés.* La convocation du 1er bataillon des régiments territoriaux d'infanterie nous engage à attirer l'attention des fonctionnaires de l'intendance sur la paille qui est délivrée pour constituer les paillasses, c'est-à-dire l'unique couchage des hommes. Cette paille dégage souvent une odeur de moisissure dénotant un long emmagasinage; elle est de plus brisée, ce qui semblerait indiquer un usage antérieur. La 5e direction, pour remédier à ce dernier abus, devrait décider que la paille ayant servi aux réservistes et aux territoriaux sera impitoyablement brûlée à l'expiration de la période d'exercices. Il faut éviter que cette paille, soi-disant vendue dans le commerce, se trouve rachetée en sous-main par certains préposés des lits militaires qui la remettent en service après avoir réalisé, eux et leur administration, un joli bénéfice. Combien d'épidémie de fièvre typhoïde seraient peut-être évitées, si l'intendance s'assurait avec rigueur que la paille donnée pour couchage aux hommes appelés est saine et ne contient pas les germes de la maladie (*Progrès militaire* 2 avril 1884). — Nous ne pouvons que nous associer énergiquement à ces réclamations trop justifiées.

Le zouave Jacob — La Cour d'appel de Paris vient de confirmer le jugement du tribunal de police correctionnelle qui avait condamné le zouave Jacob pour exercice illégal de la médecine et de la chirurgie et blessure par imprudence. Cette condamnation était la suivante : 5 fr. d'amende pour contravention, 6 jours d'emprisonnement, 100 fr. d'amende pour le délit et 500 fr. de dommages-intérêts.

Nouveaux journaux. — Viennent de paraître (janvier) les *Archivos de ginecologia y enfermedades de la infancia* publiés sous la direction de MM. Calderin et Tolosa Latour. Elles paraissent à Madrid le 10 de chaque mois. Nous avons reçu le premier numéro du *Dr Sangrado*, revue satyrique paraissant tous les quinze jours à Madrid depuis le mois de novembre 1883, ainsi que ceux du *Diario medico farmaceutico* paraissant à Madrid quotidiennement, sous la direction du Dr Perez Minguez.

Nécrologie. — M. le professeur Lépine vient d'être cruellement frappé. Mme Lépine a succombé après une longue et douloureuse maladie. Ceux qui ont eu l'honneur d'apprécier les qualités de cœur et d'intelligence qui distinguaient cette femme, bonne et douce entre toutes, comprendront la profonde douleur de notre ami. Née Kœchlin et petite-fille de M. Jean Dolfus, Mme Lépine va reposer à Mulhouse. Dans cette patriotique famille, le sol natal est l'objet des constantes pensées ou la suprême récompense. (*Lyon médical*, 6 avril).

M. le Dr Coyne, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient de perdre sa jeune femme ; nous nous associons, comme le *Journal de médecine de Bordeaux*, qui nous apporte cette triste nouvelle, à la douleur de notre ami, M. Coyne. — L'*Union médicale* annonce la mort de M. Edmond Simonin, professeur honoraire de la Faculté de Nancy, correspondant national de l'Académie de médecine. — Le journal *Archivos italiano per le malatie nervose*, etc., annonce la mort du professeur Luigi Verdona.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elexir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. — Goudron Freyssinge. Liqueur concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Les actes de la Faculté, la Chronique des hôpitaux, la Bibliographie, les Vacances médicales, etc., etc.

GRANULES FERRO-SULFUREUX DE J. THOMAS

Chaque granule représente une 1/2 bouteille d'eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'hydrogène sulfuré et le fer à l'état naissant sans éructations ni troubles d'aucune espèce.

Bronchite. — Catarrhe. — Asthme humide. — Enrouement. — Anémie. — Cachexie syphilitique.

Paris. — Pharmacie J. THOMAS, 43, avenue d'Italie. — Paris.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé*. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation. *Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.*

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré*. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

MEDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE **CATILLON**

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*

En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RECOMPENSE

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE
Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

DETAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — MIGRAINES
SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général.
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, Faub.t Montmartre
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

POUDRE HÉMATIQUE
du Dr Guerder
SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ
Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants
Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie
Affections organiques des Voies digestives
PRIX DU FLACON : 3 FR. 50
PARIS, Pharmacie **DALMON**, Faubourg Saint-Denis, 88

LA BOURBOULE
EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE
Enfants débiles, Lymphatisme, Maladies de la peau et des os, Voies respiratoires, Asthme, Diabète, Fièvres intermittentes.

DIGESTIF COMPLET
ELIXIR EUPEPTIQUE TISY
Pancréatine, Diastase et Pepsine
PHARMACIE BAUDON
RUE DES FRANCS-BOURGEOIS, 11

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Faculté de médecine de paris. — Les vacances ont lieu du 14 au 20 avril inclusivement; les cours, etc.; reprendront le 21 avril. Suivant une vieille habitude, assez singulière aujourd'hui, les actes ont été suspendus le *Vendredi* dit *Saint!*

Chronique des hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. le Dr Descroizilles. Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les mardis. Conférences cliniques tous les vendredis à 10 heures. — Salle Saint-Augustin (G.) : Maladies aiguës. 4, granulie ; 9, rétrécissement de l'aorte ; 14, chorée, insuffisance mitrale ; 26, 27, paralysie diphthérique ; 40, insuffisance et rétrécissement aortique ; 28, rhumatisme articulaire aigu ; 24, atrophie musculaire progressive ; 35, stomatite ulcéro-membraneuse.

Service de M. le Dr Simon. Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les samedis. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. — Salle Sainte-Thérèse : Maladies aiguës. 35, 36, 32, fièvre typhoïde ; 2, 7, 9, 11, 14, 34, tuberculose pulmonaire ; 8, péritonite tuberculeuse ; 16, 2, 5, 12, 14, 17, 23, 26, 21, 38, rougeole ; 28, purpura hemorrhagica ; 13, hydrocéphalie ; 40, épilepsie ; 39, hystérie ; 22, 23, 31, coqueluche ; 3, 20, chorée ; 27, pneumonie.—Salle Sainte-Marie : Maladies chroniques). 5, 26, 23, paralysie infantile ; 13, 14, 15, 16, 24, 31, 32, 34, 36, 21, 1, 2, 6, coxalgie ; 19, 22, 23, 10, 12, 17, 30, 33, 18, mal de Pott ; 37, 35, 9, 8, tumeurs blanches ; 7, rachitisme ; 27, 28, 40, 3, abcès froids ; 4, tuberculose ; 27, hydrocéphalie ; 39, rhumatisme noueux.

Service de M. le Dr Ollivier. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le jeudi. Conférences cliniques à l'Amphithéâtre le lundi à 10 heures. — Salle Sainte-Elisabeth : 1, mal de Pott ; 2, 24, fièvre typhoïde ; 3, tuberculose pulmonaire ; 8, 9, 27, chorée, 10, 14, 22, rougeole ; 12, varicelle ; 19, eczéma de la face ; 22, pleuro-pneumonie ; 23, aphthes gangréneux de la vulve ; 26, purpura ; 28, rhumatisme articulaire ; 29, hémiplégie infantile. — Salle Sainte-Luce : 1, 2, 12, 13, coqueluche ; 8, rougeole ; 9, méningite tuberculeuse ; 11, broncho-pneumonie.

Chirurgie. — Service de M. le Dr de Saint-Germain. Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours. Conférence à l'Amphithéâtre le jeudi à 9 heures. Opérations les mardis, jeudis, samedis. — Salle Saint-Côme (G.) : 1, hydrocèle enkystée du cordon ; 3, 13, évidement du calcanéum ; 4, 7, 11, fracture de cuisse ; 8, tarsotomie double ; 9, ankylose coxo-fémorale, ostéotomie sous-trochantérienne ; 31, 19, genu valgum, ostéotomie double, supra-condylienne ; 20, phlegmon péri-anal ; 26, phlegmon iliaque ; 5, ostéomyélite du tibia, trépanation. — Salle Sainte-Pauline (F.) : 2, 10, 11, 14, évidement du calcanéum ; 3, 26, ankylose coxo-fémorale, ostéotomie sous trochantérienne ; 7, gangrène traumatique du bras droit ; 15, 18, 21, ankylose du genou, ostéotomie fémorale, supra-condylienne ; 22, exostose sous-unguéale. — Salle Sainte-Marthe et Saint-Joseph : 40 lits réservés aux maladies des yeux.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. le professeur Cornil. — Salle Rostan (H.) : 3, Dilatation des bronches, bronchite fétide ; 8, anévrysme de l'aorte ; 5, pleurésie double ; 12, tuberculose pulmonaire, monoplégie récente ; 13, aphasie, hémianesthésie ; 15, myélite aiguë dorso-lombaire ; 17, cancer de l'estomac ; 20, anévrysme artérioso-veineux de la cuisse ; 21, rétrécissement mitral ; 24, colique de plomb ; 28, angine de poitrine, insuffisance aortique. — Salle Grisolle (F.) : 3, péricardite et pleurésie ; 7, 8, 14, 16, 25, pelvi-péritonite ; 20, 26, 59, cancer de l'utérus ; 19, 38, fièvre typhoïde ; 40, athérome, néphrite interstitielle ; 46, hémi-athétose hystérique ; 47, néphrite interstitielle, pleurésie double ; 48, pleurésie purulente.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine.* — Service de M. le Dr Lasorieux. Visite à 9 heures. — Salle Broussais : 2, 7, 10, 15, fièvre typhoïde ; 3, péritonite, occlusion intestinale ; 6, hémiplégie et fièvre typhoïde ; 11, angine herpétique et herpès labial, fièvre herpétique ; 12, phthisie galopante ; 16, hémiplégie et albuminurie ; 17, pleurésie avec symptômes typhoïdes ; 19, rétrécissement mitral ; 20, emphysème ; 21, néphrite interstitielle ; 22, saturnisme. — Pavillon Lorain : 1, ataxie ; 3, 27, fièvre typhoïde ; 4, phlegmon péri-utérin ; 5, carcinome stomacal et phénomènes cavitaires à la base gauche ; 7, pneumonie du sommet, tuberculose ; 8, lésion mitrale ; 26, hystérie ; 29, rhumatisme ; 30, albuminurie.

Service de M. le Dr Tenneson. Visite à 9 heures. Consultation le samedi. Spéculum le mardi. — Salle Axenfeld : 1, 24, pleurésie aiguë ; 2, 4, 20, pneumonie aiguë ; 3, 16, 18, 28, 29, fièvre typhoïde ; 6, sclérose latérale descendante ; 15, pneumonie anthracoïde ; 21, œdème de la glotte. — Salle Nélaton : 1, pneumonie aiguë ; 7, pelvi-péritonite suppurée ; 14, 15, 16, 18, fièvre typhoïde ; 20, bronchite, sclérose en plaques.

Chirurgie. — Service de M. le Dr Delens, suppléé par M. Kirmisson. — Salle Lisfranc : 5, fistule du plancher de la bouche ; 10, abcès de la fosse ischio-rectale ; 14, sarcome de la fesse. — Salle Dupuytren : 2, fracture compliquée ; 5, contusions périnéales, rétention d'urine ; 12, mal perforant, ataxie ; 13, arthrite syphilitique ; 21, phlegmon du bras ; 29, plaies par arme à feu dans l'hypochondre gauche ; 32, épithélioma du larynx.

Hôpital Laennec. — *Médecine.* — Service de M. le Dr Ball. Consultation, lundis et vendredis. Visite à 9 heures. — Salle Larochefoucault (H.) : 1, dilatation de l'estomac ; 2, 4, 6, 13, fièvre typhoïde ; 3, tubercule de la langue ; 9, myélite syphilitique ; 10, rétrécissement mitral ; 15, 17, 21, insuffisance mitrale ; 26, myélite transverse. — Salle Broca (F.) : 5, congestion pulmonaire ; 14, phlegmatia alba dolens ; 15, myélite transverse ; 17, *délire religieux* ; 26, mal de Pott ; 32, fièvre typhoïde.

Service de M. le Dr Damaschino. Consultation mardis et samedis. Visite à 8 h. 1/2. Exercices cliniques tous les jours. — Salle Monneret (F.) : 1, arthropathie ataxique ; 3, 10, rétrécissement mitral ; 4, 6, 25, pleurésie double ; 5, 14, rhumatisme articulaire ; 7, pelvi-péritonite : 9, vésanie ; 11, 12, 16, paralysie agitante ; 15, maladie de Werlhoff ; 19, rhumatisme mono-articulaire ; 20, 21, affection cardiaque ; 24, 28, syphilis ; 26, fièvre typhoïde ; 27, paralysie bulbaire ; 29, albuminurie ; 32, tumeur blanche.—Salle Bayle (H.) : 1, paralysie atrophique de l'enfance ; 2, 4, sclérose en plaques ; 3, 5, 9, phtisie pulmonaire ; 7, atrophie musculaire traumatique ; 8, fièvre typhoïde, rechute ; 12, albuminurie ; 13, pleuro-pneumonie ; 18, 19, 20, laryngite tuberculeuse ; 21, paralysie agitante ; 24, alcoolisme aigu ; 11, 22, 25, rhumatisme articulaire ; 26, myélite transverse ; 29, 30, intoxication palustre ; 30 ; œdème de la glotte ; 31, insuffisance aortique.

Service de M. le Dr Legroux ; Consultation le jeudi. Clinique le mercredi. — Salle Claude Bernard (F.) : 2, 4, phlegmon péri-utérin ; 7, 10, 29, tuberculose, 8, tarsalgie, hystérie ; 9, scarlatine ; 11, albuminurie ; 14, insuffisance aortique et mitrale ; 17, fièvre typhoïde ; 19, 20, rhumatisme, insuffisance mitrale ; 21, arthrite ; 22, syphilis, hystérie, cardiaque ; 24, néphrite interstitielle ; 27, ulcération scrofuleuse de la gorge ; 28, 30, bronchite et emphysème. — Salle Grisolle (H.) : 1, hémophilie ; 2, congestion cérébrale ; 3, 7, fièvre typhoïde ; 5, rhumatisme chronique, gravelle ; 8, colique de plomb ; 12, bronchite aiguë ; 13, 14, rhumatisme, affection cardiaque ; 18, atrophie musculaire ; 19, anévrysme de l'aorte ; 20, affection mitrale ; 28, sciatique ; érysipèle.

Service de M. le Dr Ferrand, suppléé par M. Gingeot. Visite à 9 heures du matin. Consultation tous les mercredis. — Salle Legroux (F.) : 1, pleurésie double, tuberculose ; 3, corps fibreux de l'utérus ; 4, mal de Bright, affection mitrale ; 5, 7, 15, 17, 25, hystérie ; 8, 10, 23, 27, tuberculose pulmonaire ; 6, grossesse, ictère ; 14, syphilis ; 16, 19, fièvre typhoïde ; 18, ataxie ; 22, monoplégie brachiale ; 24, rhumatisme, insuffisance mitrale ; 29, insuffisance mitrale, embolie ; 30, phlegmatia alba dolens. — Salle Cruveilhier (H.) : 1, mal de Bright, 2, 3, 5, 11, 12, 15, 20, 28, tuberculose pulmonaire ; 4, fièvre typhoïde ; 6, rhumatisme articulaire ; 7, scarlatine ; 9, pleurésie ; 17, insuffisance et retrécissement mitrales ; 29, sciatique ; 29, insuffisance mitrale ; 31, 33, 37, ataxie.

Chirurgie. — Service de M. le Dr Nicaise. Visite à 8 h. Clinique à 10 h., mardi et samedi. Opération le mercredi. Consultation tous les jours. — Salle Chassaignac (F.) : 1, double amputation de cuisse ; 2, ostéite du pubis ; 3, phlegmon du cou ; 4, rétrécissement du rectum ; 7, cancer du sein ; 10, ostéite du sacrum ; 13, épithélioma sur une cicatrice ; 17, vaginisme ; 20, phlegmon de la jambe ; 22, tumeur du genou. — Salle Malgaigne (H.) : 1, 4, 18, 36, tuberculose articulaire ; 2, carie lombaire ; 3, 21, plaie articulaire ; 6, adéno-phlegmon sous-pectoral ; 7, 12, résection de l'épaule ; 8, 11, 17, fistule à l'anus ; 9, phlegmon du bras ; 14, adéno-phlegmon du cou ; 16, cystite chronique ; 20, arthrite tarso-métatarsienne ; 22, 27, 34, mal perforant nerveux ; 23, ostéite syphilitique et tuberculeuse ; 25, orchite tuberculeuse ; 29, résection du coude ; 31, ostéite du tibia ; 33, empyème ; 34, dacryocystite chronique ; 35, coxalgie ; 37, exostose ostéogénique du tibia ; 38, adéno-phlegmon du cou.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie du PROGRÈS MÉDICAL
14 rue des Carmes.

Ballet (G.) et Minor (L.). — Etude d'un cas de fausse sclérose systématique combinée de la moelle (scléroses systématiques ou péri-tubulaires de la moelle et scléroses péri-vasculaires). Brochure in-8 de 46 pages, avec 3 planches hors texte chromo-lithographiques. — Prix : 3 fr. Pour nos abonnés, 2 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 16. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 AVRIL 1884.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Du Doigt à ressort ;

par le Dr G. MARCANO, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le nom de doigt à ressort a été donné par Nélaton à une affection caractérisée par une difficulté accidentelle des mouvements de flexion et d'extension des doigts de la main. Cette dénomination qui ne devait être que « *provisoire* » est restée définitivement dans la science ; elle le méritait, étant à la fois aussi heureuse qu'expressive.

Un phénomène est essentiel à la maladie : pendant la flexion, le doigt semble être arrêté subitement par un obstacle. Ce moment d'arrêt une fois vaincu, soit par la volonté, soit par une impulsion directe, la phalange fléchit brusquement, en un seul temps, et la violence, avec laquelle le mouvement s'achève, a été justement comparée, par Menzel, à celle du ressort qui ferme la lame d'un canif. Pendant l'extension, les mêmes phénomènes se produisent en sens inverse. On constate en outre sur le trajet du tendon du fléchisseur atteint l'existence d'une petite tumeur, qui paraît jouer le rôle de cause primordiale.

Le doigt à ressort est peu connu. — Toutefois, 32 observations ont déjà été publiées. Nous avons pu nous-même en recueillir trois. — Aidé de ces documents que nous avons complétés par des recherches bibliographiques, anatomiques et expérimentales, nous allons essayer de tracer un tableau d'ensemble de la maladie.

Etiologie. — Quoique le doigt à ressort ait été observé presque aux deux limites extrêmes de la vie, 5 ans et demi (Berger), et 71 ans (Fieber), il se rencontre plus souvent dans l'âge adulte, entre 30 et 50 ans. En réunissant tous les cas dans lesquels l'âge est indiqué, nous trouvons comme moyenne 41 ans.

Le sexe semble avoir une influence particulière. Dans les 32 observations publiées, nous comptons 23 femmes atteintes, et 9 hommes seulement. Les faits qui nous sont personnels n'ont trait qu'à des femmes.

Il nous est impossible d'expliquer cette prédilection de la maladie pour le sexe féminin, par une raison anatomique ou par une raison pathologique.

Les professions elles-mêmes ne la justifient pas davantage, car le doigt à ressort se présente aussi bien dans la classe riche que dans la classe pauvre ; il est même à remarquer que les métiers qui demandent un travail excessif de la main ne l'ont pas occasionné.

La cause qui agit le plus communément est, sans contredit, le rhumatisme ; il est signalé dans plus d'un tiers des cas. Quelquefois une attaque de rhumatisme articulaire aigu précède la maladie. Il n'est pas nécessaire, cependant, que la manifestation diathésique se soit localisée dans la main, et on a pu observer des cas de doigt à ressort produits par une arthrite rhumatismale située dans d'autres articulations que celles de la main et des doigts. Ceci revient à dire que la nodosité peut être par elle-même une manifestation de la diathèse, mais qu'elle n'est pas toujours la conséquence directe des lésions rhumatismales de l'articulation métacarpo-phalangienne.

De simples douleurs accompagnées de craquements articulaires, mais sans inflammation rhumatismale préalable, peuvent encore annoncer l'apparition du ressort. Il en est de même des inflammations des gaines des fléchisseurs, survenues en dehors du rhumatisme.

Non moins incontestable est l'influence des agents traumatiques. Deux observations la démontrent (Notta, Dumarest). On a encore signalé la pression répétée d'une courroie, une chute sur la main, une inflammation traumatique, une entorse (Vogt) et même des efforts (Blum) comme ayant occasionné doigt à ressort.

Reste enfin un certain nombre de faits dans lesquels la nodosité et les troubles qui l'accompagnent se seraient développés spontanément ; on n'a pu leur attribuer aucune cause prédisposante ni déterminante qui fût de nature à expliquer l'apparition de la maladie.

Historique et mécanisme. — Le chapitre du mécanisme est le plus important dans l'étude du doigt à ressort ; il a attiré tout particulièrement l'attention des pathologistes. — Pour préciser l'état actuel de la question nous sommes obligé de rappeler les travaux de nos prédécesseurs ; aussi nous occuperons-nous de l'historique avant d'aborder le mécanisme.

Le premier mémoire sur ce sujet a été publié par M. Notta (de Lisieux) (1). Fait sous l'inspiration de Nélaton, cet important travail renferme quatre observations. Des dissections attentives de la région palmaire antérieure ont en outre été pratiquées par Notta dans le but de trouver des bases à sa théorie qui fut complètement appuyée par Nélaton.

Afin de résumer fidèlement les conclusions de ces deux chirurgiens, rappelons brièvement la disposition anatomique de la région.

Les quatre languettes fibreuses dans lesquelles se divise l'aponévrose palmaire moyenne présentent des espaces vides au niveau de leur épanouissement. Ces vides sont bridés et complétés un peu au-dessous de la division par des fibres transversales qui constituent un véritable ligament. Le ligament ainsi formé, mesure de 8 à 10 millimètres de hauteur et s'étend d'un bord de la main à l'autre. L'ensemble de ses fibres représente la base d'un triangle isocèle dont les deux côtés sont les bords libres de l'aponévrose palmaire. Cette bandelette n'est séparée des gaines fibreuses des fléchisseurs que par un tissu cellulaire lâche.

De la face profonde des fibres transversales de l'aponévrose palmaire partent des cloisons fibreuses dont l'insertion se fait sur les parties latérales du ligament glénoïdien et de la tête des métacarpiens correspondants. Ces cloisons forment ainsi pour chaque fléchisseur une arcade qui en prolonge la gaine dans la paume de la main, tout en laissant entre les bords de la gaine et le

(1) Notta. — *Recherches sur une affection particulière des gaines tendineuses de la main caractérisée par le développement d'une nodosité sur le trajet des tendons fléchisseurs des doigts et par l'empêchement de leurs mouvements* (*Archives générales de Médecine*, 4e série, t. 24, 1850, p. 142.)

© BIU Santé

ligament un intervalle de 5 à 8 millimètres. Il n'y a donc pas de continuité entre la gaîne fibreuse des fléchisseurs et les fibres transversales de l'aponévrose.

Dans l'intervalle que nous venons de signaler se montre la synoviale. Elle tapisse la face interne de la gaîne fibreuse, remonte au-devant du tendon dans une étendue de 4 à 8 millimètres, pour se réfléchir au devant de lui, à une hauteur variable, mais toujours à une petite distance du bord du ligament transverse. — Toutefois, comme les synoviales du pouce et du petit doigt dépendent de la synoviale commune, elles ne présentent aucun repli.

Après la dissection, si l'on provoque des mouvements de flexion en tirant sur les fléchisseurs, on constate que la synoviale se meut avec le tendon et qu'elle remonte dans la paume de la main en passant au-dessous du rebord de l'aponévrose. — Les mouvements d'extension montrent des phénomènes inverses.

Dans les cas observés par Notta, la nodosité se trouvait toujours au niveau du cul-de-sac synovial; aussi la disposition anatomique que nous venons d'indiquer devait-elle conduire tout naturellement Nélaton à l'attribuer à un engorgement du cul-de sac, et, d'autre part, à conclure que l'accrochement de la nodosité au rebord de l'aponévrose était la cause du *ressaut* caractéristique du doigt à ressort.

La troisième observation doit être mentionnée. — La maladie est déterminée par une cause traumatique; il s'agit d'un chimiste qui s'enfonça un tube de verre dans la main, mais comme le corps étranger avait pénétré précisément dans la région du cul-de-sac synovial de l'annulaire, l'auteur y trouve une nouvelle confirmation de sa théorie.

Notta ne s'illusionna pas sur les résultats qu'il venait d'obtenir. Son esprit scientifique lui permit d'entrevoir l'avenir qu'il laissait à la question. Il insiste, en effet, sur son observation IV, qu'il considère comme une exception, parce que le ressort siège dans le pouce, où le repli synovial n'existe pas et où l'aponévrose offre une disposition spéciale. Frappé de ce fait que le ressort avait été précédé par une période inflammatoire assez longue, il conclut à l'existence d'un dépôt de fausses membranes et il explique ainsi la formation de la nodosité. Quant à l'obstacle, il l'attribue aux fibres aponévrotiques transversales qui brident le fléchisseur, et forment une bandelette analogue à une gaîne rudimentaire. C'est encore cette explication qu'il donne dans une seconde publication à propos d'un autre cas observé en 1854(1).—Il se demande même alors si une affection tendineuse ne pourrait produire le phénomène du ressort, mais il recule devant cette considération, que les épaississements inflammatoires des tendons s'observent seulement dans des points constants et soumis à des pressions ou à des frottements.

Le tome V de la Pathologie de Nélaton rapporte une nouvelle observation recueillie par Fourchy (2). On y voit pour la première fois la maladie que nous étudions désignée par le nom « doigt à ressort » que Nélaton lui avait donné. — Cette partie de la bibliographie laissait un point obscur.

Les recherches de Notta ayant été faites en commun avec Nélaton, ces deux chirurgiens sont solidaires dans les conclusions du mémoire de 1850 ; on est donc étonné de lire dans la Pathologie de Nélaton, publiée en 1859, que le cas de Fourchy est le seul qui existe dans la science. Deux ans auparavant, Notta, en dehors des observations qu'il publie, nous parle d'un cinquième cas que Nélaton étudiait alors. La contradiction est absolument flagrante. Non seulement Nélaton semble avoir oublié ce qu'il avait vu naguère, mais encore il donne du mécanisme du doigt à ressort une explication toute différente de la première. Le ressaut lui parait produit par la présence de corps mobiles analogues à ceux des articulations. — Il est vrai que dans une phrase incidente de Notta, on lit que Nélaton comparait l'engorgement synovial à l'induration des hydarthroses anciennes au niveau des replis de la séreuse. Mais cette explication de l'inconnu par le connu peut-elle détruire les faits qui servent de base à la théorie de 1850, et justifie-t-elle un aussi rapide changement d'opinion qui surprend même par son illogisme ?

Plusieurs auteurs qui se sont occupés ultérieurement de la question ont été induits en erreur ; sans doute s'attendaient-ils à trouver une concordance entre la pathologie de Nélaton et le mémoire de Notta, et probablement ont-ils jugé inutile de lire ce dernier. Entraîné par cette confusion, Menzel s'est même cru obligé de démontrer expérimentalement que des corps libres flottant dans l'intérieur de la gaîne des fléchisseurs ne pouvaient pas, pendant les mouvements du tendon, arcbouter l'aponévrose pour produire le ressaut, — démonstration qui, on le comprend, n'avait aucune raison d'être.

Nous pouvons affirmer que Nélaton et Notta sont toujours restés en communauté d'idée. Le malentendu que nous venons de faire ressortir et qui, au premier abord, peut paraître assez étrange, s'explique néanmoins d'une manière fort simple : les deux premiers volumes de la Pathologie de Nélaton lui sont seuls personnels. Le dernier (V) émane le moins directement de lui et dès lors il n'y a rien d'étonnant qu'il s'y soit glissé des idées toutes différentes de celles que le maître professait (1).

Le premier traité de pathologie dans lequel on trouve un article sur le doigt à ressort est celui de Busch (2). Ce chapitre est d'ailleurs assez peu développé, quoique l'auteur ait observé deux cas. Busch tombe dans l'erreur que nous avons signalée et va jusqu'à prétendre que Nélaton aurait eu l'idée d'extirper le corps étranger, alors que Notta ne nous parle dans son mémoire que d'une proposition d'extirper le pont fibreux formé par le rebord de l'aponévrose palmaire.

Dumarest (de Lyon) a publié en décembre 1872 un mémoire important (3). Toutefois il n'est guère connu. Nous ne le trouvons signalé par aucun des auteurs qui se sont occupés de la question. Ses observations portent sur trois cas qui se présentaient sous trois aspects différents. C'était assurément pour l'auteur une heureuse rencontre ; elle lui permit d'apercevoir une voie nouvelle dans l'étude de la maladie. L'une de ces observations (3e) est absolument pareille à celles de nodosités rhumatismales de Notta, que nous connaissons. La

(1) Notta. — *Note sur une affection particulière de la gaîne des doigts de la main désignée sous le nom de doigt à ressort* (*Union médicale*, 1859, t. IV, p. 631.)

(2) Nélaton. — *Pathologie chirurgicale*, 1re édition, t. V, 1859, page 953.

(1) Cette tradition nous a été confirmée par M. Notta lui-même, dans une communication écrite, qui a été pour nous d'une grande utilité pour la rédaction de ce travail. Nous le prions d'agréer nos remerciements.

(2) Busch. — *Lehrbuch der Chirurgie*. Berlin, 1864, t. II, 1864, page 143.

(3) Dumarest. — *Notes sur les différentes variétés des doigts à ressort*. (*Lyon médical*, 8 décembre 1872, n° 25.)

© BIU Santé

première (communiquée par Perroud) a trait à un doigt à ressort qui se produisait pendant la flexion et l'extension de la troisième phalange de l'index sur la deuxième. Le ressaut était déterminé par une nodosité accolée au tendon et placée sur le côté externe de la face palmaire du doigt, au niveau du pli articulaire qui sépare la deuxième phalange de la troisième.

Dans la dernière observation de Dumarest, il s'agit d'une plaie de la main gauche, affectant la peau et les parties sous-jacentes de l'annulaire, un peu au-dessous du pli métacarpo-phalangien. Il s'y était formé une nodosité aux dépens du tissu cicatriciel de la gaine, probablement aussi de la face superficielle du fléchisseur. La nodosité était placée au-dessous du cul-de-sac de la synoviale; le ressort ne pouvait donc être attribué, comme dans la troisième observation de Notta, au traumatisme du cul-de-sac.

L'observation de ces trois malades ne permettait plus de rattacher le doigt à ressort à une cause unique; et l'auteur, tout en adoptant l'explication de Notta pour son second cas, admet qu'une nodosité située dans un point quelconque du fléchisseur ou de sa gaine peut produire le phénomène qu'il étudie. — Cette conviction conduit Dumarest à intituler son mémoire « *Les doigts à ressort* », afin de mieux exprimer la diversité des causes occasionnelles.

En 1874, Hahn publia une observation de doigt à ressort double ayant pour siège l'annulaire de chaque main (1). Dans sa communication, l'auteur se contente de mentionner cette particularité sans se préoccuper du mécanisme.

Cinq mois après la publication de Hahn, parait dans le *Centralblatt* un important travail de Menzel (2). Il contient un nouveau cas et le récit d'une série d'expériences entreprises par le chirurgien de Trieste. D'après lui, pour que le ressort ait lieu, il faudrait le concours de deux circonstances : un épaississement du tendon et un changement dans la résistance de la gaine. En d'autres termes, on obtiendrait le doigt à ressort sur le cadavre, en entourant le tendon fléchisseur d'une ficelle et en rétrécissant sa gaine (augmentation de la résistance), ou en excisant une petite portion de sa gaine (diminution de la résistance).

Oscar Berger, dans une publication faite en 1875 (3), relate cinq cas observés en peu de temps. Ils se ressemblent à peu près tous. Trois d'entre eux sont dus au rhumatisme, un à la pression d'un lourd fer à repasser qui avait produit une légère inflammation du pouce droit. Le dernier, le plus intéressant de tous, parce que la malade n'était âgée que de cinq ans et demi, n'accusait aucune cause apparente. Quant au mécanisme, Berger ne cherche pas à s'en rendre compte. Trop séduit par les expériences et par les idées de Menzel, il s'empresse d'accepter sans réplique toutes ses conclusions. Il ajoute cependant que la nodosité est produite par une inflammation du tendon et de sa séreuse (*tendo-vaginite*).

En 1879, Karl Fieber présente à la Société des médecins de Vienne un malade atteint de doigt à ressort (4). L'année suivante il publie trois nouveaux cas (1). Il admet pour tous le mécanisme de Menzel.

Paul Vogt consacre, dans son traité des maladies du membre supérieur, un chapitre au doigt à ressort (2); il rapporte deux observations. Dans l'une, la maladie s'était développée après une entorse métacarpo-phalangienne du pouce. L'entorse avait laissé derrière elle une forte inflammation qui s'est terminée par un épaississement localisé à la région du fléchisseur. L'auteur, pour expliquer le mécanisme, suppose que le traumatisme a produit une déchirure de la gaine avec extravasation sanguine intra-fibrillaire.

Les idées de Vogt se trouvent reproduites et complétées dans la thèse de son élève Felicki, laquelle fut soutenue l'année suivante (3). On y trouve *in extenso* les deux observations que Vogt signale dans son traité. Felicki en ajoute deux qui lui sont personnelles. En plus de l'origine sanguine, il admet que la nodosité peut être produite par des exsudats inflammatoires, lesquels, en accrochant les irrégularités que l'aponévrose palmaire présente, seraient la cause du ressort.

Dans son remarquable traité sur la chirurgie de la main, Blum (4) enseigne un nouveau mécanisme du doigt à ressort. Il l'appuie sur trois observations et sur des dissections et des expériences originales. Pour lui, l'obstacle que la nodosité vient buter pendant le phénomène du ressort n'est autre que le rebord de l'extrémité centrale de la gaine du fléchisseur, qui se termine à deux ou trois centimètres du pli digito-palmaire par un bord tranchant. — Les dissections qu'il a pratiquées démontrent que la gaine est continue et qu'elle couvre constamment les phalanges et phalangines et même les articulations métacarpo-phalangiennes. Les seuls points faibles sont situés à l'extrémité supérieure des phalanges et des phalangines. — Blum en conclut que le ressort se produit par l'accrochement de la nodosité au rebord central de la gaine ostéo-fibreuse du fléchisseur. « Au pouce, dit cet auteur, nous trouvons une disposition plus favorable encore. Les deux os sésamoïdes interne et externe sont attachés à la première phalange et reliés entre eux par le ligament orbiculaire de l'articulation. Ils forment ainsi une gouttière convertie en un détroit très serré par les fibres arciformes de la paroi intérieure du canal ostéo-fibreux. » Quant à la nodosité, il lui assigne pour siège le tendon lui-même. (*A suivre.*)

(1) Hahn. — *Ein Fall von federnder Finger. Allgemeine Centralbl. Zeitung*, Berlin, 11 février 1874, p. 134.

(2) Menzel. — *Schnellender Finger* (*Centralblatt für Chirurgie*, 29 août 1874, p. 337). Ce mémoire se trouve textuellement reproduit en italien, sans indication de source in *Rivista Clinica di Bologna*. 2e série, 4e année, 1874, p. 311.

(3) O. Berger. — *Ueber schnellender Finger* (*Deutsche Zeitschrift für praktische Medicin*, 20 février 1875, n° 8).

(4) Fieber. — *Ueber den sogenannten schnellenden Finger*. Sept. Abdr. *Wiener med. Blätter*, pages 14 et 17, 1880.

(1) Fieber (Karl). — *Gesellschaft der Aerzte in Wien* (*Wiener medizinische Wochenschrift*), 15 février 1879, n° 7.

(2) Paul Vogt (de Greifswald). — *Die chirurgischen Krankheiten der oberen Extremitäten*. Stuttgart, 1881, p. 104.

(3) Felicki. — *Ueber den schnellenden Finger*. Thèse de Greifswald, 1882.

(4) Blum. — *Chirurgie de la main*. Paris, 1882, p. 102 et Blum. — *Du doigt à ressort* (*Archives générales de médecine*, mai 1882, 7e série, vol. IX.)

(5) Voir le n° 15.

(6) Clément. — *Des tremblements consécutifs aux maladies aiguës* (*Lyon médical*, 1877, t. XXVI, p. 119 et suiv.)

PATHOLOGIE NERVEUSE

Sclérose en plaques et Maladies infectieuses;

par Pierre MARIE, chef de clinique de la Faculté (5).

A ces observations, nous croyons pouvoir joindre, sans la moindre hésitation, quelques autres appartenant à M. Clément (6), de Lyon. Bien que frappé surtout par les caractères des oscillations des membres qu'il constatait chez ses malades, cet auteur se soit surtout préoc-

© BIU Santé

cupé de la similitude de ce tremblement avec celui de la paralysie agitante.

Observation VII (Clément) (1). — Soldat de 22 ans. Début de la fièvre typhoïde le 21 août 1869. Le 18e jour de la maladie son état général étant satisfaisant, toute stupeur ayant disparu, il présente un tremblement des membres supérieurs (les mains sont dans la même attitude que pour écrire, les doigts agités de mouvements alternatifs de flexion et d'extension) ; il ne peut porter à sa bouche un verre à moitié plein sans en répandre le contenu. Les pieds et les jambes sont aussi le siège d'oscillations d'autant plus nettes quand le malade cherche à les soulever ; quand il est assis, léger tremblement de la tête. Parole hésitante, laconique, monosyllabique. La piqûre ou le chatouillement de la plante du pied détermine aussitôt des convulsions réflexes pendant lesquelles le tremblement du membre s'exagère. Ces phénomènes persistèrent du 18e au 30e jour et à partir de ce moment sont allés en diminuant de plus en plus. Le malade sort le 11 octobre en voie de guérison.

Observation VIII. (Clément). — Femme de 22 ans : dès le début de la fièvre typhoïde, tremblement très intense, les mains ont continuellement l'air de filer de la laine ; exagération dans les mouvements intentionnels, tremblement des membres inférieurs s'exagérant par le chatouillement de la plante des pieds ; dans la marche trémulation générale de tout le corps d'une intensité extrême. Ces tremblements cessent pendant le sommeil.

Quatre accès épileptiformes avec convulsions toniques, cloniques, écume sanguinolente et période comateuse. Terminaison fatale au bout de 15 jours, pas d'autopsie.

Observation IX. (Clément). — Femme, 18 ans. Dans le deuxième septenaire de la fièvre typhoïde, tremblement des membres supérieurs, les doigts semblent rouler un crayon, exagération dans les mouvements volontaires, tremblements dans les mouvements volontaires des membres inférieurs.

Le tremblement disparaît pendant le sommeil. Accès épileptiforme avec convulsions toniques et coliques, et écume sanguinolente. Mort à la suite de délire et de nouveaux accès épileptiformes.

Observation X (M. Clément). — Homme de 35 ans, artiste lyrique. Huit mois auparavant, avait été traité à Montpellier, pour une fièvre typhoïde grave, pendant laquelle il était resté 3 semaines sans connaissance ; le tremblement existait déjà quand il a repris connaissance ; après avoir augmenté pendant 2 mois, il est aujourd'hui stationnaire.

Le tremblement est extrême et a envahi tous les membres et se passe dans tous les segments des membres, les mains semblent filer.

Quand le malade est au lit, les couvertures sont fortement agitées par le tremblement des membres inférieurs. Le simple repos diminue les secousses qui cessent complètement pendant le sommeil. Les émotions, les actes volontaires exagèrent considérablement le phénomène. L'excitation de la plante des pieds exagère le tremblement d'une façon remarquable.

Dans la station debout, le corps tout entier tressaille et bien que les coudes soient rapprochés du tronc, les extrémités supérieures sont fortement agitées. Quand le malade est assis, les pieds frappent le sol d'un mouvement rhythmé analogue au mouvement de pédale très rapide.

Dans la marche, les coudes sont rapprochés du corps, les pas petits, saccadés ; la pointe des pieds glisse sur le parquet et les talons le frappent violemment, il sautille plutôt qu'il ne marche. Nystagmus très considérable des deux globes oculaires quelquefois diplopie passagère.

De temps en temps, mouvements d'oscillation et de rotation de la tête. Peu à peu tous ces troubles moteurs s'amendèrent et après trois mois, environ, le malade quittait l'hôpital presque complètement guéri.

Ainsi que nous l'avons dit, dans ces quatre observations M. Clément avait surtout été frappé de l'analogie du tremblement avec celui de la paralysie agitante ; et, en effet, la description qu'il en donne s'y rapporte parfaitement, quant à l'aspect des mouvements des doigts ; mais il ne convient pas d'attacher une importance exclusive à la forme de ce tremblement, et ainsi que M. Clément l'a bien senti et qu'il le dit du reste (page 193), il y avait d'autres symptômes qui n'appartiennent pas à la paralysie agitante.

Qu'est-ce donc que cette exagération du tremblement dans les mouvements volontaires ? — Qu'est-ce donc que ces oscillations assez intenses pour que le malade ne puisse porter un verre à sa bouche ? — Qu'est-ce donc que ces secousses spasmodiques, que cette exagération du tremblement des jambes déterminées par l'excitation de la plante du pied, et constituant en somme une véritable épilepsie spinale ? — Qu'est-ce donc que ce nystagmus, ces troubles de la parole, ces accès épileptiformes ? — Qu'est-ce que tout cela, sinon la réunion des traits les plus évidents du tableau clinique de la sclérose en plaques ? L'observation suivante, de M. Bouveret, n'est pas moins caractéristique.

Observation XI (M. Bouveret) (1). — Jeune fille de 22 ans ; fièvre typhoïde, température assez élevée ; 8 à 9 jours après le début, on remarque un tremblement à l'occasion des mouvements volontaires.

16 août. Si la malade veut saisir un verre et le porter à sa bouche, la main exécute une série d'oscillations au-dessus et au-dessous de la trajectoire du mouvement ; oscillations d'abord peu étendues, mais dont l'amplitude augmente à mesure que le mouvement exécuté approche de son terme. Un tremblement analogue existe dans les membres inférieurs ; ces membres sont aussi agités d'oscillations progressivement croissantes, lorsque la malade cherche à les élever au-dessus du plan horizontal du lit. Pas de troubles cérébraux.

Le lendemain, 17 août, le tremblement est encore plus accusé que les jours précédents. Il y a toujours la plus grande ressemblance avec le tremblement de la sclérose en plaques. — Aucun trouble des fonctions cérébrales. Il n'y a pas de prostration évidente ; l'aspect de cette maladie ne rappelle en aucune façon celui de ces typhiques adynamiques, dont les mouvements sont incertains et les tendons agités de soubresauts ; le tremblement que nous observons n'est certainement pas un phénomène de ce genre. La sensibilité plusieurs fois explorée a toujours été trouvée absolument intacte. La force musculaire est notablement diminuée, surtout dans les membres supérieurs ; les indications données par le dynamomètre n'ont pas été notées dans l'observation. La parole est un peu lente, mais naturelle ; la malade ne scande pas les syllabes. Cependant la langue tirée hors de la bouche est agitée de secousses, qui augmentent d'autant plus qu'elle reste plus longtemps hors de la cavité buccale.

18 août.... La malade tremble toujours dès qu'elle veut exécuter un mouvement ; le tremblement n'existe pas au repos. On fait lever la malade, elle sent très bien le contact du plancher ; elle peut marcher mais pendant les quelques pas qu'elle exécute ; tout son corps est agité par le tremblement.

Survient une recrudescence du 19 août au 2 septembre, avec une température de 39°,5 à 40°,5, pendant cette période, le tremblement avait presque complètement disparu. A partir de ce moment la température s'abaisse et le 12 septembre on note la réapparition des tremblements. Le 16 septembre, nouvelle élévation de la température, le tremblement diminue de plus en plus. Le 10 octobre, le tremblement n'est plus appréciable qu'à de rares intervalles et disparaît complètement les jours suivants.

Il est assez singulier que les deux auteurs qui ont le mieux et le plus fréquemment observé ces troubles nerveux à caractère spécial dans les maladies aiguës n'aient pas reconnu immédiatement leur mode pathogénique.

(1) Publiée antérieurement dans *Lyon Médical*, 1869, t. III, page 494.

(1) Bouveret. — *Lyon Médical*, 1882, n° 15, p. 531.

© BIU Santé

Westphal et Clément ont l'un et l'autre saisi toute la ressemblance qu'il y a entre les symptômes qu'ils décrivaient et ceux de la sclérose en plaques, ils n'ont pas voulu aller plus loin; ils ont noté la similitude des symptômes et, à l'inverse de Kahler et Pick, ils ne sont pas allés jusqu'à admettre l'identité du processus pathologique.

Voici ce que dit Westphal :

« Mon intention a été d'attirer l'attention sur l'identité des symptômes précédemment décrits, dans la sclérose en plaques et dans les cas que nous venons de rapporter. — La première de ces affections présente un processus si essentiellement chronique qu'il ne viendra à personne la pensée, je suppose, que si par quelque hasard on venait à faire actuellement l'autopsie de l'un de nos malades atteints d'une maladie aussi aiguë, on puisse s'attendre à trouver des plaques grises dans le système nerveux central..... »

« L'hypothèse la plus probable est qu'il ne s'agit pas d'une lésion grossière, palpable, du système nerveux central, et je crois devoir me rattacher à cette opinion, par la raison que dans des cas d'une autre nature, notamment dans les cas de paraplégie complète on n'a trouvé aucune lésion anatomique appréciable, il est vrai que l'examen microscopique n'a pas été pratiqué. Peut-être, à la suite de l'intoxication varioleuse, se produit-il des lésions générales du système nerveux qui échappent à toute démonstration; à ce propos, je rappellerai que dans beaucoup d'épidémies de fièvre typhoïde, et aussi d'après ma propre expérience, dans les épidémies de variole, la substance cérébrale présente assez souvent une consistance remarquable. »

Westphal avait d'ailleurs noté que le pronostic de ces troubles nerveux est loin d'être bénin, car six mois, ou même, dans son observation V, plusieurs années plus tard, la guérison n'était pas survenue, et l'amélioration même était extrêmement lente.

Voici, d'autre part, le passage dans lequel M. Clément développe son opinion sur la nature des troubles nerveux qu'il a observés chez ses malades :

« Je partage complètement l'opinion de Westphal et, en rapprochant comme lui ces diverses observations de la sclérose en plaques, je n'ai point l'idée de lui donner pour substratum des lésions anatomiques de même nature, mais en séméiologie la nature des lésions n'a souvent qu'une importance secondaire. Cela est vrai surtout pour la pathologie des centres nerveux où les symptômes dépendent bien plus du siège de la distribution de la localisation des lésions que de leur nature même.

Les altérations de la moelle produites par les affections aiguës et en particulier par la variole, sont transitoires et évidemment moins profondes et d'autre espèce que dans la sclérose en plaques, mais quelles qu'elles soient, elles ont le même siège et le même mode de distribution, puisqu'elles déterminent les mêmes symptômes. »

M. Clément insiste sur ce fait que les tremblements ayant ce caractère sont rares dans la fièvre typhoïde, que depuis 1869, époque à laquelle son attention avait été attirée sur ce sujet, jusqu'en 1877, quoiqu'il l'ait recherché sur un grand nombre de fièvres typhoïdes, il ne l'a rencontré que dans les quelques observations qu'il rapporte. On en peut donc conclure que ces troubles du mouvement ne sont pas un phénomène banal de la fièvre typhoïde, mais tiennent à une véritable complication dans le cours de cette maladie. (*A suivre.*)

Société anatomique. — Le bureau de la Société anatomique a décidé de décerner en janvier 1885, le prix Godard, destiné au meilleur mémoire d'anatomie pathologique. Tout le monde est admis à concourir sauf les membres honoraires et titulaires de la Société.

CLINIQUE MÉDICALE

Épithélioma du foie (adénôme);

Par M. le Dr **DERIGNAC**, chef de clinique de la Faculté (1).

Le sujet qui a trait à notre observation, et dont le père mourut à 46 ans d'une affection hépatique, parvint à l'âge de 23 ans sans avoir été malade, mais, à cette époque, il fut envoyé comme soldat en Afrique où il prit une dysentérie avec ictère et, là, il contracta des habitudes alcooliques qui se traduisirent bientôt par de l'insomnie, de l'inappétence, des vomissements glaireux le matin au réveil.

En avril 1883, survinrent chez lui des troubles dyspeptiques plus inquiétants et il dut cesser l'usage de l'alcool; en juillet, il remarqua que son ventre augmentait de volume; en août, il commença à éprouver des douleurs dans la région de l'hypochondre droit; en même temps il maigrissait et perdait ses forces; son embonpoint assez considérable autrefois disparaissait chaque jour maintenant.

Le jour de son entrée il accusait une douleur sourde, continuelle, occupant surtout l'épigastre et la région du foie, mais s'irradiant un peu vers la partie inférieure du ventre du côté des reins. La palpation qui augmentait la douleur permettait en même temps de constater une augmentation notable du volume du foie, qui remontait en haut jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du rebord costal et débordait en bas de 6 ou 7 centimètres au-dessous des dernières côtes, tandis que transversalement il atteignait l'hypochondre gauche. La glande, dans son ensemble, était globuleuse, sa consistance était dure; on sentait, quoique avec certaines difficultés, de petites saillies sur la face antérieure de l'organe. La rate était légèrement augmentée de volume.

Il n'existait ni ascite, ni dilatation des veines sous-cutanées abdominales, ni œdème des membres inférieurs. On constatait seulement à l'anus la présence de quelques hémorrhoïdes. Les selles étaient peu fréquentes; l'appétit était médiocre, cependant le malade digérait sans trop de difficulté le peu d'aliments qu'il ingérait, il n'avait ni vomissement, ni hémorrhagies gastriques ou intestinales. Les urines étaient peu abondantes, un peu foncées, chargées d'urates et renfermaient un peu d'albumine. Les autres organes étaient sains. La maigreur était assez considérable, les téguments étaient pâles et les conjonctives décolorées, le malade accusait une perte extrême des forces.

Le 2 *novembre* commence à apparaître une légère teinte subictérique accusée surtout aux conjonctives; les selles contiennent un peu de sang rouge qu'on hésite à rapporter à une hémorrhagie intestinale ou à un flux hémorrhoïdaire.

3 *novembre*. L'ictère devient plus accusé. Il existe un peu d'ascite et l'on aperçoit quelques dilatations veineuses sous-cutanées sur l'abdomen.

8 *novembre*. L'ascite est déjà assez considérable; la dilatation des veines abdominales est très accusée; il existe un peu d'œdème des membres inférieurs.

12 *novembre*. L'ascite est considérable, l'œdème des membres abdominaux est très accusé, l'ictère a augmenté notablement, mais reste limité à la partie supérieure du corps; le malade accuse des douleurs assez vives dans tout l'abdomen, mais à maximum d'intensité au niveau du foie; l'estomac est fortement dilaté; l'appétit est nul, le patient refuse de prendre quelque alimentation dans la crainte d'augmenter son ballonnement abdominal; cependant, il se sent mieux quelque temps après l'application sur l'abdomen d'une couche de collodion élastique.

13 *novembre*. L'administration d'une légère dose d'extrait thébaïque procure encore quelque soulagement ce jour même, le ventre est un peu diminué, les douleurs abdominales sont moins vives, la palpation est bien mieux tolérée, aussi, l'on peut, tout à l'aise, constater à la surface

(1) L'observation a été recueillie à la Charité dans le service de M. le professeur Hardy et communiquée à la Société anatomique.

© BIU Santé

du foie, l'existence de saillies nombreuses présentant une résistance assez considérable, on sent, enfin, le bord antérieur du foie, qui est arrondi, un peu dentelé.

14 *novembre*. L'état redevient inquiétant; le malade a rendu, avec ses selles, un demi-litre environ de sang noir. L'ictère est très intense. Les douleurs abdominales ont reparu, et avec elles un léger mouvement fébrile. Les urines contiennent beaucoup d'albumine et de biliverdine. Le faciès s'altère de plus en plus, la langue est sèche, les gencives sont fuligineuses.

20 *novembre*. L'œdème des membres inférieurs est considérable et l'ascite a augmenté; il existe sur la partie antéro-latérale droite de l'abdomen de larges plaques ecchymotiques.

22 *novembre*. L'ascite a augmenté encore; la gêne respiratoire est telle, que nous nous décidons, à la visite du soir, à pratiquer une ponction, Nous retirons un litre de liquide, juste assez pour faciliter la respiration; nous tarissons d'autant plus volontiers l'écoulement, que le liquide qui sort est sanguinolent, depuis le moment où nous introduisons jusqu'au moment où nous retirons la canule. Après la ponction, le malade respire un peu mieux. Cependant, l'ascite augmente dans les jours qui suivent; des vomissements surviennent et se montrent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures; chaque jour les selles sont sanglantes.

4 *décembre*. Une syncope apparaît, puis une selle abondante constituée uniquement par du sang pur.

5 *décembre*. La mort survient dans le marasme le plus accusé.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une quantité assez considérable (5 litres environ) d'un liquide fortement sanguin. Le *foie* occupe une large étendue de l'enceinte abdominale; il pèse 2,900 grammes et présente $0^m,31$ en longueur et $0^m,20$ en hauteur. La capsule de Glisson est notablement épaissie. Le tissu hépatique est dur, résistant; l'organe, à sa surface, est parcouru de sillons très nets, au niveau desquels le tissu conjonctif se montre assez abondant; le foie est parsemé partout, presque uniformément, de nodosités variables en volume de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une lentille; les unes sont dures, les autres sont plus molles; aucune ne présente de dépression à sa partie centrale. Leur coloration, en général, est jaunâtre; enfin, on trouve à la surface de l'organe quelques suffusions hémorrhagiques qui donnent au tissu une apparence rouge brunâtre. Sur la coupe, à l'œil nu, le tissu hépatique se montre formé comme par un stroma aréolaire, constitué par du tissu conjonctif limitant les tumeurs. Certaines de celles-ci ont une dureté assez considérable; d'autres présentent une mollesse extrême et sont presque diffluentes. Le foie, par son volume énorme, aplatit la veine cave dont les parois ne présentent aucune altération, de même, du reste, que les veines sus-hépatiques qui sont saines.

Du côté de la veine porte, au contraire, il n'est est point ainsi : ses branches, jusqu'au niveau du tronc à son origine, sont remplies d'un magma de consistance caséeuse, de coloration gris jaunâtre, qui distend à tel point le tronc de la veine, par pression excentrique, que celle-ci aplatit et oblitère les canaux biliaires à leur sortie du foie. Les ganglions du hile ne sont point altérés.

Au microscope, on découvre l'existence de lésions caractérisées de cirrhose annulaire et, çà et là, des altérations cellulaires analogues à celles de la cirrhose vulgaire. Autour des tumeurs appréciables à l'œil nu, et sur la coupe le tissu conjonctif se montre quelquefois en assez grande abondance. A ce niveau des tumeurs, on rencontre les lésions si bien décrites par M. Sabourin dans son excellente thèse. Sur la coupe, on voit des amas de cellules polyédriques et qui offrent de grandes analogies avec les cellules du foie. Ces cellules, volumineuses ou de la dimension seulement des cellules hépatiques, s'agglomèrent sous forme de cylindres ou de nodules entourés d'une zone fibreuse ou dépourvus de parois. Ainsi disposées, les cellules sont quelquefois accolées entre elles. Souvent aussi on observe, au milieu de l'amas qu'elles forment, une lumière centrale remplie par un calcul offrant toutes les apparences d'un calcul biliaire. De plus, en quelques points, on observe des altérations secondaires de ces mêmes cellules adénomateuses, lesquelles ont subi la dégénérescence graisseuse, etc. Le contenu des veines portes est formé par un magma fibrineux, au sein duquel on retrouve des cellules déformées, altérées, des globules sanguins, etc.

La *rate* présente une consistance normale ou à peu près; elle est légèrement augmentée de volume, pèse 275 grammes; l'*estomac*, l'*intestin* sont fortement œdématiés et présentent de petites hémorrhagies sous-muqueuses; les *reins* sont un peu gros, leur capsule est peu adhérente, leur substance médullaire est un peu rougeâtre; le *cœur* est mou, son tissu est facile à déchirer; dans le *poumon* gauche, à sa partie supérieure, il existe un noyau induré tuberculeux; les *autres organes* (œsophage, vertèbres, côtes, etc., etc.) ne présentent aucune altération digne d'être notée.

Réflexions. — Dès les premiers jours de l'entrée du sujet à l'hôpital le diagnostic offrait des difficultés sérieuses. Si quelques symptômes plaidaient en faveur d'une affection maligne, il s'en trouvait aussi pour faire pencher en faveur d'une cirrhose. Cependant, lorsque nous primes le service, le 1er novembre, nous penchâmes plutôt en faveur d'un cancer et ce fut aussi à cette opinion que se rangea M. le professeur Hardy, qui vit le malade quelques jours après.

L'autopsie certaine et très proche semblait devoir lever tous les doutes, cependant, les pièces en main, on pouvait hésiter encore : il existait des lésions évidentes de cirrhose et certains pensaient avoir affaire à un foie cirrhotique; l'aspect du foie était, selon d'autres, celui du cancer. En étudiant l'organe avec soin, nous crûmes reconnaître de par l'examen à l'œil nu et de par l'examen histologique, une lésion dont il avait été présenté un exemple à la Société anatomique quelque temps auparavant et que des anatomo-pathologistes autorisés avaient étiquetée : adénome; nous fûmes heureux de voir notre diagnostic approuvé par notre très cher collègue et ami Sabourin qui, avec sa complaisance habituelle, voulut bien étudier un morceau de la pièce que nous lui avions adressé; le foie présenté ensuite à la Société anatomique fut reconnu être adénomateux par M. le professeur Cornil, et par tous les membres présents.

Le foie présentait donc bien les lésions de l'adénome, on y retrouvait des altérations évidentes de cirrhose et des nodules bien nettement adénomateux, deux lésions souvent associées comme l'a si bien montré Sabourin.

Ainsi s'expliquait peut-être, par la combinaison de ces deux altérations : cirrhose et adénome pourquoi le diagnostic avait été hésitant dans les premiers jours de l'entrée du malade à l'hôpital; ainsi s'expliquait comment on avait pu à cette époque songer à la cirrhose, tandis que le diagnostic cancer s'imposait fatalement, à mesure que l'adénome se développait et prenait le dessus.

Cependant, il avait existé dans tout le cours de la maladie certains phénomènes qui pouvaient faire penser à une affection maligne : le foie était gros, mais la rate n'était point augmentée dans les mêmes proportions, et cette seule considération permettait d'éliminer la cirrhose hypertrophique dans laquelle la rate est toujours fort augmentée de volume, relativement plus augmentée de volume que ne l'est le foie (Hardy). Le foie était trop volumineux pour qu'on pût songer à une cirrhose atrophique pure. Les nodosités appréciables à la surface de l'organe éliminaient la cirrhose mixte. Le malade n'était point syphilitique, on ne pouvait songer à une affection de cette nature. Nous avions songé un moment à l'existence de kystes multiples, de kystes multiloculaires, mais nous dûmes bien vite rejeter cette hypothèse.

Bref, à l'époque où nous vîmes le malade, c'est vers le

© BIU Santé

diagnostic épithélioma, cancer, que l'esprit était fatalement conduit. Restait à discuter à quelle variété nous avions affaire : évidemment il s'agissait d'un *épithélioma primitif* de l'organe, car nulle part, ailleurs, nous ne trouvions trace d'une affection maligne.

Etait-ce un cancer des voies biliaires ou une forme primitive de l'épithélioma : l'apparition tardive de l'ictère éliminait le premier.

Lorsqu'on compulse les observations d'adénome publiées jusqu'à ce jour, comme nous l'avons fait mon excellent collègue Gilbert et moi, pour un article qui doit paraître d'ici peu (1), on voit que l'ascite apparaît rapidement et acquiert vite de grandes proportions. C'est là un signe qui acquiert en l'espèce une grande valeur ; il peut, avec l'augmentation de volume du foie, les nodosités qu'on trouve à sa surface, et le peu d'augmentation de volume de la rate, aider puissamment au diagnostic, surtout si l'on tient compte de la marche de la maladie qui évolue à la manière des affections malignes.

Ce n'est point à cause de ces particularités cliniques seulement qu'il nous a paru utile de rapporter devant la Société l'observation que nous reproduisons ici. Nous tenons à insister encore sur l'existence de cirrhose ancienne certainement antérieure à l'adénome ; nous tenons à rappeler l'intégrité du système veineux sus-hépatique et les lésions au contraire très avancées du système porte, nous devons signaler aussi l'intégrité des ganglions lymphatiques ; nous tenons à noter que le foie, dans notre cas, était seul envahi, nulle part ailleurs il n'existait trace de tumeur maligne, l'affection constituait donc une forme primitive de tumeur maligne du foie.

(1) *Du cancer adénoïde du foie*, par MM. Dérignac et Gilbert, (*Gazette médicale de Paris*, 19 janvier 1884.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Médecine d'imagination.

« Si la médecine d'imagination était la meilleure, pourquoi ne ferions-nous pas de la médecine d'imagination ? » Ce n'est pas parce que cette proposition a été formulée par un disciple de Mesmer, qu'il faut nous croire obligés de la rejeter sans examen. Donc examinons.

C'est en 1869, que pour la première fois M. Russell Reynolds (2) signala l'existence des troubles moteurs et sensitifs développés sous l'influence d'une *idée*. Les troubles de la motilité consistaient quelquefois en spasmes, en mouvements ataxiques ou incoordonnés, mais le plus souvent en paralysies portant sur les membres supérieurs ; et Erb les décrit sous le nom de paraplégies par *imagination* (3).

Le type de ces paraplégies nous est fourni par la première observation de M. Reynolds, dans laquelle il s'agit d'une jeune fille qui devint paraplégique dans les circonstances suivantes.

Elle vivait seule avec son père qui avait subi des revers de fortune, et qui, à la suite de chagrins prolongés, devint paralytique. Elle subvenait aux besoins du ménage en donnant des leçons qui la forçaient de faire de longues courses dans la ville. Sous l'influence de la fatigue déterminée par ces marches, l'idée lui vint qu'elle pourrait devenir paralysée elle-même et qu'alors la situation serait terrible. Sous l'influence de cette idée persistante, elle sentit ses membres inférieurs s'affaiblir ; et au bout de peu de temps, la marche devint complètement impossible. M. Reynolds comprit la pathogénie de l'affection, et lui imposa un traitement purement moral : à la suite d'essais répétés il finit par convaincre la malade qu'elle pouvait marcher, et le fait est qu'elle marcha.

M. Reynolds rapporte encore un cas remarquable dans lequel, sans impuissance motrice véritable, il existait une incoordination motrice telle que la marche était impossible. C'est à propos d'un cas de ce genre que M. Charcot a été amené à étudier à son tour ces *paralysies psychiques*, et il s'est appliqué à montrer que l'interprétation donnée par l'auteur anglais est des plus légitimes. A cette occasion, le professeur de la Salpêtrière a mis une fois de plus en lumière le parti que l'on peut tirer de l'hypnotisme pour l'étude expérimentale des phénomènes qui se présentent spontanément chez les sujets sains ou malades.

On peut, dans la période somnambulique de l'hypnotisme suggérer un certain nombre de phénomènes qui persistent après le réveil (1). Parmi ces phénomènes, il faut noter les paralysies. Si on impose à une somnambule l'idée qu'elle est paralysée du bras droit, on voit, qu'en effet, ce membre perd la faculté de se mouvoir ; et si la suggestion a été provoquée d'une façon appropriée, la paralysie persiste après le réveil. M. Charcot a montré que ces paralysies présentent souvent des caractères objectifs qui permettent de les rapprocher des paralysies organiques : l'impuissance motrice s'accompagne, en effet, d'exagération des réflexes tendineux, de trépidation spinale, indiquant que l'action cérébrale est complètement supprimée ; et, en outre, MM. Richer et Gilles de la Tourette ont montré qu'il existe une exagération et une modification de la secousse musculaire provoquées par le choc galvanique (2). De plus, la malade ne peut avec sa main saine trouver sa main paralysée ; il y a perte du sens musculaire. Du reste, on peut tout aussi bien, par le même procédé, obtenir une paralysie avec contracture qu'une paralysie flasque.

En outre, comme le fait remarquer M. Bernheim : « beaucoup de sujets qui ont été hypnotisés antérieurement peuvent, sans être hypnotisés de nouveau, présenter à l'état de veille l'aptitude à présenter les mêmes phénomènes suggestifs (3) », c'est-à-dire que l'on peut, chez certains sujets hypnotisables, provoquer à l'état de veille des paralysies par suggestion. Mais ce n'est pas tout, M. Bottey (4), confirmant les recherches de

(2) Russell Reynolds. — *Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation dependent on idea* (*Brit. med. journ.*, t. II, 1869, p. 378, 835. 2 octobre et 6 novembre).

(3) Erb. — *Paraplegie durch Einbildung* (*Handb. der Krank. d. Nervensystems*, p. 826. in Ziemssen. Vol. XI, 2e partie, 1878.)

(1) Ch. Féré. — *Les hypnotiques hystériques considérées comme sujets d'expérience en médecine mentale ; illusions, hallucinations, impulsions irrésistibles provoquées ; leur importance au point de vue médico-légal.* (*Soc. Méd. psychologique* et *Arch. de Neurologie*, 1883, t. VI p. 122). — Dumontpallier. *Bull. Soc. Biologie*, 1882-1883 *passim*.

(2) Richer et Gilles de la Tourette. — *Note sur les caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales* (*Progrès médical*, 1884, p. 241).

(3) Bernheim. — *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, 1884, p. 47.

(4) Bottey. — *Société de Biologie*, 15 mars 1884.

© BIU Santé

M. Bernheim, a montré en outre, que chez certains sujets qui n'ont jamais été soumis au sommeil somnambulique, on peut provoquer des paralysies en leur inculquant fortement l'idée qu'elles vont être paralysées. Nous voici donc arrivés expérimentalement à la paralysie psychique de M. Russell Reynolds.

M. Charcot, après avoir répété ces diverses expériences, montre qu'en somme entre la somnambule et le sujet suggestible à l'état de veille, il n'y a point de saut, mais des transitions graduelles, qui permettent de faire comprendre les paralysies psychiques accidentelles, et démontrent leur réalité.

De la pathogénie de ces paralysies psychiques découlait, le traitement moral qui a été, en effet, institué par M. Reynolds avec succès. On nous permettra d'insister un peu sur cette *médecine d'imagination*, sur cette *thérapeutique suggestive*, car c'est bien le nom qu'elle mérite. Comment procède-t-on en effet? Sous l'influence d'une idée persistante suggérée par les circonstances extérieures, il se développe une paralysie; le médecin, usant de son autorité, suggère l'idée de guérison nécessaire, incontestable et la paralysie guérit; la cure aussi bien que le développement du trouble fonctionnel a été déterminée par une *idée*. L'idée peut donc être, suivant les circonstances, un *agent pathogénique* et un *agent thérapeutique*. C'est une notion qui n'est pas nouvelle; mais, ayant été mal interprétée, elle est restée inféconde.

On a appelé *maladies imaginaires*, les *maladies par imagination*; et cette confusion de termes a confirmé une confusion d'idées. Or, nous venons de le montrer par un fait concret, les maladies par imagination, c'est-à-dire provoquées par une idée fixe, sont des maladies réelles et offrant pour quelques-unes au moins des caractères objectifs indiscutables.

L'existence de maladies par imagination étant démontrée, il est prouvé du même coup qu'il n'existe pas et qu'il ne peut pas exister de maladies imaginaires, c'est-à-dire de maladies purement fictives; puisque, dès que le sujet s'est laissé imposer cette idée fixe qu'il est affecté d'un trouble fonctionnel quelconque, ce trouble fonctionnel se développe à un certain degré. Et il faut ajouter que ces malades par imagination ne sont pas seulement affectés d'un trouble local: pour se laisser dominer par cette idée de maladie, il faut être particulièrement excitable et suggestible, il faut être doué d'un état de faiblesse psychique congénitale qui coïncide du reste fréquemment avec des manifestations névropathiques plus ou moins caractérisées, ou des malformations physiques. N'est pas hypochondriaque qui veut, comme disait Lasègue.

Cette distinction nous permet d'éclairer la thérapeutique des maladies par imagination, des maladies suggérées.

Lorsqu'un de ces hypochondriaques, vésaniques atténués, auxquels on applique le plus communément le nom de *malades imaginaires*, vient implorer le secours de la médecine, sous prétexte qu'il s'agit de douleurs, de troubles subjectifs, que lui répond-on souvent? « Ce n'est rien, un peu d'imagination, ne vous préoccupez pas », et on lui donne négligemment un remède anodin. Ce malade, qui s'est suggéré une douleur et qui en souffre réellement, acquiert la conviction que sa maladie n'est pas connue et qu'on ne peut rien pour lui. L'idée d'incurabilité devient d'autant plus intense qu'il a une plus haute opinion du savoir du médecin qu'il a consulté; et ce malade par imagination, qui était venu avec une affection chronique, s'en va souvent incurable.

Les entrepreneurs de guérisons miraculeuses procèdent tout autrement. Ils ne nient pas la maladie, mais ils affirment qu'elle va guérir par l'action d'une puissance surhumaine. Ils agissent par suggestion, ils inculquent graduellement cette idée que la maladie peut guérir, le sujet s'en pénètre, se l'approprie; quelquefois la guérison s'effectue en conséquence de la suggestion, et quand on dit que *c'est la foi qui sauve*, on ne fait qu'employer une expression rigoureusement scientifique. Il ne s'agit plus de nier ces *miracles*, mais d'en comprendre la genèse et d'apprendre à les imiter.

Ainsi, il n'existe pas de maladies imaginaires, mais il y a des maladies par imagination avec de véritables troubles fonctionnels. Ces troubles se développent sous l'influence d'une suggestion spontanée, accidentelle ou provoquée; ils sont susceptibles de guérir sous l'influence d'une autre suggestion opérant en sens inverse et d'égale intensité. Le *traitement moral* doit donc consister, non pas à nier la maladie, mais à affirmer qu'elle est susceptible de guérir, qu'elle commence à guérir, qu'elle va guérir tout à fait.

Lorsqu'un croyant associe la divinité à son idée de guérison, il s'habitue à l'attendre subite et complète, à l'occasion d'une manifestation religieuse déterminée: les choses se passent, en effet, souvent ainsi. C'est ce que nous avons vu, par exemple, à la Salpêtrière chez la célèbre Etcheverry, qui vit guérir tout à coup une hémiplégie avec contracture datant de 7 ans, à propos d'une cérémonie du *mois de Marie*: il ne lui resta qu'une certaine faiblesse du côté, qui disparut en peu de jours et que l'on peut expliquer par l'influence du défaut d'exercice si longtemps prolongé.

Lorsqu'au contraire un malade, atteint d'une affection d'origine psychique, s'adresse au médecin, celui-ci ne peut guère, sauf dans quelques circonstances exceptionnelles, lui inspirer confiance qu'en des moyens plus ou moins lents; mais quels qu'ils soient, il faut les employer avec confiance et autorité. C'est un fait bien avéré, que par l'hydrothérapie, certains médecins obtiennent, dans les affections hystériformes, des résultats plus rapides que d'autres, par ce seul fait qu'ils agissent en même temps par suggestion. On peut en dire autant du massage dans des circonstances analogues; etc.

Remarquons que la plupart des manifestations pathologiques qui guérissent sous l'influence des agents moraux, manifestations paralytiques, spasmodiques ou autres, rentrent dans le cadre des affections hystériformes. Il y a là un enseignement du plus haut intérêt pour l'étude de la genèse de ces accidents. Si, en effet, la pathogénie des paralysies psychiques à pu guider dans la direction du traitement rationnel; on peut dire que, inversement, dans les phénomènes hystériques qui sont guéris par action morale, le mode de guérison peut nous diriger dans la recherche de la pathogénie: *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Les accidents qui disparaissent sous une influence

© BIU Santé

psychique ont nécessairement une origine psychique, consciente ou inconsciente. Si cette origine échappe dans la plupart des cas, c'est que la suggestion peut se produire par des procédés difficiles à apprécier. Car ce n'est pas seulement par une voix étrangère que la suggestion peut se produire, soit dans l'hypnotisme, soit dans l'état de veille, chez les sujets hypnotisables ou particulièrement excitables ; elle peut encore être déterminée par des actions très diverses sur chacun des sens, y compris le sens musculaire (1). Les sensations anormales localisées jouent le même rôle dans la production de certains phénomènes d'*hystérie locale*. La suggestion peut encore être provoquée dans le sommeil naturel ; elle peut l'être encore dans le rêve.

S'il est facile de comprendre le mode de production de ces troubles dans leur ensemble, il est moins simple d'établir le *diagnostic psychogénique* spécial, dans un cas donné. Or, c'est lorsque l'on connaît bien le procédé pathogénique que l'on a le plus de chance de diriger utilement les agents curatifs.

Dans beaucoup de circonstances, la suggestion peut constituer un agent thérapeutique précieux. A côté des paralysies et des spasmes d'origine psychique, il faut citer l'anorexie dite nerveuse ou hystérique qui peut être grandement influencée. Il faut bien reconnaître une certaine valeur à plusieurs des faits de cet ordre rapportés par Braid (2), par Charpignon (3) et par Liébault (4), etc. Il est donc utile, dans ces cas, de rechercher les meilleures conditions de suggestibilité, de s'assurer si le sujet est hypnotisable ou particulièrement sensible à tel mode de suggestion que l'on mettra en usage avec confiance et autorité.

Il est à remarquer qu'un état névropathique ne s'improvise pas, celui qui en souffre ne l'a pas créé, il résulte le plus communément d'une dégénérescence héréditaire progressive et accumulée. Le sujet qu'il s'agit de traiter, n'est point dans sa famille un accident, ceux qui l'entourent pâtissent souvent de son mal à un certain degré : le névropathe vit dans une atmosphère de nervosité. Si la suggestion a joué un rôle dans le développement de l'affection actuelle, le traitement moral n'aura aucune action, parce que l'*idée pathogénique* se trouve sans cesse cultivée dans ce milieu morbide. Ce traitement ne reprendra chance de succès que lorsqu'on aura eu recours à une mesure préalable d'hygiène morale, à l'*isolement* qui s'impose encore davantage dans les manifestations dites épidémiques de la suggestion.

Nous avons eu en vue surtout d'appeler l'attention sur le mode d'action du traitement moral, et sur le rôle que joue la suggestion. Il ne s'agit nullement d'innovation : quand on fait avaler certaines boulettes dites fulminantes, c'est bien de la suggestion qu'on administre sous forme pilulaire ; quand on injecte de l'eau claire sous la peau, on fait encore de la suggestion par la voie hypodermique. Et il convient de remarquer que nous ne préconisons cette *médecine d'imagination* que contre une catégorie de troubles bien déterminés, contre les troubles d'origine psychique ; qu'on ne nous accuse pas de prétendre tuer les microbes par la persuasion.

Ch. FÉRÉ.

(1) Les expériences de Braid, et surtout celles de MM. Charcot et Richer, ont bien montré l'influence suggestive des attitudes et des mouvements dans l'hypnotisme ; mais il est intéressant de rappeler une page de Gratiolet qui signale des faits du même ordre à l'état de veille, et en tire des conséquences dignes d'être développées. « *Il n'est pas*, dit-il, *une seule pensée qui ne se traduise par un mouvement, par un geste, par une attitude involontaire. — Réciproquement, une attitude imitée, sans idée préconçue, comme le font souvent les petits enfants, un geste sans intention, éveillent dans l'esprit certaines tendances corrélatives.* » (Leuret et Gratiolet. — *Anatomie comparée du système nerveux*, t. II, p. 630).

(2) Braid. — *Neurypnologie, Traité du sommeil nerveux ou hypnotique*, trad. Simon, 1883.

(3) Charpignon. — *Etudes sur la médecine animique et vitaliste*, 1864.

(4) Liébault. — *Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*, 1866.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 avril 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FAUVEL.

M. le PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. J. B. Dumas. Il rappelle la vie si largement employée de l'illustre académicien et après avoir rapidement énuméré les éminents travaux et les titres qui lui assignent une des premières places parmi les gloires scientifiques de notre époque, M. le Président annonce que la séance sera levée en signe de deuil.

La séance est levée à 2 heures et demie. A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 12 octobre 1883. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

1. M. MORIN montre un cas d'*hémorrhagie cérébrale* ayant détruit la partie postérieure de la capsule interne, sans hémianesthésie.

2. M. TUFFIER présente un *goître kystique double* avec oblitération d'une des carotides.

3. **Cachexie cancéreuse. — Endocardite végétante. — Embolie cérébrale** ; par M. Maurice LEBRETON, interne des hôpitaux.

Femme Giroi... Joséphine, âgée de 39 ans, entrée le 24 septembre 1883 dans le service de M. SEVESTRE, à l'hôpital Saint-Antoine, morte le 7 octobre.

Cette femme fut traitée déjà, il y a deux ans, à l'hôpital Tenon, pour un phlegmon du ligament large qui s'ouvrit dans le rectum, puis dans la vessie. Elle perdit du pus pendant longtemps, mélangé aux fèces et à l'urine ; bientôt, l'orifice de communication avec le rectum sembla se fermer et la malade sortit bien portante, mais remarquant toujours dans ses urines un dépôt purulent. Elle rentra au mois de février dernier dans le service, cet écoulement purulent ayant un peu augmenté alors, et y resta jusqu'au mois de mars. On put constater à ce moment par le toucher, dans le cul-de-sac gauche, une tumeur dure, due probablement aux restes de son phlegmon ancien. Elle sortit avec toutes les apparences d'une bonne santé, ne présentant rien de particulier, sauf ce dépôt purulent des urines, d'ailleurs très diminué.

Le 24 *septembre* dernier, elle rentre dans un état tout différent. La face présente une teinte cachectique, la malade est dans un état d'affaiblissement tel qu'elle ne peut se tenir debout ; il y a un œdème notable de la jambe gauche.

Cette femme nous raconte que, depuis le mois de juin, l'écoulement purulent mêlé aux urines a disparu. Depuis ce moment, elle souffre dans le flanc gauche ; elle a de la fièvre le soir et son état a toujours été s'aggravant de plus en plus. La malade ne présente pas d'autres symptômes. Elle ne souffre d'aucune autre partie, n'a jamais eu de

© BIU Santé

vomissements, de diarrhée, etc. Dans le cul-de-sac gauche, on retrouve la même dureté qu'au mois de février. En présence de ces phénomènes, on pense à de la septicémie chronique, ne trouvant rien dans les organes qui pût expliquer cet état de dépérissement.

26 *septembre*. On trouve la malade avec une parésie brachiale et faciale gauches qui, le 27 et le 28, s'accompagne de symptômes analogues du côté de la jambe.

29 *septembre*. Il y a paralysie complète avec anesthésie de tout le côté gauche du corps.

2 *octobre*. La malade est dans un état de marasme absolu. L'auscultation du cœur révèle à la pointe un bruit de souffle inconstant, insuffisant pour y faire admettre une lésion orificielle. Léger nuage d'albumine.

Depuis ce jour, l'affaissement ne fait qu'augmenter, mais la malade ne vomit pas, mange tout ce qu'on lui présente; elle est gâteuse depuis le 2 *octobre*.

7 *octobre*. Elle s'éteint sans avoir présenté d'autres phénomènes.

Autopsie.—On constate un cancer encéphaloïde de l'estomac, resté latent pendant la vie, occupant la partie gauche de la petite courbure. Il y a des traînées cancéreuses sous le péritoine aboutissant à des ganglions également dégénérés le long de la petite courbure. Noyaux secondaires dans le péritoine diaphragmatique, le foie, la rate, le rein; tous ces noyaux n'excèdent pas le volume d'un pois et sont peu nombreux.

Le cœur présente sur les deux faces de la valvule mitrale des végétations variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. On en retrouve de semblables sur les faces libres des sigmoïdes. Toutes ces végétations sont molles, friables, se détachent sous un courant d'eau un peu violent. A l'examen microscopique, la partie libre est constituée par du tissu embryonnaire, la partie adhérente de plusieurs d'entre elles a subi au contraire un commencement d'organisation; on y trouve alors quelques vaisseaux. L'aorte est déformée, athéromateuse.

Dans l'artère sylvienne droite, on trouve au point de bifurcation un noyau embolique semblant constitué par un débris de végétation; thrombose secondaire dans les branches. Zone de ramollissement de la troisième frontale et de la partie antérieure du lobe sphénoïdal. Rien aux frontales supérieures non plus qu'aux frontale et pariétale ascendantes. Rien aux centres. L'ancien phlegmon du ligament large est transformé en une masse fibreuse dure, sans dégénérescence carcinomateuse, dans laquelle on retrouve deux trajets fistuleux, aboutissant l'un dans le rectum, l'autre dans la vessie; thrombose des veines iliaques gauches.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs titres: d'abord comme évolution d'un cancer latent de l'estomac n'ayant présenté aucun symptôme gastrique et n'ayant pu être reconnu qu'à l'autopsie. En second lieu, l'endocardite végétante nous semble digne d'attention. S'agit-il là d'une de ces manifestations vers la séreuse du cœur, comme on en rencontre parfois dans les cachexies, ou bien faut-il faire jouer un rôle aux trajets fistuleux du ligament large, s'ouvrant dans des cavités naturelles, ayant amené dans ce cas une endocardite septique? L'autopsie ayant été faite tardivement, la recherche d'éléments spéciaux dans les végétations n'eût pas donné de résultats certains et la réponse à ces questions reste impossible. Il nous a paru intéressant cependant de les formuler.

6. Pyléphlébite adhésive. — Athérome du tronc porte. — Impaludisme. — Lésions anciennes de la rate; par M. Raymond Durand-Fardel, interne des hôpitaux.

La nommée Fonproy (Marie), 45 ans, tripière, entre le 20 septembre 1883, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, n° 26, service de M. Gallard.

En 1864, F... a déjà consulté M. Gallard parce qu'elle n'était pas réglée. En même temps, elle se plaignait d'une grosseur siégeant dans le flanc gauche, qui fut reconnue pour une rate hypertrophiée. Habitant le Berry, F... avait depuis longtemps des fièvres intermittentes. Après quelque temps d'un traitement hydrothérapique, les règles apparaissent normalement, et la malade retourne dans son pays. La tumeur semble avoir diminué à cette époque, puis avoir reparu après quelque temps, pour reparaître plus considérable et définitivement en 1872. Il y a deux ans, le ventre gonfle d'une façon marquée. Amaigrissement, peu de douleurs dans le flanc gauche. Trois jours avant son admission à l'hôpital, F... rend par l'anus une notable quantité de sang rouge (environ deux litres, dit-elle).

A l'*entrée*, on constate que la malade est dans un état de cachexie profonde. Cependant, la coloration jaunâtre de la face rappelle plutôt le teint des hémorrhagies graves que celui du cancer. L'abdomen est très volumineux, distendu, lisse. La percussion indique la présence d'un épanchement liquide déplaçable. En palpant, on sent à gauche une tumeur mobile, qu'on repousse en déprimant brusquement la paroi jusque vers l'ombilic. Cette tumeur, qu'on ne peut délimiter à cause de l'abondance de l'ascite, est parfaitement indépendante de l'utérus et probablement aussi de ses annexes. La circulation collatérale est peu marquée. Œdème des membres inférieurs. La faiblesse de la malade est grande; elle se plaint de céphalalgie intense et peut à peine manger. Urines rares et foncées. Pas d'albumine. Constipation. Pas de fièvre.

27 *septembre*. Une ponction, pratiquée à droite, donne issue à 8 litres d'un liquide clair, jaune citrin.

Après la ponction, on constate que la tumeur occupe tout le flanc et l'hypochondre gauches, remonte sous les côtes et s'enfonce en bas, jusqu'à la partie inférieure de la fosse iliaque. En dedans, elle ne va pas jusqu'à l'ombilic. Elle se déplace facilement de dehors en dedans. Sa surface semble un peu inégale et bosselée. Le foie déborde à peine les fausses côtes et n'est pas douloureux au palper.

29 *septembre*. La malade, qui avait été soulagée par la ponction, est bientôt reprise de dyspnée. Le liquide s'est reproduit en partie, mais il y a plus de météorisme que d'ascite. Congestion pulmonaire assez marquée. Constipation opiniâtre. Alimentation presque nulle.

3 *octobre*. Faiblesse extrême, syncope. L'oppression est plus vive, due plus à la congestion déclive qu'au gonflement de l'abdomen. Le liquide s'est peu reproduit.

4 *octobre*. Nuit un peu meilleure. Diarrhée, oppression.

7 *octobre*. Délire nocturne, affaissement, état subcomateux. Souffle anémique au cœur. Pouls à peine perceptible. L'affaiblissement va croissant jusqu'au 8 octobre dans la journée. La malade meurt le 8, au soir.

Autopsie, 24 heures après la mort.—L'ouverture de l'abdomen laisse écouler 4 à 5 litres d'un liquide citrin clair. On voit la rate, considérablement augmentée de volume, mesurant 28 cent. de long, sur 15 de large, occupant l'hypochondre et le flanc gauche, descendant dans la fosse iliaque. Sa surface est lisse, unie; la sensation de bosselures, perçue par le palper, était due à des scissures nombreuses siégeant sur le bord antérieur. Sa coloration est rose pâle.

Le *foie* déborde à peine les fausses côtes. L'*estomac* est très dilaté. En soulevant la masse intestinale, on voit que le mésentère est plus épais, plus résistant que normalement. En cherchant à enlever la *rate*, on s'aperçoit que la veine splénique est extrêmement dilatée et dure, remplie par un caillot fibrineux ancien. En suivant cette veine, qu'on est obligé de sculpter dans le tissu cellulaire induré qui la recouvre, on voit qu'elle est ainsi remplie et distendue jusqu'à son embouchure dans la veine-porte, ayant sur tout son parcours un diamètre de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres.

Le tronc-porte lui-même présente l'aspect d'un gros boudin jusque dans le hile du foie. Cependant, toutes les veines affluant à la veine-porte ou à la veine splénique sont vides et ne présentent pas d'altération de leurs parois. En coupant la veine splénique au niveau du hile de la rate, on voit que la presque totalité de la lumière du vaisseau est obstruée par un caillot fibrineux, blanc à la périphérie, rouge au centre, résistant et adhérant fortement à la paroi avec

© BIU Santé

laquelle il fait corps. Sur un quart de la circonférence seulement, il reste une partie du vaisseau sanguin perméable et aplatie. La paroi veineuse est épaissie considérablement, présentant l'aspect d'une artère de gros calibre. La portion adhérente au caillot est plus épaisse du double.

Une section de la veine-porte au hile du foie offre les mêmes caractères. De plus, la paroi veineuse est ici incrustée de plaques calcaires au nombre de 4 ou 5, mesurant cinq millimètres carrés environ ; et, tant par ce fait que par son épaisseur et sa coloration jaune, le tronc-porte rappelle exactement une aorte athéromateuse. Si l'on suit les ramifications de la veine splénique dans la rate, on voit que le caillot ne s'étend guère au-delà de 3 centimètres dans les plus grosses branches.

En pratiquant une coupe sur la rate, et passant le doigt sur la surface, on sent des points saillants et durs ; ce sont les vaisseaux de la pulpe dont les parois indurées font saillie. Dans le foie, on suit les ramifications de la veine-porte, remplies et gonflées par le sang coagulé, jusque dans les plus petites branches visibles.

Nous avons déjà noté les plaques calcaires infiltrant abondamment les parois de la veine-porte au point où elle aborde le foie et se divise. Sur les branches qui font suite, la paroi est épaissie sans renfermer de plaques calcaires.

La *rate*, examinée séparément, pèse 840 grammes. Sa consistance est ferme. La tunique fibreuse épaissie. Le parenchyme est résistant à la coupe, de coloration rosée. Le *foie* pèse 1160 grammes. Sa surface est granuleuse, jaune verdâtre, assez dure, résistant au doigt. *Reins* normaux. L'*œsophage* présente à sa partie inférieure des dilatations variqueuses très marquées, turgides ; ces varices œsophagiennes sont la cause de l'hémorrhagie mentionnée dans l'observation. L'*estomac* dilaté, un peu congestionné. L'*intestin* ne présente pas d'ulcérations. Le jejunum est congestionné. Pas de ganglions tuméfiés dans le mésentère. Appareil utéro-ovarien normal.

Thorax : *Poumons* congestionnés, un peu emphysémateux. *Cœur* gras, petit. Plaques récentes, un peu saillantes sur le péricarde, à la face antérieure du cœur et sur l'origine de l'aorte. Orifices sains. Aorte absolument intacte et lisse sur toute sa longueur. *Artères* normales.

Examen histologique. — *Rate*. Avec un faible grossissement, on voit tout d'abord un réseau de tractus conjonctifs très épais, ne laissant que de petits espaces remplis par le tissu normal. Avec un plus fort grossissement, on voit les veines entourées d'un anneau de tissu conjonctif compact, très large, dans l'épaisseur duquel se détachent des dépôts granulo-graisseux abondants. De ces anneaux partent d'énormes travées fibreuses qui, réunies à celles qui viennent des vaisseaux voisins, forment le réseau dont nous avons parlé, occupant une superficie bien plus considérable que le réticulum splénique normal persistant dans les intervalles. Les cellules lymphatiques ne présentent pas de granulations pigmentaires.

Foie. Les préparations faites sur les différentes parties de la glande, ne laissent voir qu'une périphlébite assez marquée autour des ramifications portes, qui apparaissent entourées d'un épaississement conjonctif notable. Mais nulle part on ne voit les lobules envahis par le processus cirrhotique. Dans quelques points, infiltration de globules rouges entre les éléments du parenchyme. Les cellules hépatiques ne sont pas altérées. Pas de pigmentation anormale.

Tronc-porte. Tunique externe épaissie, renfermant des vasa-vasorum très dilatés. Tunique moyenne très altérée dans certains points ; présente dans d'autres des lacunes creusées aux dépens de sa lame élastique interne, et renfermant des granulations graisseuses. Tunique interne très épaisse, végétante, formée de tissu embryonnaire qui va se confondre avec la partie la plus interne du caillot.

Celui-ci, dans sa zone adhérente, présente des lacunes limitées par des travées concentriques à la lumière du vaisseau et renfermant des cellules embryonnaires. La zone centrale, moins considérable, est formée de masses fibrineuses, amorphes, mêlées de globules sanguins déformés et de granulations graisseuses.

Les coupes pratiquées sur la veine splénique, à sa sortie de la rate, présentent les mêmes caractères histologiques que nous venons de décrire dans la veine-porte, si ce n'est qu'on ne retrouve pas ici les dépôts athéromateux.

Réflexions. — D'après les observations d'oblitération de la veine-porte publiées dans ces dernières années, et en particulier d'après l'intéressant mémoire de Ch. Leroux (*Gaz. médic. de Paris*, 1879), on devrait interpréter les phénomènes dans l'ordre suivant : Cirrhose atrophique amenant le ralentissement du cours du sang dans le système porte, d'où thrombose de la veine-porte et phlébite consécutive de ce canal. Mais il ne semble pas que, dans ces observations, il y ait eu concomitance d'une altération de la veine splénique aussi marquée que dans notre cas.

Outre que nous n'avons pas ici une cirrhose hépatique assez prononcée pour justifier une pareille explication, on a vu que les vaisseaux intra-spléniques présentaient des lésions plus avancées et plus intenses que les vaisseaux intra-hépatiques.

Ces considérations, jointes à l'histoire clinique de la malade, chez laquelle la tumeur splénique existait depuis près de vingt ans, peuvent peut-être autoriser à localiser le point de départ des accidents dans le système vasculaire de la rate. Tout au moins sommes-nous forcé de poser un point d'interrogation devant l'impossibilité de faire rentrer ce cas d'oblitération de la veine-porte dans le cadre de ceux qui ont été précédemment interprétés.

7. Asphyxie par bol alimentaire pénétré dans le larynx. — Hématome de la dure mère ; par M. Henri Feulard, interne des hôpitaux.

La nommée Marie Desplancqs, âgée de 79 ans, entre le 2 octobre 1883 à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le Dr Ferrand, salle Quesnay, n° 1. (Chroniques.)

Elle est envoyée de l'hôpital Saint-Antoine comme atteinte de ramollissement cérébral. Nous ne pouvons recueillir aucun renseignement sur son compte ; elle est en état complet de démence, crie, chante, veut se lever, et l'on est forcé de lui mettre la camisole de force. L'agitation persistant, on fait un certificat de passage à l'asile Sainte-Anne. Le soir même, 5 *octobre*, au moment du repas du soir, la malade, qui mangeait de façon gloutonne, est prise tout à coup de suffocation et succombe en quelques secondes. Précipitamment, on avait pu retirer de la bouche une bouchée volumineuse de bœuf bouilli ; une autre portion avait pénétré dans le larynx.

Autopsie, pratiquée le lendemain soir, 6 octobre, à quatre heures du soir. — Le cadavre ne présente extérieurement aucune trace d'asphyxie. La cavité thoracique ouverte laisse voir les viscères dans leurs rapports normaux. Les poumons sont gris et pigmentés de noir à l'extérieur ; à la coupe, ils n'offrent rien d'anormal. Le cœur a son volume ordinaire, les cavités sont intactes, la valvule mitrale est un peu épaissie et rugueuse. Dans la crosse de l'aorte, de nombreuses plaques d'athérome qu'on retrouve aussi dans l'aorte abdominale, surtout au niveau de la bifurcation du vaisseau.

Le larynx et le pharynx sont enlevés avec la langue, et c'est la pièce que nous avons présentée (laissée à la Société). L'œsophage est sain ; quant au larynx, on voit que sa cavité est occupée toute entière par le corps étranger qui le distend et s'est comme moulé à son intérieur. C'est un volumineux morceau de bœuf bouilli incomplètement mâché, long de 12 centimètres, faisant saillie à l'orifice supérieur du larynx d'environ 1 centimètre et descendant jusqu'au douzième anneau de la trachée.

L'œsophage est sain dans toute sa longueur ; dans l'estomac, où nous trouvons un bol alimentaire déjà très gros, on constate au niveau de la grande courbure et aux environs du cardia des ecchymoses rondes, isolées, en apparence déjà anciennes. Le reste du tube digestif n'offre rien à signaler.

© BIU Santé

Le *foie*, normal, présentait sur sa face supérieure une dépression très marquée en sillon, avec périhépatite ancienne. La *rate*, que nous présentons également, pèse 460 grammes; de nombreuses et épaisses adhérences la maintenaient, surtout à l'extrémité supérieure, et l'on trouve en ce point une large plaque jaunâtre, épaisse d'environ un millimètre, coiffant cette extrémité, d'apparence cartilagineuse.

L'*examen histologique* de cette plaque a été fait par notre collègue et ami, M. Gilles de la Tourette. Après décalcification dans une solution d'acide picrique concentrée, pendant dix jours, et la solution étant renouvelée tous les trois jours, des coupes purent être pratiquées et colorées au picro-carmin. La substance constituante était formée de fibres de tissu conjonctif adulte. Çà et là on voyait l'ouverture des vaisseaux; l'examen clinique des sels constituant cette infiltration calcaire n'a pas été fait.

Réflexions. — Nous connaissions la cause de la mort; mais une semblable asphyxie ne pouvait se produire qu'avec un état de démence comme celui que présentait la malade. Il était intéressant de rechercher la cause de cet état. A l'ouverture du crâne, nous trouvons une dure-mère épaissie, adhérente à gauche et au niveau de la scissure inter-hémisphérique avec la substance cérébrale; à droite, à sa face inférieure, est appendu un vaste hématome qui recouvre tout le lobe frontal; il est parfaitement enkysté, et, au-dessous, les circonvolutions sont saines; dans le reste de l'hémisphère, la dure-mère est épaisse, rouge et ecchymotique, non adhérente. Des coupes faites dans le cerveau ne révèlent rien d'anormal non plus que dans le cervelet.

L'hématome était-il primitif et cause des accidents ou avions-nous affaire à une aliénée chez laquelle s'était produit consécutivement l'hématome? Il nous est impossible de le dire, ne possédant aucun renseignement sur l'état antérieur de la malade.

Séance du 19 octobre 1883. — Présidence de M. Cornil.

8. MM. Tuffier et Verchères présentent un cas de *perforation intestinale* par un lombric, avec péritonite ayant simulé un étranglement interne.

9. M. Cornil montre une *tumeur* enlevée par MM. Verneuil et Reclus, constituée par un *éléphantiasis du scrotum*. On peut observer sur le raphé médian des petits tubercules qui donnent à la peau un aspect chagriné. C'est le début de l'éléphantiasis, qui s'accuse ensuite par des plis radiés partant de ce même raphé et un épaississement de la peau.

10. M. Œttinger présente une *dilatation de l'estomac*, avec rétrécissement du duodénum. Le malade est mort avec des symptômes de contracture généralisée.

11. Anévryse de l'aorte en arrière d'une valvule sigmoïde; par M. Raymond Durand-Fardel, interne des hôpitaux.

La nommée Feuillet (Claudine), âgée de 49 ans, dévideuse, entre le 16 juillet 1883 dans le service de M. Gallard, salle Sainte-Marie, Hôtel-Dieu.

Cette malade n'a jamais eu de rhumatismes. Antécédents alcooliques avérés. Depuis cinq à six mois, elle est sujette à des accès d'étouffements, accompagnés de palpitations vives et de gonflement des membres inférieurs. Ces phénomènes s'étant accrus ces jours derniers, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Le 16 *juillet*, elle est en pleine attaque d'asystolie. Congestion de la face, œdème des membres inférieurs, oppression extrême, anxiété. A l'auscultation, on trouve les poumons remplis de râles humides. Le cœur bat d'un façon précipitée et irrégulière; pas de souffle appréciable. Pouls filiforme. Urines rares. Albuminurie.

19 *juillet*. Les battements du cœur sont plus réguliers et plus forts; on peut entendre un souffle d'insuffisance aortique assez net. Pas de pouls caractéristique. On constate l'existence du pouls capillaire. Etat général peu modifié.

Les jours suivants, l'asystolie est tantôt plus marquée, tantôt légèrement améliorée, mais sans grands changements. La digitale semble n'avoir aucune action.

Dans les premiers jours d'*août*, la malade est prise de délire violent, auquel succède un affaissement complet. L'œdème augmente, l'alimentation se fait mal, l'oppression est extrême. Pas de modification dans les bruits cardiaques. Cet état va en empirant jusqu'au 21 *août*, où la malade meurt dans la nuit.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Le cœur, considérablement hypertrophié, pèse 550 grammes. En ouvrant le ventricule gauche et la portion d'aorte qui y adhère, on trouve que celle-ci présente un orifice légèrement dilaté et insuffisant. Les parois sont encroûtées d'athérome calcaire. Les valvules sigmoïdes sont en partie infiltrées de plaques calcaires.

Derrière la valvule située à la partie postérieure, on trouve un orifice arrondi, de 2 centimètres de diamètre, par lequel on pénètre dans une excavation du volume d'une petite noix. Les parois sont en partie lisses, en partie encroûtées de sels calcaires. Cette dilatation anévrysmale s'enfonce en arrière dans l'épaisseur de la paroi inter-auriculaire, faisant une saillie arrondie dans chacune des oreillettes. Les coronaires n'ont aucun rapport avec la poche; la gauche s'ouvre un peu en avant de l'orifice anévrysmal; la droite est oblitérée par une plaque calcaire.

Les autres organes présentent les lésions banales qui accompagnent l'asystolie. *Poumons*, très congestionnés. *Foie* gros, muscade. *Reins* petits, rétractés. Pas d'athérome généralisé.

Réflexions. — L'intérêt purement anatomique de cette pièce consiste dans le siège anormal de la poche anévrysmale; le plus souvent, en effet, les dilatations de l'origine de l'aorte se font plus haut et ont tendance alors à se rompre dans le péricarde. On a mentionné également des dilatations anévrysmales occupant la paroi interventriculaire. Nous n'avons pas trouvé, dans les Bulletins de la Société anatomique, de description d'un anévrysme aortique occupant le siège que nous avons indiqué dans le cas présent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 avril 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Berger rapporte l'observation d'un *anévrysme cirsoïde* de l'index qu'il a guéri par les injections de perchlorure de fer. La tumeur qui présentait tous les caractères des tumeurs du même genre, tendait à gagner la paume de la main, les artères de l'avant-bras et du bras étaient dilatées et flexueuses; les veines de la main dilatées étaient le siège de pulsations visibles. Après avoir essayé sans succès la compression par un gantelet en caoutchouc, M. Berger eut recours aux injections de perchlorure de fer pratiquées suivant la méthode de M. Gosselin; une première injection de 10 gouttes resta sans effet; une deuxième fois il injecta un peu plus d'une seringue; la tumeur durcit immédiatement, et dès le lendemain on vit apparaître sur le doigt malade deux petites taches livides; ces escharres se sont éliminées lentement, sans réaction inflammatoire trop vive, sans laisser après elles de cicatrices vicieuses. Depuis la tumeur est restée dure et a diminué; les dilatations artérielles et veineuses du voisinage ont à peu près disparu; le malade doit être considéré comme guéri. M. Berger se félicite du résultat obtenu par les injections et pense que ce moyen doit être essayé avant de recourir à l'amputation, surtout chez les sujets jeunes et qui ont besoin de leurs mains pour gagner leur vie. Il fait ressortir quelques particularités intéressantes de son observation: le malade, jeune homme de 20 ans, portait depuis l'enfance un nœvus artériel sur le doigt, sa mère présentait un nœvus artériel au visage; et de plus, dans son métier de sertisseur, il était obligé d'appuyer constamment le manche de ses instru-

© BIU Santé

ments sur l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index qui devint malade. On retrouve donc dans l'histoire de ce malade les trois causes ordinaires de ces tumeurs, nœvus, hérédité, traumatismes répétés. Il faut encore noter au point de vue de la symptomatologie que cette tumeur était le siège d'un souffle systolique, intermittent et non continu comme on l'observe d'ordinaire dans ces tumeurs.

M. Desprès est d'avis que le traitement par injections coagulantes est bon chez les jeunes sujets, et mauvais chez les vieux où il peut déterminer de la gangrène.

M. Verneuil a guéri de ces tumeurs par l'extirpation, il en a guéri aussi par les injections coagulantes, ces deux traitements ont leurs indications spéciales tirées du siège et de l'étendue de la tumeur. M. Verneuil préfère pour les injections la liqueur de Piazza au perchlorure de fer.

M. Trélat lit un rapport sur deux observations de *périnéorrhaphie* adressées à la Société par M. Quérel (de Marseille) et trace à ce propos les règles opératoires de cette restauration. M. Trélat a longtemps enseigné un procédé par sutures profondes enchevillées, et a obtenu par ce procédé dix succès entiers sur treize cas. Cependant Emmel, puis Gaillard Thomas ont, depuis, remplacé la suture enchevillée par la suture entrecoupée qui est plus facile à pratiquer, rapproche aussi bien les parties et est mieux tolérée. Pour la suture vaginale M. Trélat préfère aux fils d'argent la soie phéniquée de Czerny. — Nous n'essayons point de résumer les règles opératoires tracées magistralement dans ce rapport.

M. Verneuil a aussi supprimé la suture enchevillée ; il fait la suture vaginale avec des fils métalliques qu'il passe et fixe dans un petit bouton de nacre. M. Verneuil pense qu'on a trop compliqué la périnéorrhaphie. Il a obtenu des succès presque constants dans un grand nombre d'opérations, et se loue beaucoup des pulvérisations antiseptiques qui nettoient les parties et hâtent la cicatrisation.

M. Richelot a fait avec succès une périnéorrhaphie pour une déchirure complète. Il a employé la suture entrecoupée et s'est servi, pour la suture vaginale, de crin de Florence.

M. Desprès attribue quelques insuccès des sutures à l'habitude fâcheuse que l'on a de placer le nœud d'une suture au-dessus même de la plaie qu'elle réunit ; le nœud doit être placé sur le côté, ainsi il est moins gênant et plus facile à enlever.

M. Thomas (de Tours) lit une observation intéressante sur un cas *de prolapsus utérin irréductible guéri par l'ablation d'une partie de l'utérus par une ligature élastique.*

M. Poulet lit un travail sur *la spécificité des ostéites* ; ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Berger, Bouilly et Chauvel rapporteur. P. Poirier.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

IV. L'ophthalmie jéquiritique et son emploi clinique, par MM. le professeur H. Sattler et L. de Wecker, Paris, 1883, Delahaye et Lecrosnier, libraire-éditeur.

V. Emploi du jéquirity et de l'inoculation blennorrhagique dans l'ophthalmie granuleuse; par M. le Dr Carette. Paris, 1883, Delahaye et Lecrosnier, libraire-éditeur.

IV et V. J'ai déjà signalé à mes lecteurs, dans la précédente revue, les découvertes de M. Sattler sur le bacille jéquiritique. M. Sattler constate que la conjonctivite provoquée par la graine brésilienne est d'une nature toute spécifique, et ne peut être assimilée entièrement à aucun des types connus de même genre. Il l'attribue à l'action de microbes contenus dans l'infusion de jequirity. En effet, ces microbes, recueillis et cultivés dans des liquides appropriés peuvent provoquer une ophthalmie tout aussi violente que l'infusion-mère. La liqueur perd toute action lorsqu'elle a été stérilisée par la chaleur ou des solutions antiseptiques (sublimé, thymol). Nous n'insistons pas davantage sur ces faits, dont l'étude rentre déjà dans la microbiologie.

M. de Wecker fait suivre la traduction du mémoire de M. Sattler de quelques observations sur le jequirity. Il souligne trois faits principaux, qui ressortent de ses études cliniques : 1° Que le jequirity peut provoquer une ophthalmie croupale plus ou moins forte, dont on peut doser l'intensité, en concentrant plus ou moins la macération ou en répétant plus ou moins fréquemment les lotions. 2° Que la cornée ne court aucun risque pendant l'évolution de cette ophthalmie. 3° Que cette dernière guérit rapidement les granulations.

De ces trois affirmations, la première est depuis longtemps hors de conteste. La seconde paraît devoir également se ratifier par l'expérience des divers praticiens. M. Carette nous apprend, en effet, que, non seulement le nouveau remède n'a causé aucune aggravation des ulcérations existantes de la cornée, mais qu'il les a conduites, au contraire à une cicatrisation rapide, en apportant un soulagement immédiat aux souffrances des malades. D'autres auteurs confirment cette assertion (Terson, Armaignac, Ponti, Businelli). Si le jequirity a produit quelques accidents graves entre les mains de certains expérimentateurs, il est avéré que la forme pharmaceutique sous laquelle le médicament a été administré était défectueuse, que les applications en ont été trop fréquentes, ou que l'affection granuleuse revêtait un caractère défavorable à l'action du jequirity. Il faut, en effet, se garder d'employer ce remède dans les conjonctivites chroniques avec hyperplasie du corps papillaire et sécrétion exagérée, comme l'a fait M. Deneffe, qui s'en est mal trouvé. Le véritable champ d'action de l'infusion jequiritique, ce sont les trachomes proprement dits, présentant des granulations exubérantes ou des cicatrices conjonctivales multiples, une sécrétion rare, un pannus cornéen, avec ulcérations d'une ténacité désespérante.

C'est surtout cette dernière complication qui est justiciable du nouvel agent thérapeutique. Sous ce rapport, il paraît réellement donner de beaux résultats, et c'est déjà quelque chose. Cependant, nous voudrions trouver dans les observations publiées des renseignements plus précis sur le sort des granulations conjonctivales elles-mêmes, lorsqu'il en existe encore. Elles seules constituent le caractère distinctif de l'ophthalmie trachomateuse, et, tant qu'elles n'ont pas disparu d'une façon définitive, tout le cortège de complications, dissipé par l'inflammation jequiritique, peut se reformer à nouveau. M. de Wecker affirme que les granulations elles-mêmes disparaissent définitivement, sinon après une première épreuve, du moins à la suivante. M. Carette a revu, au bout de plusieurs mois, deux malades guéris par l'infusion brésilienne. La guérison s'était maintenue ; les granulations et le pannus n'avaient pas reparu. Il est à souhaiter que les observations de ce genre se multiplient.

Les succès que M. Carette a obtenus au moyen du jequirity ne lui ont cependant pas fait abandonner entièrement l'inoculation blennorrhagique. Il la réserve pour les cas de pannus épais, sarcomateux, sur lesquels l'ophthalmie jequiritique n'a plus une prise suffisante. Eperon.

CORRESPONDANCE

Laïcisation des asiles d'aliénés.

Limoges, le 9 avril 1884.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

En lisant dans le *Progrès médical* du 5 avril l'article relatif aux réformes à faire dans les Asiles d'aliénés, j'ai constaté un oubli que je crois utile de signaler. En effet, l'Asile de Sainte-Catherine, près de Moulins, et celui d'Auxerre ne sont point les seuls où l'on trouve un personnel entièrement laïque. Il en est un autre qui mérite une mention spéciale, non seulement à cause des difficultés sans nombre qu'a présentées sa laïcisation, mais encore en raison des résultats extraordinaires obtenus depuis que le service des femmes a été confié à des surveillantes laïques. Il s'agit de l'asile de Rodez, laïcisé le 4 mars 1881, grâce à la fermeté et au zèle de son Directeur-médecin (1).

(1) Le Dr Faucher, actuellement Directeur-médecin de l'asile

© BIU Santé

Les Sœurs de Nevers avaient commis les plus grands abus dans cet établissement à tel point que leur situation était devenue impossible. Quoi qu'il en soit, il serait difficile de décrire toutes les luttes rencontrées à cette occasion au milieu d'un pays clérical au dernier degré. L'évêque actuel de Rodez, aujourd'hui rendu fameux par l'affaire du curé Bourdes (1), avait à cette époque dans l'Aveyron une influence décisive. Malgré les plus grandes difficultés, bien que le clergé aveyronnais ait employé tous les moyens possibles pour entraver le recrutement d'un nouveau personnel, neuf religieuses ont été remplacées par une surveillante en chef et deux sous-surveillantes, ce qui a réalisé du même coup une économie de 2000 fr.

Depuis cette époque, cet établissement n'a jamais cessé d'être un asile modèle et l'on peut dire sans présomption qu'il ne laisse rien à désirer sous aucun rapport.

Tels sont les renseignements exacts, Monsieur le Rédacteur en Chef, que j'ai cru devoir vous communiquer et je vous prie d'agréer l'assurance de mon profond respect. Raoul POULLAIN.

Interne à l'asile des Aliénés de Naugeat, près de Limoges.

THÉRAPEUTIQUE

Du meilleur moyen d'administrer le Salicylate de Soude.

L'histoire si récente et déjà si remplie de la médication salicylée est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la faire à nouveau. Les succès obtenus dès le début ont encouragé les praticiens et beaucoup d'entre eux se sont mis à l'œuvre pour vérifier les résultats énoncés. En très peu de temps, MM. Hérard, Hardy, Oulmont, Guéneau de Mussy et Jaccoud ont apporté à la tribune de l'Académie de médecine le fruit de leur expérience. Ils ont reconnu que le Salicylate de Soude pur et administré sous une forme convenable était le médicament le plus efficace que l'on ait employé contre le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, les nodosités d'Heberden et certaines affections goutteuses.

« Aujourd'hui, dit M. le professeur Vulpian (2), il y a accord unanime sur l'efficacité de l'emploi du Salicylate de Soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et ce serait du temps perdu que de rapporter de nouveaux faits plus ou moins analogues à ceux que chaque médecin a pu observer dans sa propre pratique.

« Le Salicylate de Soude pur produit de très bons effets dans le traitement des accès aigus de goutte. Il guérit souvent ces accès en peu de jours, aussi rapidement que les attaques de rhumatisme articulaire aigu. »

D'après le Dr Compagnon (3) : « Le Salicylate de Soude peut et doit être employé dans le traitement du rhumatisme noueux, toutes les fois que l'état de la circulation centrale ou des reins ne vient pas le contre-indiquer.

« Non seulement il calme les douleurs, mais encore il permet aux articulations de reconquérir une partie des mouvements perdus, et il enraie la marche de la maladie. Seulement, ajoute le Dr Compagnon, souvent le Salicylate de Soude étant impur, il sera essentiel de s'assurer de la qualité du médicament. »

Une discussion intéressante s'est élevée sur ce point à la *Société de médecine de Paris* : Un des honorables membres le Dr Charrier, après avoir rappelé les succès constants obtenus dans le traitement du rhumatisme par l'administration du Salicylate, s'exprime ainsi : « J'ai, dans mon service à l'Imprimerie Nationale, une malade qui est atteinte des nodosités d'Heberden, avec déformation des doigts et douleurs atroces ; elle prend depuis deux ans 4 grammes par jour de salicylate, les douleurs ont disparu, les nodosités n'ont plus augmenté et la malade a pu continuer son travail sans interruption ; puis il ajoutait : Une chose aussi est à considérer, c'est la pureté du médicament, aussi me suis-je toujours servi, avec avantage, de la Solution Clin au Salicylate de Soude. Le Salicylate que Clin emploie est d'une pureté parfaite, préparé avec le plus grand soin. C'est un médicament dans lequel on peut avoir toute confiance. »

M. Géry a corroboré cette affirmation en termes catégoriques : « J'ai employé, a-t-il dit, dans la même séance, le Salicylate de Soude, aux mêmes doses et dans les mêmes conditions que vous, et comme vous, j'ai eu des succès et des revers. Frappé de la persistance de ces derniers chez certains malades qui me semblaient être dans les meilleures conditions pour se bien trouver du traitement, j'ai cru devoir attribuer l'insuccès à la préparation plus ou moins mauvaise du médicament, et, après des essais comparatifs, je suis convaincu qu'il faut attacher une grande importance à la manière dont le Salicylate est préparé, et que toutes les pharmacies ne le livrent pas suffisamment pur. Je me trouvais dernièrement en consultation avec mon excellent confrère et ami M. Millard qui me disait qu'avec une préparation toujours identique comme la Solution Clin, il n'avait eu qu'à se louer de l'emploi du Salicylate de Soude. »

Mais quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire le Salicylate de Soude, il importe d'avoir constamment présentes à l'esprit les règles posées par le professeur G. Sée (1) : Pour administrer le Salicylate de Soude, le meilleur moyen c'est la *Solution* ; je ne saurais accepter l'usage du Salicylate en pilules, pastilles, poudres, cachets ; car ces formes pharmaceutiques finiraient par déprécier un médicament des plus utiles. La seule condition exigible, c'est la pureté du médicament qui contient trop souvent une certaine quantité d'acide phénique ; c'est là un inconvénient qui se traduit par un profond dégoût. »

En résumé, le Salicylate de Soude possède une efficacité incontestable et a donné d'excellents résultats, toutes les fois qu'il a été possible d'administrer ce produit absolument pur. A cet égard, on aura toute garantie en prescrivant la Solution Clin : chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de Salicylate de Soude pur, chaque cuillerée à café en contient 0,50 centigrammes. Cette Solution incolore, par conséquent *exempte d'acide phénique*, très exactement dosée et toujours identique dans sa composition, permet au médecin d'administrer sûrement le Salicylate de Soude pur et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie ; par BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, BONNAIRE et WUILLAMIÉ, internes. Paris, 1882. Aux bureaux du *Progrès médical*.

Ce livre, de près de 200 pages, est le compte rendu annuel pour 1881 du service des épileptiques et idiots de Bicêtre, avec des observations ayant trait à des cas divers. On peut se faire une idée de l'amplitude de ce champ d'observation, par ce fait qu'au commencement de l'année, les salles renfermaient cent cinquante-deux adultes et cent vingt-six enfants. Un curieux autant que déplorable incident de l'année fut l'infection syphilitique de plusieurs jeunes malades par les pratiques pédérastiques d'un infirmier.

La partie qui a trait à l'idiotie comprend environ cinquante pages riches en notes cliniques et anatomo-pathologiques soigneusement élaborées, classées sous les chefs de sclérose hypertrophique des circonvolutions, de méningo-encéphalite, de microcéphalie, etc. ; plusieurs de ces observations s'accompagnent de planches lithographiques.

Vient ensuite une longue relation, avec tracés thermomé-

---

de Naugeat, près de Limoges, et alors Directeur-médecin de l'asile de Rodez.

(1) Voir les numéros de la *Lanterne* parus depuis la fin de janvier.

(2) *Journal de pharmacie et de chimie*, décembre 1880. — *Revue médicale*, par M. le professeur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — *Du mode d'action du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.*

(3) *De l'utilité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme noueux*, Paris, 1880.

(1) *Académie de médecine de Paris*, 1877.

© BIU Santé

triques, d'une épidémie de rougeole survenue dans l'année. Dans le mélange d'observations variées qui complètent l'ouvrage, nous avons particulièrement remarqué un cas très nettement accusé d'hystéro-épilepsie chez l'enfant guérie au moyen de douches froides données deux fois par jour pendant 30 à 40 secondes, avec le jet en pluie et en lance, d'exercices gymnastiques et de l'emploi du bromure de camphre. Plusieurs cas ont trait à des lésions osseuses ou articulaires survenues, chez des individus atteints d'affections nerveuses, sous l'influence du rhumatisme, et ont donné lieu à une différenciation clinique très précise entre les arthropathies rhumatismales et les lésions trophiques névropathiques.

Un fait d'ostéomalacie avec épilepsie chez un sujet qui ne présentait aucune lésion des centres nerveux à l'autopsie a aussi son intérêt en ce qu'il montre l'existence possible d'un état nerveux sans altérations macroscopiques; il y avait des lésions intestinales et osseuses ; on constatait, en outre, dans les antécédents héréditaires, des névropathies graves du côté du père et de la mère, en même temps que neuf frères ou sœurs avaient eu des convulsions. Avec une telle tare hérédidaire, les lésions périphériques et la débilitation générale suffisaient à établir la cause de cette épilepsie.

Ce rapide exposé suffit à faire comprendre le caractère et l'agencement de cet ouvrage; c'est, en somme, un exposé de cas bien observés, d'observations soigneusement détaillées, un véritable magasin de faits dissemblables très étudiés qui sont — si on peut dire — les briques avec lesquelles se construit la grande basilique des connaissances médicales. Il ne s'agit pas là d'un manuel didactique d'un usage courant, mais d'un travail destiné aux médecins qui étayent leurs recherches et associent leurs idées tout aussi bien sur les observations des autres que sur les leurs propres. (*Philadelphia Med. Times*,, 26 janvier 1884). H. C. W.

Weitere Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histologie der béri-béri (Kak-ke); par le Dr Scheube (*Arch. de Virchow*, 1884, vol. 95, p. 146.)

Le Dr Scheube, qui a fait un long séjour dans l'extrême Orient, a eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas de *Béribéri*. Au Japon, la maladie porterait le nom de Kak-Ke. Ce n'est pas là que l'auteur a pu poursuivre ses recherches anatomo-pathologiques, car les Japonais ont l'horreur des autopsies. C'est à Batavia que M. Scheube, avec le concours des médecins militaires Hollandais, a pu poursuivre ses travaux. Il croit que le Béribéri est une maladie infectieuse (1) avec inflammation des nerfs périphériques (Neuritis multiplex). Si les examens histologiques ne lui ont révélé que des microbes vulgaires et sans valeur au point de vue de la doctrine parasitaire, il a pu du moins constater et étudier la dégénération et l'inflammation des nerfs qu'il regarde comme constante. Les préparations faites à l'acide osmique lui ont montré la tuméfaction, puis la fragmentation de la myéline, parfois la résorption de cette substance et même des cylindres-axes, de sorte que les tubes nerveux n'étaient plus représentés que par la gaine de Schwann. J. Comby.

(1) M. de Lacerda aurait trouvé le microbe du Béribéri (Acad. de méd., 29 janvier 1884).

VARIA

La responsabilité des médecins.

La Cour de Nimes, confirmant un jugement du tribunal civil de cette ville, vient de condamner à 4,800 francs de dommages-intérêts et une rente annuelle et viagère de 200 francs, un docteur en médecine pour faute grave commise dans l'exercice de sa profession.

L'acte visé par ce jugement est le suivant : Le docteur X..., appelé auprès d'une demoiselle Biscarrat, âgée de 30 ans, reconnait une luxation du coude, sans fracture, la réduit et applique un bandage limité au-dessus et au-dessous du coude.

Ce bandage, trop serré, détermina de violentes douleurs. La malade s'en plaignit à quatre reprises différentes au docteur, qui lui répondait qu'elle se plaignait sans motif et refusa de toucher au bandage. Après 36 heures de souffrances, elle fit procéder à l'enlèvement du bandage par un autre médecin, qui remarqua que la main et une partie du bras droit étaient envahis par la gangrène. Par suite de cette complication, la malade perdit l'usage du bras droit et fut obligée de renoncer à la profession de couturière qu'elle exerçait avant l'accident.

Les trois médecins experts, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier, appelés à donner leur avis, consignèrent dans leur rapport que « l'application d'un bandage, limité autour du coude, après la réduction d'une luxation ne constituait pas une faute lourde », mais que le fait d'avoir maintenu le bandage en place pendant trente-six heures, malgré les instances de la malade et les vives souffrances qu'elle éprouvait, constituait une grave imprudence, due à une fausse interprétation des phénomènes observés. La demoiselle Biscarrat réclamait dans son assignation la somme de 30,000 fr. (*Lyon médical*).

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

1er *Trimestre.*

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1883, par M. le Dr Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	12	20	6	38
2e	20	23	2	45
3e	31	25	11	67
4e	32	37	12	81
5e	22	38	7	67
6e	25	26	7	58
7e	14	34	4	52
8e	8	17	3	28
9e	25	26	3	54
10e	31	26	12	69
11e	79	104	26	209
12e	24	29	15	68
13e	41	88	26	155
14e	37	71	30	138
15e	28	62	15	105
16e	20	26	8	54
17e	38	82	13	133
18e	49	81	23	153
19e	38	86	23	147
20e	59	116	36	221
	633	1017	282	1932

MALADIES OBSERVÉES.			
A		**E**	
Angines et laryng.	123	Affections cérébrales. Paralysies.	99
Croup	80	Eclampsie. Convulsions.	56
Coqueluche	2	Névralgies	31
Corps étranger de l'oreille	1	Névroses	85
B		Epilepsie	29
Asthme	28	Aliénation mentale	15
Affections du cœur	62	Alcoolisme. Delirium tremens.	31
Bronchites aiguës et chroniques	103	Rage	1
Pleuro-pneumonie.	72	**F**	
Congestion pulmonaire	26	Rhumatisme	26
C		Affections éruptives	37
Affections et troubles gastro-intestinaux	143	Fièvre intermitt.	4
Cholérine	13	Fièvre typhoïde.	42
Dysenterie	1	Hémorrhagies de causes internes et externes.	71
Athrepsie	12	**G**	
Inanition	4	Plaies. Contusions.	93
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	68	Fractures. Luxations. Entorses.	46
Hernie étranglée	24	Brûlures	4
Rétention d'urine	21	Empoisonnements.	9
Chûte du rectum.	1	Asphyxie par le charbon	12
D		Submersion	2
Métrite. Métro-péritonite	46	Suicide.	7
Métrorrhagie	43	**H**	
Fausse-couche	62	Mort à l'arrivée du médecin	57
Accouchement. Délivrance	140	Total.	1932

La moyenne des visites par nuit est de 21 23/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 20 72/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 33 0/0.
Les femmes — — de 53 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 14 0/0.

Visites du 1er trimestre de 1883	1.865
— — 1883	1.932
Différence en moins	67

Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

L'abbé Mauny, curé de Cravans (Charente-Inférieure), comparaissait le 3 avril courant devant le tribunal correctionnel de Saintes, sur la dénonciation de la Société des médecins de l'arrondissement, Société dont son frère fait partie. Il est l'inventeur d'un *eau du Congo* qui parait entre ses mains faire une terrible concurrence à l'eau de Lourdes, à la douce Revalescière Du Barry, etc. Les quarante-sept témoins assignés par le ministère public sont tous enchantés des soins qui leur ont été donnés par l'abbé Mauny. Voici quelques dépositions qui ne manquent pas d'originalité.

© BIU Santé

Une femme Noël dépose que sa fille avait une maladie de peau, des dartres, des démangeaisons. D. — Qu'avait-il ordonné ? R. Des *bains de Guano*, c'est ce qui l'a *rendue propre* (Hilarité)

Louise Debet, femme Léveillé. — J'avais une maladie de femme que tous les médecins de Saujon, les uns après les autres, n'avaient pu guérir, En juillet dernier, souffrant beaucoup, j'ai été voir le curé de Cravans ; il m'a donné un remède que j'ai payé, et aujourd'hui je ne souffre plus ; je lui suis bien obligée de ses soins et de ses égards, et j'ai pour lui une reconnaissance éternelle. — D. Ne vous a-t-il pas visitée d'une façon particulière ? — R. Oui, M. le président, deux fois au *spéculum*. J'ai un vague souvenir de l'opération ; du reste, mon mari en est aussi reconnaissant que moi, et il a signé un certificat dans lequel il se déclare prêt à donner son sang pour M. le curé Mauny.

Jacques Pelaud. — Ma femme était malade et mon médecin m'avait dit qu'il n'y avait rien pour la guérir. Alors je suis allé voir le curé de Cravans, qui lui a donné des pilules ; aujourd'hui, ma femme, qui ne marchait pas du tout, marche bien. Le curé ne voulait pas d'argent, voyant à ma mise, comme il disait, que j'étais un pauvre homme ; je n'ose pas aller remercier M. le curé, ni lui demander de nouvelles pastilles parce qu'on dit qu'il set *interdit*.

Hermance Renaud, femme Nacaire. — J'avais une maladie intérieure, et mon médecin, M. X..., de Saujon, m'avait abandonnée ; je fus alors avec mon mari, chez le curé de Cravans, qui me conseilla de retourner chez mon médecin. Je m'y refusai, et mon mari et moi nous exigeâmes une *visite intime* ; le curé m'a visitée et cautérisée au moins dix fois, je vais, aujourd'hui, beaucoup mieux, et je compte prochainement sur une guérison complète ; l'abbé Mauny ne m'a fait payer que ses remèdes ; mais il peut, aujourd'hui, nous demander ce qu'il voudra, nous n'avons rien à lui refuser.

Femme Biteau. — L'abbé Mauny a guéri ma petite d'un mal d'oreilles et jusque-là je n'avais rien trouvé pour la calmer ; il ne s'est point trompé pour elle, mais il s'est bien trompé pour moi, car il m'avait dit que j'étais hydropique, et que si je ne l'étais pas, je le deviendrais ; j'espère que non (Hilarité).

Landreau, pilote-lamaneur. — J'ai attrapé à la mer un chaud et froid ; mon docteur de Royan m'a laissé, sans me guérir, plus de six mois malade ; ennuyer de *bourlinguer* comme çà, je suis allé voir l'abbé Mauny qui m'a complètement guéri ; je suis maintenant sain et net comme l'œil (Hilarité). — D. Avec quoi vous a-t-il traité ? — R. Avec de l'eau qu'il appelait, je crois de l'eau de *conjungo* (Hilarité nouvelle).

Jean Ganclou. — J'avais des hémorrhoïdes qui me faisaient beaucoup souffrir et que je ne pouvais pas faire passer ; je suis allé trouver l'abbé Mauny ; je lui ai demandé un remède ; alors il est allé dans son jardin, en a rapporté un *petit boudin* d'une herbe que je ne connais pas, *il me l'a mis où vous devinez*, et j'ai été presque instantanément guéri (Hilarité générale).

Le tribunal, après un quart d'heure de délibération, rend un jugement qui condamne l'abbé Mauny : 1° Pour l'exercice illégal de la médecine, à trois francs d'amende par chaque contravention retenue (37), soit au total 111 francs ; 2° Pour l'exercice illégal de la pharmacie, à 500 francs d'amende. — Le prévenu est en outre condamné en tous les dépens. (*Le Droit*, 7 et 8 avril).

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Vendredi 25. M. Urueta : Recherches anatomo-pathologiques sur le venin des serpents. — M. Coudray : Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la paraldéhyde. — *Samedi* 26, M. Prévost : Contribution à l'étude du centre moteur vertical du membre inférieur. — M. Carbon : De la ponction et de l'incision dans l'hydarthrose chronique.

L'Université de Berne.

D'après une correspondance de Berne du *Journal de Genève* 29 mars 1884, d'anciens élèves de l'Université de la ville fédérale, se proposent de fonder une Société universitaire, à l'instar de celle que créèrent jadis les étudiants de Bâle, destinée à soutenir l'Université bernoise tant moralement que financièrement. Celle-ci ne possède aucune fortune particulière, si ce n'est un fond de peu d'importance dont les revenus sont affectés aux bourses d'étudiants pauvres. Il résulte de cette situation que l'Université de Berne dépend entièrement des finances cantonales. Aussi les laboratoires, bibliothèques, etc., sont-ils loin d'être pourvus de tout ce qu'exigent les progrès de la science ; les honoraires des professeurs ne sont pas assez élevés pour les empêcher de répondre, par un refus, à l'appel d'une autre Université. Enfin « au moment où la fondation d'une Université fédérale devient de plus en plus probable, il est doublement important pour Berne d'être bien préparé à soutenir le concours. »

FORMULES

18. Créosote solidifiée.

La créosote est un remède populaire employé contre les douleurs produites par la carie des dents. Comme sa fluidité excessive occasionne souvent des accidents graves dans la bouche des personnes qui l'emploient, on y remédie en la solidifiant par l'addition d'une certaine quantité de collodion.

Collodion	10 grammes
Créosote	15 —

On obtient ainsi une sorte de gelée qui, outre l'avantage d'être plus maniable que la créosote simple, a celui de former un vernis qui obture l'orifice de la dent gâtée et empêche l'air d'influencer le nerf dentaire (*Le Praticien*).

Enseignement médical libre.

Accouchements. — M. le Dr Dolléris, chef de clinique d'accouchements recommencera, le 25 avril, son cours d'obstétrique. Ce cours sera complet en deux mois. On s'inscrit, 89, rue d'Assas, tous les jours à 4 h. 1/2.

Obstétrique. — M. le Dr Chassagny fera, lundi prochain 22 avril à midi, dans l'un des amphithéâtres de l'Ecole Pratique, une conférence sur ce sujet : Nouveau forceps, théories inédites, expériences à l'appui.

Embryogénie. — M. le Dr Dareste, commencera ses conférences d'Embryogénie et de tératologie le mardi 22 avril, à 4 heures, et les continuera les samedis et mardis à la même heure, dans le laboratoire d'embryogénie de l'Ecole pratique (bâtiment du musée Dupuytren).

Clinique infantile. — Le Dr Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants, recommencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance le vendredi 25 avril et les continuera les vendredis suivants. Visite et examen des malades, salle Saint-Augustin à 9 heures et le mardi consultation publique à la même heure.

Conférences de thérapeutique, de séméiologie, de chimie et physique médicales de l'hôpital Cochin : les conférences commenceront le mercredi 23 avril à 10 heures 1/4 et se continueront les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure dans l'amphithéâtre particulier du service.

Voici le programme de la première quinzaine. — Mercredi 23, M. Dujardin-Beaumetz traitera : *Des grandes découvertes en thérapeutique depuis 50 ans*. — Vendredi 25, M. Sapelier, interne du service : *Des signes fournis par l'inspection, la palpation et la percussion du thorax*. — Lundi 28, M. le Dr Bardet, chef du laboratoire : *De l'urine normale et pathologique en général (projections lumineuses)*. — Mercredi 30. M. Dujardin-Beaumetz : *Des nouvelles médications cardiaques*. — Vendredi 2 mai, M. P. Le Gendre, interne du service : *Examen clinique du cœur. Notions de physiologie préliminaires*. — Lundi 5 mai, M. Bardet : *Recherche et dosage des principes normaux de l'urine*.

Clinique chirurgicale. — Le Dr Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et ses opérations, le samedi 19 avril, à neuf heures et demie et les continuera les samedis suivants à la même heure.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 4 avril au jeudi 10 avril 1884, les naissances ont été au nombre de 1307, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 470 ; illégitimes, 195. Total, 665. — *Sexe féminin* : legitimes, 453 ; illégitimes, 189. Total, 642.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 4 avril au jeudi 10 avril 1884, les décès ont été au nombre de 1219 savoir : 665 hommes et 554 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 19, F. 17. T. 36. — Variole : M. , F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 18, F. 24, T. 42. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 7. T. 8. — Diphthérie, Croup. M. 33, F. 28, T. 61. — Dyssenterie : M. ., F. ., T. ..|— Erysipèle : M. 3, F. ., T. 2. — Infections puerpérales : 8. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 32, F. 29, T. 61. — Phthisie pulmonaire : M. 147, F. 84. T. 231. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 6. T. 18. — Autres affections générales : M. 33, F. 32, T. 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 22, F. 25, T. 47. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 14, T. 32. — Pneumonie : M. 55, F. 50, T. 105. — Athrepsie : M. 55, F. 27. T. 82. — Autres maladies des divers appareils : M. 196, F. 179, T. 375. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 20, F. 18 T. 38. — Causes non classées M. 2, F. 3, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 112 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 46 ; illégitimes, 16. Total : 62 — *Sexe féminin* : légitimes, 34. illégitimes, 16. Total : 50.

© BIU Santé

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. JALAGUIER, prosecteur est maintenu dans ses fonctions, jusqu'au 30 septembre 1884.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — *Médecine.* Voici les questions orales qui ont été traitées par les candidats : 1° *Pleurésie interlobaire ;* — 2° *Cancer de l'intestin ;* — 2° *Hydronéphrose ;* — 4° *Accidents de la vaccine.*

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. ARLOING, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences de la même ville.

LABORATOIRES DE ZOOLOGIE MARITIME. — « Les laboratoires de zoologie maritime, lisons-nous dans le *Journal de Genève* (9 avril), sont à la mode. Plusieurs stations sont en voie de développement sur le littoral méditerranéen de la France. La station de Cette et surtout celle de Banyuls près de Port-Vendres, prennent un essor rapide. Celle de Marseille subit malheureusement un temps d'arrêt qui, espérons-le, ne sera que momentané. Par contre, la première en date, celle que M. le professeur H. [illegible] a fondée à Villefranche-sur-mer, est devenue maintenant une institution de l'Etat, et continue à rendre de bons services à la science, sous l'habile direction de M. le Dr J. Barrois.

« Nous avons appris que pendant sa dernière visite à Villefranche, on a soumis à M. le professeur Fol les plans du nouveau bâtiment où le laboratoire zoologique de cette ville ne tardera pas à pouvoir s'installer, et où il fournira aux travailleurs des facilités toujours plus grandes. »

NÉCROLOGIE. — Le *Journal de médecine de Bordeaux*, annonce la mort du Dr KORT (de la Brède). — Le *Concours médical* annonce la mort du Dr SARZAND, ancien chirurgien de 1re classe de la marine, et celle de ROBERT de Bresles (Oise). Les journaux de Barcelone annoncent la mort de la doctoresse MARTINA CASTELL DE CONSTANTI, c'était, paraît-il, la seule femme reçue docteur en médecine en Espagne. — On annonce la mort du Dr FONTAN à Essez-et-Mezerais (Meurthe-et-Moselle) ; — Du Dr RIGAUT à Chaumont (Haute-Marne).

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

INSTITUT THERMO-RÉSINEUX

du Dr **CHEVANDIER** de la Drôme, 14, rue des Petits-Hôtels, Paris (lanterne bleue).
RHUMATISMES, GOUTTE, NÉVRALGIES, SCIATIQUE, ARTHRITES, CATARRHES chroniques de la poitrine et de la vessie, etc., traités avec le plus constant succès.
Succursale à **VICHY**, boulevard des Célestins. — Directeur : Dr DE LA SALZÈDE.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES Fossés-St-JACQUES.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles. Lymphatisme, Maladies de la peau et des Voies respiratoires, Asthme. Diabète, Fièvres intermittentes.

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE

Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

DÉTAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT À
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du **Dr Clin.**

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou. **Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct,** mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de C ca. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées.* **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature.* — **Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *névralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 21. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Tillaux, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Vulpian, Henninger. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Damaschino, Hanriot, Joffroy. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Potain, Rendu, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Fournier, Hayem, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Verneuil, Guyon, Pinard.

Mardi 22. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie. Epreuve pratique) : MM. Sappey, Lefort, Humbert. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Peter, Quinquaud; — 2e *Série* : MM. Bouchard, Cornil, Troisier. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* (Charité) : MM. Pajot, Hardy, Richelot ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Panas, Charpentier; — 3e *Série* : MM. Richet, Proust, Ribemont-Dessaignes.

Mercredi 23. — 2e *de Doctorat* (N. R. Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Tillaux, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re *Série*) : MM. Béclard, Hayem, Rémy; — 2e *Série* : MM. Trélat, Damaschino, Reignier. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Guyon, Rendu, A. Robin; 2e *Série* : MM. Potain, Fournier, Segond. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Hanriot, Guebhard.

Jeudi 24. — 2e *de Doctorat* (N. R. Epreuve pratique) : MM. Sappey, Cornil, Richelot. — 1re *de Doctorat* : MM. G. Sée, Vulpian, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Lefort, Bouchard, Ch. Richet; — 2e *Série* : MM. Richet, Proust, Peyrot.

Vendredi 25. — 1re *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Trélat, Regnier. — 1re *de Doctorat* : MM. Vulpian, Fournier, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Verneuil, Tillaux, Remy ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Guyon, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* : MM. Potain, Damaschino, Segond.

Samedi 26. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Sappey, Cornil, Debove ; — 1re *Série* : MM. Bouchard, Laboulbène, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Richet, Proust, Humbert. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Pajot, Jaccoud, Peyrot.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — Clinique nerveuse : M. Charcot, lundis et vendredis, à 9 h. 1/2 — *Clinique mentale* : M. Legrand du Saulle, dimanche à 9 h. 1/2.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr Cadet de Gassicourt jeudi à 10 heures.

Hôtel-Dieu. — *Clinique médicale* : M. G. Sée, lundis et vendredis, à 9 h.; — M. Gallard, mardis et samedis, à 9 h. — *Clinique chirurgicale* : M. Humbert, mardis, jeudis, samedis, à 9 h. — *Clinique ophthalomologique* : M. Panas, lundis et vendredis, à 9 h.

Hôpital de la Pitié. — *Clinique médicale* : M. Jaccoud, mardis et samedis, à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale* : M. Verneuil, lundis et vendredis, à 9 heures 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphylitiques* : M. Fournier, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, le samedi, à 9 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

Adamkiewicz (A). — Sarcome de la moelle épinière à marche lente siégeant au point d'émargence du plexus brachial. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 1 fr. Pour nos abonnés, 70 centimes.

Boucher (A.) — De la maladie de Parkinson (paralysie agitante) et en particulier de la forme fruste. Brochure in-8 de 84 pages. — Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés, 1 fr. 70.

Marie (P.). — Lathyrisme et béribéri. Brochure in-8 de 11 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés, 35 centimes.

Parrot (J.). — La fièvre typhoïde chez les enfants. Leçons cliniques. Brochure in-8 de 35 pages. — Prix : 1 fr. 25. Pour nos abonnés, 85 centimes.

Pitres (A.) et Villard (L.). — Contribution à l'étude des névrites périphériques non traumatiques. Brochure in-8 de 72 pages, avec 3 planches lithographiques. — Prix : 3 fr. 60. Pour nos abonnés, 2 fr. 35.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Bouchardat. — Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1884. Contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1883 et les formules des médicaments nouveaux. Suivi de notes sur la nature des maladies contagieuses et sur la genèse de leurs parasites. (Tuberculose, cancer, typhus feber, peste, fièvre jaune, choléra, infection purulente, septicémies, fièvres intermittentes. Volume in-18 de 324 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Garnier (P.). — Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales. Suite et complément de tous les dictionnaires. 19e année, 1883. Un volume in-8 de 501 pages. Prix : 7 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Bernheim. — De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Broch. in-8 de 110 pages. — Prix : 3 fr.

Fabre (P.). — Du rôle des entozoaires et en particulier des anchylostomes dans la pathologie des mineurs. Broch. in-8 de 48 pages et 1 planche hors texte. — Prix : 2 fr.

Rigat (A.). — Etude sur les classifications des maladies de la peau. Broch. in-8 de 120 pages. — Prix : 3 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boul. St-Germain.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales publié sous la direction de M. le Dr Dechambre. Vient de paraître la seconde partie du Tome XII de la 3e *série* : STR-SUE. Ce volume renferme, entre autres, les principaux articles suivants: Strychnine, par Labbée, — Stupeur, par Ritti ; — Sublimé, par Fonssagrives ; — Submersion; par Tourdes ; — Subsistances, par Dally ; — Sucreries et raffineries par Layet; — Sucruta, par Liétard ; — Sudoripares, par Robin ; — Suède et Norwège, par J. Bertillon.

Harmand (G.). — Etude sur le coaltar saponiné. Le Bœuf. Brochure in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr.

Logerais. — Traitement de la gravelle et de la goutte. — Brochure in-8 de 24 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

Bouchut (E.). — Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1884. 1 vol. in-8 de 224 pages. — Prix : 4 fr.

Fonssagrives (J.-B.). — Principes de thérapeutique générale. Deuxième édition revue avec soin. 1 vol. in-8 de VII-590 pages. — Prix : 9 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré* En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RECOMPENSE

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 17. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 26 AVRIL 1884.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Du Doigt à ressort (1);

par le Dr G. MARCANO, ancien interne des hôpitaux de Paris.

En dehors des publications que nous venons de passer en revue, nous n'avons plus qu'à signaler quelques observations éparses, parmi lesquelles les plus importantes sont celles d'Annandale (2) et Herraez (3). D'autres auteurs ont bien encore écrit sur la question (Pitha, Hyrtl, Huguier, Roser, etc.), mais nous laissons de côté leurs opinions toutes fantaisistes, qu'ils n'appuient sur aucun fait, et qu'ils se sont permis d'avancer sans même avoir rencontré de malades.

Les pathologistes, on le voit, sont loin de s'accorder sur le mécanisme du doigt à ressort. Cela tient à ce qu'ils n'ont observé qu'un nombre assez restreint de cas, et, ne craignons pas de le dire, ils n'ont point tenu suffisamment compte des travaux de leurs devanciers.

L'étude des 35 observations que nous avons compulsées, la revision des expériences faites par nos prédécesseurs, nous permettent d'apporter quelques éclaircissements dans cette question. La facilité avec laquelle nous sommes arrivé à produire le doigt à ressort sur le cadavre nous a favorisé d'ailleurs cette étude.

La maladie consiste dans une nodosité située sur le fléchisseur, qui, entraînée par les mouvements, se heurte contre un obstacle. Il s'agit donc de déterminer la nature de la nodosité et la nature de l'obstacle.

Busch prétend n'avoir trouvé aucune nodosité chez les deux malades qu'il a observés (das geringste Fremdartige). Nous croyons qu'il n'a pas su la chercher. Tous les auteurs sont unanimes à proclamer son existence forcée. Nos études ne nous laissent aucun doute à cet égard.

Si, après avoir isolé sur le cadavre l'un des fléchisseurs et après avoir incisé sa gaine, on l'épaissit sur une petite étendue, en enroulant un fil mince autour du tendon, le phénomène du ressort se produit à chaque mouvement d'extension et de flexion que l'on imprime au doigt. Il faut, pour cela, que, pendant les mouvements provoqués, le fil vienne buter le rebord de la gaine incisée.—En répétant et variant cette expérience, nous avons été frappé de ce fait, que le ressaut existe, quel que soit le point du fléchisseur sur lequel le fil a été attaché ; toujours à la condition qu'il s'accroche au bord de la gaine pendant chaque mouvement.

Il est vrai que, dans presque toutes les observations connues, la nodosité est indiquée à la paume de la main ; mais il ne faut pas en conclure qu'elle ne puisse pas siéger ailleurs, car il en est d'autres aussi où le tendon est épaissi dans des points différents. Dans l'observation de Perroud, la nodosité était située à la partie externe de la face palmaire de l'index, vers le pli de l'articulation de la troisième avec la deuxième phalange. Dans la 3e observation de Dumarest, elle était sur l'annulaire, au-dessous du pli articulaire métacarpo-phalangien.

La pathogénie du doigt à ressort devient très claire, grâce à ce fait désormais démontré par la clinique et par l'expérimentation : la nodosité peut siéger sur un point quelconque du tendon fléchisseur, et il suffit qu'il existe un épaississement du tendon pour que le ressort puisse avoir lieu.

La lumière nous semble faite sur la nature de l'obstacle que la nodosité accroche. — La théorie de Notta-Nélaton a le grave inconvénient de n'être qu'un rapprochement entre un fait anatomique et un fait pathologique, très ingénieux à la vérité, mais qui n'en est pas moins un simple rapprochement. Le rôle attribué au cul-de-sac synovial par rapport au rebord de l'aponévrose palmaire semble probable quand on dissèque la région, néanmoins rien ne démontre que sur le vivant la position terminale de la séreuse puisse accrocher l'aponévrose. Nous avons essayé maintes fois de produire le doigt à ressort en réalisant expérimentalement ces données, sans avoir pu l'obtenir.

Dans ce cas particulier, du reste, toute théorie basée sur la dissection doit céder le pas à celles qui s'appuient sur l'expérimentation. Menzel l'a compris, il a méconnu toutefois dans ses expériences une cause d'erreur sur laquelle nous allons revenir.

Blum a marché sur un terrain plus solide en attribuant à la gaine ostéo-fibreuse du fléchisseur le rôle d'obstacle producteur. Ses expériences sont indiscutables : toutes les fois qu'on épaissit artificiellement le tendon au niveau de l'extrémité centrale de sa gaine, on obtient le ressaut. — En possession d'une idée nouvelle, cet auteur a voulu se contenter des déductions qui découlaient fatalement de ses recherches, dans la crainte sans doute qu'une théorie trop étendue n'enlevât aux faits une partie de leur valeur probante.—Toujours est-il qu'expérimentalement le ressaut est produit constamment par un fil placé à une hauteur quelconque du fléchisseur, pourvu qu'il y ait un rebord artificiel de la gaine ; ce n'est du reste, en quelque sorte, que l'image de la disposition normale, laquelle est pour Blum la circonstance étiologique exclusive du phénomène.

Nos dissections concordent à peu près avec celles de Blum et Quenu (1), ainsi qu'on peut le voir dans les planches. L'index de la figure 1 montre la disposition de la gaine fibreuse après enlèvement de sa portion cellulaire. La gaine forme une sorte d'étui commençant par un rebord net à 2 ou 3 centimètres de l'articulation métacarpo-phalangienne et se terminant au niveau de l'articulation phalango-phalangettienne. Elle présente un point faible, qui est comblé par la toile celluleuse et par quelques fibres obliques en sautoir. Ces dernières parties offrent une résistance bien moindre que les portions fibreuses, lesquelles se terminent brusquement, en formant quatre rebords tranchants dont le supérieur est le plus saillant. Celui-ci est séparé de l'arcade palmaire (a) par un petit espace rempli d'un tissu cellulaire lâche.

(1) Voir le n° 16.

(2) Annandale. — *Malformations of the fingers*, p. 242.

(3) Herraez. — *Dedo de resorte* (*La Cronica medica*. Valence, 20 décembre 1882, n° 127, p. 205 et *Revista de Medicina y cirurgia practicas*, 7 février 1883, n° 159, p. 130.

(1) Blum. — *Chirurgie de la main*, p. 106.

© BIU Santé

L'origine du rebord supérieur devient plus facile à observer, après ouverture de la gaine (médius de la figure 1). La partie la plus résistante de l'étui fibreux est celle qui recouvre la phalange et l'articulation métacarpo-phalangienne *b*).

Le pouce (*fig.* 2) ne possède pas de gaine continue, mais une expansion fibreuse *b*) résistante qui maintient solidement le fléchisseur dans une excavation dont les deux côtés sont limités par les deux os sésamoïdes a).

Les différents points que nous venons de signaler

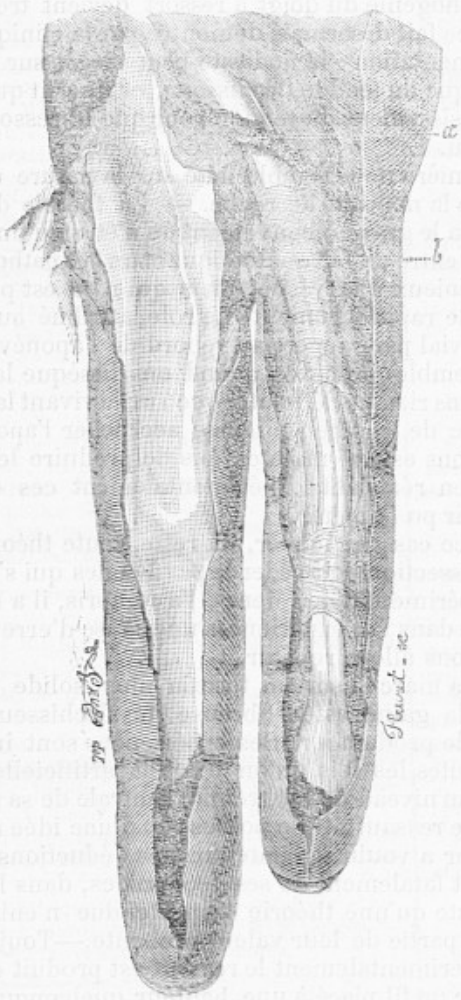


Fig. 23.

peuvent représenter l'obstacle, lorsque le fléchisseur se trouve épaissi à leur niveau.—Voici comment il faut procéder pour s'en rendre compte expérimentalement : On incise du côté palmaire de la main la peau et le tissu cellulaire de la région phalangienne d'un doigt, au niveau de l'un des quatre rebords normaux de la gaine fibreuse. On entoure le fléchisseur d'un fil et on provoque des mouvements de flexion et d'extension en tirant sur le tendon, préalablement dénudé à l'avant-bras.

Un seul tour de fil ne suffit pas à produire le ressort. Il faut que l'épaississement artificiel du tendon soit tel qu'il vienne pendant les mouvements, accrocher le rebord de la gaine. Il faut, d'un autre côté, que la saillie formée par le fil ne soit pas trop volumineuse, car si elle ne pouvait s'engager au-dessous de la gaine, l'accrochement ne se produirait pas davantage. Il faut, en dernier lieu, que le fil soit placé à peu de distance du rebord. Ces trois conditions exactement remplies, le doigt à ressort se produit sur le cadavre avec des phénomènes identiques à ceux que l'on observe sur le vivant.

Les obstacles naturels ne sont pas les seuls qui puissent accrocher le fil. Nous pouvons les remplacer par des rebords artificiels sur un point quelconque de la gaine. Dans ce but, on incise le doigt dans un des points où la gaine est continue, on la dénude, on l'excise dans une étendue de 0,01 à 0,01 1/2 cent. et on épaissit le tendon comme précédemment, au moyen d'un fil. Les mouvements provoqués du fléchisseur produisent absolument les mêmes phénomènes, et le rebord produit par

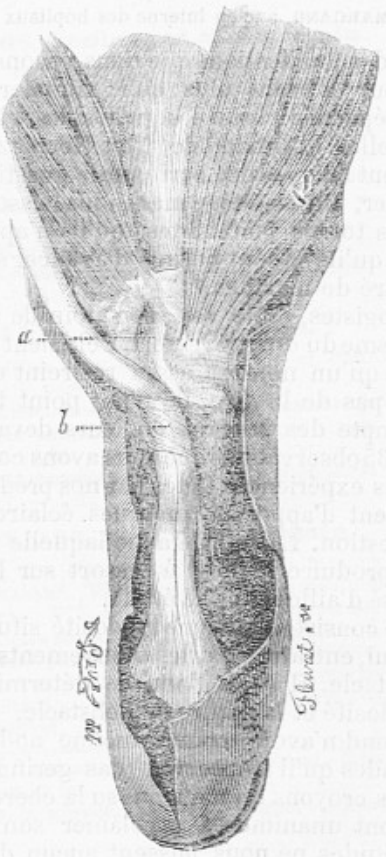


Fig. 24.

l'incision joue le même rôle que les rebords naturels de la gaine.

Menzel prétend que l'épaississement artificiel du tendon ne lui a pas suffi par lui-même à entrainer le ressort, et qu'il lui fallut en outre rétrécir la gaine au moyen d'un cordon placé autour du doigt.

Nos expériences, on le voit, sont contradictoires.—Nous croyons que Menzel n'a pas obtenu notre résultat, parce qu'il plaçait son fil au milieu du tendon largement dénudé, c'est-à-dire à une certaine distance du rebord de la gaine, et non pas à son voisinage, comme nous conseillons de le faire. Le cordon dont il entourait extérieurement le doigt, soi-disant pour rétrécir la gaine, n'avait d'autre effet que de former un rebord qui permettait l'accrochement de la nodosité. Ce qui nous le prouve, c'est que, dans une autre série d'expériences, Menzel, dans le but de diminuer la résistance de la gaine, en excise une petite portion, et le ressort se produit. Or, s'il l'obtient, ce n'est que parce qu'il opère alors dans un petit espace et que, forcément, le fil qui épaissit le tendon se trouve placé près du rebord artificiel de la gaine.

Mais comment se forme la nodosité? Son origine rhu-

© BIU Santé

matismale ne peut plus être mise en doute. Les observations de Notta et celles qui ont été publiées depuis le démontrent. En dehors de cette simple constatation, l'étude du doigt à ressort ne peut nous être d'aucune utilité quant à la détermination de la nature et de l'évolution des nodosités rhumatismales. Heureusement, elles ne sont pas spéciales aux tendons fléchisseurs. On les a observées dans diverses régions du corps. Etudiées par plusieurs auteurs et, en particulier, par MM. Barlow et Wagner, Besnier et Hirschprung, elles ont été l'objet d'une récente publication de Troisier (1), dans la quelle on trouvera tous les éléments de la question. D'après Troisier, ces nodosités peuvent se montrer en dehors des attaques, soit avec d'autres manifestations de la diathèse, soit même isolément. Leur variété est pour ainsi dire infinie, et, en dehors des tendons, elles s'observent sur les ligaments, le périoste, les aponévroses et les os. — Elles sont formées, d'après Troisier, par « un tissu embryonnaire offrant en quelques points une organisation plus ou moins avancée, et subissant par places un travail nécrobiotique, ou de résorption moléculaire. » — En d'autres termes, ce sont des néoplasies conjonctives qui n'arrivent pas à se transformer en véritable tissu fibreux.

Dans les cas où le rhumatisme ne peut être invoqué pour expliquer l'épaississement du fléchisseur, Notta se demandait déjà si une inflammation du tendon ou de sa gaine, avec dépôt de produits plastiques n'en était pas la véritable cause. Berger, après avoir observé un malade où cette pathogénie lui semble démontrée (obs. IV), se range à cette opinion. Blum ne l'adopte qu'avec réserve. Il reconnait néanmoins qu'elle est la seule qui soit acceptable. Elle est, en effet, la seule que l'on puisse soutenir aujourd'hui. Du reste, des observations récentes de doigt à ressort donnent à cette manière de voir un nouvel appui. Dans un cas de M. Herraez, les fléchisseurs faisaient relief et figuraient des cordes tendues sous la peau. La nodosité, grosse comme une lentille, était placée au niveau de l'interligne articulaire qui sépare la 2e de la 3e phalange du médius droit. Ce fait nous semble concluant, parce que l'existence d'une ténosité est indéniable.

Les affections chroniques des tendons nous sont à peu près inconnues; cependant on en a observé, depuis Notta, quelques cas non seulement dans les fléchisseurs, mais aussi dans d'autres tendons de l'économie. M. Kirmisson vient de publier une observation de fibrome double du tendon d'Achille survenu en dehors de toute diathèse (2). M. Blum a bien voulu nous faire voir dernièrement, à l'Hôtel-Dieu, un cas analogue dont il possède l'observation.

L'ensemble de ces faits nous autorise à chercher dans une hyperplasie inflammatoire ou non du tendon fléchisseur, l'explication des nodosités non rhumatismales. Nous sommes convaincu, du reste, que l'avenir du doigt à ressort est subordonné aux progrès que la pathologie des tendons réalisera elle-même. Pour rendre son étude fertile, il faudra désormais le considérer, non plus comme une maladie, mais comme un véritable symptôme.

Les conditions mécaniques de son existence ressortent de notre discussion. — Il ne suffit pas qu'il y ait disproportion entre le volume du tendon fléchisseur et le volume de sa gaine pour que le ressaut ait lieu. Ce ressaut se produit : 1° Dans les cas traumatiques, par l'accrochement du tendon épaissi à la cicatrice de la gaine. 2° Dans les cas spontanés, par une nodosité rhumatismale ou par une saillie hyperplasique du tendon, qui accroche les rebords naturels : au pouce, la gouttière formée par les os sesamoïdes; aux autres doigts, les bords libres des gaines fibreuses.

Siège. Début. Tantôt le doigt à ressort siège d'un seul côté, tantôt il est double. La main gauche est presque aussi souvent affectée que la main droite.

Tous les doigts peuvent être le siège de la maladie. C'est au pouce qu'on l'observe le plus communément. Puis viennent par ordre de fréquence : l'annulaire, ensuite l'indicateur, le médius et enfin l'auriculaire, que nous ne trouvons signalé que dans une seule observation (Berger).

Le début de la maladie est variable. D'ordinaire, elle est précédée par un ensemble de symptômes prodromiques. Ce sont : ou bien une gêne des mouvements du doigt qui va être atteint, ou des douleurs vagues, que l'on a vu devenir très violentes et s'irradier dans les articulations phalangiennes, même dans la main et dans les avant-bras. Tantôt un engourdissement du doigt ou de la main précède le ressort. On a encore noté une roideur considérable du doigt qui rendait le travail impossible et qui a été constatée huit mois avant l'apparition du ressort.

Il arrive aussi que la maladie éclate subitement. Dans un cas, elle fut annoncée par une sensation de piqûre tellement vive, que la malade crut s'être enfoncé une aiguille dans la main et se mit immédiatement à la chercher. On a observé parfois une tuméfaction douloureuse, avec empâtement suivant le trajet du fléchisseur, en d'autres termes, les symptômes d'une inflammation tendineuse. Il est à remarquer que dans ces cas, l'incubation du ressort a toujours duré deux à huit mois, et que jamais la maladie n'est apparue pendant le maximum de la période inflammatoire, mais toujours au moment de la résolution. La même considération s'applique à la forme rhumatismale. C'est après plusieurs attaques ou à la période de déclin de l'une d'elles, que la nodosité et les troubles moteurs se montrent.

Chez un arthritique n'ayant jamais eu d'attaque, et ne présentant que des craquements articulaires et des douleurs rhumatismales vagues, la maladie mit plusieurs années à évoluer (Perroud). (*A suivre.*)

(1) E. Troisier. — *Les nodosités rhumatismales.* (*Progrès médical*, 1883, nos 47, 48, 52, et 1884, no 1.)

(2) Kirmisson. — *Contribution à l'étude du tendon d'Achille* (*Archives générales de médecine*, janvier 1884.)

CLINIQUE MÉDICALE

Cancer encéphaloïde primitif du testicule. — Cancer secondaire des ganglions lombaires;

par M. MARCEL LERMOYEZ, interne des hôpitaux.

G..., 35 ans, no 21 salle Devergie, hôpital Saint-Louis, service de M. VIDAL. — Constitution vigoureuse; antécédents héréditaires nuls en ce qui regarde la tuberculose. Santé habituelle excellente; habitudes alcooliques invétérées; quoique hospitalisé depuis un an, le malade continue à boire deux à trois litres de vin par jour. Il est atteint d'un lupus tuberculeux de la face, datant de douze ans, profondément infiltré et turgescent, produisant une énorme tuméfaction des lèvres et une déformation repoussante de la figure. Sous l'influence de nombreuses scarifications linéaires, le lupus s'est arrêté sur les bords dans sa marche envahissante, et tend même à guérir. Le malade ne

© BIU Santé

tousse pas et ne présente aucun signe qui puisse faire penser à une tuberculisation pulmonaire, quoique, nous le répétons, ils soit hospitalisé depuis plus d'un an, qu'il abuse de l'alcool, et qu'enfin il lui ait été fait de nombreuses séances de scarification, dans chacune desquelles il perdait de deux à trois cents grammes de sang.

Vers la fin d'août, G... crut ressentir quelques coliques passagères après les repas, le soir, mais si légères qu'il n'y prêta aucune attention. Dans la journée du 3 septembre, il n'avait aucunement souffert; il avait travaillé toute la journée, selon son habitude, et le soir il s'était couché dans un état de santé parfaite, sauf qu'une constipation opiniâtre le tourmentait depuis cinq jours. A dix heures, il fut réveillé par des coliques atroces, ayant leur maximum dans le flanc gauche, et s'irradiant de là vers le testicule; ces coliques durèrent toute la nuit et s'atténuèrent avec le jour.

A la visite du matin, la palpation la plus attentive ne permit de découvrir aucune tumeur dans le ventre; on trouva seulement le testicule gauche dur, pierreux et bosselé, l'épididyme étant presque sain. Le malade raconta que, deux ans avant, sous l'influence ou à la suite d'une série de dix-huit séances de scarification, le testicule gauche avait augmenté de volume, et était devenu douloureux. On suspendit alors les scarifications et la glande sembla reprendre son état premier. Cette année, le testicule s'était pris à enfler de nouveau, au commencement d'août; or, du 15 avril au 1er août, il avait été fait dix-sept séances de scarifications; il semblait donc y avoir là plus qu'une coïncidence. Dès lors, les douleurs abdominales ne cessèrent plus; le malade souffrait nuit et jour, et éprouvait un certain soulagement à plier le tronc fortement en avant.

Le 8 *septembre*, quatre jours après le début des accidents, une masse dure, résistante, lisse, peu mobile, très profonde, fut constatée dans la région du flanc gauche, un peu au-dessus du niveau de l'ombilic. Cette masse ne semblait nullement bosselée; elle était peu douloureuse à la pression, mais, en la malaxant quelques instants, on réveillait les douleurs abdominales. Une zone de sonorité absolument nette la séparait du foie; et, du reste, nous pouvons le dire dès maintenant, jamais, dans le cours de l'affection, il ne se produisit le moindre symptôme hépatique; pas d'ictère, pas de sensibilité ni de matité étendue à la région de l'hypochondre droit. On pensa alors à un rein mobile; mais, au niveau du rein gauche, la palpation ne dénotait pas le vide qui caractérise l'ectopie rénale; enfin, la tumeur n'était aucunement mobile, et il n'y avait aucune altération des urines. Les troubles digestifs, dès le début, accaparaient toute l'attention; une constipation opiniâtre ne cédant qu'aux lavements et non aux purgatifs, une dilatation du côlon dans toute son étendue, faisant supposer que l'obstacle siège au niveau du rectum, enfin des vomissements bilieux, une anorexie absolue et un dégoût spécial pour la viande, s'observèrent dès le début des accidents.

A la fin de *septembre*, l'état général est complètement altéré; une émaciation rapide se produit à mesure qu'on sent grossir la tumeur. Sur la face fort pâle, le lupus s'affaisse, entre en régression et disparaît en surface. Il n'y a ni albuminurie, ni œdème des jambes; une toux fréquente s'accompagne d'une certaine obscurité du son au sommet droit; il semble y avoir là un début de tuberculose récente; ce diagnostic se confirme par ce fait que le testicule gauche est dur, bosselé, peu douloureux, et que son altération ne peut être mise sur le compte d'une syphilis antérieure. Par moments, cependant, il y a des poussées inflammatoires de la région génitale, avec douleur et gonflement sur le trajet du cordon gauche; du liquide s'épanche dans la vaginale et la glande grossit. En somme, pendant un mois, ces phénomènes vont peu à peu s'accentuant, sans rémission.

10 *octobre*. Le diagnostic de rein ectopié n'a plus de raison d'être; la tumeur a les dimensions d'une tête de fœtus; elle est dure, lisse, résistante, assez profondément située, comme localisée au flanc gauche. Les vomissements, la constipation persistent, et la cachexie fait de grands progrès.

22 *octobre*. Il y a une nouvelle poussée inflammatoire sur le testicule gauche, avec épanchement dans la vaginale. La tumeur du ventre est énorme et ne peut plus se limiter; il y a quinze jours, on avait cru pouvoir la localiser aux replis péritonéaux qui avoisinent l'estomac ou le côlon. Aujourd'hui, elle envahit tout le ventre, repousse en haut un paquet intestinal sonore et météorisé, mais, chose étrange, ne s'accompagne d'aucune trace d'ascite. Cette tuméfaction rapide, ces douleurs intenses qu'accuse le malade, et enfin des bosselures qu'on commence à sentir autour de la masse néoplasique, ne peuvent s'expliquer, suivant M. Vidal, que par la présence d'un cancer encéphaloïde.

1er *novembre*. On s'attend d'un instant à l'autre à une issue fatale; la tumeur prend un accroissement extra-rapide, et cependant l'auscultation donne fort peu de renseignements. Il y a des râles fins et des frottements dans toute l'étendue des deux poumons, mais c'est à peine si l'on retrouve au sommet droit les signes qui, il y a un mois, avaient fait penser à une tuberculose commençante. Il n'y a ni trouble urinaire, ni phénomène hépatique, mais une constipation qui cède à peine aux lavements purgatifs. Des vomissements brunâtres, déjà fécaloïdes, se produisent toutes les trois heures; l'estomac et le côlon sont fort dilatés.

3 *novembre*. Dyspnée pénible, la tumeur occupant tout le ventre et refoulant vers le diaphragme les organes abdominaux. On note de la congestion pulmonaire et même de la pleurésie sèche. Le malade souffre moins; il n'y a pas de douleur du ventre à la pression superficielle, comme cela serait si le péritoine était enflammé.

6 *novembre*. Le malade se meurt de dyspnée mécanique et d'obstruction intestinale; les vomissements fécaloïdes se succèdent jusqu'à la mort, qui survient le soir, par une agonie très calme.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on trouve une énorme masse végétante, un chou-fleur étalé qui masque absolument tous les viscères, et se prolonge dans tout le bassin, dans les régions lombaires, derrière l'estomac; partout où la main peut pénétrer elle sent des paquets diffluents de végétations mollasses. Il n'y a aucune trace de péritonite pariétale, et le péritoine ne renferme qu'une fort petite quantité de liquide chocolat, gommeux et filant.

La tumeur présente les caractères typiques du cancer encéphaloïde, molle, finement lobulée, rose pâle, et renferme, au sein des masses qui la composent, soit une bouillie cérébroïde, soit des foyers de grandes hémorrhagies interstitielles encore récentes. En remplissant plusieurs vases de cette bouillie cancéreuse, on arrive à peser l'ensemble du cancer, qui atteint l'énorme poids de quarante livres. La tumeur contracte des adhérences avec l'estomac, la vessie, l'intestin, mais respecte le voisinage du foie. Dans le petit bassin, un paquet volumineux produit une réelle compression des organes de la région, l'obstruction intestinale notée pendant la vie siège sur le rectum, car le côlon, jusque dans l'S iliaque, est rempli de matières fécales dures et pierreuses.

En déblayant peu à peu l'abdomen, on amène les différents viscères, dont l'enveloppe péritonéale est remplacée par une épaisse couche de néoplasie; l'épiploon et le mésentère forment comme un manteau cancéreux qui revêt toutes les anses intestinales.

La *rate* est saine, ainsi que le *pancréas*. La *capsule surrénale* droite ne présente pas d'altération apparente; le *rein* sous-jacent est seulement un peu congestionné. Le *foie* ne présente pas de noyau cancéreux, mais il est un peu gros, et semble gras, surtout au niveau des parties qui avoisinent la face convexe. Il n'y a pas non plus de néoplasie dans les parois de l'*estomac*; seulement, la muqueuse présente un piqueté hémorrhagique au niveau de la petite courbure.

Quand on a ainsi tout enlevé, on voit, au niveau du rein gauche, une *tumeur* grosse comme une tête d'enfant, se

© BIU Santé

continuant par des prolongements avec le cancer des replis péritonéaux; cette tumeur est lisse, résistante; le *rein gauche*, aplati sous forme de languette, lui forme comme une paroi antérieure. Cependant, l'organe, détaché avec soin, ne présente aucun rapport avec la tumeur, sauf au niveau de son hile, où les vaisseaux s'entourent d'une gaine cancéreuse; à la coupe, le rein est fort pâle, totalement anémié, présentant quelques taches graisseuses, mais n'offrant ni tubercules, ni noyaux cancéreux.

Derrière le rein est la tumeur initiale, masse cancéreuse blanchâtre, molle, diffluente, présentant du reste les caractères d'ensemble de la tumeur du péritoine; au-devant d'elle se trouvent des vestiges sains de la capsule surrénale. Cette masse rétro-rénale n'affecte aucune attache avec la colonne lombaire, ni avec les parois musculaires qui la limitent en arrière.

Le *testicule droit* est sain; le *testicule gauche*, bosselé, dur, présente dans sa moitié supérieure quatre ou cinq noyaux bien arrondis, isolés les uns des autres, jaunâtres et comme enkystés d'une coque fibreuse; ces noyaux, de la grosseur d'une noisette à celle d'un pois, sont mous à leur centre, humides à la coupe, et ne présentent pas en leur milieu de dégénérescence caséeuse. Cette lésion est du reste ancienne, et datait de deux ans, au dire du malade.

Le *cœur*, l'*aorte* sont sains; pas de dépôts athéromateux sur l'endartère. Les *poumons* sont absolument indemnes de toute trace de tuberculose; il y a adhérence complète et double des deux plèvres, emphysème des bords antérieurs, congestion hypostatique aux bases, mais aucune granulation des sommets. Les ganglions bronchiques sont normaux. Le *cerveau* présente quelques plaques laiteuses, mais il n'y a aucune trace de granulation à la base ni sur le trajet de la sylvienne.

Réflexions.— Cette observation nous a paru digne d'être rapportée, bien qu'elle n'établisse aucun fait nouveau. Elle est cependant intéressante à plus d'un titre. Il est rare de voir une tumeur cancéreuse, même un encéphaloïde, évoluer avec une telle rapidité, et atteindre, en une période clinique de moins de deux mois, l'énorme poids de vingt kilogrammes.

Il nous semble de plus possible, en confrontant les données anatomiques et cliniques, de retrouver l'origine du mal et d'établir son évolution même. Des noyaux cancéreux primitifs se produisent dans le testicule, y séjournent deux ans sans produire d'autres phénomènes morbides que quelques poussées inflammatoires espacées. Un jour, la néoplasie sort de ses limites; par la voie lymphatique, elle gagne les *ganglions lombaires*, où elle forme un foyer secondaire, puissant et fécond; le cancer s'y développe en toute liberté, d'abord sur place, repoussant en avant et atrophiant le rein qui le gêne. Puis, gênée en arrière par des plans aponévrotiques résistants, la tumeur file en avant, s'empare des replis péritonéaux voisins, et, suivant cette nouvelle voie, se généralise à tout le péritoine viscéral. Cela nous est prouvé anatomiquement par le siège de la tumeur, occupant l'emplacement exact des ganglions lombaires gauches, et par l'intégrité de tous les organes qui auraient pu être le point de départ de l'affection; cliniquement, par l'évolution des symptômes, par les douleurs inguinales gauches, et par la tuméfaction notable du cordon, dont nous n'avons pu malheureusement suivre sur le cadavre l'altération, au milieu des masses cancéreuses qui le masquaient.

Enfin, n'est-ce pas intéressant, à une époque où les scarifications sont accusées, par les médecins les plus compétents, de produire l'auto-inoculation et le développement de la tuberculose chez les lupiques, de voir un homme qui tousse, atteint de lésions du testicule, qui s'exaspèrent au moment des séries de scarifications de son lupus, à ce point qu'on avait quelque temps admis chez lui sans conteste la tuberculose, et de trouver à la mort que ce lupique a un cancer, rien qu'un cancer (1)?

CLINIQUE MÉDICALE

Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie;

Par BOURNEVILLE et LEFLAIVE.

L'observation que nous allons rapporter présente un intérêt au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique. Elle nous fournit un nouvel exemple de l'*idiotie* par *hydrocéphalie* dont plusieurs cas ont été déjà publiés par l'un de nous.

Observation. — *Père et grand'mère paternels alcooliques. — Mère nerveuse. — Oncle maternel imbécile; — oncles et tantes maternels morts de convulsions.*

Emotions durant la grossesse. — Tête volumineuse à la naissance; — son développement progressif; ses dimensions. — Convulsions limitées à gauche (6 mois). — *Hémiplégie consécutive; amélioration. — Développement rapide de la tête* (7 mois). — *Etat du malade à l'entrée* (10 mois). — *Tête (fontanelle) hyperostose. — Strabisme*, etc. — *Manifestations intellectuelles. — Pemphigus. — Athrepsie. — Hémorrhagie méningée; troubles trophiques; fonte purulente des yeux; contracture; élévation de la température; diminution subite du volume de la tête. — Mort.*

Alli., Eugène, âgé de 10 mois, est entré le 21 mai 1883, à l'hospice de Bicêtre (service de M. Bourneville).

Renseignements fournis par sa mère (14 juin). — *Père*, 33 ans, lithographe, commettait au commencement du mariage de nombreux *excès de boisson*; actuellement, il est sobre; santé d'habitude bonne; aucun accident nerveux. [*Père*, mort d'une maladie de cœur, à 50 ans, non alcoolique. — *Mère*, 60 ans, intelligente, s'est mise à boire depuis sept ans à la suite de chagrins. — Ni aliénés, ni épileptiques, etc., dans le reste de la famille].

Mère, 22 ans, petite, faible, dit être bien portante; elle serait sujette, depuis l'accouchement, à des *migraines* très violentes; bien que très nerveuse, elle n'aurait pas eu d'attaques, mais a souvent des éblouissements, des tintements d'oreilles; elle se met facilement en colère, et cela depuis l'enfance. [*Père*, 46 ans, sobre, administré de Bicêtre, où il est entré pour un *rhumatisme chronique*. — *Mère* morte à 31 ans, en couches. — *Grand'mère paternelle* morte en 1878, à la Salpêtrière, était atteinte de rhumatisme chronique. — *Grand'mère maternelle* morte de *paralysie*. — De 12 *frères* et *sœurs*, il n'y a plus de vivants qu'elle et un garçon de 20 ans, bien portant, peu intelligent, « en retard sur tout », et atteint d'un *défaut de la parole*. Parmi les autres, on signale un garçon mort de *convulsions* à 2 ans ainsi que deux filles jumelles, et enfin, une fille morte à 13 ans, à l'hôpital Sainte-Eugénie : « elle avait le cerveau trop fort; ça ne pouvait pas se fermer ».]

Pas de consanguinité.

Notre malade. — La *conception* s'est produite aussitôt après une fausse couche de six mois. A cette époque, le ménage était troublé par des disputes, parce que le père se grisait fréquemment et ne rapportait pas son salaire à la maison; les rapports conjugaux étaient rares durant l'ivresse. Pendant la *grossesse*, ces scènes ont continué; le père allait au cabaret jusqu'à deux ou trois heures du matin, et sa femme était obligée de l'accompagner. Quant à elle, pour la moindre raison elle se mettait en colère jusqu'à se rouler sous le lit. La grossesse a cependant été bonne. — L'*accouchement* a été assez rapide (4 heures), bien que la tête fut volumineuse. — *A la naissance*, pas d'asphyxie. Les yeux de l'enfant, dit la mère, n'étaient pas comme ceux des autres enfants; ils étaient presque verticaux (?), enfoncés dans les joues; il n'y avait pas de stra-

(1) Note communiquée à la Société anatomique.

© BIU Santé

bisme. La tête augmentait peu à peu de volume, ce dont la mère s'apercevait parce que les bonnets de l'enfant devenaient trop petits. Dans les six premiers mois, pas d'autre maladie qu'une ophthalmie à quinze jours. Alli... fut nourri au sein par sa mère jusqu'à six mois, puis élevé au biberon sur le conseil d'une sage-femme, qui déclara à la mère que l'enfant « devait avoir quelque chose dans la tête ».

A cet âge, sans cause connue, *convulsions* portant uniquement sur le *côté gauche*, et accompagnées de cris continuels. Ces accidents se sont reproduits trois ou quatre fois dans une même nuit. A la suite, pendant deux mois, l'enfant a cessé de se servir de son bras et de sa jambe gauches; cette *paralysie* a disparu peu à peu. A partir de ce moment, « les yeux sont revenus en place » ; mais, vers sept mois, l'augmentation de volume de la tête s'est accusée davantage. Pas d'autres convulsions.

L'enfant est calme, ne pleure que quand on veut le prendre; il « gazouille » depuis l'âge de 2 mois; il rit volontiers, moins cependant aujourd'hui que dans les mois précédents; il reconnait son père et sa mère. Fonctions digestives bonnes; selles régulières. — *Poids* à l'entrée: 7 kil. 700. *Taille:* 0,78 cent.

Etat actuel (18 juin 1883). La *tête* est arrondie, très développée dans sa portion crânienne (voir plus loin le tableau des *mensurations*). Par la palpation, on reconnait facilement les *fontanelles*, qui sont très grandes. La *fontanelle antérieure* commence presque immédiatement au-dessus de la racine du nez; à droite, un prolongement en forme de croissant vient rejoindre la fontanelle postérieure; à gauche, il y a soudure des os à 10 cent. 1/2 au-dessus de la racine du nez. — La *fontanelle postérieure*, très irrégulière, mesure 2 cent. 1/2 sur la ligne médiane, entre les pariétaux et l'occipital; à droite, elle se prolonge à 11 centimètres de l'articulation occipito-vertébrale, puis elle se rétrécit et se continue avec le prolongement de la fontanelle antérieure; à gauche comme en avant, la fontanelle est moins grande et limitée par la réunion des os. — Sur les parties latérales de la tête, petite fontanelle de 2 centimètres de côté. — Au sommet de la tête, le crâne offre une *saillie convexe*, où les os sont plus durs, paraissent plus épais que partout ailleurs (*hyperostose*), plus marquée à gauche de la ligne médiane.

Le *front*, de la racine du nez à la naissance des cheveux, mesure 7 centimètres : il est bombé, asymétrique, un peu plus saillant à droite. Les *arcades sourcillières* sont tout à fait déprimées et les *yeux* semblent excavés, surtout en haut; les paupières inférieures sont au contraire saillantes; légère blépharite. Habituellement, il existe du *strabisme* divergent, soit à droite, soit à gauche; on peut cependant arriver à rendre le regard direct. Iris gris bleuâtre. — Au-dessus de la racine du nez se voit une veine demi-circulaire à convexité supérieure, d'où partent des arborisations veineuses qui se répandent sur le crâne; trois d'entre elles sont plus importantes. — Le *nez* est petit, écrasé, presque aussi large à la racine qu'à la base. Les *sillons naso-labiaux* sont très accusés quand l'enfant pleure, et alors la commissure labiale droite paraît un peu plus entraînée dans ce sens. La *bouche* est assez grande; les *lèvres* sont minces; les *dents* font encore défaut. — Les *oreilles* sont bien ourlées, le lobule est adhérent; la droite mesure 4 cent., la gauche 4 cent. 1/2.

Le *cou* est court : il a 24 cent. 1/2 de circonférence. Le *thorax* est bien conformé, un peu bombé en avant; la *colonne vertébrale* est un peu déviée à la région dorsale et forme une convexité gauche. L'embonpoint est assez prononcé.

Les *membres supérieurs* sont réguliers, égaux : des deux côtés : 13 cent. 1/2 de circonférence au niveau de l'aisselle, 12 1/2 au pli du coude et 8 1/2 au poignet.

Les *membres inférieurs* ne présentent à signaler qu'un peu d'incurvation des tibias; la circonférence de la cuisse au niveau du pli de l'aine est de 22 cent. de chaque côté; elle est de 17 cent. au jarret et de 9 cent. 1/2 au niveau des malléoles. — Pas de malformation des *organes génitaux*. Léger érythème des fesses.

L'enfant dort les paupières entr'ouvertes. Parfois, il a des *accès de cris*, rappelant ceux des enfants de son âge et que l'on attribue à des coliques, car l'application de cataplasmes sur le ventre les fait rapidement cesser. Il semble reconnaître les gens du service et sourit à leur approche. Chaque fois qu'on le remue pour l'asseoir ou pour le sortir du lit, sa tête tombe en arrière et il pousse des cris, indices de souffrance; il paraît cependant aimer la station assise, mais à la condition que sa tête soit soutenue.

Aucune paralysie ni des bras, ni des jambes; le chatouillement est perçu sans exagération des réflexes; le phénomène du tendon est normal.

7 *juillet*. La saillie convexe notée au niveau de la suture interpariétale paraît s'accuser. En ce point, l'os paraît très résistant. Une grosse veine part de l'oreille droite et remonte en S sur la région temporale. — Légère desquamation épithéliale aux jambes et aux genoux. P. 116, régulier. — Pendant cet examen, l'enfant n'a cessé de pousser des cris un peu étouffés, mais non hydrencéphaliques; ces cris augmentent quand on relève sa tête.

12 *juillet*. Diarrhée verdâtre. Eau de chaux; laudanum, 1 goutte. — La *température*, régulièrement prise matin et soir depuis l'entrée, s'est toujours maintenue et se maintient toujours autour de 37°,5, sauf le 13 juillet au soir, où elle atteint 38°. La diarrhée a cessé le 16 juillet.

10 *août*. Hier, apparition d'une vingtaine de petites *bulles pemphigoïdes*, sans aucune élévation de la température (du 7 au 14 août, minim. 37°, maxim. 37°,8). All... n'a plus de diarrhée; néanmoins, depuis quelque temps il pâlit.

17 *août*. L'enfant dépérit, ainsi que le montre la succession de ses poids; l'amaigrissement est général et porte même sur les diamètres transversaux de la tête. All... boit deux litres de lait par jour, prend un peu de bouillie; il n'a pas de vomissements. La diarrhée a reparu il y a trois jours; selles fétides, vert sombre. Pas de toux; voix moins forte, plaintive. — *Conjonctivite* oculo-palpébrale avec alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Depuis le 14 (T. R. 37°,1 le matin, 37°,4 le soir) jusqu'à ce matin (17 août), on avait, par erreur, cessé de prendre la température. On la trouve aujourd'hui brusquement élevée, et cette élévation se maintiendra jusqu'à la mort, comme le montrent les chiffres ci-après. — *Soir* : T. R. 39°,9.

18 *août*. T. R. 38°,7. — *Soir* : 39°,5.

19 *août*. T. R. 38°,3. — *Soir* : 39°,4.

20 *août*. T. R. 39°. Coloration plombée de la face et des extrémités; exulcérations aux oreilles; excoriations des lèvres (surtout aux commissures) et de la langue, avec formation d'une pellicule blanchâtre simulant des plaques muqueuses. Pas une seule dent. Pas de muguet. Ventre ballonné; pas de vomissements; diarrhée verte; érythème et papules aux fesses. Rien à signaler du côté de l'appareil pulmonaire. On constate un peu de *raideur dans les membres inférieurs*, surtout dans le *droit;* cependant, l'enfant remue également les quatre membres quand on les chatouille; le phénomène du tendon rotulien est un peu plus marqué à gauche qu'à droite. — *Soir* : T. R. 39°.

21 *août*. L'enfant cesse de boire au biberon et ne prend plus de lait qu'à la cuiller. Conjonctivite et *kératite* doubles. T. R. 39°. — *Soir* : 39°,2.

22 *août*. T. R. 38°,9. — *Soir* : 39°,6.

23 *août*. L'enfant ne prend plus aucune nourriture; diarrhée peu abondante, mais selles fréquentes d'un jaune grisâtre. Depuis deux jours, il n'a plus la force de crier et ne se plaint même pas à voix basse. La figure est très pâle, les traits tirés, la bouche entr'ouverte; les lèvres sont couvertes de croûtes et de petites ulcérations. L'*œil droit* est complètement *fondu*; l'œil gauche présente un état louche de la cornée qui permet à peine d'apercevoir la pupille au-dessous; la cornée est conique et présente un peu à droite, au-dessous du centre, une ulcération arrondie de 3 milli-

© BIU Santé

mètres de diamètre. La conjonctive est rouge non seulement par injection vasculaire, mais encore par suite de petites ecchymoses. (*Troubles trophiques.*)—*Contracture légère des membres*, qui se meuvent à peine ; *le bras droit est un peu plus raide que le gauche* ; la même différence ne s'observe pas aux membres inférieurs.

A l'auscultation, respiration faible ; quelques râles dans le poumon gauche. Les bruits du cœur s'entendent à peine. En appliquant le stéthoscope sur la poitrine et sur les membres, il produit une petite dépression circulaire qui met quelque temps à disparaître.

Le même jour, à six heures du soir, l'enfant meurt, sans que cette mort ait été précédée de convulsions ou de cris. Mais, une heure avant la mort, *la tête a commencé à diminuer sensiblement. Les sutures non ossifiées se sont déprimées en gouttière* ; la médio-frontale, en particulier, a une largeur de 3 centimètres ; elle paraît comme creusée à la gouge entre les deux moitiés du frontal. En bas, elle va jusqu'à la racine du nez ; en haut, elle se continue avec une dépression irrégulière qui représente la fontanelle antérieure. Le volume total de la tête est évidemment très inférieur à ce qu'il était le matin. La température rectale était ce matin de 39°,1 ; de 40°,1 à 5 heures du soir. Prise après la mort (6 heures), elle était de 39°,9 au bout d'un quart d'heure, de 39°,5 au bout d'une heure, de 37°,8 au bout de deux heures.

Nous avons réuni en un tableau les diverses *mensurations de la tête* de l'enfant, ainsi que la *succession de ses poids*, qui montre bien sa déchéance progressive.

	21 *Mai.*	18 *Juin.*	7 *Juill.*	17 *Août*
	cent.	cent.	cent.	cent.
Circonférence horizontale au niveau de l'insertion des 2 oreilles	54	51	54 1/3	51 1/2
La plus grande circonférence . . .	57 1/2	58 1/2	59 1/2	59 1/2
Demi-circonférence auriculo-bregmatique	40	40 1/2	40 1/2	42
De la racine du nez à l'articulation occipito-vertébrale	44	46	48 1/2	49
Diamètre bi-auriculaire.	12	12	10 1/2	9 6
Diamètre transversal maximum .	16	17	17	16 1/2
Diamètre antéro-postérieur maximum	18 1/2	19	19	19 4

21 *Mai*, le *poids* était de.	9 k. 700
23 *Juin* —	9 k. 400
7 *Juillet* —	9 k. 900
21 *Juillet* —	9 k. 100
28 *Juillet* —	8 k. 900
11 *Août* —	8 k. 700
18 *Août* —	8 k. 200
23 *Août* (après décès).	7 k. 800

Dans un prochain numéro, nous donnerons la relation de l'autopsie qui a offert des particularités curieuses et nous terminerons par quelques réflexions.

Examen pour l'admission à l'emploi de vétérinaire du service sanitaire (1).

Conditions pour être admis à subir l'examen. — 1° Etre Français et âgé de 30 ans au moins et 50 ans au plus ; 2° être muni d'un diplôme de vétérinaire.

Epreuves des candidats. Epreuve écrite. — Cette épreuve portera sur un sujet relatif à la police sanitaire des animaux.

Epreuve orale. — Elle comprendra : 1° La loi du 21 juillet 1881 ; 2° le décret du 22 juin 1882 ; 3° la loi du 20 mai 1838, concernant les vices rédhibitoires ; 4° des notions sommaires sur l'organisation administrative et judiciaire de la France.

Epreuve pratique. — L'épreuve pratique (diagnostic et anatomie pathologique) concernera les affections contagieuses énumérées dans l'article 1er de la loi du 21 juillet 1881. (Cette épreuve sera subie à l'école vétérinaire d'Alfort). — La composition écrite aura lieu le *lundi 16 juin* 1884. L'examen oral sera subi à une date qui sera ultérieurement fixée. Les demandes d'admission à l'examen ne seront reçues que jusqu'au 7 juin 1884. Elles doivent être adressées à M. le préfet de police.

(1) Traitement de début : 5,000 fr.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le père Didon et l'Allemagne.

On mène grand bruit en ce moment autour d'un volume (1) que le P. Didon, de l'Ordre des Frères-Prêcheurs, vient de publier, à la suite d'un petit voyage en Allemagne. Nos lecteurs se rappellent sans doute que, dans ces dernières années, nous avons publié ici-même une série de lettres dans lesquelles notre collaborateur, M. R. Blanchard, exposait dans ses moindres détails l'organisation et le mode de fonctionnement des Universités d'Outre-Rhin (2). Ils nous sauront donc gré de revenir sur la question et de leur présenter une appréciation succincte du livre du P. Didon.

Profitant des loisirs que lui laissait l'exécution des décrets et le semblant de dissolution dont sa congrégation avait été l'innocente victime, ce dominicain, bien connu dans le monde savant à cause de ses relations avec Claude Bernard, au lit de mort duquel il joua le rôle que l'on sait, « refoula sans hésiter les répulsions instinctives de son patriotisme et partit, résolu à s'asseoir sur le banc des étudiants allemands, au pied de la chaire de leurs maîtres, à Leipzig, à Göttingen, à Berlin. » Immatriculé par le professeur Curtius, alors recteur de l'Université de Berlin, il déguisa soigneusement sa personnalité et suivit les cours de la Faculté de philosophie, en qualité d'étudiant.

Quelle fut la durée de son séjour auprès des trois Universités susdites ? il oublie de nous l'apprendre. Nous avons toutefois de bonnes raisons de penser que ce séjour fut des plus éphémères et ne dépassa guère deux ou trois mois. En effet, l'immatriculation date du 20 mai 1882 et, déjà, en décembre de la même année, l'ouvrage dont nous nous proposons de faire la critique recevait l'approbation du provincial des Frères-Prêcheurs pour la province de France. On remarquera que, entre ces deux dates, se trouvent près de trois mois de vacances, pendant lesquels les Universités sont fermées et que, d'autre part, il a fallu à l'auteur un certain temps pour écrire son ouvrage. Ces remarques ne sont point sans intérêt, car elles mettent hors de doute que le P. Didon, qui tranche de haut toutes les questions, n'est pas resté en Allemagne assez longtemps pour saisir et apprécier à sa juste valeur le mécanisme compliqué des Universités, et surtout pour se faire une idée exacte des tendances et des aspirations de la jeunesse qui les fréquentent. Ainsi s'expliquent certains jugements qui manifestement portent à faux, certaines critiques qui sont faites pour surprendre, venant d'un esprit aussi éclairé que l'est le P. Didon.

Le livre débute par un avant-propos dans lequel l'auteur déclare aimer la France avec passion et vouloir la servir d'un cœur clairvoyant. « J'ai, dit-il, la conscience de sa valeur, l'ambition de sa gloire et de sa primauté. Les malheurs de la patrie, ses désastres, ses fautes ne m'ont pas fait douter d'elle. Mon patriotisme

(1) Le P. Didon. — *Les Allemands*, 1 vol. in-8 de 423 pages. — Paris, Calmann Lévy, éditeur, 1884.

(2) R. Blanchard. —*Les Universités allemandes*. 1 vol. in-8 de 268 pages. — Paris, aux bureaux du *Progrès médical* et chez Delahaye et Lecrosnier, 1883.

© BIU Santé

a gardé ma foi en sa vocation providentielle, indestructible ; et les accès inouïs de la crise séculaire qu'elle traverse n'ont jamais tué un atome de mes espérances. »

Cela va de soi : le P. Didon n'est-il pas Français et pouvons-nous douter que les sentiments qu'il professe à l'égard de la France ne soient inspirés par la plus tendre piété filiale ? Au moins, puisque la patrie a commis des fautes, les lui montrera-t-il avec bienveillance ? et s'il entrepend de la morigéner, le fera-t-il avec tendresse ?

Certes, nous n'ignorons point que l'enseignement à tous les degrés n'est point, en France, ce qu'il devrait être, mais nous ne saurions admettre que la plus pressante des réformes dût être de subordonner toutes les études à l'enseignement religieux. C'est bien mal connaître l'Allemagne que de nous la donner en exemple en cette circonstance. Il est incontestable que les facultés de théologie sont Outre-Rhin plus nombreuses que chez nous ; il est certain que chaque Université a l'heur d'en posséder une, si ce n'est deux, l'une protestante, l'autre catholique ; mais, malgré la solidarité qui unit entre elles d'une façon plus intime que chez nous les facultés d'une même Université, est-ce à dire que les facultés de théologie exercent dans la grande famille universitaire une action prépondérante ? Erreur ! Le professeur, l'étudiant ou le simple *Philister* vivent en de fort bons termes avec le théologien, comme il sied entre gens de bonne société, dont aucun ne complote contre la tranquillité de l'Etat, dont nul ne va prendre son mot d'ordre à l'étranger, dans le but de troubler les consciences et de semer la zizanie entre les citoyens d'une même nation, parmi les membres d'une même famille. A cela se borne la fameuse prépondérance de l'esprit religieux dont le P. Didon vante si fort les bienfaits : le tout consiste, comme on voit, en une déférence réciproque ; mais il est bien certain que, malgré les rapports constants qu'ils sont contraints d'avoir ensemble, dans la petite ville universitaire où ils vivent, théologiens et laïques n'exercent l'un sur l'autre aucune influence ; chacun travaille de son côté, sans se soucier de ce que dit ou pense son voisin. Les dissensions et les rivalités qui, dans notre pays, s'étalent trop souvent au grand jour, sont inconnues, car, avant tout, chacun sent battre en sa poitrine un cœur allemand et nul ne place les intérêts de Rome avant ceux de la patrie allemande.

A part cette remarquable entente, dont le P. Didon n'a point compris et ne pouvait comprendre le secret, les gens éclairés sont, en Allemagne, tout aussi sceptiques à l'égard des croyances religieuses qu'ils le peuvent être chez nous : la mystique Allemagne de Mme Staël a fait place à la sceptique Allemagne du chancelier de fer. L'enseignement religieux, fort réduit dans les gymnases et dans les *Realschulen*, est nul dans les Universités, sauf, bien entendu, pour ceux, fort peu convaincus d'ailleurs, qui pensent que l'autel a du bon, en tant qu'assurant le pain quotidien.

Ce n'est donc point en nous jetant dans les bras de notre très sainte mère l'Eglise, après avoir fait au préalable force actes de contrition, que nous parviendrons à redonner à la science française son ancien éclat et que nous pourrons lutter avec avantage contre la redoutable concurrence de l'Allemagne, de l'Angleterre et d'autres nations qui, naguère encore, venaient avidement s'instruire auprès de nos maitres. Sera-ce, comme le propose encore le P. Didon, en développant l'Ecole normale, qui « est sans contredit (!) le sol le plus riche de la culture intellectuelle française, la pépinière où se forment les esprits les mieux cultivés ?» Nous ne nous arrêterons point à cet argument, par trop fantaisiste. Aussi bien savons-nous de longue date ce que vaut l'Ecole normale « qui fournit aux facultés leurs professeurs, à la littérature des écrivains, à la science des chercheurs, à l'histoire des érudits, à la philosophie ses penseurs.» Nos lecteurs savent à quoi s'en tenir : s'ils ne connaissaient d'ores et déjà les vertus incomparables dont l'Ecole normale a le monopole, les voilà prévenus ! Quelque inattendue que puisse paraître cette vigoureuse intervention du P. Didon en faveur du petit cénacle de la rue d'Ulm, elle ne saurait nous surprendre. Sur qui compter en cette vallée de larmes, si l'on ne se prête un mutuel appui entre congréganistes ?

L'avenir n'est point non plus dans l'implantation en sol gaulois de ces associations et corporations d'étudiants que le P. Didon trouve si admirables : elles développeraient, dit-il, l'esprit de solidarité qui fait défaut à la jeunesse française ; savants, littérateurs, historiens, théologiens, par leurs incessantes relations, se communiqueraient mutuellement leurs lumières, au plus grand profit de chacun d'eux. Pour qui sait lire entre les lignes, cela veut dire que, grâce à la finesse et à l'onction qui constituent le fond même de leur caractère, ces derniers ne tarderaient sans doute pas à devenir prépondérants, et, dès lors, chacune des corporations en question se convertirait en une petite congrégation de robe plus ou moins courte.

Nous avons le regret de prédire au P. Didon que ce secret espoir n'est pas précisément sur le point de se réaliser : le vent ne nous semble pas souffler de ce côté.

Nous ne saurions, du reste, accepter la plupart des appréciations que notre auteur porte sur les *Corps*, les *Burschenschaften* et autres associations d'étudiants. Les tendances qu'il leur prête ont sans doute existé, ainsi que l'a montré M. Blanchard dans l'histoire détaillée qu'il en a faite, mais voilà longtemps déjà qu'elles ont perdu leur caractère primitif, pour devenir de simples sociétés de jeunes gens batailleurs, buveurs, tapageurs et par-dessus tout « poseurs » et fainéants. Il est manifeste que le P. Didon ne les a vus que de loin, ainsi que son caractère ecclésiastique le lui commandait : s'il avait pu se mêler aux *Burschen*, nul doute qu'il ne se fût fait sur eux une tout autre idée.

Entre temps, nous aurions été bien aises d'avoir son appréciation relativement au *Wingolf*, la seule corporation où il eût pu sans scrupule se faire présenter. D'où vient donc qu'il ne dise rien de cette pieuse association, dont tous les membres sont pourtant de fervents catholiques ? C'est sans doute que sa conscience d'honnête homme s'est révoltée au spectacle de leurs mœurs dissolues.

Là n'est donc point l'avenir. Et le P. Didon le

© BIU Santé

comprend si bien que, sans attacher autrement d'importance aux différents moyens qu'il avait proposés, il en vient à préconiser un dernier système, qui consisterait à transformer le Collège de France en un *Collège universel de France*, sorte d'Université d'un degré supérieur ayant seule qualité pour conférer le grade de docteur. On viendrait y étudier une dernière année, avant de soutenir sa thèse, et après avoir passé déjà quatre ans dans les Facultés. Toutes les branches des connaissances humaines s'y trouveraient représentées : naturellement l'Eglise y tiendrait une large place. « Il ne suffirait point que l'Eglise de France eût ses chaires nominales au Collège universel, elle aurait encore besoin de chaires entourées d'étudiants nombreux. C'est aux évêques qu'il appartiendrait de les choisir, dans chaque diocèse. Cette élite des aspirants au sacerdoce formerait, au Collège universel de France, l'Ecole normale supérieure du clergé. »

En d'autres termes, on a l'espoir que, si jamais pareil collège venait à se fonder, l'Ecole normale de robe longue dont il vient d'être question saurait conquérir l'hégémonie. On le voit, notre auteur poursuit toujours la même idée, qu'il sait déguiser et masquer de cent façons. Heureusement, ce sont là des songes creux, qui jamais n'aboutiront : le rôle du clergé est fini, et bien fini, et ce livre est la preuve qu'il a lui-même conscience de son effroyable décadence. Il ne nous déplait point de le voir se débattre dans les convulsions dernières : nous assistons d'un œil terne au suprême effort que, semblable au noyé, il tente pour s'accrocher aux herbes du rivage. *Suave mari magno....*

Le livre du P. Didon peut se résumer en peu de mots : l'Allemagne n'a été observée par notre auteur que très superficiellement, et il n'en pouvait être autrement; quoi qu'en dise le titre, elle n'occupe du reste qu'une bien petite part de l'ouvrage : c'est de la France que l'auteur se soucie, — c'est elle qu'il veut arracher aux abimes où l'entrainent follement « le faux positivisme, l'irréligion, l'esprit critique et la culture précoce. » Anathème à la France qui renie Dieu ! Guerre à l'esprit moderne ! Périssent les mécréants !

Telle est la substance de ce livre. Nous le répétons, des manifestations du genre de celle-ci ne sont point faites pour nous déplaire. Elles sont un signe des temps. Mais, quoi qu'il fasse, le clergé ne remontera point aux sommets élevés qu'il occupait naguère. Son rôle dans la société va en s'atténuant; l'enseignement lui échappe; la direction des idées, l'éducation de la jeunesse ne lui appartiennent plus. Les temps sont enfin passés, où la philosophie était l'humble servante de la théologie, *philosophia ancilla theologiæ*, suivant la formule scolastique, et dussent les moines en mourir de male rage, tous leurs efforts pour ressusciter cette lugubre époque demeureront impuissants. La théologie a fait son temps, son astre est à son déclin : les lueurs dernières qu'il projette dureront sans doute longtemps encore, mais rien ne saurait entraver leur extinction graduelle. Non, l'avenir de la France n'est point dans le retour à l'esprit religieux: c'est en laïcisant de plus en plus les programmes, c'est en dégageant l'esprit de l'enfant de toute superstition, en y tuant la foi, en semant à sa place le libre examen et la notion de ses droits et de ses devoirs, qu'on façonnera une génération vigoureuse, fière, sur laquelle on peut compter pour relever la patrie. Vos maitres, à vous, s'appellent Loyola, Gury, Basile : les nôtres ont nom Voltaire, Diderot. Ceci tuera cela.

Inauguration des conférences de clinique thérapeutique, de séméiologie, de physique et chimie médicales de l'hôpital Cochin.

M. Dujardin-Beaumetz a repris le mercredi 23 avril, dans son nouveau service de l'hôpital Cochin, les leçons de thérapeutique qu'il faisait avec tant de succès les années précédentes à Saint-Antoine. Le nombre de ses auditeurs n'a certes pas diminué, et le coquet amphithéâtre, où le maitre a pris pour la première fois la parole, était comble. Car au désir de s'instruire s'ajoutait, pour attirer les étudiants, la curiosité légitime de connaitre l'installation du laboratoire de recherches que l'Administration de l'assistance publique a eu la bonne pensée de créer, pour faciliter l'enseignement si utile et si pratique d'un de ses médecins les plus éclairés et les plus progressistes. M. Dujardin-Beaumetz a d'ailleurs exprimé au début de sa leçon sa gratitude envers l'Administration.

« Autant, a-t-il dit, mes débuts à l'hôpital Saint-Antoine ont été pénibles et difficiles, par suite des conditions matérielles où je me trouvais placé, autant aujourd'hui ma tâche est rendue facile et attrayante par la générosité et la libéralité que l'Assistance publique a mises à placer sous ma main tous les éléments propres à cet enseignement. Aussi je tiens à remercier publiquement M. Quentin et son secrétaire général M. Brelet, ainsi que l'architecte de l'hôpital, M. Gallois, de la rapidité et de l'habileté qui ont présidé à l'exécution des différents travaux destinés à transformer ce service de baraques en un véritable service modèle. Car, par un heureux hasard de circonstances, nous trouvons réunis l'amphithéâtre, le laboratoire et les malades, de manière que nous pouvons faire marcher de pair l'enseignement, nos recherches expérimentales et nos études cliniques. »

Définissant ensuite le caractère de son enseignement, M. Dujardin-Beaumetz a dit :

« Nous ne sortirons pas du domaine pratique, et c'est toujours l'application à l'être malade qui jugera en dernier ressort la valeur de l'indication du médicament. Le laboratoire nous servira presque exclusivement à connaitre les effets physiologiques, et surtout toxiques, de la substance soumise à l'expérience. Je crois peu, en effet, à la thérapeutique expérimentale. Ne pouvant créer chez les animaux la plupart des affections qui frappent l'être humain, il nous est impossible d'étudier chez eux l'action thérapeutique des principales substances médicamenteuses. Le plus ordinairement nous constatons chez les sujets en expériences, non pas l'action thérapeutique, mais bien les effets toxiques du médicament, faisant ainsi non pas de la thérapeutique expérimentale, mais bien de la toxicologie expérimentale.

Est-ce à dire qu'il faille abandonner de pareilles recherches? Nullement, Messsieurs; elles offrent au contraire un réel intérêt; elles nous montrent l'influence plus ou moins toxique de la substance dont on fait usage, elles nous guident sur les doses à employer, elles nous permettent enfin de donner souvent une explication physiologique des effets observés. — Ces travaux de laboratoire porteront aussi sur les moyens les plus propres à isoler les principes actifs des substances médicamenteuses. Enfin, c'est grâce à eux que nous pourrons examiner attentivement les voies d'élimination des médicaments et compléter ainsi l'étude de ce que l'on a décrit sous le nom

© BIU Santé

d'action pharmaco-dynamique des substances médicamenteuses.

Aussi dirai-je à tous ceux qui attachent quelque prix à l'étude de la cure des maladies, à tous ceux qu'attirent ces recherches de physiologie et de thérapeutique expérimentales, à tous ceux qui veulent glaner dans cet immense domaine de la matière médicale, à tous ceux qui désirent augmenter le nombre de nos agents thérapeutiques, je dirai : « Venez près de nous ; les portes de nos salles vous sont largement ouvertes ; le laboratoire avec tous les moyens d'investigation de la science moderne est à votre disposition.

« Mais, pour faire de la bonne thérapeutique, il faut faire de la bonne clinique. Aussi notre enseignement ne sera-t-il pas exclusif, et aux leçons de clinique thérapeutique que j'aurai l'honneur de vous faire, viendront se joindre des leçons de séméiologie, que MM. Sapelier et Le Gendre, mes internes, vous feront tous les vendredis, et enfin des leçons de physique et de chimie médicales professées par mon chef de laboratoire, M. le Dr Bardet ; et j'espère que vous tirerez tous profit de cet enseignement multiple et complexe. »

Pour réfuter ensuite l'affirmation banale si souvent émise à la légère par les gens du monde, et, même hélas ! par des médecins, — que la thérapeutique n'a pas suivi dans la marche du progrès les autres branches de la médecine, — M. Dujardin-Beaumetz a retracé l'histoire des grandes découvertes réalisées en thérapeutique depuis 50 ans. Comme le temps eût manqué pour faire même une simple énumération des acquisitions utiles dont peut s'enorgueillir la thérapeutique contemporaine, il a très heureusement choisi comme exemple, d'une part, les médications propres à supprimer les phénomènes douloureux, les agents anesthésiques, le chloral et les bromures, les injections sous-cutanées ; d'autre part, les médicaments antiseptiques et antithermiques.

Après avoir montré que la découverte de ces derniers a été le corollaire des conquêtes accomplies par la chimie des fermentations et la doctrine microbienne, M. Dujardin-Beaumetz a terminé en ces termes au milieu de chaleureux applaudissements : « A ceux donc qui nieraient les progrès de la thérapeutique, répondez, Messieurs, par les faits que je viens d'indiquer, et vous mettrez bien en lumière que, comme les autres branches de la médecine, la thérapeutique n'a cessé de marcher en avant. Songez cependant que ce n'est encore qu'un début ; les découvertes de l'illustre compatriote, que le monde savant tout entier vient de saluer aux fêtes d'Edimbourg, de Pasteur, ne sont qu'à leur aurore, et, en voyant la marche rapide qu'amènent de pareilles découvertes, en songeant aux révolutions que va subir l'art médical par suite de la connaissance des protoorganismes et des inoculations de virus atténués, je suis prêt à m'écrier avec Fonssagrives : « Heureux les jeunes ! ils verront de belles choses. »

Les abus dans les hôpitaux : Circulaire de M. Quentin.

Nous publions aujourd'hui la circulaire de l'administration de l'Assistance publique, concernant les abus qui existent dans certains établissements, sinon dans tous, au point de vue de la délivrance des médicaments, des vins, du lait, etc. Comme on le verra, ces abus entraînent un excédent de dépenses, contre lequel il était du devoir de l'Administration de réagir. Le procédé qu'elle a employé pour y porter remède était-il le meilleur ? Nous en doutons.

Ces abus ne datent pas d'hier ; ils ne sont pas attribuables au directeur actuel, M. Quentin, mais au mode même d'administration. En effet, c'est périodiquement que les directeurs de l'Assistance publique adressent au corps médical des circulaires, moins précises que celle de ce jour, mais analogues au fond. Pendant quelques mois, les effets de la circulaire se font sentir ; puis, peu à peu, les anciens abus se reproduisent. Il est fort probable qu'il en sera de même cette fois encore.

Suivant nous, il y aurait eu mieux à faire, et c'est pour cela que nous incriminons, non pas le directeur, mais le mode d'administration. Il conviendrait donc de le changer. Il faudrait accorder plus d'initiative aux directeurs des hôpitaux, ne pas les réduire au simple rôle de surveillant d'hôpital. Ne pouvant rien faire sans l'avis du chef-lieu ; peut-être assez mal reçus lorsqu'ils vont y faire des propositions de réforme, parce que cela contrarierait la routine administrative, obligerait à examiner, à se faire une opinion, les directeurs laissent les choses suivre leur cours et, pour la plupart, ne cherchent pas assez à améliorer l'établissement qu'ils dirigent ; il n'y a pas émulation entre les divers directeurs. Trop s'occuper de son hôpital ne paraît pas être un titre à l'avancement. Donc, une première réforme : augmenter les prérogatives des directeurs, donner plus de champ à leur initiative, provoquer l'émulation.

Ce qu'il faudrait aussi, et ce que nous avons réclamé depuis longtemps, c'est créer dans chaque hôpital une sorte de commission, composée des médecins, des chirurgiens, du pharmacien, du directeur et de l'économe, qui se réunirait une ou deux fois par mois, sous la présidence du directeur de l'Administration, ou de l'un des inspecteurs. — Dans cette commission seraient discutées avec fruit toutes les améliorations à introduire dans l'établissement. Il est évident que si ces commissions existaient, l'Administration n'aurait pas eu besoin d'adresser sa circulaire, qui mécontente tout le monde et a des conséquences déplorables pour les malades. Tous les abus dénoncés auraient cessé d'exister depuis longtemps.

A défaut de ces commissions, l'Administration, au lieu d'une circulaire qui vise aussi bien les chefs de service qui n'ont pas fait des prescriptions exagérées que ceux qui en ont fait, voici ce que l'Administration aurait dû faire : Elle aurait dû inviter ses inspecteurs à examiner les services de chaque hôpital où des abus étaient commis, — à se mettre en rapport avec les chefs de service, à leur signaler l'état de choses qui existait dans leurs salles, à examiner avec eux les mesures à prendre pour restreindre les prescriptions à des limites convenables. Grâce à la bienveillance connue des inspecteurs et à la bonne volonté des médecins et des chirurgiens, on aurait obtenu des résultats sérieux et permanents, tandis qu'il est permis de supposer que, dans un temps plus ou moins long, nous verrons reparaître les mêmes errements. Nous bornons là nos réflexions. Peut-être aurons-nous l'occasion de revenir sur ce sujet si la presse médicale s'en occupe à son tour, après la presse politique (1).

(1) L'*Union médicale* a, la première, critiqué cette circulaire.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 avril. — PRÉSIDENCE DE M. F. FRANCK.

M. MALASSEZ, à propos du procès-verbal, dit que, depuis la dernière séance, il a constaté un fait nouveau qui explique parfaitement la formation du tissu épithélial dans les *kystes alvéolaires*, loin de membranes épithéliales. Ayant eu l'occasion de se procurer une grosse molaire saine d'adulte, il a pratiqué sur cette dent une vingtaine de coupes et il a pu trouver des masses épithéliales, perpendiculaires au cément et offrant une vague ressemblance avec des glandes acineuses.

M. GELLÉ lit un travail sur la synergie fonctionnelle de l'accommodation binauriculaire et sur ses applications à la séméiotique et à la clinique. A l'aide d'un procédé très simple indiqué par l'auteur, on peut apprécier la capacité de la caisse et le degré d'énergie fonctionnelle de l'appareil d'accommodation.

M. BROWN-SÉQUARD fait remarquer l'intérêt du travail de M. Gellé, car il confirme l'opinion, qu'il partage du reste, de ceux qui admettent l'unité d'un sens percepteur et qui s'appuient sur l'expérience de l'esthésiomètre, dont les deux pointes mises, soit de chaque côté de la ligne médiane, soit chacun sur un index, ne produisent néanmoins qu'une seule perception. M. Brown-Séquard pense en effet que, bien qu'il existe deux cerveaux, nous ne nous servons que d'un seul.

M. Ch. RICHET a continué la série de ses expériences sur les effets thermiques consécutifs aux traumatismes cérébraux, chez les lapins : il arrive à conclure que ces effets sont dus à une absence d'inhibition, car ils coïncident avec ce qui se passe du côté de la motricité qui est considérablement exagérée dans ces cas.

M. BROWN-SÉQUARD demande à M. Ch. Richet pourquoi il pense qu'il s'agit là d'un défaut d'inhibition plutôt que d'un effet d'irritation. Il a fait, lui aussi, sur des chiens, des expériences semblables, et, en cautérisant la surface des circonvolutions cérébrales, il a observé des contractures soit partielles, soit généralisées.

M. Ch. RICHET admet plutôt l'absence d'inhibition, parce que les lapins, malgré leur lésion cérébrale, ne bougent pas si on ne les touche pas. Il faut préalablement les stimuler, pour déterminer alors chez eux des mouvements de propulsion en avant que rien ne peut arrêter.

M. HEIDENREICH fait une communication sur un appareil destiné à obtenir la *stérilisation des microbes*.

M. DE SINÉTY rend compte des observations nouvelles qu'il a faites relativement aux rapports qui existent entre la *sécrétion mammaire* et la présence du *sucre dans l'urine*. Il faut, pour que l'on constate la glycosurie, ou plutôt la lactosurie (car c'est du sucre de lait), que le fonctionnement de la glande soit assez considérable et que l'excrétion se fasse mal (quand le nourrisson tète mal, par exemple). — Un cobaye, privé de mamelles, n'a pas de sucre dans l'urine après la parturition (de Sinéty). — Chez une chèvre qui allaite, on ne trouve pas de sucre; si l'animal cesse d'allaiter, le sucre se montre aussitôt dans l'urine. Le sucre n'est donc pas fourni par le foie, comme le pense M. P. Bert. — Chez les femmes, pendant la gestation, il n'y a pas de sucre dans l'urine; celui-ci ne se montre que 3 ou 4 jours après la parturition, au moment de la montée du lait.

M. BROWN SÉQUARD fait une communication sur le cas *d'un aphasique*, dû à un médecin américain, qui n'avait que deux ou trois mots à son service, et qui pouvait parler très facilement en chantant. Il cite également un second fait qu'il a eu l'occasion de constater lui-même, et dans lequel le malade, aphasique, parlait très bien en rêvant.

M. PITRES, à ce propos, signale le mémoire de M. Onimus dans lequel est relaté le cas d'un homme aphasique qui chantait la *Marseillaise*.

M. Ch. RICHET dit qu'il existe également des cas où certains aphasiques, au moment de la mort, se remettent à parler: M. Ribot, dans son livre sur les maladies de la mémoire, cite une femme qui parlait l'hébreu, oublié depuis 40 ans.

M. GALIPPE, à propos d'un fait récent rapporté par M. Bochefontaine sur une prétendue intoxication par le résidu d'un bassin de *cuivre*, cite les analyses qu'il a faites, des quantités de cuivre contenus dans les différentes confitures. Ces chiffres seraient absolument incapables de déterminer un empoisonnement : groseilles, par kilogr., 27 milligr.; cerises, 15 milligr.; mirabelles, 24 milligr.; reines-claude, 16 milligr.; coings, 20 milligr.; abricots, 17 milligr.; fraises, 11 milligr.; poires, 13 milligr.; oranges, 19 milligr.; ananas, 22 milligr.

M. BLANCHARD présente, au nom de M. Debieyre, agrégé de la Faculté de Lyon, une note sur l'anesthésie par voie rectale. Chez des lapins, auxquels on vidait préalablement l'intestin par un lavement, on injectait des vapeurs d'éther sous une pression de 3 centim. cubes de mercure ; au bout de 3 ou 4 minutes, l'anesthésie était complète. Les chiens n'ont pu être anesthésiés de cette façon ; pour obtenir, chez ces animaux, l'anesthésie chirurgicale complète, il fallait compléter l'introduction des vapeurs par voie rectale, en leur faisant inhaler de l'éther par la voie buccale, et l'insensibilité survenait alors rapidement. C'est ainsi que l'on peut procéder également chez l'homme et, à cet effet, on se servira d'un flacon à deux tubulures, dont l'une donne naissance à un manomètre et l'autre à un tube qui sera introduit dans le rectum ; le flacon rempli d'éther est mis dans un vase plein d'eau à 40°, température suffisante pour vaporiser l'éther. F. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 avril 1884. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉRIN.

M. VÉRITÉ présente l'observation d'un cas d'œdème chronique des paupières, consécutif à un eczéma de la lèvre supérieure et des fosses nasales.

M. PERRIN, contrairement à l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz, qui considère l'alcool comme un aliment destiné à se transformer par des oxydations successives au sein de l'économie, pense pour sa part que cet agent n'agit que d'une manière indirecte sur la nutrition et par l'intermédiaire du système nerveux. Déjà en 1860, M. Perrin avait démontré que l'alcool passe en nature dans le sang et qu'il est ensuite éliminé soit par les poumons, soit par les urines. Il est vrai que dans nos expériences, dit-il, une partie seule de l'alcool ingéré avait été retrouvé ; d'où cette objection que, si notre manière de voir était juste pour une partie du liquide ingéré, elle était fausse, appliquée à la totalité de la substance. Mais à cela je répondrai que, si l'alcool se transformait dans l'économie, nous devrions retrouver le produit de ces transformations. Or, il n'en est rien, et nos recherches sur l'aldéhyde sont toujours restées négatives ; de même les recherches à propos des acides acétiques et oxaliques ont donné des résultats négatifs. Quant à l'acide carbonique, non seulement il n'augmente pas chez les buveurs, mais encore c'est un fait absolument certain qu'il diminue notablement. Ceci est un point capital au point de vue physiologique et nous donne l'explication du rôle des boissons alcooliques qui, ralentissant le travail de la nutrition, constituent un agent d'épargne, et, dans les pyrexies, s'opposent ainsi à la dénutrition des tissus, et à l'élévation de la température.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Pour admettre la théorie de M. Perrin, il faudrait que l'on pût recueillir chez les animaux en expérience la totalité de l'alcool ingéré. Or, cette expérience est impossible et l'on ne peut, à l'heure actuelle, que bâtir des hypothèses sur le rôle de l'alcool dans l'économie ; mais l'hypothèse qu'il soutient, à savoir la transformation de l'alcool, lui paraît la plus rationnelle. L'alcool, en effet, avide d'oxygène, se trouve sans cesse en contact avec l'oxyhémoglobine qui ne demande qu'à perdre ce même oxygène;

© BIU Santé

il semble donc tout naturel de croire à l'oxydation de l'alcool dans ces conditions. Il se peut, d'un autre côté, qu'une partie de l'alcool, étant absorbée en nature, agisse sur le système nerveux et amène un ralentissement des fonctions de nutrition ; mais, d'un autre côté, il n'est pas moins rationnel d'admettre que la moyenne partie de cet alcool se transforme et agisse alors à la manière d'un aliment.

M. Berthelot fait observer qu'il est très difficile de déceler la présence de l'alcool dans un produit quelconque et qu'il y a dans cette difficulté expérimentale une cause d'erreur dont il faut tenir compte dans l'appréciation des résultats obtenus,

M. Collin (d'Alfort). On n'a pas prouvé que la totalité de l'alcool ingéré soit éliminé ; M. Perrin ne peut donc conclure que la transformation de l'alcool n'existe pas. Du reste, si M. Perrin a retrouvé l'alcool en nature dans les excrétions des animaux soumis à l'expérience, c'est parce qu'il leur en administrait des doses excessives, et l'organisme se débarrasse alors de l'alcool comme il le ferait pour tout corps étranger.

M. J. Guérin dit que, dans la discussion, les auteurs n'ont pas assez tenu compte de la voie d'élimination par le tube intestinal dont le rôle cependant est assez important.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 octobre 1883. — Présidence de M. Cornil.

12. Athérome aortique et mitral. — Asystolie. — Mort ; par M. R. Durand-Fardel, interne des hôpitaux.

Le nommé Perr... (Félix), âgé de 59 ans, métreur, entre le 13 septembre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, service de M. Gallard.

Antécédents alcooliques. Pas de rhumatisme. Ce malade est soigné depuis plusieurs mois pour des attaques d'asystolie assez rapprochées les unes des autres, accompagnées de douleurs d'angine de poitrine peu marquées.

Actuellement, l'asystolie est intense : faciès vultueux, respiration courte et sifflante, œdème des membres inférieurs, urines rares, etc. Le pouls est petit, irrégulier.

A l'auscultation, on trouve les poumons remplis de râles humides. Le cœur est considérablement hypertrophié. Les battements sont faibles et précipités. Irrégularités, faux pas et intermittences. Souffle léger au niveau de l'orifice pulmonaire et de l'orifice aortique.

29 *septembre*. Les battements cardiaques sont un peu régularisés. On entend, outre le souffle d'insuffisance aortique, un souffle d'insuffisance mitrale qui n'est pas toujours perceptible. Peu de modification les jours suivants ; la digitale agit très mal.

1er *octobre*. L'oppression est plus vive, les urines plus rares. Folie cardiaque, somnolence continuelle. Délire nocturne.

5 *octobre*. Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie, 36 heures après la mort. — A l'ouverture du thorax, on constate l'existence d'un hydrothorax peu considérable et récent. *Poumons* congestionnés, emphysémateux, pas d'infarctus. *Cœur* énorme, pèse 754 grammes. Les parois du ventricule gauche mesurent 3 centimètres d'épaisseur ; mais les cavités sont tellement augmentées de volume que la dilatation semble, proportionnellement, prédominante sur l'hypertrophie. L'orifice mitral est considérablement élargi. Les valvules sont ratatinées, et la postérieure ne présente plus qu'un bourrelet épais, incrusté de matière calcaire d'une grande dureté.

L'orifice aortique, très dilaté, est insuffisant. Les valvules sigmoïdes indurées. L'*aorte* présente à l'extérieur une augmentation de volume considérable. Des bosselures la déforment dans toute la longueur de la crosse et l'une d'elles, plus volumineuse, régulièrement arrondie, siège à la partie la plus élevée de la convexité. Lorsqu'on fend l'aorte dans sa longueur, on voit qu'elle est couverte de plaques calcaires, et la paroi est déprimée en plusieurs points, notamment au niveau de la dilatation déjà mentionnée, véritable anévrysme, du volume d'une noix, remplie de caillots adhérents.

Foie ratatiné, très dur, muscade, pèse 1850 grammes. Infarctus anciens dans la *rate* et dans les *reins*. Artères périphériques athéromateuses.

13. Obstruction intestinale par diverticule adhérent au mésentère. — Laparotomie ; par M. C. Godet, interne provisoire.

Le nommé Goda... (Sébastien), âgé de 43 ans, journalier, entre à l'hôpital Tenon le 20 mai 1883.

Cet homme dit avoir joui toujours d'une excellente santé. Il n'accuse aucune maladie antérieure ; jamais il ne s'est plaint de douleurs abdominales ; il allait régulièrement à la selle. On ne remarque chez lui aucun vice de conformation, si ce n'est une ectopie testiculaire double. Le scrotum est très peu développé. On sent les deux testicules à l'anneau inguinal externe. Il raconte que, le jeudi 17 *mai*, vers quatre heures du soir, en revenant de son travail, il éprouva, à la suite d'une ingestion d'eau assez considérable, une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Une heure après, il alla à la selle. Le lendemain, la douleur persistant toujours très intense, il prit un purgatif dans la matinée, mais le vomit aussitôt. Il n'eut pas d'autres vomissements dans la journée. Depuis la veille, il ne rendait plus de gaz par le rectum.

Le dimanche 20 *mai*, à son entrée à l'hôpital Tenon, dans le service de M. du Castel, on constate chez lui l'état suivant : La langue est rosée, humide. Le malade n'a ni vomissements ni hoquet. Le ventre est assez tendu, et l'on voit les anses intestinales se dessiner sous la paroi abdominale, animées de mouvements très intenses. La constipation est absolue ; le malade ne rend ni gaz ni matières par le rectum ; les urines sont rares. Le pouls est petit, peu fréquent. La température est normale.

21 *mai*. L'état du malade ne s'est nullement amélioré. En outre la veille, dans la soirée, apparurent des vomissements bilieux, nullement fécaloïdes, qui persistent. Le malade a un faciès abdominal très prononcé ; les yeux sont excavés. Il y a un peu d'algidité des extrémités. Le météorisme n'est pas très considérable, mais les mouvements péristaltiques sont très marqués. La constipation est absolue ; l'anurie est presque complète. M. du Castel ordonne de l'huile de ricin, à prendre par cuillerées à café ; mais le malade ne peut les supporter, les vomit aussitôt. On administre des pilules d'opium et de belladone de 1 centigr. chacune. A prendre toutes les six heures une pilule de belladone et toutes les heures une pilule d'opium.

22 *mai*. La dépression du malade est très considérable, l'algidité des extrémités très marquée ; le faciès abdominal très prononcé. Le ventre est tendu, assez douloureux dans la région iliaque droite. Le météorisme est peu considérable cependant.

Le malade passe en chirurgie, dans le service de M. le Dr Gillette, vers midi. Le pouls est très petit, filiforme. La température rectale marque 36°, 4. Les extrémités sont froides, l'anurie complète. Le malade est très déprimé, d'une faiblesse extrême. Le ventre est peu sensible. M. Gillette prescrit une potion de Todd, que le malade a pu supporter. Avec une sonde, on injecte dans le rectum cinq siphons d'eau de Seltz, mais ils sont rendus aussitôt.

Vers quatre heures du soir, le malade étant un peu mieux, le pouls plus fort, on tente l'application de l'électricité : un pôle placé dans le rectum, l'autre sur la paroi abdominale, pendant dix minutes environ, mais sans résultat. M. Gillette se décide alors à pratiquer la laparotomie avec toutes les précautions antiseptiques.

Une incision est faite depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse pubienne. Le péritoine est ouvert et les anses intestinales tendent à s'échapper au dehors. On constate que l'intestin est assez congestionné, mais qu'il n'y a nulle trace de péritonite.

En déroulant la masse intestinale, on aperçoit profondé

© BIU Santé

ment, vers la partie inférieure de l'intestin grêle et à droite, une anse intestinale complètement affaissée et plongeant dans le petit bassin. En explorant plus attentivement, on constate, au point où l'intestin cesse d'être distendu, un rétrécissement intestinal de 2 centimètres, dans un point où l'intestin est collé absolument sur le mésentère. La palpation démontre que la paroi intestinale est souple, sans production néoplasique. Il s'agit probablement d'un rétrécissement inflammatoire chronique, blanc au centre et présentant une teinte ecchymotique à la périphérie.

Au niveau et au-dessous du rétrécissement, se trouve un diverticule intestinal, long de 8 centimètres environ, affaissé comme l'anse intestinale elle-même, nullement distendu par des matières fécales. Ce diverticule siège environ à 20 centimètres de la valvule iléo-cœcale, vers laquelle il se trouve tendu par le mésentère. En effet, adhérent au mésentère dans toute son étendue, ce diverticule ne forme ni un nœud autour de l'intestin, ni un pont sous lequel une anse se serait engagée. Tirant sur l'intestin, il détermine seulement une brusque coudure, augmentée encore par la distension des anses intestinales situées au-dessus de lui.

En présence de cette disposition, et toute résection intestinale étant impossible, M. Gillette pratique un anus contre nature à 1 mètre environ du cœcum. Il maintient l'anse à la paroi abdominale au moyen de sutures. Il ferme également la plaie de la paroi abdominale avec des sutures, et on applique le pansement de Lister. Le malade est très affaibli. Le pouls est très petit. La mort ne tarde pas à survenir.

Autopsie, pratiquée 24 heures après l'opération.—On enlève les sutures de la paroi abdominale, et l'on contate qu'il n'y a nulle trace de péritonite. Quelques ecchymoses sur l'intestin. Le mésentère est fortement congestionné. L'insufflation de l'intestin montre que le rétrécissement n'est pas infranchissable. L'anse intestinale, affaissée pendant la vie, se laisse peu distendre cependant.

Le diverticule, partant du point rétréci, se laisse aussi insuffler. En incisant l'intestin, on constate sur la muqueuse les traces d'une inflammation chronique ayant diminué le calibre de l'intestin, mais il n'y a nulle part d'ulcération. Le diverticule, compris tout entier dans le mésentère, est fortement tendu par lui, et lui-même exerce une forte traction sur l'intestin.

Réflexions. — En résumé, il ne s'agit pas ici ni d'un pont ni d'un nœud diverticulaire, comme MM. Parise et Cazin en ont cité des exemples. L'obstruction était due à la présence d'un diverticule, adhérent dans toute son étendue, qui, par sa direction tendue, a forcé l'intestin à se couder. Cette coudure s'est exagérée brusquement sous l'influence d'une cause occasionnelle, ingestion d'une grande quantité d'eau. Le diagnostic de la cause n'a pas été porté avant l'opération, mais la présence d'un vice de conformation, ectopie testiculaire double, l'absence d'accidents antérieurs du côté de l'abdomen, le début brusque par une douleur très vive dans le côté droit, l'absence de vomissements fécaloïdes, sont des signes qui militent en faveur de l'obstruction par diverticule intestinal.

14. Note sur une tumeur polypiforme des fosses nasales par M. Morel-Lavallée, interne des hôpitaux.

La tumeur dont il s'agit provient d'un ecclésiastique des environs de Paris, âgé d'une soixantaine d'années, et venu se faire opérer dans le service de M. Bouilly, à l'hôpital Beaujon.

Cet homme avait un nez très volumineux, et, par la narine gauche, énormément dilatée, venait faire saillie une tumeur sphéroïdale, rougeâtre ou mieux rose pâle, grosse comme une noix, mobile (le stylet en faisait le tour) et ulcérée à sa partie inférieure, qui pendait en dehors. A part la difformité et une gêne marquée par les temps humides, le malade était si peu incommodé que, son peu de bravoure aidant, il avait gardé cette tumeur depuis quelque vingt-cinq ans et venait seulement de se décider à l'opération. Ni épistaxis, ni gêne de la déglutition, ou même, vu l'accoutumance, de la respiration.

M. Bouilly essaie en vain de prendre la tumeur dans l'anse d'un écraseur, il ne peut atteindre le pédicule. Le lendemain, il fait une incision dans le sillon génio-nasal, et, relevant l'aile du nez, aperçoit le point d'implantation du polype sur le cornet moyen. Il sectionne ce pédicule avec un serre-nœud et s'aperçoit alors, qu'outre la partie à l'orifice de la narine, la tumeur avait deux prolongements inattendus, l'un couché sur le plancher de la fosse nasale gauche, l'autre le long du sinus maxillaire, dont la paroi interne était déprimée et rejetée en avant. La cloison n'était pas déviée.

La tumeur, vue sur la table, a la forme et le volume d'un petit ris de veau. Le prolongement antérieur est sphéroïdal; les deux autres sont renflés à leurs extrémités; on dirait des breloques de montre. Ces prolongements, libres de toute adhérence, ont l'aspect fibreux par places; le postérieur, qu'on eût pu sans doute sentir avec le doigt derrière le voile du palais, est hérissé de petites saillies dures comme une crête de dindon.

Réflexions. — Quelle est la nature de cette tumeur? Avant l'extraction, on eut dit un polype muqueux; mais le volume, la couleur et la consistance de ses prolongements donnent à réfléchir. Il est en tout cas remarquable qu'une production aussi volumineuse ait pu passer fonctionnellement inaperçue, ou à peu près.

L'*examen histologique* nous a montré que nous avions affaire à du *myxome* pur. Dans certaines parties de la tumeur, surtout au centre, on ne rencontre absolument que le tissu muqueux avec ses cellules étoilées, à prolongements ramifiés.

Les couches immédiatement sous-jacentes au revêtement fourni par la pituitaire sont, à beaucoup d'endroits, infiltrées de cellules embryonnaires. Il en est de même autour des glandes, surtout de celles qui, en très grand nombre, sont devenues kystiques. L'un de ces kystes, situé au centre d'un prolongement du polype, a plus de 1 centimètre de diamètre; sur ses parois, on voit l'épithélium glandulaire, à cubes allongés, se détacher par plaques, la base des cellules étant soulevée par une masse de cellules rondes.

En aucun endroit de la tumeur on ne trouve de tissu fibreux; nulle part non plus de sarcome. En résumé, polype muqueux, myxome enflammé par places.

Séance du 26 octobre 1883. — Présidence de M. Cornil.

15. M. Cornil montre des préparations de l'*éléphantiasis* dont il a présenté les pièces à la dernière séance. Il n'y a pas de lésions de l'épiderme; les papilles sont un peu hypertrophiées et contiennent un certain nombre de cellules rondes. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la grande quantité de tissu conjonctif interposé aux faisceaux musculaires du dartos; sans trace de tissu adipeux, comme cela est la règle en pareil cas.

Par comparaison, M. Cornil montre des préparations d'un éléphantiasis du sein, portant uniquement sur la peau extrêmement épaissie, la glande étant absolument indemne. Ici encore, les papilles sont à peine malades, la lésion principale est l'épaississement du tissu conjonctif par faisceaux denses infiltrant le derme.

16. Hernie inguinale ancienne. — Inflammation et ulcérations de l'intestin au-dessus de la hernie. — Perforation simulant l'étranglement; par M. H. Hartmann, interne des hôpitaux.

B..., âgé de 55 ans, cocher, entre le 3 septembre 1883 dans le service de M. Terrier, alors suppléé par M. Richelot, à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, lit n° 15. Cet homme porte depuis l'âge de 15 ans une hernie inguinale droite. Cette hernie, à ce qu'il dit, est ordinairement contenue par un bandage; elle sort de temps en temps, mais rentre avec facilité. Plusieurs fois, en même temps qu'elle sortait, il a

© BIU Santé

éprouvé des douleurs abdominales assez vives. Hier, à 7 heures du soir, il conduisait sa voiture, lorsqu'il éprouva une douleur abdominale violente ; en même temps, il lui sembla que la hernie filait sous le bandage. On fut obligé de le transporter chez lui. Le lendemain matin, deux tentatives de taxis sont faites en ville par un médecin, sans anesthésie, chacune durant de 10 minutes à un quart d'heure. Le malade, dont les gardes-robes avaient été les jours précédents régulières, avait eu deux selles diarrhéiques, la première à 7 heures, la seconde à 8 h. 1/2. On l'amène dans l'après-midi à l'hôpital, où il arrive dans l'état suivant :

Faciès bon quoique un peu anxieux ; ni nausées, ni vomissents, ni ballonnement du ventre. On trouve à droite une hernie inguino-scrotale, à peu près du volume du poing, mate, souple, irréductible, indolente spontanément et à la pression, sauf au niveau du pédicule qui offre le volume de l'extrémité des doigts de la main réunis et qui est dur, sensible à la pression. On ne peut passer le doigt entre le pédicule et l'anneau.

Malade gras, à face un peu vultueuse ; les membres inférieurs sont œdémateux, variqueux et eczémateux. T. 37°,8. Le soir, à 9 heures, anesthésie. Taxis de 10 minutes ; aucune diminution dans le volume de la tumeur ; cependant, à un moment on a senti quelques gargouillements sous le pouce gauche qui maintenait le collet de la hernie. Kélotomie. A l'ouverture du sac, on voit s'écouler de la sérosité citrine contenant un coagulum fibrineux. L'intestin qu'on aperçoit à la partie supérieure offre sa coloration normale, et se présente avec l'aspect bosselé, caractéristique du gros intestin. Quoique l'anneau admette facilement l'extrémité du doigt, la réduction est impossible par suite de l'adhérence absolue de l'intestin à toute la partie externe du sac. Lavage de l'intestin avec la solution phéniquée au 1/20e. Suture au crin de Florence ; drain. Lister avec pommade borique sur les bourses. Pendant le pansement, une émission gazeuse par l'anus.

4 *septembre*. Le malade a eu un vomissement bilieux pendant la nuit. Pansement ; T. 38°,3. Le soir, vomit un peu de vin qu'il a pris. Cependant, il dit ne souffrir nullement et se trouve mieux que la veille. Faciès bon. T. 38°,5.

5 *septembre*. Pas de vomissements depuis hier au soir ; quelques éructations ; le ventre est météorisé, mais n'est nullement douloureux, ni spontanément, ni à la pression. Il n'y a toujours ni selle, ni gaz par l'anus. T. 37°,4 ; 37°,7.

6 *septembre*. Deux vomissements bilieux dans la nuit ; quelques douleurs abdominales ; le météorisme a augmenté. On refait le pansement, aucune douleur au niveau de la plaie. Malgré cela, M. Richelot, qui n'avait pas vu le malade le jour de son entrée, s'arrête au diagnostic péritonite. T. M., 37°,1 ; S., 38°,2.

7 *septembre*. Un vomissement dans la nuit. On donne 30 grammes d'huile de ricin. Deux heures après, vomissements porracés. Le ventre se ballonne, la respiration devient difficile et fréquente ; le malade meurt dans la nuit du 7 au 8, sans avoir présenté de nouveaux symptômes. T. le matin, 37°,3 ; le soir, 37°,5.

Autopsie. — Cœur : surcharge graisseuse, athérome. Poumons : Congestion des lobes inférieurs, surtout à droite, à gauche quelques adhérences pleurales faciles à déchirer. Cavité abdominale : A l'ouverture du péritoine, issue de gaz fétides en grande quantité ; épanchement de matières intestinales semi-liquides, d'un gris un peu sale dans toute la cavité abdominale, jusque entre le diaphragme et le foie. Foie un peu muscade ; quelques calculs dans la vésicule biliaire. Rate saine. Reins un peu volumineux, se décapsulant bien.

En ouvrant la hernie, on constate que les bords de la plaie sont agglutinés par de la lymphe plastique facile à dissocier ; l'intérieur du sac contient un peu de sérosité sanguinolente. L'intestin contenu appartient à la terminaison du côlon ascendant. Quant aux adhérences à la paroi du sac, elles n'existent pas, mais l'intestin adhère intimement à une masse graisseuse de consistance assez ferme, mesurant environ 9 à 10 centimètres de long sur 6 de large et ayant une forme générale qui rappelle celle d'une poire. Cette masse est constituée par une sorte de lipome développé au niveau d'un des appendices graisseux sous-péritonéaux du côlon.

En ouvrant l'intestin, on constate que, dans toute la portion située au-dessous du lipome intra-herniaire, il est petit, que la muqueuse y est d'un blanc grisâtre, plissée transversalement. Au contraire, au-dessus du lipome, il est dilaté, la muqueuse est épaissie, injectée, et ces altérations existent dans toute la portion du gros intestin située au-dessus de la hernie, 20 à 25 centimètres environ. On y remarque de plus des exulcérations offrant un contour général arrondi ; en approchant du cœcum, on trouve des ulcérations plus larges, atteignant presque la dimension d'une pièce de 20 centimes, mais de forme irrégulière, creusant la muqueuse plus ou moins profondément. Au fond d'une de ces ulcérations, immédiatement au-dessus du cœcum, on trouve une perforation arrondie, dont les dimensions ne dépassent pas celles d'un grain de millet. Vue par la face externe, elle paraît taillée comme à l'emporte-pièce ; elle est entourée de fausses membranes qui forment à son niveau comme une petite poche qui, à son tour, s'ouvre dans la grande cavité péritonéale. Par la face interne, on voit que cette perforation répond à une ulcération analogue à celles que nous avons déjà décrites ; l'intestin s'amincit graduellement jusqu'au niveau de la perforation, dont les bords sont exclusivement formés par la tunique séreuse. Le reste du gros intestin et l'intestin grêle n'offrent pas d'altérations. L'épiploon est surchargé de graisse.

Réflexions. — 1° On remarquera dans cette observation le peu d'intensité des symptômes, à part la douleur du début, dans les premiers jours qui suivirent la perforation. Et certes, en présence d'un malade qui affirmait de la façon la plus absolue que sa hernie, ordinairement réduite, était sortie de la veille, qui en même temps présentait des symptômes d'étranglement, deux selles coup sur coup, puis une absence complète d'émission gazeuse ou autre par l'anus, on comprend l'erreur de diagnostic qui conduisit à faire la kélotomie, opération qui semble presque devenir tout à fait bénigne quand elle est faite de bonne heure et suivant les règles antiseptiques.

2° Quelle a été, dans le cas présent, la cause de la perforation ? Nous avons vu que toute la portion du gros intestin au-dessus de la hernie paraissait chroniquement enflammée, offrait à sa face interne des ulcérations, et que la perforation siégeait au fond de l'une d'elles. Le siège exact de ces altérations dans toute la portion du gros intestin située au-dessus de la hernie et rien que dans cette portion, le calibre considérable de l'intestin au-dessus par rapport à celui de la portion située au-desous de la hernie, tout nous porte à voir dans la hernie la cause de ces altérations, de cette dilatation. Par suite de la présence du lipome intra-herniaire irréductible, qui constamment tirait l'intestin par en bas, celui-ci se trouvait coudé à ce niveau ; d'où une sorte de rétrécissement, un obstacle au cours des matières qui, irritant continuellement la face interne du canal, causèrent une inflammation chronique, des ulcérations de la muqueuse et enfin la perforation au niveau d'une de ces ulcérations.

17. Myxo-fibrome du sein ; par M. H. Hartmann, interne des hôpitaux.

J..., âgée de 35 ans, couturière, entre le 16 octobre 1885 dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 11, pour se faire opérer d'un tumeur au sein gauche.

Il y a dix ans, sans cause connue, elle a constaté l'existence d'une tumeur du volume d'une noisette, roulant sous le doigt, qui, depuis cette époque, a grossi graduellement et d'une façon continue, de temps à autre, particulièrement à l'époque des règles, elle était le siège de légères douleurs. La malade nous apprend que sa mère est morte d'un cancer de l'utérus, son père du choléra ; enfin, ses frères et sœurs sont morts en bas-âge. Elle n'a jamais fait de ma-

© BIU Santé

ladie grave, est réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans; et, il y a quatre ans, a été accouchée au forceps d'un enfant mort.

Etat actuel. Les seins sont un peu tombants; rien de particulier à la simple inspection, si ce n'est, du côté gauche, où une veine bleuâtre, partant de l'aréole, traverse à peu près horizontalement toute la partie externe du sein. Au palper, on trouve immédiatement au-dessous de cette veine, occupant une bonne partie de la région externe de la glande, une tumeur de forme irrégulière, composée de deux lobes : l'un, volumineux, irrégulier, donne la sensation d'un lobe glandulaire injecté; l'autre, plus saillant, immédiatement sous-cutané, est arrondi, de la forme et du volume d'une petite bille; il est situé immédiatement en dehors du mamelon, presque sous l'aréole. Au-dessus du mamelon, on trouve une troisième tumeur arrondie, de la forme et du volume d'un pois chiche. Toutes ces tumeurs ont une consistance ferme, sont indolentes, nettement limitées, roulent sous le doigt. Le reste de la glande ne semble rien présenter d'anormal. Le mamelon est sain et n'a jamais donné lieu à aucun écoulement. Rien dans l'aisselle ni dans la glande du côté opposé. Etat général excellent. Ni glycosurie, ni albuminurie.

20 *octobre*. Anesthésie. Ablation de toute la glande par deux incisions semi-lunaires se rejoignant. Sutures au crin de Florence, drain. Pansement de Lister.

24 *octobre*. Pansement. On diminue le calibre du drain et l'on enlève la moitié des fils.

26 *octobre*. On enlève les derniers fils et l'on supprime le drain. Réunion par première intention vraie (superficielle et profonde).

8 *novembre*. Exeat.

Examen de la mamelle enlevée. — A la partie externe de la glande, on trouve une tumeur encapsulée, très nettement lobulée à sa surface, offrant la forme générale d'un lobe injecté et hypertrophié. Plusieurs autres tumeurs, arrondies, encapsulées, d'un volume variant d'un pois à une noisette, se voient dans le reste de la glande. A la coupe, toutes ces tumeurs paraissent formées d'un tissu homogène, d'un blanc un peu jaunâtre, devenant rosé par l'exposition à l'air, de consistance un peu molle. A la partie interne de la grosse tumeur, se trouve une petite cavité kystique du volume d'un très petit pois, remplie d'un liquide laiteux. Des coupes, pratiquées en divers sens dans la mamelle, y démontrent l'existence d'une dizaine de petits kystes atteignant ou même dépassant le volume d'une tête d'épingle. Sur des coupes faites par M. Darier, M. Malassez nous a montré, avec son obligeance habituelle, les détails suivants :

A un faible grossissement, on constate un agrandissement des cavités glandulaires de la mamelle. Avec un grossissement plus fort, on constate que l'altération porte surtout sur la couche celluleuse immédiatement sous-épithéliale. Celle-ci a proliféré, s'est transformée en tissu muqueux qui apparaît sous l'aspect d'une bande plus claire, où l'on distingue des corpuscules étoilés, au-dessous de l'épithélium d'un rouge plus vif (par le picro-carmin). Par suite de ce développement de tissu muqueux autour de la cavité glandulaire, celle-ci se trouve agrandie par un mécanisme assez analogue, selon M. Malassez, à celui qui fait rapprocher les deux extrémités de l'arc d'un thermomètre à air. La circonférence, formée par le tissu muqueux, se trouvant agrandie par le fait même du développement de ce tissu, le cercle qu'elle circonscrit se trouve agrandi. Par places, ce tissu muqueux, immédiatement sous-épithélial, s'est développé de manière à faire saillie dans la cavité glandulaire sous forme de bourgeons, d'où des formes variées de cette cavité glandulaire observées sur une coupe; tantôt un bourgeon part d'une paroi et va presque jusqu'à la paroi opposée, remplissant la plus grande partie de la cavité glandulaire, qui prend alors la forme d'un croissant. En d'autres endroits, le bourgeonnement a eu lieu en divers points de la circonférence, d'où un aspect étoilé de la lumière du conduit glandulaire. En certains points de la coupe, la section montre la cavité glandulaire, et, en son centre, sans connexion avec la paroi, un îlot myxomateux entouré d'épithélium. On a coupé, avec la cavité glandulaire, un bourgeon qui faisait saillie dans son intérieur.

Réflexions. — En somme, il s'agit là d'une tumeur ayant des rapports intimes avec la glande; le tissu morbide est développé immédiatement sous l'épithélium glandulaire; celui-ci a proliféré pour couvrir les bourgeons de tissu morbide, mais sa prolifération s'est arrêtée là; ce n'est pas de l'épithélioma; ce n'est pas non plus un sarcome, cette variété de tumeur se développant aux dépens du tissu interstitiel proprement dit; c'est un myxo-fibrome, ce qu'on aurait appelé autrefois un adénome fibreux multiple de la mamelle.

Séance du 2 novembre 1883. — Présidence de M. Cornil.

2. Encéphaloïde du cœur. — Encéphaloïde du creux poplité. — Généralisation dans les viscères; par M. Brunon, interne des hôpitaux.

Marie L..., âgée de 68 ans, entre dans le service de M. Després, salle Sainte-Rose, à la Charité, pour une tumeur du creux poplité droit. Cette région est le siège d'un empâtement énorme qui l'a complètement défigurée et où l'on perçoit une fluctuation profonde très nette.

Les mouvements de l'articulation ne sont pas complètement abolis, et, quoique peu étendus, ils ne sont pas très douloureux. Il y a des masses ganglionnaires du volume d'une noix dans l'aine droite, et tout le membre inférieur est œdématié.

La sensibilité y est presque complètement abolie, surtout dans le segment inférieur. Il existe à la face dorsale du pied des traces de brûlures au premier et au second degré, causées par une bouteille d'eau chaude que la malade ne sentait pas.

La santé générale est mauvaise. L'aspect très cachectique; le teint est pâle, subictérique; les paupières légèrement œdématiées. L'appétit est nul. Il y a de l'albumine dans l'urine. La respiration est très gênée; il y a de l'orthopnée. Emphysème pulmonaire, symptômes de bronchite. Au cœur, signes manifestes d'une insuffisance mitrale.

L'état général n'est aussi mauvais que depuis 4 mois, au dire de la malade; mais la tumeur du creux poplité aurait apparu pour la première fois *il y a 24 ans*. C'était alors une tumeur dure, du volume d'une petite noix et roulant sous le doigt. Elle ne gênait pas sa marche, et la malade ne s'en est pas inquiétée. Elle n'a sensiblement augmenté de volume qu'il y a 4 ou 5 mois, mais son évolution a été rapide; aujourd'hui, il n'y a plus de tumeur limitée, mais un empâtement qui obstrue tout le creux poplité.

Vingt-cinq jours après son entrée à l'hôpital, la malade meurt. Les phénomènes asphyxiques ont été s'exagérant, il y a une ascite et une anasarque énorme.

Autopsie. — On trouve les viscères dans l'état suivant : *Cœur*. Tumeurs multiples isolées, au nombre de 7, d'un volume variant de celui d'une lentille à celui d'un pois, siégeant toutes sur le ventricule droit; quelques-unes sont situées dans l'épaisseur du myocarde et font saillie du côté du péricarde. D'autres, les plus volumineuses, sont comme pédiculées et sembleraient appartenir au péricarde lui-même. Aucune tumeur semblable à la face interne des ventricules.

Le tissu de ces petites tumeurs est assez résistant; sur la surface de section, il est rosé et assez dense. Tout le myocarde est profondément altéré par la transformation granulo-graisseuse, le tissu est mou, flasque et jaunâtre sur la surface de section. Les valvules sont saines. De l'examen grossièrement fait en injectant de l'eau par l'aorte, on constate une insuffisance de la valvule mitrale.

Bronches. La bronche droite est comprimée par une tumeur ganglionnaire immédiatement appliquée sur elle, et du volume d'une très grosse noix. *Poumons*. Emphy-

© BIU Santé

sème et légère dilatation uniforme des bronches. Le *foie* est littéralement farci de tumeurs cancéreuses. Les autres viscères et les ganglions de l'abdomen sont sains.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 avril 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

M. D'HEILLY montre la *trachée* d'un enfant opéré de la trachéotomie ; il existe sur cette trachée au-dessous de l'incision opératoire, une ulcération au fond de laquelle on a constaté au moment de la nécropsie, l'existence d'un petit pertuis qui conduisait le stylet dans le tronc trachéo-céphalique. — L'enfant était considéré par M. d'Heilly comme guéri, sa plaie trachéale était cicatrisée, lorsque douze jours après l'opération le malade fut pris d'hémoptysies, la cicatrice de la peau se rompit, et la mort arriva par hémorrhagie. — M. d'Heilly pense que l'ulcération qu'il présente et qui faisait communiquer le tronc trachéo-céphalique avec la trachée, a été due vraisemblablement au frottement réitéré de la canule, bien que celle-ci ne soit restée en place que quelques jours.

M. LAVERAN appelle l'attention sur un cas de *pneumonie lobaire* accompagnée de tympanisme sous-claviculaire. Dans le cas dont il s'agit, le tympanisme se montra très accusé à gauche pendant toute la durée de la maladie, et l'on fut surpris à l'autopsie de constater que le poumon de ce côté gauche était entièrement hépatisé. M. Laveran croit donc que les explications qu'on a données jusqu'ici du tympanisme sous-claviculaire ne sont pas applicables à tous les cas. Dans l'espèce, en effet, on ne peut admettre que l'exagération de la sonorité normale ait été, comme on le pense d'ordinaire, en rapport avec les parties restées saines, puisque nulle partie du poumon n'était intacte. M. Laveran croit que dans son cas la percussion décelait la sonorité de la trachée et des bronches. Il appelle du reste sur son observation et son interprétation les réflexions de la Société.

M. DEBOVE présente un homme atteint d'*hystérie*. Ce malade, bien portant jusqu'en 1881, serait à cette époque tombé sans connaissance, comme pris d'une sorte d'attaque apoplectique. On le transporta dans un hôpital où l'on constata une hémiplégie gauche, sans hémianesthésie. Ces accidents furent mis sur le compte d'une syphilis cérébrale ; mais leur durée ne dépassa pas deux mois. Au bout de ce temps le malade sortit guéri. M. Debove ne croit pas à la justesse du premier diagnostic porté. Il fait observer que le début soudain de la paralysie, sa disparition en quelques semaines, l'existence d'une contracture qui se montra le lendemain de l'attaque et disparut promptement, autorisent à rejeter l'idée de la syphilis cérébrale. — Il y a un mois, le malade a été pris de nouveaux accidents : attaque apoplectiforme, hémiplégie gauche consécutive, accompagnée cette fois d'anesthésie et de contracture du même côté. Actuellement, l'hémianesthésie persiste. Avant de présenter le malade à la Société, M. Debove a voulu s'abstenir de tout traitement, mais il est convaincu que les troubles de la sensibilité se modifieront sous l'influence des œsthésiogènes. M. Debove insiste sur deux particularités du cas : 1° le caractère apoplectiforme que les attaques ont revêtu par deux fois et qui aurait pu donner lieu à des erreurs de diagnostic (à preuve le 1er diagnostic porté) ; 2° l'existence d'une douleur à la pression au niveau de la fosse iliaque. Pour lui ce dernier fait serait un argument de plus contre la doctrine en vertu de laquelle la douleur dite *ovarienne* des hystériques aurait l'ovaire pour siège. Ne sait-on pas d'ailleurs que les douleurs dont il s'agit ont persisté à la suite de l'ablation de ce dernier organe.

M. JOFFROY ne saurait accepter entièrement les conclusions dernières de M. Debove. Ce n'est certainement pas en tant que glande chargée de secréter l'ovule que l'ovaire joue un rôle dans la douleur des hystériques. Il est le siège de la douleur parce qu'il est placé au centre d'un riche plexus nerveux ; c'est ce plexus qui est en cause dans l'ovarie, et comme ce plexus va et vient, descend et remonte avec l'ovaire, dans la grossesse par exemple, on est dans une certaine mesure autorisé à dire que c'est l'ovaire qui est le siège de la douleur. Il est probable que chez l'homme le même plexus nerveux qui va du testicule aux ganglions abdominaux, est également en cause dans les cas de douleur de la fosse iliaque.

MM. GÉRIN-ROZE, LACOMBE et CUFFER ne sont pas absolument convaincus de la nature hystérique des accidents présentés par le malade de M. Debove. Ne pourrait-il pas s'agir d'un *simulateur* ?

M. DEBOVE ne pense pas que l'objection puisse être sérieusement soutenue dans le cas particulier. D'ailleurs, il fera de nouvelles observations en s'entourant de toutes les garanties requises en l'espèce, et il les communiquera à la Société.

M. TROISIER montre un malade atteint d'une *dilatation variqueuse de la veine sous-cutanée abdominale*. Cette dilatation s'est oblitérée à la suite d'une phlébite des veines variqueuses du membre inférieur qui s'est propagée à la sous-cutanée abdominale. M. Troisier ne peut se prononcer sur la cause de cette varice à siège insolite. Son malade n'est atteint d'aucune affection du poumon ou du cœur. M. Lagrange, en 1881, aurait signalé un fait analogue au précédent.

G. BALLET.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 avril 1884. — PRÉSIDENCE DE M. M. SÉE.

M. TRÉLAT dépose deux observations importantes d'*anévrysme*. La première est relative à un cas d'anévrysme diffus du creux poplité guéri par la ligature de la fémorale. On avait essayé déjà différents modes de compression ; cependant M. Trélat essaya encore la compression indirecte, faite à l'aide d'un appareil extrêmement ingénieux ; des séances très longues, pendant lesquelles la compression put être maintenue parfaite et totale pendant 70 heures, une fois même pendant 96 heures consécutives, ne donnèrent aucun résultat. L'anévrysme grossissait ; une petite ecchymose apparut dans le creux poplité, et M. Trélat fut conduit à penser qu'il avait affaire à un anévrysme diffus. Broca, appelé en consultation, confirma cet avis, ne crut pas au succès possible par la compression et fit même entrevoir la possibilité d'une amputation. De nouvelles ecchymoses ayant apparu dans le jarret, M. Trélat pratiqua la ligature de la fémorale à la partie inférieure du triangle de Scarpa. Sans doute les longues séances de compression avaient préparé les voies anastomotiques, car on n'observa aucun phénomène de refroidissement dans le membre. La tumeur durcit, puis diminua. Après quatre mois le malade commença à marcher avec des béquilles, et bientôt il fut absolument guéri. La guérison s'est maintenue depuis de longues années, le membre a repris tous ses usages, et c'est à peine s'il reste dans le jarret une petite induration.

La deuxième observation est relative à un garçon de quinze ans, porteur d'un anévrysme artério-veineux d'origine traumatique. La tumeur siégeait à la partie inférieure de la cuisse et donnait à l'auscultation un bruit continu. L'anévrysme fut d'abord traité par la compression directe et indirecte ; sous l'influence de ces compressions qui ne pouvaient être prolongées au-delà d'une heure ou deux à cause de la douleur, l'anévrysme artério-veineux se transforma en anévrysme artériel. Contre ce dernier, M. Trélat essaya la compression indirecte à l'aide de l'appareil qui lui avait permis de si longues séances dans le cas précédent, et après plusieurs séances, de une heure ou deux, la tumeur durcit et diminua. Bientôt la guérison fut complète, le malade put reprendre ses fonctions de domestique, et depuis plusieurs années déjà il n'a plus souffert.

M. MONOD qui a fait, avec M. Terrillon, onze *périnéorrhaphies* en n'employant, la plupart du temps, que des sutures profondes, le plus souvent sans suture rectale ni va-

© BIU Santé

ginale, communiquera ses observations et ses résultats dans la prochaine séance.

M. Hermann (de Mulhouse), communique l'observation d'une *résection costale multiple contre un empyème datant de plusieurs années.* Par une incision en H renversée, dont la branche médiane suivait la ligne axillaire, M. Hermann réséqua de longues portions des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes ; des drains furent placés et les lambeaux réunis par des sutures. Les précautions antiseptiques avaient été rigoureusement employées. Cependant la réunion ne se fit pas ; les deux volets cutanés se séparèrent et s'enfoncèrent dans la cavité qui resta béante. Il y a dix semaines environ que l'opération a été faite et les choses sont en cet état ; le rapprochement des côtes réséquées ne s'est pas fait, et il existe sur la paroi externe de la poitrine une longue et profonde excavation par laquelle on peut apercevoir le diaphragme et le poumon recouverts de granulations suppurantes. La suppuration continue et le malade va s'affaiblissant. M. Hermann examine les enseignements à tirer de cet insuccès. Sa conclusion, conforme à celle de M. Berger dans le remarquable rapport que nous avons signalé, est que l'abstention paraît devoir être la règle, quand des adhérences maintiennent solidement le poumon tout le long de son bord postérieur.

M. Ollier entretient la Société des indications du manuel opératoire, et des résultats de la *résection de l'astragale.* L'astragale est souvent malade et toujours profondément ; comme la soustraction de cet os n'a pas, d'ailleurs, une importance extrême au point de vue orthopédique et fonctionnel, il est assez fréquemment indiqué de le réséquer, surtout dans les arthrites fongueuses tibio-tarsiennes. Cette résection est une opération laborieuse, mais assez facile par le procédé de l'auteur. M. Ollier, qui, en 1867, avait conseillé une incision antéro-externe, en fer à cheval à concavité supérieure, a reconnu que ce procédé présentait de grandes difficultés d'exécution et l'a modifié en y ajoutant une incision qui suit la malléole interne. M. Ollier a fait deux résections par le premier procédé ; ces opérations étaient incomplètes, il restait toujours quelques morceaux de l'astragale arraché plutôt que réséqué, et plus tard il a fallu amputer ces malades. M. Ollier a fait 20 résections par le nouveau procédé, deux fois pour des pieds-bots, quatre fois pour traumatismes, et quatorze fois pour lésions organiques. Deux des opérés sont morts, l'un de pourriture d'hôpital, le second de tuberculose. Tous les autres ont guéri et marchent bien, sauf un qui a été amputé pour récidive quelques années après. La cavité laissée par l'astragale réséqué se comble à la longue ; le tarse est un peu diminué de hauteur, mais la marche est possible et la déformation peu appréciable. Il faut 7 ou 8 mois et quelquefois plus pour que la cicatrisation soit complète. M. Ollier insiste sur le manuel opératoire et la nécessité de drainages multiples surtout à la partie postérieure, en dedans et en dehors du tendon d'Achille ; il montre à la Société les daviers qu'il a fait fabriquer pour cette opération ; leurs mors concaves et pointus embrochent et maintiennent solidement l'astragale sans l'écraser ; l'un d'eux porte des dents tournantes qui permettent de porter ses branches dans toutes les directions sans lâcher l'astragale.

M. Ollier entretient encore la Société de la *résection* simultanée du calcanéum et de l'astragale ; c'est une mauvaise opération, que M. Ollier a été contraint de pratiquer deux fois. Cependant il a obtenu une fois un excellent résultat, le périoste conservé avait reproduit presque entièrement le calcanéum, comme on put le voir à l'autopsie de l'opéré qui succomba quelques mois après à une fièvre typhoïde.

M. Pamard (d'Avignon) communique une observation d'anévrysme traumatique de la fémorale guéri par la ligature au-dessus du sac.

M. Guermonprez (de Lille) lit un travail *sur un moyen de diagnostiquer la névrite traumatique ancienne.*

P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 avril 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Brame (de Tours) fait une communication sur le traitement de la cystite chronique et insiste surtout sur la valeur du tannin, pris à l'intérieur.

M. Blondeau, à propos du procès-verbal de la dernière séance, a traduit, dans le formulaire anglais de Martindale, ce qui a trait à l'hamamelis virginica. On se sert, en Angleterre, de la teinture de feuilles, dont on tire l'hamaméline ; cet alcaloïde est employé à la dose de 1/2 à 2 grains, en pilules ou en suppositoires. La teinture de feuilles a pour formule : Feuilles d'hamamelis, 1 once ; alcool, 10 onces. Localement on se sert d'une lotion d'hamamelis, ou on incorpore cet agent dans du caoutchouc. Enfin, la pommade suivante est très usitée : Teinture d'hamamelis, 1 drachme ; onguent simple, 10 drachmes.

M. Clément, dans le dépouillement de la correspondance allemande, relate l'emploi de la glycérine boriquée (1 pour 5) dans les cystites chroniques ; du nitrite d'amyle contre la décomposition ammoniacale de l'urine, en injections vésicales ; l'usage du peptonate de fer en injections hypodermiques, et enfin, celui du borate de quinine amorphe qui, en raison de sa solubilité, à parties égales dans l'eau, peut être très utile en injection sous-cutanée.

M. Limousin a étudié, au point de vue pharmaceutique, l'écorce de *piscidia erythrina*, fort employée en Amérique et en Angleterre comme soporifique, et sur laquelle M. Dujardin-Beaumetz doit attirer, dans la prochaine séance, l'attention de la Société.

Cette écorce provient d'une plante que l'on cultive aux Antilles, et appartient à la famille des papillonacées. Comme l'indique son nom, les fleurs sont d'un rouge vif, et elle a une action stupéfiante sur les poissons ; les indigènes s'en servent pour empoisonner les flèches avec lesquelles ils tuent les oiseaux.

On en retire un alcaloïde, la *piscidine* ($H^{24}\,C^{24}\,O^{8}$), qui est insoluble dans l'eau et qui se dissout dans l'acide chlorhydrique et l'acide sulfurique. Pour obtenir un extrait de cette plante, on traite par déplacement 500 gr. d'écorces par 900 gr. d'alcool à 60° ; on distille et on laisse évaporer. On incorpore cet extrait dans une potion ou un sirop : 3 à 4 gr., pris en une seule fois, produisent l'effet sédatif et soporifique.

M. Blondeau rapporte un cas, de sa clientèle, relatif à des vomissements incoercibles de la grossesse, chez une multipare de 2 mois, arrêtés par le valérianate de cérium ; le médicament fut administré pendant quatre jours, à la dose de 10 cent. avant chacun des deux principaux repas. Ce médicament a déjà donné de bons résultats dans des cas de vomissements de la grossesse et de vomissements nerveux, entre les mains de quelques expérimentateurs, et c'est pourquoi M. Blondeau a jugé bon de le signaler.

M. Campardon a également obtenu d'excellents effets avec l'oxalate de cérium dans quelques cas de vomissements hystériques.

M. C. Paul fait part des expériences qu'il tente en ce moment sur le traitement de la blennorrhagie par le sublimé. On sait qu'un médecin italien préconise les injections de sublimé à 1 gr. 40 pour 100 — à 60 cent. pour 100 — à 12 c. pour 100 — dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique, et prétend tuer le microbe (gonnococcus) en 7 ou 8 jours, et guérir ainsi la maladie. M. C. Paul a cultivé ce microbe, l'a inoculé ensuite à une femme et a obtenu une uréthrite avec sécrétion fibrineuse, qui a été guérie en 48 heures par des injections de sublimé (au vingt millième).

M. E. Labbé demande pourquoi on a baptisé le microbe de la blennorrhagie du nom de gonnococcus, alors que, il y a longtemps, Donné a découvert le trichomonas vaginalis. — M. C. Paul répond qu'il y a une différence très nette entre les deux parasites.

F. Bottey.

© BIU Santé

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

IV. Du traitement de l'épilepsie (hydrothérapie, arsénicaux, magnétisme minéral, sels de pilocarpine); par P. Bricon. Thèse de Paris, 1882.

V. Etude des réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde; par P. Pluyaud. Thèse de Paris, 1883.

VI. Des paralysies chez les choréiques; par G. Ollive. Thèse de Paris, 1883.

VII. La Névrose hypnotique ou le magnétisme dévoilé; par le Dr Ladame. Paris, 1881.

IV. M. Bricon a réuni dans sa thèse un grand nombre d'observations, très consciencieusement recueillies dans le service de M. Bourneville. Ces observations tendent à mettre en relief la valeur de différents agents thérapeutiques dans le traitement de l'épilepsie. Depuis de longues années, on le sait, M. Bourneville s'attache à expérimenter chez les malades atteints de mal comitial les médicaments ou les procédés curatifs, tour à tour préconisés soit à l'étranger, soit en France; et la thèse de M. Bricon n'est pas la première dont les matériaux ont été réunis dans le service des épileptiques de Bicêtre. Il est toujours fort intéressant de suivre les tentatives, quelquefois heureuses, plus souvent infructueuses, faites en vue d'améliorer une affection aussi rebelle à la thérapeutique que le mal comitial. Aussi la thèse de M. Bricon sera-t-elle accueillie avec d'autant plus d'intérêt que les documents y sont nombreux, qu'ils ont une réelle valeur, et qu'ils sont discutés et appréciés avec un grand sens critique.

Le premier chapitre est consacré aux effets de l'hydrothérapie. Sur 46 malades atteints d'épilepsie (idiopathique ou symptomatique) et soumis à un traitement régulier et assez prolongé, on a obtenu 29 fois une amélioration positive. 17 malades, au contraire, ont paru ne retirer aucun bénéfice du traitement par les douches. Tous les malades améliorés et soumis exclusivement à l'hydrothérapie ont augmenté de poids, à l'exception de deux.

Le traitement par les arsénicaux, notamment par le bromure d'arsenic et la liqueur de Clémens (solution d'arsenite de potasse bromée) n'a donné aucun résultat appréciable. M. Bricon pense qu'actuellement ces préparations doivent être rejetées du traitement de l'épilepsie. Tout au plus faut-il en limiter l'emploi à quelques cas particuliers, notamment à ceux dans lesquels existe une affection cutanée justiciable de l'arsenic.

L'auteur a étudié avec grand soin l'action du magnétisme minéral sur les accidents épileptiques. Des expériences nombreuses ont été faites à l'aide de divers appareils (aimant en fer à cheval, armures magnétiques). Les résultats obtenus ont été nuls. Aussi M. Bricon est-il d'avis qu'il faut absolument rejeter l'aimant en fer à cheval du traitement de l'épilepsie. Quant aux armures métalliques, de nouvelles recherches seraient nécessaires pour pouvoir se prononcer sur leurs réels effets. M. Bricon critique avec beaucoup de sens les idées fort risquées émises par M. Maggiorani sur les phénomènes que produirait l'application du magnétisme chez les malades atteints du mal comitial. M. Maggiorani soutient que chez une hystérique ou une épileptique sujette à des accès quotidiens, on peut être certain de provoquer par l'aimantation un accès semblable ou tout au moins quelque grave trouble nerveux. Il va plus loin et affirme que, si une application magnétique faite sur le menton ou le vertex chez un sujet qui se dit épileptique, n'a pas déterminé, après quelques minutes, un changement d'aspect du visage, une modification de la respiration, de la motilité, on peut être certain d'avoir affaire à un simulateur. M. Bricon s'élève avec vigueur contre ces conclusions hâtives.

Les expériences thérapeutiques tentées avec les sels de pilocarpine ont donné quelques bons effets. Sur 14 malades traités, M. Bricon a relevé sept cas d'amélioration, deux cas douteux et cinq insuccès. Il considère les résultats obtenus comme assez encourageants, et pense qu'il y a lieu de continuer les essais. L'auteur dit n'avoir pas eu l'occasion d'employer les sels de pilocarpine dans l'état de mal épileptique. Mais il croit qu'en pareil cas, il faudrait agir avec précaution, car on peut redouter de voir survenir les symptômes graves de suffocation déjà notés par divers auteurs dans le traitement de l'éclampsie par la pilocarpine.

V. M. Pluyaud a recherché quel était l'état de la réflectivité spinale chez les malades atteints de fièvre typhoïde, soit au cours de l'affection, soit dans la convalescence. Conformément aux conclusions déjà formulées par Strümpell et par nous-même, M. Pluyaud arrive à dire que dans la presque totalité des cas de dothiénentérie, les réflexes tendineux sont exagérés. A quoi tient cette exagération de la réflectivité? Est-elle sous la dépendance de l'action directe du poison typhique sur la moelle, de la fièvre vive, ou de l'anémie déterminée par la dothiénentérie? L'auteur ne se prononce pas. Il se borne sagement à conclure que dans la fièvre typhoïde la moelle épinière est touchée sinon anatomiquement, du moins fonctionnellement.

VI. Il y a dans la chorée, dit M. Ollive, des troubles paralytiques plus ou moins complets ou étendus. Ces troubles paralytiques peuvent se montrer au début de la chorée, constituer toute la maladie, c'est la *chorée molle*, ou bien être suivis de mouvements incoordonnés; ils peuvent survenir dans le cours ou à la fin de la chorée. Le pronostic est bénin; la paralysie guérit toujours. Le traitement qui semble préférable est le traitement arsenical, enfin et surtout il faudra recourir à une médication tonique.

VII. Le livre que M. Ladame a fait paraître, il y a déjà quelque temps, est un résumé très soigné et à peu près complet des travaux qui ont été publiés sur l'hypnotisme. « La première condition qui s'impose à ceux qui veulent s'instruire dans le soi-disant magnétisme animal, dit très justement l'auteur, s'ils recherchent vraiment la vérité, c'est de mettre de côté toute superstition et de se garer de l'appât du merveilleux, en se bornant à l'observation scientifique raisonnée et sans vouloir chercher une explication surnaturelle et mystique aux phénomènes qui paraissent obscurs et incompréhensibles. » Ces quelques lignes indiquent assez l'esprit qui a présidé à la rédaction de l'ouvrage. Les faits y sont bien groupés, décrits dans un style simple et clair. Aussi ce petit livre de 200 pages présente-t-il un réel intérêt pour tous les lecteurs qui voudront se faire, en peu de temps, une idée exacte des travaux et des faits acquis sur l'hypnotisme. G. Ballet.

CORRESPONDANCE

Laïcisation de l'Assistance publique : hôpital d'Auxerre.

Il nous a paru utile de recueillir des renseignements sur les établissements hospitaliers qui ont été laïcisés en province. Pour l'hôpital d'Auxerre nous nous sommes adressés à M. P. Bert qui nous a transmis l'extrait suivant d'une lettre qu'il venait de recevoir :

Mon cher ami,

.... Aujourd'hui c'est le tour des renseignements relatifs à l'hospice. La laïcisation de l'établissement date du 15 mars 1880. Sous l'administration congréganiste, il devait y avoir 46 religieuses, il y en avait ordinairement 20 qui se répartissaient dans les divers services, ci 20

2 infirmiers 2

Des aides infirmiers; ces aides étaient des vieillards qui, après être restés comme malades, continuaient à demeurer à titre gratuit pour faire le menu de la besogne de propreté. Ils ne recevaient que quelques gratifications pour leur tabac. On ne saurait en dire le nombre exact, car ce ne pouvait être régulier, mettons une moyenne de 3 personnes 3

2 aides à la crèche 2

1 fille à la maternité 1

Enfin un nombre indéterminé de jeunes filles (enfants assistés) lingerie, ouvroir, dont 2 ou 3 seulement étaient gagées, ci 3

32

© BIU Santé

Ces jeunes filles, que l'on gardait là au lieu de les mettre en service, étaient un double profit pour la maison, elles travaillaient pour la plupart gratuitement, et l'hospice recevait encore par tête ou par individu, une certaine somme mensuelle au nom de ces jeunes filles comme enfants assistés. Ce n'étaient donc pas moins de 32 personnes employées sans compter ces jeunes filles, si on en comprend au moins en moyenne une demi-douzaine, c'était au total 38 à 40 personnes. Aujourd'hui le personnel laïque est de 32 à 35. S'il coûte plus cher, en apparence, que le personnel congréganiste cela est dû aux nombreux aides gratuits qui étaient employés autrefois, et surtout aux jeunes filles pour lesquelles on recevait une subvention qui profitait à la caisse générale. X...

THÉRAPEUTIQUE

Cas d'aménorrhée chez une femme de 15 ans. — Traitement par l'albuminate de fer. — Grossesse;

Par M. le Dr **Louis JUGAND**, ancien interne des hôpitaux.

Bien que le fait de l'aménorrhée complète ne soit pas un cas isolé dans la science, l'observation suivante nous a paru assez intéressante pour mériter d'être publiée dans toute sa simplicité.

Mme L..., originaire de Strasbourg, habite depuis plusieurs années Paris, où elle dirige un atelier de couture. Cette dame, de taille moyenne, est d'apparence très délicate; son teint, décoloré, mat, subictéreux, accuse fortement la chloro-anémie. Cette personne jouit cependant, dit-elle, d'une santé généralement bonne. Sans être exagéré, son appétit est toujours égal; les antécédents de famille sont excellents. A l'âge de dix-sept ans, quelques gouttes de sang se sont montrées à l'entrée de la vulve et, depuis, elle n'a jamais été réglée. Mariée à vingt deux ans, elle éprouve chaque mois les malaises de la congestion utérine: douleurs des reins et de l'abdomen au niveau des ovaires, pesanteur dans le ventre, état fébrile, etc.

Mme L... a le plus grand désir de devenir mère, aussi a-t-elle bien souvent consulté; tous les emménagogues connus ont été essayés, depuis l'inoffensive armoise jusqu'au safran, l'apiol, la rhue, le seigle ergoté, etc.

Le traitement local par les bains de siège, les douches froides, les injections, les sachets médicamenteux n'a pas mieux réussi.

Pendant deux années consécutives, la malade a pris d'elle-même du fer sous forme pilulaire insoluble, ce qui a amené des troubles assez sérieux.

C'est dans ces conditions que Mme L... vient nous consulter, le 27 septembre de l'année dernière. L'examen du col ne nous présente rien d'anormal et le toucher n'éveille aucune douleur. L'hystéromètre pénètre assez facilement et fournit la course ordinaire chez la femme qui n'a pas eu d'enfant. Nous conseillons d'abord de suspendre tout traitement pendant un mois, recommandant seulement l'hygiène et une nourriture choisie mais modérée, à laquelle nous joignons la peptone phosphatée afin de permettre aux organes digestifs fatigués le temps de se remettre.

Un peu de diarrhée étant survenue, nous faisons prendre le citrate de magnésie à doses fractionnées pour modifier la muqueuse intestinale; mais comme le flux diarrhéique qui dure depuis quelque temps ne tend pas à diminuer, nous ajoutons à ce traitement l'*eau albumineuse* comme *tisane*, et concurremment le sirop de *citrate de fer* pour combattre la chloro-anémie.

A notre grande satisfaction la diarrhée disparaît, le citrate de fer est bien supporté, et après six semaines, la malade voit apparaître quelques gouttes de sang à la vulve.

Frappé de cette coïncidence, nous soumettons aussitôt Mme L... à la liqueur d'*albuminate de fer* associé à l'écorce d'oranges amères dont M. Laprade est le préparateur.

Pendant les quatre mois suivants, les règles apparaissent normalement, sans malaises; elles ont manqué le cinquième mois. Mme L... est aujourd'hui sur le point d'accoucher.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber die pathologisch-anatomischen Bedingungen des urämischen Symptomen. Complexes bei Nephritiden ; par les Drs Hlava et Thomayer (de Prague).

Dans ce travail basé sur 22 observations, les auteurs veulent démontrer que les conditions anatomo-pathologiques des phénomènes urémiques dans les néphrites gisent dans une sorte d'infiltration de petites cellules (*kleinzellige Infiltration*).

Cette infiltration qu'ils déclarent manquer dans les néphrites non suivies d'urémie, s'observerait dans le voisinage immédiat des vaisseaux sanguins, autour des glomérules de Malpighi, et de préférence au point où les vas efférents et afférents traversent la capsule. Plus loin, les petites cellules peuvent être suivies le long des artères interlobulaires, et jusqu'au voisinage des vaisseaux de l'écorce rénale. Cette accumulation de cellules rondes autour des organes qui paraissent jouer un rôle capital dans la sécrétion de l'urine, expliquerait bien, suivant les auteurs, les phénomènes urémiques. Nous leur laissons la responsabilité de leur découverte et de leur théorie. J. Comby.

NÉCROLOGIE

J.-B Dumas.

M. J.-B. Dumas était né à Alais en 1800. Il entra d'abord comme élève chez un pharmacien d'Alais, puis il se rendit (1817) à Genève où brillaient alors les G. de la Rive, M. A. Pictet, P. Prévost, Théodore de Saussure, Bellot, Rossi, de Sismondi, P. de Candolle (obligé par le fanatisme catholique de quitter sa chaire de Montpellier; Dumas fut chargé de la direction du laboratoire de chimie dépendant de la pharmacie Le Royer. A cette époque il songeait à se vouer à la botanique sous la protection de De Candolle; c'est alors qu'il écrivit une *monographie des gentianes*. Ce fut vers cette époque qu'il fit la connaissance du docteur Coindet, un des meilleurs médecins de Genève. « Un matin le docteur Coindet arriva en toute hâte chez Le Royer. « Vous vous occupez de chimie, dit-il à Dumas.—Oui, lui fut-il répondu. —Alors vous pouvez me dire si l'iode se trouve dans les éponges, particulièrement dans les éponges carbonisées (1) ?— J'examinerai cela pour vous. » Quelques jours après Coindet reçut une réponse affirmative et il n'hésita plus à regarder l'iode comme un spécifique contre le goitre. Il pria Dumas de donner toute son attention au sujet et de lui indiquer les différentes formes sous lesquelles, suivant lui, on pourrait administrer l'iode. Celui-ci proposa la teinture d'iode, l'iodure de potassium et l'iodure de potassium ioduré. Peu de temps après, on parla de ces nouveaux remèdes dans un journal allemand publié à Zurich (2) et ce fut à cette occasion que le nom de Dumas figura pour la première fois dans la presse scientifique. Le même journal donnait les formules proposées pour l'application de ces remèdes et leur mode de préparation (3). (A. W. Hofman, de Berlin). »

Un savant médecin, J.-L. Prévost, le père du professeur actuel de Genève, s'associa M. Dumas pour ses recherches

(1) On trouvera plus loin les formules que nous donnons à titre de renseignement historique (p. 343).

(2) M. Coindet père avait publié son mémoire: (*Découverte d'un nouveau remède contre le goître*) dans la *Bibliothèque universelle*, 1820, T. XIV, p. 197, et 1821, T. XVI, p. 145.

(3) On sait que dans la méthode des Coindet pour le traitement du goitre, l'iodure de potassium est administré à doses quotidiennes très-faibles. C'est même là une des conditions essentielles pour la guérison. Nombre de médecins ont depuis été à même d'apprécier la justesse du traitement indiqué par Coindet. — Voir plus loin les formules. (Voir p 342.)

© BIU Santé

de physiologie. Ils publièrent ensemble des travaux sur le sang, sur l'eau, sur la *fécondation*, etc. (1).

En 1823, Dumas vint s'établir à Paris où il se lia avec Audouin, Milne-Edwards, A. Brongniart, dont il épousa une des filles (1826). Nommé répétiteur de chimie du cours de Thénard à l'Ecole polytechnique et professeur de chimie à l'Athénée de la rue de Valois, il s'adonna alors exclusivement à la chimie. En 1824, il fondait avec Audouin et Brongniart, les *Annales des sciences naturelles* et publiait en 1828 le premier volume de son *Traité de chimie appliqué aux arts*

« Au nombre des auditeurs les plus assidus des cours de Dumas, était un négociant de Nantes retiré des affaires, ayant une fortune indépendante, et qui, jeune encore, désirait coopérer activement et financièrement à une entreprise industrielle utile. Il s'en ouvrit à Dumas, qui, après quelques jours de réflexion, lui développa le plan d'une école centrale de la science industrielle. Cette idée plut à M. Lavallée et ils étudièrent ensemble le projet. M. Lavallée offrait de faire seul les frais de l'établissement de l'école et il chargea M. Dumas de trouver des collaborateurs. A la même époque, deux autres personnes, M. Péclet, élève de l'école normale, ancien professeur à Marseille et M. Olivier, élève de l'école polytechnique, ex-précepteur en Suède du fils de Bernadotte et auteur de divers mémoires de géométrie avaient aussi songé à la création d'une école industrielle, mais ils n'avaient pu réunir les capitaux indispensables. Ils se réunirent à MM. Dumont et Lavallée et devinrent ainsi les fondateurs de l'*Ecole centrale* (2), qui s'ouvrit en 1829. Dumas y professa la chimie jusqu'en 1852. — En 1832, il fut reçu docteur en médecine.

En 1832 Dumas fut nommé professeur à la Sorbonne (Faculté des sciences), où il remplaça Gay-Lussac, démissionnaire ; il occupa cette chaire jusqu'à 1868. A l'Ecole polytechnique, il fut appelé à remplacer Thénard, dont il était le répétiteur. Après la mort de Degeux, il fut nommé au concours à la chaire de chimie de la faculté de médecine (1838). Dumas était membre de l'Académie de médecine, de l'Académie des sciences et de l'Académie française (1876).

En chimie les travaux de Dumas sont trop nombreux pour pouvoir les analyser ici. Nous renvoyons à cet égard aux ouvrages spéciaux ; la plupart, du reste ont paru dans les *Annales de chimie et de médecine*, dont il a eu la direction pendant plus de quarante ans. Sous l'empire, Dumas fut sénateur, ministre de l'agaiculture et du commerce (3).

VARIA

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Paris, le 25 février 1884.

Monsieur le Docteur,

Depuis longtemps déjà, l'Administration se préoccupe de l'augmentation constante qui se produit dans les dépenses de nos Etablissements hospitaliers, surtout en ce qui concerne les médicaments et les comestibles. Cet accroissement se produit presque constamment d'année en année. Même en tenant compte de l'élévation du nombre des journées, et des prix de certains médicaments, ou de certains objets de consommation, il est évident qu'une part considérable dans ces accroissements de dépense est due à l'oubli des principes d'économie dont nous ne saurions nous départir. Le tableau ci-après, sur lequel, Monsieur le Docteur, j'appelle toute votre attention, vous montrera quelle progression effrayante ont éprouvée les quantités consommées de certains médicaments ou comestibles.

ANNÉES.	1855	1860	1865	1870	1875	1880	1881	1882
NOMBRE DE JOURNÉES. . . .	5.864.398	5.786.482	5.998.040	6.627.829	6.394.485	7.215.282	7.255.869	7.455.042
Médicaments.								
Alcool. . . . . kil.	1.256	7.455	19.904	41.699	40.000	68 309	67.879	77.755
Eau-de-vie. . . . . »	201	»	185	3 371	4.108	10.214	11.405	16.367
Rhum. . . . . »	199	4	2.468	3.775	5.682	20.227	24.514	32.298
Eau-de-vie camph. . . »	3.467	3 860	10.569	12.958	15.118	23.444	24 288	23 013
Vin de quinquina. . . »	29.598	60.714	121.495	195.650	135.884	184.376	176.775	184.880
Vin de gentiane. . . . »	1.904	5.783	9.178	19.116	22.280	31.382	37.845	35.030
Vin cordial. . . . . »	35	41	159	1.948	3.527	3.402	3.611	3.191
Sucre. . . . . »	102.611	114.446	140.055	171.708	144 142	191.199	188.915	201.597
Sirop de sucre . . . . »	132.854	142.324	154.792	195.593	154.229	206.220	231.660	251.760
Sirop de diacode. . . »	3.225	3.971	6.136	9.341	10.642	17.891	17.679	20.114
Sirop d'éc. d'oranges. »	205	523	1.528	4.653	5.067	6.718	7.153	6.942
Sirop antiscorbutiq.. »	4.875	6.142	9.751	13.949	19.688	18.263	17.406	17.806
Sirop d'iod. de fer. . »	2.661	5.658	9.218	13 504	20.683	23.066	22.293	22.803
Sirop tartrique. . . . »	8.925	7.225	10.100	17.672	15.986	35.327	40.796	47.055
Acide phénique . . . . »	»	»	25	261	221	3.100	3 760	5.785
Glycérine . . . . . »	202	1.169	2.062	4.180	6.257	11.294	12.514	16.120
Pepsine . . . . . »	»	200	8.100	12	38.375	61.475	65.450	43.750
Eaux minér. natur. . bout.	1.168	1.653	5.937	11.745	9.873	24.396	22.402	18.508
Vins, Viande, Lait.								
Vin ordinaire . . . . litres.	1 507.921	1.651.717	1.807 791	2.061.760	1.893.128	2.430.196	2.446.511	2.646.278
Vin de Bordeaux. . . »	13.938	45.536	73.328	110.738	78.814	95.655	99.941	103.988
Vin de Banyuls . . . »	17.249	19.683	35.860	46.060	56.881	102.218	111.255	128.784
Viande . . . . . kil.	1.391.781	1.362.160	1.490 875	1.408 591	1.633.416	2.008.176	2.023.388	2.131.926
Lait. . . . . litres.	1.208.905	1.298.093	1.312.923	798.217	1.130.531	2.008.099	2.231.341	2.675.699

J'ai dû, lors de la préparation du budget de 1884, signaler au Conseil de surveillance de l'Assistance publique la gravité de cette situation. Une Commission recherche, de concert avec moi, les moyens les plus efficaces d'y porter remède, sans nuire, bien entendu, aux intérêts des malades. Le Conseil municipal s'est aussi vivement préoccupé d'un état de choses qui aurait pour résultat de compromettre, dans un avenir prochain, le fonctionnement des services hospitaliers. Un premier examen a fait ressortir que cette exagération des dépenses provenait, en grande partie, de l'inobservation des prescriptions du règlement sur le régime alimentaire, en ce qui concerne les bons en suppléments d'aliments, et, subsidiairement, de l'absence de contrôle rendu impossible par la mauvaise tenue des cahiers de visite. Je me bornerai, quant à présent, à appeler votre attention sur ces deux points.

Régime alimentaire. — *Prescriptions exceptionnelles et extraordinaires.* — Le régime alimentaire établi le 28 décembre 1867, et dont les bases ont été fixées sur l'avis d'une Commission des Chefs du service de santé, éleva d'une façon notable les allocations de nourriture de nos administrés et apporta plus de variété dans l'alimentation. Mais, comme conséquence nécessaire, ce nouveau régime devait amener la suppression à peu près absolue des allocations supplémentaires ou extraordinaires. En effet, sauf certains cas, spécialement et limitativement déterminés, le règlement n'admet aucune allocation supplémentaire ou extraordinaire. Les modifications dont le régime peut être susceptible ne peuvent avoir

(1) Il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler qu'à cette époque, déjà lointaine, la vivisection n'était pas encore acceptée comme une nécessité du progrès scientifique, et que, de toutes les villes du continent, Genève était peut-être celle où l'on avait le moins de facilités pour s'y livrer en échappant à la réprobation publique. Que de précautions infinies devaient prendre les deux amis pour échapper à l'attention des bons citoyens de Genève ! Le commandant de la garde leur avait donné l'autorisation de se servir d'une des casemates des fortifications, à laquelle ils avaient accès par la promenade de Bel-Air. A deux ou trois heures du matin, ils descendaient dans ce quartier désert, portant avec eux les instruments indispensables et munis d'une lanterne qui leur donnait l'apparence d'une patrouille, de façon qu'en cas de rencontre, ils n'attiraient pas l'attention. Les cris des victimes se perdaient dans la profondeur des souterrains, et, l'opération faite, le pansement appliqué, rien n'était plus aisé de ramener la pauvre créature dans leur domicile, sans être remarqués.

(2) *Journal de Genève*, 13 avril 1884.

(3) Nous avons surtout utilisé pour la rédaction de cette nécrologie le travail publié dans la *Revue scientifique* (1880, p. 862 à 873, p. 912 à 924), par M. A. W. Hofmann : *Chimistes français. Jean-Baptiste-André Dumas*, et l'article publié par M. Colladon dans le *Journal de Genève* du 13 avril 1884.

© BIU Santé

lieu qu'à titre de remplacement, c'est-à-dire de substitution d'un aliment à un autre. Cette faculté de remplacement me paraît avoir répondu à toutes les objections qui pourraient être faites aux dispositions de ce régime alimentaire. Comme quantité d'aliments, avec ses diverses gradations, qui commencent à la diète pour arriver au régime du 4e degré, suffisant même à un homme en pleine santé, il me paraît vous offrir le moyen facile de régler l'alimentation d'après l'état du malade.

Quant à la nature de cette alimentation, à la variété qu'il peut être utile d'y introduire, la faculté de remplacer un mets par un autre, plus léger ou plus substantiel semble vous permettre de faire face à toutes les nécessités qui pourraient se produire Depuis quelque temps, les allocations exceptionnelles sont données généralement non en remplacement, mais en supplément. Il en résulte que, souvent, le malade serait dans l'impossibilité absolue de consommer les quantités d'aliments qui sont indiquées aux cahiers de visite comme lui étant prescrites Parmi les objets dont la consommation a augmenté dans des proportions énormes, vous avez sans doute remarqué le vin ordinaire, le vin de Bordeaux et de Banyuls, le vin de quinquina, le café et le lait. Aucune prescription supplémentaire n'est autorisée pour le vin ordinaire.

Les allocations en vin de Bordeaux ou de Banyuls ne peuvent être données qu'aux malades aux bouillons, aux potages, au 1er et au 2e degré, mais exceptionnellement, et à raison de leur état particulier. Il en est de même à l'égard du vin de quinquina et du café, qui doivent être prescrits uniquement aux malades dont la situation l'exige. Cependant, on trouve souvent le vin de Bordeaux ou de Banyuls alloué non seulement indistinctement à tous les malades à la diète, aux bouillons, au 1er et au 2e degré, mais encore à des malades au 3e et au 4e degré qui n'y ont aucun droit. On trouve le vin de quinquina prescrit à tous les malades d'une salle entière.

Quant à la consommation du lait, elle préoccupe très vivement l'Administration Elle a pris une extension telle, que, j'en suis convaincu, vous n'hésiterez pas à reconnaître qu'elle est abusive. C'est ainsi que nous voyons le lait distribué indistinctement à tous les malades d'une même salle, même à ceux du 3e et du 4e degré. Souvent les quantités portées sur les bons sont si élevées, qu'il semble impossible qu'elles puissent être absorbées par une seule personne. Aussi la consommation du lait dépasse-t-elle, pour nos divers Etablissements, 2,700,000 litres et entraîne une dépense de plus de 700,000 francs.

Le Conseil a voulu s'arrêter tout particulièrement sur cette question si importante du lait et examiner à nouveau les règles que fixe à ce égard le régime alimentaire. Ces règles sont, en ce qui concerne le régime lacté, très nettes et très précises Le régime lacté est applicable seulement aux malades aux bouillons et aux potages, aux malades du 1er et du 2e degré. Il est intégral ou partiel. Dans le régime intégral, les malades aux bouillons reçoivent un litre de lait en remplacement des bouillons, les malades aux potages 1 litre 50 en remplacement des bouillons, des potages et du vin. Dans le régime partiel, le bouillon et le potage ne sont pas remplacés; les malades aux potages reçoivent seulement 50 centilitres de lait en remplacement du vin, les malades aux 1er ou au 2e degré reçoivent un litre de lait en remplacement du vin. Ces dispositions sont maintenues comme règle générale. Le Conseil a demandé seulement que quelques exceptions fussent admises et a spécifié ces exceptions. Ainsi, les malades aux bouillons et aux potages, les malades au 1er et au 2e degré soumis au régime lacté — régime intégral ou partiel — pourraient recevoir un supplément de un litre en sus des allocations réglementaires et dans les conditions de ces allocations, c'est-à-dire à l'exclusion du vin.

Les malades aux potages, les malades au 1er et au 2e degré non soumis au régime lacté pourraient recevoir un supplément de 1 litre les premiers, et de 75 centilitres les seconds en sus des allocations réglementaires et dans les conditions de ces allocations, c'est-à-dire sans exclusion de vin. Les malades au 3e et au 4e degré ne recevraient en aucun cas du lait. Les exceptions demandées par le Conseil serviront de règle. Quant aux prescriptions en dehors de la règle et en dehors des exceptions indiquées que pourra motiver une situation particulière, elles rentrent dans les prescriptions extraordinaires que le règlement prévoit ; elles doivent faire l'objet d'une autorisation spéciale.

CAHIERS DE VISITE. — Le Cahier de visite doit être dressé dans chaque service sous la dictée du médecin ou du chirurgien. Il est fait double : l'un est tenu par un élève en médecine ou en chirurgie, l'autre par un élève en pharmacie. Les deux doubles doivent reproduire exactement les mêmes indications et formuler d'une manière précise les prescriptions en aliments et en médicaments pour chaque malade. Ils doivent être écrits lisiblement, collationnés au lit des malades et signés par le médecin ou le chirurgien. En fixant d'une manière formelle les conditions que doit remplir le Cahier de visite, les règlements ont montré toute l'importance que présente ce document.

En effet, non seulement il est le point de départ, la base de toute la comptabilité, comme la base du traitement lui-même, mais encore toute erreur qui s'y glisserait pourrait avoir les conséquences les plus funestes. Cependant les Cahiers sont, en général, très mal tenus. Pour la plupart, ils ne satisfont pas aux prescriptions réglementaires ; souvent ils ne sont pas signés par les Chefs de service et ne sont pas collationnés, ou du moins ne mentionnent pas, comme l'exige le règlement, cette collation. L'indication des degrés d'alimentation est incomplète. Dans quelques services, les Cahiers ne sont pas tenus pour tous les jours du mois ; quelques-uns ne sont remplis que sur la dernière page, celle où le Chef de service appose sa signature.

Je suis persuadé, Monsieur le Docteur, qu'il me suffira de vous signaler ces graves abus pour que vous y portiez remède, en ce qui dépend de vous. Que si parmi vos élèves quelques-uns se refusaient, ce que je ne veux pas supposer, à remplir convenablement les devoirs qui leur incombent, je vous prie de me les faire connaître, et je n'hésiterai pas à user contre eux des mesures disciplinaires que les règlements ont prévues.

Remplacement des Bons individuels d'allocation par un Etat collectif. — Plusieurs de nos Chefs de service ont signalé les inconvénients qui résultent du grand nombre de bons qu'ils ont chaque jour à signer et la difficulté pour eux de les vérifier. Il m'a paru utile de faire l'essai d'un nouveau système d'inscription des prescriptions extraordinaires et de supprimer, provisoirement au moins, les bons individuels. A l'égard des allocations en remplacement, il suffira de les inscrire aux Cahiers de visite. Quant aux allocations exceptionnelles ou extraordinaires, dont le nombre ne peut être que très restreint, elles seront également mentionnées sur ces Cahiers, et, en outre, portées sur une feuille dressée pour chaque service.

Cette feuille, dont un modèle est ci-joint, indiquera indépendamment, bien entendu, de la date et du nom de la salle, le numéro du lit du malade, la nature de la maladie, le degré d'alimentation, et, dans autant de colonnes qu'il sera nécessaire, les prescriptions ordonnées. Elle sera terminée par un résumé donnant le total, d'après leur nature, de ces diverses prescriptions, elle sera signée par le Chef de service. Je vous prie, Monsieur le Docteur, de veiller à ce que ce résumé soit établi et contrôlé avant de donner votre signature, afin d'empêcher qu'aucune addition ne puisse être faite postérieurement.

En signalant au Conseil de surveillance une situation qui me préoccupe beaucoup, je disais : « Je veux compter surtout sur le « concours de nos Chefs de service de santé ; j'aime à croire « qu'éclairés sur les abus ou les exagérations de dépenses qui ont « lieu, soit à leur insu, soit par une trop grande facilité de leur « part, ils uniront leurs efforts aux nôtres pour y mettre un terme « et pour prouver que l'organisation de notre service de santé n'est « pas, comme on l'a prétendu, incompatible avec l'ordre et l'éco« nomie dans les dépenses. » C'est ce concours que je viens vous demander aujourd'hui, et je suis certain qu'il ne me sera pas refusé.

C'est ainsi que déjà, dans plusieurs de nos hôpitaux, l'initiative des Chefs de service a obtenu des résultats économiques notables. Le tableau ci-après vous permettra de suivre, mois par mois, la marche progressive des diminutions qui ont été obtenues dans un de ces hôpitaux et qui, j'en suis convaincu, ne sont pas encore arrivées à leur limite.

Relevé des dépenses de vins, bière, lait et œufs pendant l'année 1883.

MOIS.	VINS. ordinaire.	VINS. de Bordeaux.	VINS. de Banyuls.	BIÈRE.	LAIT.	ŒUFS.
	Litres.	Litres.	Litres.	Litres.	Litres.	
Janvier . . .	9.002	949	1.083	2.760	17.220	11.488
Février . . .	8.219	913	903	2.587	16.215	10.512
Mars.	8.684	869	830	2.457	16.840	10.862
Avril	8.399	636	460	704	11.980	8.815
Mai	8.396	420	376	107	11.000	10.300
Juin.	7.952	418	328	11	10.205	8.301
Juillet. . . .	8.016 (a)	455 (a)	313 (a)	102	10.500	9.379
Août	7.681	446	271	122	11.040	8.990
Septembre .	7.476	424	205	64	9.620	8.496
Octobre. . .	7.811	420	228	66	8.940	9.845
Novembre. .	7.787	361	206	165	7.400	8.187
Décembre. .	7.904	336	238	71	6.960	6.445

Vous ne l'ignorez pas, Monsieur le Docteur, malgré la subven-

(a) Fête du 14 juillet. — Allocations exceptionnelles.

© BIU Santé

tion considérable que nous accorde, chaque année, la Ville de Paris, les ressources trop restreintes de l'Assistance publique ne lui permettent pas de venir en aide à toutes les misères qui s'adressent à elle. Une stricte économie peut seule nous donner les moyens de soulager un plus grand nombre d'infortunes. Nous serons soutenus dans cette tâche pénible, parfois difficile, par la pensée que toute économie, tout refus d'une dépense, je ne dis pas inutile, mais non strictement nécessaire, se traduira par le soulagement d'une misère, par une assistance plus efficace donnée à ces malheureux auxquels vous rendez déjà de si grands services.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Directeur de l'Administration de l'Assistance publique,
Ch. QUENTIN.

Médecins majors.

Par décision ministérielle, en date du 18 avril, le programme des matières (Voir *Progrès médical*, 1883, p 356), sur lesquelles seront interrogés les médecins-majors de 1re classe, proposés pour le grade de médecin principal, a été complété et modifié comme suit :

Organisation générale, ajouter : décret du 23 octobre 1883 sur le service dans les places de guerre et les villes de garnison ; — décret du 26 octobre 1883 sur le service des armées en campagne ; — décret du 28 décembre 1883, sur le service intérieur des troupes d'infanterie, de cavalerie, de l'artillerie et du train des équipages.

Service de santé, supprimer : décret du 27 mai 1882 ; — instruction provisoire du 7 novembre 1882 ; — règlement du 31 août 1865. Ajouter : règlement du 28 décembre 1883 et les notices qui y sont annexées.

Contrôle, ajouter : Note ministérielle du 16 avril 1883 ; — décret du 4 septembre 1883, qui modifie l'article 6 du décret du 28 octobre 1882.

Création d'une école d'accouchements à Saint-Etienne.

Le Dr Duchamp vient, au nom des médecins et chirurgiens de l'hôtel-Dieu, de présenter un rapport favorable à cette création au Conseil d'administration. Après avoir rappelé que sur le rapport du Dr Reuillet, le conseil général de la Loire a adopté un vœu tendant à établir à Saint-Etienne une école semblable à celle de Bourg, il étudie l'organisation de cette dernière, qui compte 24 boursières du département de la Loire.

Cette école entièrement départementale, sans relation avec l'administration de l'hôpital, possède un personnel enseignant composé d'un professeur, Dr Hudelet, d'une maîtresse sage-femme, tous deux nommés par la préfecture, et de sous-maîtresses choisies parmi les élèves sortantes. Les élèves sont actuellement au nombre de 75 dont 40 de première année et 35 de deuxième année. Le nombre des accouchements est d'environ 150 par an 7 lits. Les cours ne durent que 4 mois, du 1er novembre au 28 février.

M. Duchamp propose d'établir à Saint-Etienne une école d'accouchements dont les cours se continueraient d'une année à l'autre sans interruption. Actuellement la sage-femme en chef de la Maternité de Saint-Etienne est nommée directement par la *supérieure des sœurs* de l'Hôtel-Dieu représentant l'administration et cela sans que ses capacités soient vérifiées par le personnel médical ; aussi, le rapporteur demande-t-il que dans l'école d'accouchements la maîtresse sage-femme ait affaire directement à l'administration et au chef de service ; il demande aussi de contrôler l'admission des élèves et de les soumettre à un examen préalable (*Loire médicale*, 15 avril 1884).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 28. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Tillaux, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Hanriot, Rémy. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guébhard. — 4e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Damaschino, Rendu, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Strauss.

MARDI 29. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Panas, Peyrot. — 1er *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Bouchard, Humbert. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Proust, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Brouardel, Cornil, Raymond ; — 3e *Série* : MM. Jaccoud, Peter, Troisier. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Pajot, Richet, Richelot.

MERCREDI 30. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Trélat, Reynier. — 1er *de Doctorat* : MM. Verneuil, Charcot, Joffroy. — 2e *de Doctorat* : MM. Fournier, Rendu, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* (1re partie) : MM. Hayem, Tillaux, Reclus. — 5e *de Doctorat* (Charité. 1re *Série*) : MM. Potain, Guyon, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Damaschino, Segond.

JEUDI 1er MAI. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Richet, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie, 1re *Série*) : MM. Gosselin, Ball, Campenon ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Laboulbène, Bouilly ; — 3e *Série* : MM. Vulpian, Bouchard, Richelot. — 2e *de Doctorat* : MM. Peter, Cornil, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Le Fort, Panas, Charpentier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hardy, Brouardel, Debove.

VENDREDI 2. — 2e *de Doctorat* (N. R. Epreuve pratique. 1re partie) : MM. Béclard, Vernouil, Segond. — 1er *de Doctorat* : MM. Tillaux Rendu, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). 1re *Série* MM. Trélat, Damaschino, Terrillon ; — 2e *Série* : MM. Potain, Guyon, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Charcot, Hayem, Remy.

SAMEDI 3. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie Epreuve pratique) : MM. Sappey, Cornil, Campenon. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. G. Sée, Bouchard, Debove. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) 1re *Série* : MM. Richet, Proust, Humbert ; — 2e *Série* : MM Le Fort Ball, Peyrot. — 2e *de Doctorat* : MM. Gosselin, Jaccoud, Raymond,

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Vendredi, 2 *mai*. M. Renouard : Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. — M. Piaggio : Sur une nouvelle théorie du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes. — *Samedi* 3. M. Dor con : Des paralysies du nerf sciatique poplité externe d'origine pelvienne. (Leur pathogénie). — Tourneux : Contribution à l'étude des affections oculaires causées par la variole.

Morphinomanie.

Le Dr Hinkley publie dans *New-York medical Journal*, l'observation d'une morphinomane qui en est arrivée à des doses véritablement fantastiques. Cette dame absorbe en injections sous-cutanées dans les 24 heures, 85 grains de sulfate de morphine, soit 5 gr. 50 ; elle présente comme symptômes ; de la chute des cheveux, une constipation opiniâtre, de l'anorexie, un sommeil irrégulier, des troubles du caractère et un abaissement de la température assez marqué. Elle est elle-même effrayée de son état et cherche à se débarrasser de cette infirmité mais jusqu'à présent elle a résisté à tous les moyens que les médecins lui ont proposé pour la guérir de cette mauvaise habitude.

FORMULES

19. De l'emploi de l'iode contre le goître.

Voici, selon Rilliet (1), quelles étaient les formules de Coindet père, dont il est parlé dans la notice sur J.-B. Dumas :

1°	Eau distillée	1 once (32 gr.)
	Hydroiodate de potasse (iodure de potassium)	48 grains (2 gr. 40)
2°	Hydroiodate de potasse	48 grains (2 gr. 40)
	Iode	10 grains (0 gr. 50)
	Eau distillée	1 once (32 gr.)
3°	Iode	48 grains (2 gr. 40)
	Alcool	1 once (32 gr.)
4°	Hydroiodate de potasse	demi-gros (2 gr.)
	Axonge	1 once (32 gr.)

Il prescrivait aux adultes 10 gouttes, trois fois chaque jour, de l'une de ces solutions ; la seconde semaine du traitement il portait la dose à 15 gouttes trois fois par jour, il n'a jamais dépassé 20 gouttes. Cela fait approximativement par chaque dose 3, 4, 5, ou 6, 8, 10 centigrammes d'iodure de potassium simple ou ioduré, ou de teinture d'iode et comme dose totale le triple de chacun de ces chiffres (*Bibliothèque universelle*, 1820, t. XIV, p. 197, et 1821, t. XVI, p. 145) (2).

Ces doses qui nous paraissent bien peu élevées, surtout si on les compare à celles que nous avons l'habitude d'administrer dans le traitement de la syphilis, le sont cependant encore trop quand il s'agit du traitement du goître ; cela résulte du moins clairement de l'expérience de presque tous les médecins qui ont exercé et exercent à Genève et dans ses environs. En est-il de même ailleurs? En tous cas, un phénomène fréquent et tout à fait particulier à Genève et aux régions qui bordent le lac, est celui de l'*iodisme rapide* à la suite de l'administration de faibles ou fortes doses de préparations iodées. Cette particularité, spéciale pour ainsi dire à cette région, explique l'incrédulité et les oppositions que rencontra à Paris le mémoire de Rilliet. Il est cependant hors de doute qu'à Genève, tout médecin qui a un peu vu ou pratiqué, a rencontré des individus qui, malgré la dose ou le mode d'administra-

(1) Rilliet. — *Mémoire sur l'iodisme constitutionnel*, Paris, 1858, p. 40.

(2) Les mémoires de Coindet sur les propriétés de l'iode contre le goître ont paru dans la *Bibliothèque universelle de Genève*, dont il devint le rédacteur médical après la mort d'Odier (1817). T. XIV, année 1820 ; t. XV, année 1821.

© BIU Santé

tion, n'ont jamais pu supporter une médication iodurée quelconque (1).

Charles Coindet fils, croyant que l'*iodisme* dépendait de l'administration du remède à doses trop élevées arriva à ne prescrire comme dose maximum quotidienne qu'un centigramme d'iodure de potassium Il n'en observa pas moins plusieurs fois des symptômes d'intoxication, surtout sur des personnes âgées. Depuis Ch. Coindet, tous les médecins genevois continuèrent contre le goitre la pratique des petites doses MM. J.-L Prévost père et Marc d'Espine ne donnaient même que des doses de 1/30e à 1/72e et à 1/100e de grain. M. Rilliet, au mémoire duquel nous empruntons la plupart de nos renseignements, dit (p. 6) : « L'influence des petites doses pouvait faire prévoir leur action toxique. En effet, on peut faire disparaître l'hypertrophie du corps thyroïde en moins d'un mois ou six semaines, au moyen de l'administration quotidienne de 1 à 2 milligrammes d'iodure de potassium. Or, la disparition du goitre, c'est son amaigrissement, et de l'amaigrissement du goitre à celui du maladë, il n'y a qu'un pas »

En terminant, nous croyons intéressant de reproduire à titre de curiosité, quelques formules anciennes dans la composition desquelles entre l'éponge torréfiée :

Eponge torréfiée	24	grammes.
Ecorce de canelle	8	—
Noix de galle	8	—
Pierres d'éponge	4	—
Vin blanc généreux	750	—

Faites digérer et filtrez.

Extrait de saponaire	8	grammes.
Extrait de ciguë, Eponge torréfiée, aâ	4	—

Pour 88 pilules.

Enseignement libre.

Maladies des oreilles et du nez. — Le Dr C. Miot recommencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'oreille et du nez, le mercredi 30 avril à sa clinique, rue Saint-André-des-Arts, 41, à 1 heure. Il les continuera tous les mercredis à la même heure et les dimanches à 9 heures.

Maladies de la peau. — M. E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Bichat), le mercredi 30 avril, à 8 h. 1/2 du matin et les continuera les lundis et mercredis suivants à la même heure ; les leçons des lundis (salle Henri IV), resteront consacrées aux maladies des femmes.

Maladies des femmes. Clinique de la rue du Jour, 19, aux halles. M. le Dr Apostoli commencera ses conférences cliniques de gynécologie avec exercices pratiques, le samedi 10 mai à 3 heures pour les continuer les samedis suivants à la même heure.

Electrothérapie. — M. le Dr Apostoli, commencera ses leçons le mercredi 7 mai ; amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique à 3 heures, pour les continuer les mercredis suivants à la même heure.

Métallothérapie. — M. le Dr Burq commencera, le 30 avril, à l'Ecole pratique, des conférences sur les maladies nerveuses et la métallothérapie, et les continuera les mercredis et vendredis suivants de deux à trois heures. Le cours sera surtout pratique. M. Burq étudiera concurremment les divers agents qui ont place dans ce sujet. Il exposera les résultats inédits de nombreuses expériences qu'il fit autrefois à Paris et à Londres sur les phénomènes dits hypnotiques et la force neurique. (*Gaz. des Hôp.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 11 avril au jeudi 17 avril 1884, les naissances ont été au nombre de 1221, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 470 ; illégitimes, 175 Total, 645. — *Sexe féminin* : legitimes, 427 ; illégitimes, 149. Total, 576

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 11 avril au jeudi 17 avril 1884, les décès ont été au nombre de 1180 savoir : 664 hommes et 516 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 21, F. 10. T. 31. — Variole : M. , F. , T. . — Rougeole : M. 19, F. 25, T. 44. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 5, F. 3. T. 8. — Diphthérie, Croup. M. 27, F. 26, T. 53. — Dyssenterie : M. ., F. ., T. .. — Erysipèle : M. 6, F. 4, T. 10. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 38, F. 26, T. 64. — Phthisie pulmonaire : M. 129, F. 88 T. 217. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 6. T. 18. — Autres affections générales : M. 26, F. 27, T. 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 28, F. 27, T. 55 — Bronchite aiguë : M. 19, F. 10, T. 29. — Pneumonie : M. 56, F. 44, T. 100. — Athrepsie : M. 35, F. 31. T. 66. — Autres maladies des divers appareils : M. 176 F. 231, T. 407. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 8 T. 33. — Causes non classées M. 0, F. 1, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 339 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 159 ; illégitimes, 37. Total : 196. — *Sexe féminin* : légitimes, 119 illégitimes, 24. Total : 143.

Faculté de médecine de Paris. — Les épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de prosecteur sont terminées. Sur les seize candidats, les huit suivants ont été admis à subir les épreuves définitives : MM. Barette, Broca, Chaput, Phocas, Pousson, Tuffier, Verchère et Walther. — Les questions données pour l'épreuve orale (épreuve d'anatomie) ont été : 1° articulations des corps vertébraux ; 2° parois externes des fosses nasales et diverticulums qui en dépendent. — Le concours pour la nomination à deux places de prosecteur a commencé lundi dernier 31 mars. La question donnée aux 16 candidats pour la première épreuve (épreuve écrite) a été : 1° *La veine porte*, anatomie et physiologie ; 2° L'anatomie pathologique des *hémorroïdes*.

Concours. (*Médecins du bureau central*). — La seconde épreuve a pris fin samedi ; les deux dernières questions sorties de l'urne : *l'invagination intestinale* et *l'éclampsie puerpérale*. Les candidats dont les noms suivent, ont été admis à prendre part à la troisième épreuve qui a eu lieu mardi à la Charité : MM. Barié, de Beurmann, Brissaud, Dreyfous, Hirtz (E.), Hirtz (H.), Jean, Josias, Leroux, Lorey, Lucas-Championnière, Merklen, Muselier, Oulmont, Renault. Parmi ces 15 candidats, 2 ont obtenu 36 points, 7 ont eu 35 points et 6 ont eu 34 points. Deux candidats qui avaient également 34 points, MM. Comby et Galliard, n'ont pas été conservés, quoi qu'aucune disposition réglementaire n'imposât leur élimination.

Concours public pour la nomination à trois places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le mercredi 21 mai 1884, à quatre heures, à l'Hôtel Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Sécrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le Registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 21 avril avril 1884, et sera clos définitivement le lundi 5 mai, à trois heures.

Concours. *Chirurgien du Bureau central.* — Les épreuves d'admissibilité du concours ouvert pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris, viennent de se terminer par l'admission au concours définitif des huit candidats suivants, classés par ordre de mérite : MM. Nélaton, Pengrueber, Campenon, Jalaguier, Bazy, Marchand, Ramonède et Picqué. — La composition écrite a eu lieu le mercredi 23 avril ; les candidats ont eu à traiter la question suivante : *Tissu osseux ; fractures spontanées.*

Concours (*Accoucheur du bureau central.*) — Ce concours, interrompu par les vacances de Pâques, a recommencé le mardi 22 avril, à 4 h. 1/2, à l'hôpital de la Charité. Les quatre épreuves d'admissibilité sont terminées. La leçon théorique de vingt minutes a porté sur le sujet suivant : *Dystocie dans les grossesses gémellaires* ; les deux autres questions proposées étaient : *Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine abdominale*, et *Indications des applications de forceps*. Les cinq candidats admis à prendre part aux épreuves définitives sont MM. Bureau, Champetier de Ribes, Doléris, Loviot et Stapfer. — Le concours vient de se terminer par la nomination de M. Champetier de Ribes.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Denucé, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer par M. Lagrange, agrégé.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Truc, aide d'anatomie, est nommé pour quatre ans, prosecteur en remplacement de M. Cénas dont les fonctions sont expirées. — M. Giraud (Jean-Joseph-Georges) est nommé, pour trois ans aide d'anatomie, en remplacement de M. Truc, appelé à d'autres fonctions. — M. Jaboulay (Mathieu) est nommé pour trois ans, prosecteur en remplacement de M. Laguaite, dont le temps d'exercice est expiré. — M. Vallas (Maurice-Louis) est nommé pour trois ans, aide d'anatomie, en remplacement de M. Parizol, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Nancy. — Un concours pour la place de

(1) On a cherché à expliquer cette intolérance de bien des façons, entre autres soit par l'état de bonne santé des goitreux (ce qui n'explique pas l'intolérance chez les individus atteints de syphilis, etc.), soit parce que Genève étant un pays dont l'air, l'eau et les produits du sol sont dépourvus de ce métalloïde, ses habitants seraient plus facilement influencés que ceux d'autres régions. Mais jusqu'à présent aucune des explications proposées n'est réellement satisfaisante.

© BIU Santé

chef de clinique ophthalmologique s'ouvrira à la Faculté de Nancy, le mardi 6 mai 1884, à onze heures du matin.

Faculté des sciences de paris. — M. Dubosc est chargé à titre provisoire, des fonctions de préparateur du cours de physique, en remplacement de M. Boudréaux, démissionnaire.

Ecole de médecine de clermont-ferrand. — M. Girod, suppléant est chargé du cours d'histoire naturelle, en remplacement de M. Lamotte, décédé.

Ecole de médecine de toulouse. — M. Laulanié, professeur d'anatomie à l'école vétérinaire de Toulouse, a été chargé du cours d'anatomie générale et histologie à l'école de médecine. — Le Dr André, chef de clinique, est chargé d'un cours d'anatomie pathologique.

Ecoles nationales vétérinaires. — Le *Journal officiel* du 21 avril 1884, contient une instruction pour l'admission dans les écoles vétérinaires que nous ne pouvons reproduire en raison de sa longueur.

Association des médecins de la seine. — Nous rappelons à nos lecteurs que l'Assemblée générale annuelle aura lieu le dimanche 27 avril à 2 heures très précises (grand amphithéâtre de la Faculté).

Société médico-psychologique. — Ordre du jour de la séance du 28 avril : 1° Rapport sur le prix Esquirol, par M. Gilbert Ballet ; 2° Rapport sur le prix Aubanel, par Paul Garnier ; 3° Éloge de Renaudin, par M. Ritti. Banquet chez Brébant, à 7 heures.

Corps de santé militaire. (*Réserve*). — Par décret en date du 11 avril 1884, ont été promus au grade de médecin-major de 2e classe: MM. Ledrain (P.-D.), Chauffard (A.). — Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. de Fourmentraux (J.), Frédault (M.), Giberton-Dubreuil, Hermet, Sales, Ribard, Steiner, Rabourdin, Leblanc, Pasdeloup, Bienvenot, Canle, Despiau, Morel, Langlebert, Floquet, Garcourt, Vincent, Bazot, Franchis, Olissier, Ravailler, Breuillard, de Beurmann, Jacob, Duguyot. — Pharmacien aide-major de 1re classe : MM. Bénard, Plisson, Wuhrlin, Lecomte, Peccatte, Chomette.

Muséum. — M. B. Renault, aide-naturaliste, commencera son cours de paléontologie végétale le jeudi 8 mai 1884, à une heure de l'après-midi, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Le sujet des leçons de cette année sera l'histoire de la famille des calamodindrées et de quelques types de végétaux qui ont contribué à la formation de la houille. Il traitera de l'origine de ce combustible.

Récompense honorifique. — Le Dr Fabre, médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Lizier vient d'obtenir une médaille d'honneur de seconde classe pour son courageux dévouement dans plusieurs incendies.

Hospice d'elbeuf. — Un concours public pour la nomination à la place de chirurgien en chef de l'hospice d'Elbeuf s'ouvrira, à l'hospice général de Rouen, le lundi 16 juin 1884, à huit heures du matin. Les candidats devront s'inscrire, avant le jeudi 15 mai, au secrétariat de l'hospice d'Elbeuf, rue Peton. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er juillet 1884. La durée des fonctions sera de quinze années et le traitement annuel de 1,000 francs. Les épreuves sont au nombre de trois : 1° épreuve clinique sur deux malades ; 2° deux opérations sur le cadavre ; 3° une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de pathologie. Il est vraiment à désirer que, partout, les places de ce genre soient données au concours et que ces concours, annoncés d'avance, soient faits dans les villes qui possèdent ou une faculté ou une école préparatoire, comme Rouen, afin qu'il y ait un public compétent assez nombreux pour apprécier les épreuves des candidats et les décisions des juges.

Herborisation. — M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation le dimanche 27 avril 1884, au Vésinet et à Saint-Germain. Rendez-vous au Vésinet à l'arrivée du train partant de Paris (gare Saint-Lazare) à 10 h. 35.

Nominations. — M. Wiederhofer est nommé professeur ordinaire de clinique des enfants à la Faculté de Vienne. Les Drs Soyka et Max Gruber sont nommés professeurs extraordinaires d'hygiène, l'un à la Faculté de Prague, l'autre à celle de Gratz.

Nécrologie. — Le Dr Jean Kabath, médecin particulier de l'empereur de Russie, vient de mourir subitement à l'âge de 73 ans. — L'*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung* du 15 avril annonce la mort du professeur L.-J. Franck, directeur de l'école vétérinaire de Munich. On annonce la mort de Dr Bertrand de Saint-Germain. — L'*Italia medica* du 14 février 1884, annonce la mort du Dr L. Ageno, professeur à la Faculté de Gênes. — Le *Journal de médecine de Bordeaux* du 20 avril 1884 annonce la mort de M. Berjonié, médecin à la Brède (Gironde). — M. le Dr Rouffy vient de mourir à Draveil (Seine-et-Oise), où il exerçait depuis plus de quarante ans. L'estime dont on l'entourait, dit la *Gaz. hebd.*, s'est traduite par une affluence considérable de population. Plus de deux mille personnes accompagnaient son cercueil. Notre célèbre romancier, M. Alphonse Daudet, avait connu cet honnête homme, et lui a consacré dans le *Journal de Paris* (25 mars), sous la forme d'une lettre adressée à un des rédacteurs, une courte note où nous relevons cette phrase : « Il dormira sous son nom de saint et de héros : Docteur Rouffy, médecin de campagne. » M. Rouffy avait servi de modèle à M. Daudet pour son roman de Jack. — Plusieurs journaux annoncent la mort du Dr A. Clavel; né à Grenoble en 1815. Le Dr Clavel est l'auteur de différents ouvrages philosophiques ou politiques. *Le corps et l'âme ou histoire naturelle de l'espèce humaine*, in-8. 1851. — *Les races humaines et leur part dans la civilisation*, in-8. 1860. — *Statique sociale de l'équilibre et de ses lois*, in-12. 1860. — *Traité d'éducation physique et morale*, 2 vol. 1855. — *Critique et conséquences des principes de* 1789, in-12. 1866. *La morale positive*, in-12. 1873. Il avait été conseiller municipal de Paris pendant plusieurs années. — M. le Dr Lalanne, député de Libourne.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. — Goudron Freyssinge. Liqueur concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

Demande d'emploi. — Un chimiste, âgé de 46 ans, demande un emploi dans un laboratoire ou une fabrique de produits chimiques. Il accepterait également une place dans un bureau pour faire des écritures. S'adresser au journal.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Bichat. Conférences de clinique et de thérapeutique médicales. — M. le Dr Henri Huchard a repris ses conférences le dimanche 20 avril à dix heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Les quatre premières leçons seront consacrées à *l'étude des asystolies et à leur traitement, avec indications et contre-indications de la digitale dans les maladies du cœur, aux insuffisances fonctionnelles des valvules, au goitre exophthalmique et à son traitement.* Visite tous les jours à 9 heures 1/4 ; consultations le lundi et le mercredi, le lundi, consultation spéciale pour la médecine infantile, le vendredi, examen au spéculum.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Gombault. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jeudis et les lundis, un sur deux. — Salle Beaujon (H.) : 2, cirrhose atrophique ; 6, maladie mitrale ; 9, paralysie saturnine ; 16, fièvre typhoïde ; 16, cirrhose atrophique, phtisie ; 20, rhumatisme articulaire aigu généralisé ; 2 *bis*, pneumonie chez un vieillard. — Salle Sainte-Monique (F.) : 2, fièvre typhoïde ; 5, fièvre typhoïde adynamique ; 6, pleuro-pneumonie ; 11, diabète, anthrax ; 13, pneumonie ; 15, goître exophthalmique ; 16, rhumatisme blennorrhagique. — Sainte-Hélène, accouchements.

Service de M. Fernet. Visite à 8 1/2. Consultations tous les mercredis et samedis, un sur deux. — Salle Saint-Jean (H.) : 2, phtisie aiguë ; 3, néphrite interstitielle ; 10, cancer de l'estomac ; 11, Sclérose pulmonaire ; 12, Fièvre intermittente ; 14, rhumatisme, néphrite ; 19, 28, Fièvre typhoïde ; 21, ataxie locomotrice, 23, 27, pneumonie ; 25, néphrite, érythème scarlatiniforme. — Salle Sainte-Paule (F.) : 1, Vertige stomacal et auriculaire ; 2, Rhumatisme, néphrite interstitielle ; 3, hémorrhagie cérébrale ; 5, Fièvre typhoïde ; 6, hémorrhagie cérébrale ; 7, adéno-phlegmon péri-utérin ; 8, gastrite alcoolique, néphrite interstitielle ; 14, métrite ; 15, tuberculose génitale ; 16, hématocèle ; 20 bis, rein flottant ; 21, rhumatisme art. aigu, endocardite ; 22, maladie mitrale.

Service de M. Millard. Salles Saint-Louis (H.) et Sainte-Marthe (F.) : Visite à 8 1/2. Consultations tous les vendredis et les lundis, un sur deux.

Service de M. Guyot. Salles Sainte-Claire (F.) et Saint-François (H.). Visite à 8 h. Consultations les mardis et samedis, un sur deux.

Chirurgie. — Service de M. Tillaux. Consultations les mardis, jeudis et samedis ; consultation pour les maladies des oreilles, le jeudi, spéculum le samedi. Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. — 1er pavillon (H.) : 1, fracture de la colonne vertébrale ; 3, bec de lièvre traumatique ; 4, Luxation du pied ; 9, fracture de jambe ; 11, fracture compliquée du bras ; 16, fracture de cuisse. — Salle Sainte-Clotilde (F.).

Service de M. Labbé. 2e pavillon (H.) Salle Sainte-Agathe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations les lundis, mercredis, vendredis. Opérations, le mardi. Spéculum, jeudi et samedi. (Voir la suite page 346).

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

COTON IODÉ

Préparé par *J. THOMAS*, pharmacien de 1re classe
Lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris
48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les épanchements dans les articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires [illegible] épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc..., ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Le prix du flacon 3 francs 50. Se trouve dans toutes les pharmacies.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la Diastase, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé*. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *inaltérable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré*. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

DIGESTIF COMPLET
ÉLIXIR EUPEPTIQUE TISY
A BASE DE PANCRÉATINE, DIASTASE ET PEPSINE

CORRESPONDANT A LA DIGESTION DES
CORPS GRAS FÉCULENTS ET AZOTÉS

Exposition universelle 1878, Mention honorable

MÉDAILLE D'ARGENT — MÉDAILLE D'ARGENT

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une **stabilité** absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigr. de diastase, 10 centigr. de pepsine et 10 centigr. de pancréatine par cuillerée à bouche.

Détail : Pharmacie BUFFIÈRE, 11, rue des Francs-Bourgeois.
Gros : Maison BAUDON, 12, rue Charles V.

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE
Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide [illegible] affections de l'estomac.

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires**, **Coliques néphrétiques**, **Goutte**, **Gravelle**, **Calculs**.

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires**. Favorable dans les **Maladies du tube intestinal**; **Gastralgie**, **Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux**; **Diabète**, **Albuminurie**.

Les eaux des Sources Marie, Sophie et Augustine contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

DÉTAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — MIGRAINES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

SPÉCIFIQUE
des maladies nerveuses en général.

CAPSULES BRUEL

PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, l'Estrapade Montmartre

POUDRE HÉMATIQUE
du Dr Guerder
SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ

Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants
Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie
Affections organiques des Voies digestives

PRIX DU FLACON : 3 FR. 50
PARIS, Pharmacie DALMON, Faubourg Saint-Denis, 88

LA BOURBOULE
EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE
Enfants débiles, Lymphatisme, Maladies de la peau et des Voies respiratoires, Asthme, Diabète, Fièvres intermittentes.

L'Eau minérale de la
SOURCE DU PAVILLON
AUTORISÉE PAR L'ÉTAT
est la seule à CONTREXÉVILLE
qui soit décrétée d'intérêt public.

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires*.

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central à Paris, 31, boul. des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Bouchard. Consultation le jeudi. — Salle Saint-Landry : 2, néphrite mixte; 3, pleurésie droite; 5, 7, 27, fièvre typhoïde; 8, dilatation de l'estomac; 10, ataxie locomotrice; 21, sclérose en plaques, 25, carcinome de l'estomac; 28, rétrécissement aortique, aortite. — Salle Sainte-Mathilde : 7, rhumatisme, cirrhose hypertrophique; 9, ataxie fruste, dilatation de l'estomac; 8, endocardite, péliose rhumatismale; 15, bronchite spasmodique; 16, rétrécissement mitral, dilatation de l'estomac, 20, tuberculose pulmonaire au 1er degré, dilatation de

Service de M. Duguet : 33 *bis*, anémie, dilatation de l'estomac; tation le vendredi. — Salle Saint-Vincent [illegible] les jours à 9 heures. Consul- de l'aorte, angine de poitrine; 14, broncho-pleuro-[illegible] la crosse myélite aiguë de l'adulte; 19, pleurésie interlobaire, vomique; 21, pleuro-pneumonie; 22, gangrène diabétique; 23, cirrhose atrophique; 25, ataxie locomotrice progressive, crises gastriques; 27, rhumatisme blennorrhagique. — Salle Sainte-Joséphine : 9, iritis syphilitique; 12, vomissements hystériques; 13, rein mobile; 17, hématocèle rétro-utérine; 19, adénopathie trachéo-bronchique et mésentérique tuberculeuse; 26, fièvre typhoïde, rétrécissement de l'artère pulmonaire aqueuse; 33, diathèse lipomateuse.

Service de M. C. Paul. Consultation le mercredi. — Salle Saint-Henri : 1, ataxie locomotrice; 6, fièvre typhoïde; 15 *bis*, gastralgie tabétique; 16, syphilis cérébrale; 20, périty phlite; 21, néphrite syphilitique; 22, emphysème; 28, mal de Hogdson; 30, broncho-pneumonie; 32, cirrhose. — Salle Sainte-Elisabeth : 1, insuffisance mitrale; 2 pneumonie; 9, tumeur cérébrale; 19, 34, syphilis, 15, diabète; 31, fièvre typhoïde.

Service de M. Proust. Consultation le mardi. Laryngoscopie tous les jours excepté le mercredi. — Salle Saint-Charles; 1, 8, 15, 29, fièvre typhoïde; 4, laryngite syphilitique tertiaire; 9 *bis*, néphrite saturnine; 12, pachy-méningite cervicale; 14, goutte; 16, paralysie générale syphilitique; 20, rhumatisme déformant; 23, rhumatisme et endocardite; 28, pneumonie; 30, rhumatisme articulaire; 33, embolie cérébrale. — Salle Sainte-Marie : 4, lésion mitrale; 6, néphrite; 8, laryngite tuberculeuse; 11, rhumatisme articulaire; 14, péliose rhumatismale; 15, phlébite rhumatismale; 23, péritonite; 24, diabète; 29, hématocèle rétro-utérine; 33, lésion mitrale; 34, hystérie.

Service de M. Siredey. Consultation le lundi, spéculum le mercredi. — Salle Saint-Jérôme : 1, pleurésie et péritonite tuberculeuses; 2, syphilis tertiaire héréditaire; 14, paraplégie cervicale, mal de Pott ancien; 16, tabes spasmodique; 17, pleurésie tuberculeuse; 18, insuffisance mitrale; 21, fièvre typhoïde; 26, hémiplégie syphilitique droite; 28, anévrysme aortique, tuberculose pulmonaire. — Salle Sainte-Claire : 4, éruption de vaccine généralisée; 14, polype de l'utérus; 15, pneumonie tuberculeuse; 15 *bis*, paralysie diphtérique; 20, scarlatine, rhumatisme, albuminurie; 21 *bis*, fibrome de l'utérus; 25 *bis*, angine phlegmoneuse.

Chirurgie. — Service de M. Duplay. Consultation lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint-Ferdinand : 1, fracture autour du tibia; 4, fracture compliquée de jambe; 12, phlegmon de l'orbite; 13, opération d'Estlander; 16, cancer de la langue; 17, sarcome du testicule; 22, chancre mou du gland, phagédénisme; 25, kyste du creux poplité.

Service de B. Anger. Consultation mardi, jeudi, samedi. — Salle Saint-Augustin : 1, 2, 7, 11, 29, fracture de jambe; 5, 6, 21, 25, fracture de cuisse; 4, plaie du pied; 5, ectropion; 9, ulcère de jambe; 13, fistule à l'anus; 14 et 15, arthrite du genou; 16, entorse; 17, brûlures; 18, plaie de la jambe; 19, abcès urineux; 20, fracture du périné; 22, circoncision; 23, plaie des doigts; 30, plaie de la main; 31, épithélioma de l'amygdale; 32, épithélioma de la langue; 33, hernie; 34, ostéite.

Hôpital Tenon. — *Chirurgie.* — Service de M. Lucas-Championnière, suppléé par M. Quenu : Visite à 9 h. 1/2. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — Salle Nélaton (H.) : 4, rétrécissement de l'urèthre; 5, prolapsus de la muqueuse rectale; 5 *bis*, mal perforant du gros orteil; 7, morsure, phlegmon de la main; 9, contusion du plexus brachial, fracture de côtes, pneumothorax, emphysème; 10, conjonctivite blennorrhagique; 13, fracture compliquée de l'humérus; 15, opération d'Estlander; 17, épithélioma du nez; 18, ostéomyélite; 21 *bis*, exostose sous-unguéale. — Salle Lisfranc (H.) : 1, coxalgie; 3 et 10, rétrécissement de l'urèthre; 14, ostéomyélite; 17, mal de Pott; 17 *bis*, rétrécissement de l'urèthre; 19, amputation de cuisse. — Salle Velpeau (H.) : 7, ostéomyélite, arthrite; 8, fracture de la rotule, suture; 10, fracture de côtes, du bassin, de l'avant-bras; 12, mal de Pott. — Salle Richard Wallace (F.) : 3, épithélioma du col de l'utérus; 6, kyste de l'ovaire; [illegible] résection du genou; 12, fracture du tibia à l'extrémité supérieure; 15, [illegible]otomie; 16, prolapsus utérin; 18, tumeur blanche du genou. — Salle Roy[illegible] (crèche) : 1 et 2, conjonctivite purulente; 8, tumeur blanche du cou-de-pied; 10 *bis*, hermaphrodisme.

Service de M. Gillette : Visite à 9 heures. Consultations les mardis, jeudis et samedis. — Salle Monthyon (H.) : 2, fracture compliquée de jambe; 4, mal de Pott, abcès par congestion; 6, hémarthrose; 10, kyste de la fesse; 7, rétrécissement traumatique de l'urèthre; 11, résection du genou; 15, ostéotomie, ostéoclasie; 19, nécrose de l'os iliaque; 22, phlegmon de la main. — Salle Seymour (H.) : 13, fracture des condyles du fémur; 15, cancer de la langue; 17, arthrite et synovite fongueuses du cou-de-pied; 19, épithélioma de la bouche. — Salle Dupuytren (H.) : 8, élongation du sciatique. — Salle Delessert (F.) : 2, tumeur blanche du coude, 4, végétation de la vulve, du vagin et du col de l'utérus; 6, prolapsus utérin; 14, sarcome de la cuisse; 17, arthrite cervicale; 18, ostéite du calcaneum; 19, coxalgie; 20, fistules à l'anus. — Salle Ambroise Paré (crèche) : 1, fistules à l'anus; 4, fracture de la colonne vertébrale, paraplégie; 2 et 6, coxalgie.

Médecine. — Service de M. Hanot : Visite à 8 h. 1/2. Consultation le samedi. — Salle Axenfeld (H.) : 1, tuberculose pulmonaire subaiguë; 2, tuberculose pulmonaire à forme pneumonique; 7, myélite consécutive à la fièvre typhoïde; 11, paralysie générale; 9, cirrhose hypertrophique. — Salle Colin (F.) : 5, gangrène sénile; 9, pneumothorax; 11, xanthélasma; 17, cancer de l'épiploon.

Service de M. Troisier. Visite à 9 heures. Consultation le jeudi. — Salle Gerando (H.) : 2, fièvre typhoïde; 3, fièvre typhoïde, pleurésie; 4, phlébite variqueuse des veines sous-cutanées de l'abdomen; 5, péricardite et pleurésie; 10, rhumatisme articulaire aigu; 24, diabète sucré. — Salle Rayer (F.) : 2, hémiplégie, 13, pleurésie; 18, épithélioma du col utérin; 22, arthrite déformante.

Service de M. Rathery : Visite à 9 heures. Consultation le mercredi. — Salle Bichat (H.) : 3, emphysème pulmonaire; 5, affection cardiaque; 6, rhumatisme articulaire aigu; 7, paralysie générale; 9, 10, tuberculose pulmonaire; 11, hémiplégie; 13, empyème; 16, pleurésie; 17 et 23, syphilis cérébrale, 22, mal de Bright. — Salle Magendie (F.) : 1, gangrène pulmonaire, 3, adénopathie bronchique; 4, 9, fièvre typhoïde; 5 et 7, phlegmons du ligament large; 8, métrite; 10, cancer abdominal; 11, affection cardiaque; 19, péritonite tuberculeuse.

Service de M. Straus : Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Salle Andral (H.) : 1, néphrite parenchymateuse; 8, cirrhose hypertrophique; 18, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Claude Bernard (F.) : 4, grossesse, tuberculose pulmonaire, insuffisance aortique; 21, fistule pleurale. — Salle Béhier (F.) : 6, arthrite blennorrhagique; 10, métrite; 19, fièvre puerpérale; 22, hématocèle rétro-utérine.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ÉLIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50; 1/2 Boîte, 3 f. 50; Kilo, 12
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50; 1/2 Boîte, 3 f.; Kilo, 10

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 18. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 3 MAI 1884.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

Sur une disposition particulière des petites lèvres chez la femme et sur quelques conséquences qui peuvent en résulter ;

Par P. BUDIN, accoucheur de la Charité.

« Les petites lèvres sont deux replis cutanés situés entre les grandes lèvres, sur les côtés du vestibule, du méat urinaire et de la partie supérieure de l'orifice vaginal. Réunies au niveau du clitoris, elles se portent obliquement en bas, en arrière et en dehors et affectent par conséquent une direction divergente. » « L'extrémité postérieure des petites lèvres ne dépasse pas ordinairement le diamètre transversal de cet orifice, elle s'effile, puis se perd insensiblement sur les parois de la vulve. » (Sappey, p. 787-8).

Telle est la forme habituelle des petites lèvres. Chez un certain nombre de femmes cependant, au lieu de s'arrêter à peu près au milieu de la hauteur de la vulve, les petites lèvres se prolongent en arrière et se recourbent vers la ligne médiane où elles viennent se rejoindre (*fig.* 25). Tandis que dans les conditions habituelles, la fourchette est formée par les grandes lèvres, chez les femmes dont nous venons de parler on trouve en allant de haut en bas : l'orifice vaginal, la fosse naviculaire, puis une fourchette constituée par la réunion des petites lèvres.

Nous avons rencontré cette disposition des petites lèvres chez un certain nombre de femmes blanches, nous l'avons également notée chez une femme de couleur, lorsque nous remplacions le professeur Depaul à la clinique d'accouchements.

Dans un cas, la fourchette était pour ainsi dire double, il existait un rebord saillant supérieur formé par la continuation des petites lèvres, une bande saillante inférieure formée par la réunion des grandes lèvres et entre les deux un sillon peu profond.

Cette conformation a, du reste, été déjà indiquée. — En 1868, Luschka (1), décrivant les organes génitaux d'une femme Boschimane, dit : « L'extrémité postérieure de chaque petite lèvre va en s'amincissant peu à peu sous forme de bourrelet et finit par n'avoir plus que 2 millim. de hauteur : elle ne se termine pas librement, mais elle se réunit à l'extrémité postérieure de la petite lèvre opposée pour constituer la paroi de la fosse naviculaire ; il en résulte une commissure qui correspond à celle qui, sous le nom de « frenulum vulvæ s. labiorum » est en général décrite comme formée par les grandes lèvres. »

« Dans une autre circonstance, ajoute Luschka, j'ai fait voir que la fourchette ne provenait pas constamment des grandes lèvres, que très souvent pour la former, les nymphes se réunissaient à la limite antérieure du périnée et que, même quand leur extrémité inférieure paraissait se terminer librement au côté interne des grandes lèvres, on pouvait, en exerçant une tension, produire un pli longitudinal qui démontrait la continuité de la fourchette et des petites lèvres.

De son côté, de Sinéty (1) a écrit : « L'extrémité postérieure des petites lèvres se confond avec la face interne des grandes lèvres, vers le milieu de leur hauteur. D'autres fois, elles se continuent à la partie postérieure et forment alors la fourchette. »

Ce n'est pas tant sur cette particularité anatomique déjà signalée par quelques auteurs, que sur certaines conséquences qui en résultent pendant l'accouchement que je désire appeler l'attention. Chez certaines femmes, les petites lèvres, ainsi disposées et très élastiques, se laissent distendre d'une façon exagérée lorsque la partie fœtale, poussée par les contractions utérines, est pour se dégager. Le périnée semble s'allonger démesurément, et la tête, avant sa sortie, est largement coiffée en arrière, par les parties molles comme par une calotte, ce qui détermine un aspect singulier. On ne note rien de semblable, si les petites lèvres, bien que se réunissant à la partie inférieure, ne sont pas très développées et très souples.

Chez quelques sujets l'extensibilité des petites lèvres est telle qu'elles permettent, sans se rompre en aucun point, la sortie du fœtus. La *fig.* (25) représente les organes génitaux d'une primipare de 27 ans accouchée quelques jours auparavant (le 1er mars 1883), d'un enfant à terme et bien développé. Les petites lèvres étaient restées intactes.

Mais les choses ne se passent pas toujours de la sorte : l'orifice vaginal, chez les primipares, se rompt en un ou plusieurs endroits au moment de l'accouchement, surtout en arrière sur la ligne médiane ; la déchirure s'étend à la fosse naviculaire et à la fourchette formée par les petites lèvres ; de là, elle peut gagner le périnée. Nous avons rencontré plusieurs fois ces lésions. Nous ne possédons pas cependant un nombre suffisant d'observations pour affirmer qu'elles existent le plus habituellement.

Chez une multipare on sentait, en pratiquant le toucher, des indurations cicatricielles au niveau de la commissure postérieure de la vulve. Ces noyaux durs ne se confondaient pas avec la masse résistante du périnée, mais semblaient situés en avant de lui, au milieu de parties plus molles. En regardant alors attentivement les organes génitaux, on vit que la fourchette était formée par la réunion en arrière des petites lèvres. Pendant le premier accouchement, le médecin avait pratiqué près de la ligne médiane des sections avec les ciseaux et appliqué ensuite des serre-fines ; la réunion avait eu lieu. C'est pourquoi le cercle formé par les petites lèvres étant de nouveau devenu complet, on sentait des noyaux cicatriciels sur la commissure postérieure de la vulve.

Au lieu de se produire sur la ligne médiane en arrière et de se continuer jusqu'à la fourchette, la déchirure peut exister un peu latéralement : c'est ce que nous avons

(1) Luschka. — *Monatsschrift für Geburts.* Bd. XXXII, p. 343, 1868, avec figure.

(1) De Sinéty. — *Traité pratique de gynécologie,* 2e édit., p. 43, 1884.

© BIU Santé

observé une fois chez la nommée Grois....., primipare: de la région latérale droite et postérieure de l'orifice vaginal, la rupture s'était prolongée sur le côté et était venue sectionner la petite lèvre à droite au-dessus de la fourchette (1) (v. *fig.* 27). Mais c'est le fait suivant qui nous a semblé particulièrement intéressant.

Le 29 février 1883, nous reçûmes une lettre d'une sage-femme agréée des hôpitaux, elle nous priait d'aller voir chez elle une malade accouchée la veille au soir et chez laquelle il existait une déchirure complète du périnée ; il s'agissait d'une nommée Eugénie B..., âgée de 22 ans, déjà accouchée une première fois en février 1881. Voici ce que la sage-femme nous raconta: A la période d'expulsion, le périnée étant considérablement distendu par la tête, elle avait appliqué sur lui la main droite pour le soutenir. Tout à coup une douleur violente était survenue, elle avait senti tous les tissus se déchirer sous sa main et l'enfant avait été expulsé.

Je commençai par faire coucher la malade sur le côté gau-

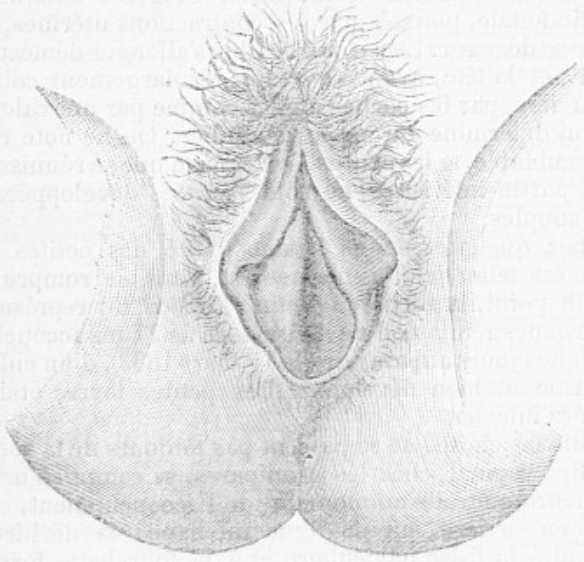


Fig. 25.

che, la jambe gauche restant allongée, la cuisse droite étant fléchie et relevée. En effet, si la femme étant sur le dos on peut, en écartant les lèvres, bien voir les déchirures de l'orifice vaginal, de la fosse naviculaire et de la fourchette, lorsque la femme est sur le côté on a sous les yeux le périnée et on apprécie mieux l'étendue des lésions qu'il peut présenter. La nommée Eugénie B... ayant été ainsi placée, je trouvai que son périnée était demeuré intact, mais en avant, au niveau de la fourchette, on voyait flotter un lambeau de tissu violacé, bleuâtre.

La malade ayant été mise alors sur le dos, les membres inférieurs et les grandes lèvres ayant été écartés, on vit que du côté gauche la petite lèvre s'était brusquement détachée au niveau de son insertion au clitoris ; elle s'était décollée de haut en bas sur toute son étendue, le décollement s'était même continué sur la petite lèvre droite de bas en haut, jusqu'à l'union de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Du point où, à droite, s'arrêtait le décollement en masse de la petite lèvre, on voyait sur la face interne de la nymphe partir une fisssure qui remontait jusqu'au niveau de son quart supérieur (*fig.* 26).

Chez cette malade, les petites lèvres, avant l'accouchement, se réunissaient en bas, constituant un cercle complet et formant la fourchette. — Au moment de la sortie de la tête, l'orifice vulvaire ne s'était pas suffisamment dilaté, la petite lèvre gauche distendue fortement et entraînée par la partie fœtale, s'était détachée près de son insertion au clitoris et s'était décollée sur toute sa hauteur. Le tissu de cette petite lèvre était revenu sur lui-même, ainsi que la portion de la petite lèvre droite qui s'était également détachée : de là l'existence du lambeau violacé, pendant à la partie inférieure de la vulve, au devant du périnée. — Des toilettes furent faites 5 et 6 fois

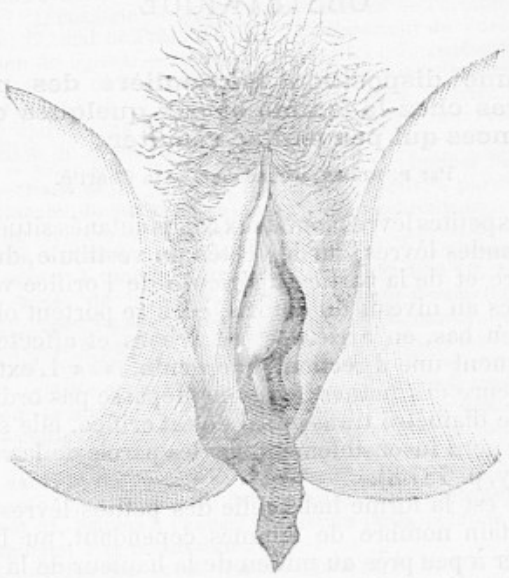


Fig. 26.

par jour avec des solutions phéniquées au 1/50e. Les suites de couches furent naturelles.

Le 7 mars il y eut chute en masse de tout le lambeau flottant. En examinant les organes génitaux le 10 mars il n'existait plus que les deux tiers supérieurs de la nymphe droite : une large surface rouge bourgeonnante correspondait à la surface où s'insérait primitivement la petite lèvre gauche et le tiers infé-

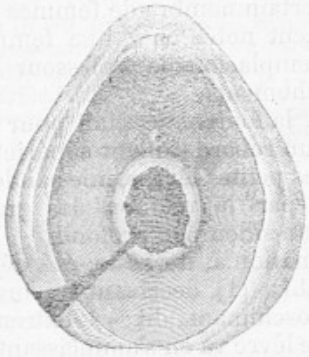


Fig. 27.

rieur de la petite lèvre droite. L'accouchée demeura chez la sage-femme jusqu'au 17 mars, elle en partit presque complètement guérie.

Les petites lèvres qui, chez quelques femmes, se prolongent en bas et se réunissent pour former une fourchette peuvent donc, en se distendant pendant l'accouchement, donner à la vulve un aspect spécial ; elles peuvent également être le point de départ de lésions particulières et jusqu'ici peu décrites.

(1) *Voir des lésions analogues de la grande lèvre*. P. Budin, in *Progrès médical*, 1879, p.

Legs. — Le Conseil municipal, dans sa séance du 28 mars, a autorisé le directeur de l'Assistance publique à accepter le legs de Mlle Thierry (4,000 fr.), de M. Hiron (1,000 fr. pour les pauvres du 5e arrondissement), de Mme Vignaux (4,000 fr. pour les pauvres du 20e arrondissement), de Mme Ve Mercier (deux legs en une propriété en faveur de la maison des filles-mères et des enfants moralement abandonnés.)

© BIU Santé

PATHOLOGIE NERVEUSE

Sclérose en plaques et Maladies infectieuses ;

par Pierre MARIE, chef de clinique de la Faculté (1).

Il nous semble qu'en présence d'un aussi grand nombre de faits concordant si parfaitement entre eux, le doute n'est plus possible, qu'il faut bien reconnaître qu'il y a entre la sclérose en plaques et la fièvre typhoïde autre chose qu'une simple coïncidence, et que chez le malade dont nous avons donné l'observation au début de ce travail, la sclérose en plaques qui s'est développée après la fièvre typhoïde s'est développée sous l'influence de celle-ci.

D'ailleurs, il ne faudrait pas croire que ce soit là un privilège de la fièvre typhoïde, qu'elle seule puisse déterminer ces lésions disséminées des centres nerveux. Bien au contraire, il n'est pour ainsi dire pas une seule maladie infectieuse qui ne puisse amener la sclérose en plaques soit dans son cours, soit à sa suite. Nous allons en citer quelques exemples parmi ceux que contient en certain nombre la littérature médicale.

L'influence de la *Variole* sur l'affection qui nous occupe est surtout rendue évidente par les observations de Westphal (*loc. cit.*).

OBSERVATION XII. (Westphal). — Femme de 47 ans. Dans le stade prodromique d'une varioloïde, troubles de la parole qui est saccadée. Troubles du sensorium. Tremblement de la tête. Ataxie des extrémités supérieures. Impossibilité de marcher et de se tenir debout. Lorsqu'elle marche étant soutenue, phénomènes d'ataxie dans les extrémités inférieures. Pas d'oscillation, les yeux étant fermés. Sensibilité intacte. Plus tard légère amélioration et modification de la marche.

OBSERVATION XIII. (Westphal). Homme de 28 ans. Les deux premiers jours d'une varioloïde reste dans son lit comme mort, semble avoir complètement perdu connaissance pendant ce laps de temps. Ce n'est que lorsque l'éruption se fut suffisamment développée qu'il perdit progressivement la parole d'une façon complète. Ataxie des bras et des jambes. A un examen ultérieur (7 semaines après la variole), légère parésie du bras gauche, difficulté et lenteur des mouvements des doigts ; il n'y a plus d'ataxie des extrémités inférieures, démarche spasmodique. Affaiblissement de l'odorat. Difficulté de la déglutition (?). Affaiblissement de la mémoire.

OBSERVATION XIV. (Westphal). — Femme de 40 ans. Variole. Le lendemain du début de l'éruption raucité de la voix. 3 jours plus tard délire modéré. Persistance des troubles de la parole. Ataxie des extrémités supérieures. Difficulté des mouvements des doigts surtout à droite.

MM. Charcot et Bourneville (2) ont publié, eux aussi, une observation dans laquelle une femme de 28 ans, Hortense Dr... fut, en 1868, pendant la convalescence d'une variole, prise de faiblesse des jambes et consécutivement des autres symptômes de la sclérose en plaques.

Quant à l'observation de Béhier et Liouville, dans laquelle, après une variole, se développèrent certains accidents nerveux, il ne nous a pas semblé que ces accidents revêtissent assez nettement le caractère de ceux de la sclérose disséminée pour qu'il nous fût permis d'en tenir compte dans notre mémoire.

Dans l'*Erysipèle*, nous retrouvons encore la sclérose en plaques ; peut-être existe-t-elle, dans une observation citée par Gubler, de tremblement de la tête consécutif à un érysipèle de la face, mais là encore la description des symptômes n'a pas toute la netteté désirable ; il en est autrement dans l'observation que voici :

OBSERVATION XV. (Jolly) (1).—Femme de 28 ans. Pas d'antécédents nerveux héréditaires. Accidents scrofuleux dans la jeunesse. Avant son mariage avait eu 3 ou 4 érysipèles de la face. Neuf mois après sa troisième couche, dont elle avait eu quelque peine à se rétablir, nouvel érysipèle de la face terminé en 10 jours. 5 ou 6 semaines après, sensation de vertige, violents maux de tête, nouveau séjour au lit, accès convulsifs caractérisés par une rigidité tonique de tout le corps bien plus que par de véritables secousses cloniques. Affaiblissement intellectuel. Deux mois après le début de ces accidents, paralysie faciale gauche. Quatre mois après celle-ci, hémiplégie gauche, augmentation des troubles psychiques, délire. Puis on constate progressivement l'existence des symptômes classiques de la sclérose en plaques : tremblement, troubles de la parole, etc..... Accidents de paralysie labio-glosso-laryngée. Autopsie confirmant le diagnostic.

La *Pneumonie* elle-même en tant que maladie infectieuse peut donner aussi naissance à la sclérose en plaques.

OBSERVATION XVI (Westphal, *loc. cit.* note de la page 402). Récemment une femme atteinte de pneumonie grave fut admise dans la clinique des maladies nerveuses ; elle présentait un tremblement de la tête et des extrémités ayant les caractères indiqués plus haut, il y avait aussi une faiblesse des extrémités inférieures. Quoique le sensorium fût passablement atteint et qu'on ne pût rien apprendre de l'anamnèse, je crus cependant, surtout à cause du tremblement caractéristique, pouvoir poser un diagnostic de probabilité, et l'autopsie fit voir une dégénération grise en plaques de la moelle et du cerveau tout à fait classique.

En l'absence de renseignements il n'est pas possible de dire si la sclérose en plaques a été sous la dépendance directe de la pneumonie ou si elle n'existait pas antérieurement à celle-ci ainsi qu'il semble plus probable au premier abord.

OBSERVATION XVII (Friedreich) (2). Après une pneumonie typhoïde on vit se développer de l'ataxie des quatre membres, des oscillations dans la marche augmentant par l'occlusion des yeux, de la lenteur de la parole, un léger affaiblissement psychique. Puis rapide amélioration de l'ataxie qui, au bout de 9 jours, n'existait pour ainsi dire plus.

Enfin, M. le Dr Richard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a bien voulu nous communiquer le résumé de l'observation d'un malade actuellement dans son service. Cette observation, inédite, présente le plus grand intérêt, et nous remercions vivement M. Richard de son obligeant concours ; nous remercions aussi M. le Dr Vaillard, grâce à qui nous avons pu nous procurer en temps utile cette observation.

OBS. XVIII. R... (Er.), boulanger, 24 ans, en prison au Cherche-Midi, pour insoumission depuis le 8 avril 1883, est atteint le 7 mai d'une pneumonie double dont la défervescence a lieu le 15 mai ; cette affection très grave par son étendue et l'adynamie du sujet, fut traitée par l'alcool à haute dose par M. Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Le 16 mai au soir se déclare une parotidite droite qui suppure et est traitée par une large incision dès le 19 ; le 21, apyrexie : à ce moment paralysie du nerf cubital droit intéressant plus sérieusement

(1) Voir les nos 15 et 16.
(2) Bourneville et Guérard. — *De la sclérose en plaques disséminées*, 1869.

(1) Friedrich Jolly. — *Ueber multiple Hirnsklerose* (*Arch. f. Psych.* 1872, p. 711.)
(2) Friedreich. — *Virchow's Arch.* LXVIII, p. 230. Cité par Kahler et Pick.

© BIU Santé

la sensibilité que la motilité. Après un mois de traitement, le malade quitte l'hôpital incomplètement guéri de cette paralysie et est incorporé au 43e de ligne à Lille. Dans les premiers jours d'octobre, affaiblissement et titubation des membres inférieurs ; la fatigue survient vite en marchant, les membres supérieurs sont également atteints mais moins ; du 15 décembre au 15 janvier, diplopie verticale.

État actuel (mars 1884). — Nystagmus léger visible surtout lors de l'examen ophthalmoscopique : lorsqu'on fait fixer très obliquement un objet, le tremblement devient tout à coup très accusé — diminution de l'acuité visuelle — pas de myosis ni de lésions profondes. Pas de tremblement au repos. Attitude permanente des deux pieds dans la position varus-équin. Quand le malade met pied à terre pour marcher, il éprouve d'abord une grande gêne pour se mettre en mouvement, puis il avance péniblement, chancelant à la façon d'un homme ivre et écartant le plus possible les jambes. Bientôt il est pris de tremblement de la tête et du tronc. Lorsqu'on l'invite à toucher son nez avec l'une de ses mains, elle est prise à moitié course d'un tremblement à larges oscillations qui ne fait qu'augmenter à mesure que la main s'approche du but que d'ailleurs elle finit toujours par atteindre. Lorsque le malade essaye de boire, il y arrive avec peine et renverse fréquemment le liquide. Lorsqu'il n'est pas observé, en mangeant, le tremblement n'existe pas ; il faut en conclure que l'émotion l'exagère beaucoup. Exagération du réflexe rotulien ; rien du côté des sphincters. Sensibilité conservée dans tous les modes et partout. Fréquemment céphalalgie et vertiges. Affaiblissement intellectuel. Lenteur de la parole. — Tout soupçon de simulation semble devoir être écarté.

Mais ce n'est pas encore tout, et comme nous le disions plus haut, il semble qu'il n'existe pas une seule maladie infectieuse qui ne puisse amener l'apparition de la sclérose en plaques. On la trouve dans la *Rougeole* (observation de Schepers, in *Berlin. klin. Woch.*, 1872, n° 43). On la trouve dans la convalescence de la *Scarlatine* (observation de Pollard, in *Lancet*, 1878, 133, résumée dans notre mémoire sur la sclérose en plaques des enfants). On la trouverait encore dans la *Coqueluche* (observation de Sparks, in *Med. Times and Gaz.*, 1877, citée dans le même mémoire). On l'observerait aussi dans la *Fièvre intermittente* (cas de Kahler et Pick, *loc. cit.*). Nous n'insistons pas sur cette observation, parce que, bien que nous la considérions nous-même comme un exemple de sclérose en plaques, quelques objections pourraient être cependant élevées à ce propos, notamment l'absence des réflexes rotuliens, qui est un phénomène rare et presque exceptionnel dans cette affection qui présente le plus souvent un caractère spasmodique très accentué.

Récemment, on a publié des exemples de sclérose disséminée à la suite de *Dyssentérie*, témoin l'observation suivante de Lenhartz, à propos de laquelle nous appelons l'attention du lecteur sur la multiplicité des maladies infectieuses qui ont assailli ce petit malade et, par conséquent, sur l'embarras où l'on se trouve pour attribuer le développement des troubles nerveux à l'une ou l'autre de celles-ci.

Observation XIX. (Lenhartz) (1).—Garçon de 8 ans, a la rougeole à Noel 1879 et à la suite de celle-ci une légère coqueluche. Le 17 août 1880, diarrhée sanguinolente, ténesme que l'auteur considère comme dus à une véritable dyssentérie, le frère du malade présente d'ailleurs en même temps des accidents analogues. Dès le surlendemain délire intense, perte de la parole, incontinence d'urine et des matières, etc..... peu à peu la connaissance revint, mais pendant longtemps persistance d'une aphasie complète, réflexes rotuliens exagérés, faiblesse et ataxie des extrémités ; à une certaine époque il y eut même un peu de nystagmus et lorsque l'aphasie eut disparu la voix resta scandée ; pendant que s'effectuait cette réparation progressive le malade fut pris consécutivement en un espace de 18 mois d'une angine gangréneuse, puis d'une diphthérie palato-pharyngienne avec hématurie et albuminurie et enfin d'une fièvre typhoïde. Sous l'influence de ces affections les symptômes nerveux en voie de décroissance reprirent une nouvelle intensité, surtout lors de la fièvre typhoïde.

Quant à la *Diphthérie*, elle peut, elle aussi, produire le processus anatomo-pathologique et symptomatique qui nous occupe, mais il faut reconnaître que cliniquement elle amène plutôt des paralysies plus ou moins localisées et limitées, et que si, au point de vue pathogénique, ces phénomènes sont probablement analogues à ceux que l'on constate dans la sclérose en plaques, il n'en est pas tout à fait de même au point de vue nosographique ; aussi n'avons-nous, pour le moment du moins, aucune velléité d'annexer aux faits que nous rapportons ceux de paralysie diphthérique. Il semble cependant que la diphthérie puisse reproduire dans une certaine limite le tableau clinique de la sclérose en plaques, tout au moins d'après l'observation suivante :

Observation XX. (Stadthagen) (1).—A l'âge de 4 ans le malade qui a aujourd'hui 11 ans, eut une angine diphthérique avec paralysie du voile du palais. La parole resta nasillarde, la démarche devint et resta maladroite ; la jambe droite était traînante. Depuis deux ans le bras droit était aussi devenu plus faible ; depuis six mois la parole a été atteinte. Manifestations de paralysie bulbaire (paralysie des rameaux nasolabiaux des deux nerfs faciaux, difficulté de la déglutition, parole monotone nasillarde trébuchante, paralysie de la langue, etc....). Hémiparésie droite, légère contracture, mouvements anormaux, choréiformes, lorsque le malade lève le bras ; pas de troubles de la sensibilité, réactions normales des muscles de la face et des extrémités ; depuis quelque temps les mouvements des extrémités gauches commencèrent à être maladroits et surtout ceux du bras gauche à présenter des secousses d'un genre particulier.

L'auteur considère cette affection comme une sclérose en plaques ; nous n'avons pu consulter l'observation *in extenso* et force nous a été de nous contenter de l'analyse du *Centralblatt f. med. Wiss.*

Enfin, l'existence antérieure d'une attaque de *Choléra* se trouve signalée dans une observation de M. Joffroy ; il est vrai que quelque temps après, la malade fut atteinte de fièvre typhoïde, mais cependant la faiblesse des jambes semble bien remonter à l'attaque de choléra. Nous signalons ce fait sans vouloir en tirer de conséquences hâtives, vu le peu de renseignements que nous avons sur ce sujet.

Observation XXI. (Joffroy) (2).—Femme atteinte à l'âge de 28 ans d'une attaque de choléra à la suite de laquelle elle conserva dans les jambes une faiblesse qui ne disparut jamais. Quelques mois après, seconde grossesse qui se termine par une fausse couche. Enfin, peu de temps après, fièvre typhoïde. A partir de ce moment la faiblesse des jambes fait des progrès d'une façon lente et continue, à tel point que bientôt la malade est obligée de se servir d'une canne. Autopsie confirmative de sclérose en plaques.

Il n'est pas jusqu'aux *Infections innominées* (Bouchard, Landouzy) qui ne puissent amener à leur suite la sclérose disséminée. Témoin le fait de Moxon (*Lancet*,

(1) Lenhartz. — *Beitrag zur Kenntniss der acuten Coordinationsstörungen nach acuten Erkrankungen* (Kuhr) (*Berl. klin. Woch.*, 1883, nos 21-22.)

(1) Stadthagen. — *Herdförmige Sklerose nach Diphtherie* (*Arch. f. Kinderheilk*, 1883, V. 1 et 2, analyse in *Cbl. f. med. Wiss*, 1884, p. 90.)

(2) Joffroy. — *Soc. de biologie*, 1869, p. 146.

© BIU Santé

1873, I, 236), où cette affection se déclare après une *maladie fébrile avec diarrhée*. Témoin le fait de Schüle (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, VIII), où on observe auparavant une *jaunisse avec albuminurie*.

Peut-être aussi est-ce à l'une des *infections* si fréquentes chez les *femmes en couches* qu'il faut rattacher ces cas de sclérose en plaques observés à la suite d'un accouchement.

Quant à la *Syphilis*, nous n'avons pas encore parlé de son rôle pathogénique sur l'affection nerveuse qui nous occupe, et nous ne nous étendrons pas sur ce sujet. On trouve bien dans un certain nombre de cas la mention d'une syphilis antérieure, et nous avons l'intime conviction que dans ces cas la sclérose en plaques était sous la dépendance de cette affection, mais il ne nous a pas été donné de rencontrer des observations où cette influence fût assez nettement apparente pour entraîner quand même la conviction. Nous aimons donc mieux, jusqu'à nouvel ordre, nous abstenir plutôt que d'apporter une démonstration insuffisante.

Nous venons de présenter les documents que nous avons pu rassembler, il s'agit maintenant de conclure. De l'ensemble de ces faits se dégage une notion : — *La subordination de la sclérose en plaques aux maladies infectieuses.*

Cette notion n'a d'ailleurs en soi rien d'inattendu, et l'on devrait même dire qu'elle pouvait être soupçonnée *à priori* ; elle découle logiquement de ce que nous savons des scléroses et de ce que nous connaissons sur les déterminations morbides des maladies infectieuses.

(*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sarcome myéloïde de l'extrémité inférieure du radius;

Par M. M. DENUCÉ, interne des hôpitaux.

La tumeur s'est développée chez une jeune fille âgée de 19 ans, à laquelle M. le Dr TERRILLON a amputé, le 15 octobre dernier, l'avant-bras droit. La malade, vers le mois d'août 1882, sans motif connu, a ressenti des douleurs dans le poignet droit. D'abord vagues, ces douleurs n'ont pas tardé à s'accentuer, surtout vers la région externe du poignet. En même temps, les mouvements de la main devenaient de plus en plus pénibles. Un médecin consulté constata de l'empâtement profond du côté de la face externe de l'extrémité inférieure du radius. Il crut à une tumeur blanche de l'articulation du poignet, et ordonna des applications de pommade et des badigeonnages de teinture d'iode. Les douleurs s'accroissant toujours et la région augmentant de volume, la malade vint consulter M. Terrillon, en août 1883.

A ce moment, la tumeur localisée présentait le volume d'un gros œuf de pigeon. Les téguments n'avaient éprouvé aucune modification ; pas d'œdème soit de la main, soit de l'avant-bras. Les mouvements de pronation et de supination du radius sur le cubitus étaient possibles ; tous les mouvements d'extension des doigts étaient intacts; seuls, les mouvements de flexion de la main et des doigts étaient gênés. L'articulation radio-carpienne, pas plus que les articulations du carpe, ne semblaient atteintes. Pas de ganglions dans l'aisselle.

Au palper, on constatait que la tumeur, formant une saillie arrondie à son extrémité inférieure, qui atteignait le carpe, se terminait au contraire à son extrémité supérieure en s'allongeant. Le doigt ne trouvait aucune séparation entre la tumeur et le radius.

La consistance de la tumeur était molle, et l'on pouvait même sentir une fluctuation apparente. En appliquant un doigt à chaque extrémité du diamètre transversal de la tumeur, on la trouvait animée de mouvements de battement avec expansion, à peu près synchrones avec le pouls du côté opposé. Il était difficile de savoir si ces mouvements se passaient dans la tumeur ou lui étaient communiqués par la radiale. Par un examen attentif, M. Terrillon constata que la radiale était superficielle, soulevée par la tumeur, et que les battements étaient bien propres à cette dernière. Il crut dès lors pouvoir affirmer l'existence d'un ostéo-sarcome ; le bras de la malade fut placé dans un appareil amovo-inamovible, et une légère compression fut exercée sur la tumeur.

Au bout de six à huit semaines, le volume de la tumeur s'étant accru, et les douleurs étant devenues plus vives, après une consultation avec M. le professeur Verneuil, une intervention fut jugée nécessaire. Le 15 octobre, la malade fut chloroformisée, et une ponction exploratrice avec l'appareil de Dieulafoy pratiquée dans les parties fluctuantes. La ponction ne donna issue qu'à du sang. Après application de la bande d'Esmarch, M. Terrillon incisa les téguments. Il trouva les gaines des muscles radiaux et extenseurs du pouce normales et soulevées par la tumeur. L'idée d'une affection fongueuse de ces gaines étant écartée, la tumeur fut incisée à son tour. Le doigt put alors pénétrer dans sa cavité, et on n'y trouva qu'une substance molle et des caillots sanguins abondants. La tumeur était bien développée aux dépens du radius.

D'accord avec M. Verneuil, qui d'avance avait repoussé toute résection plus ou moins considérable du radius, M. Terrillon amputa l'avant-bras. L'amputation fut faite par le procédé à manchette, deux petits tubes placés à la base, au contact des os, et la réunion obtenue par une suture superficielle au catgut. Pansement de Lister. Le troisième jour, suppression des drains, pas de suppuration. Le septième jour, enlèvement des catguts de la suture. La réunion primitive était complète et la guérison absolue.

Examen macroscopique de la pièce. — L'incision pratiquée pendant l'opération permet d'examiner le contenu de la tumeur : outre des caillots sanguins, on y trouve un tissu blanchâtre, de consistance molle et pâteuse, peu adhérent.

En disséquant la pièce, on constate qu'en dehors du radius, tous les organes voisins sont intacts ; les tendons et leurs gaines, les vaisseaux et les nerfs soulevés par la tumeur, sont simplement appliqués contre elle. Le cubitus est sain.

La tumeur a le volume d'un œuf. A sa partie moyenne elle est molle, et ne paraît plus contenir de tissu osseux. Elle est contenue dans une membrane d'apparence fibreuse, qui, aux deux extrémités supérieure et inférieure, se continue avec le radius. En haut, le radius se termine par des lamelles osseuses dont l'épaisseur diminue rapidement, très courtes en avant et en arrière, peu allongées sur les parties latérales, les lamelles sont déjetées en dehors et comme soulevées par la tumeur.

En bas, la membrane d'enveloppe s'attache à l'extrémité articulaire de l'os sur toute sa circonférence. En ouvrant l'articulation radio-carpienne, on constate que la surface radiale est normale. L'épaisseur du fragment osseux qui limite ainsi l'extrémité inférieure de la tumeur, est très peu considérable, à peine un centimètre. Elle ne comprend donc pas tout le tissu compacte qui, à l'état normal, existe en ce point. Cette épaisseur est uniforme sur toute son étendue, et l'on ne retrouve pas sur les bords les lamelles signalées à la partie supérieure.

Examen histologique pratiqué au laboratoire d'histologie du Collège de France. — Des fragments de la tumeur sont durcis par les procédés habituels, alcool, acide picrique, gomme et alcool, coupés et colorés au picro-carminate d'ammoniaque ; le tissu est formé par des cellules accolées, presque sans interposition de substance fondamentale. Sur la plupart des points examinés, ces cellules sont volumineuses, de formes variables; elles rappellent

© BIU Santé

parfaitement les éléments connus depuis Robin sous le nom de myéloplaxes. Quelques-unes sont fusiformes, la plupart irrégulièrement triangulaires ou polygonales, offrent des angles marqués mais sans être rameuses. Elles contiennent un noyau très apparent, moins souvent deux ou trois, ou même davantage, avec un nucléole brillant; le ou les noyaux sont entourés d'une substance granuleuse. Entre ces cellules d'autres beaucoup moins nombreuses (medullocèles), plus petites, offrent une forme arrondie; le noyau central ressort très nettement comme un point obscur. Le nucléole est moins apparent que dans les cellules précédentes.

Peu de vaisseaux proprement dits, mais des lacunes irrégulières, entourées dans toute leur périphérie par les grandes cellules décrites plus haut. La présence dans ces lacunes de globules sanguins déformés montre bien leur rôle vasculaire. Sur d'autres points de la tumeur, les grandes cellules manquent presque complètement, et le tissu est surtout constitué par des médullocèles. Il est à noter que sur ces points les lacunes vasculaires font à peu près défaut. La membrane d'enveloppe est formée par du tissu fibreux très vasculaire.

Réflexions. — En résumé, il s'agissait bien d'un ostéosarcome myéloïde, d'une de ces tumeurs également étudiées sous le nom de tumeurs à myéloplaxes et à médullocèles, et d'anévrysmes des os. La grande quantité de lacunes vasculaires contenues dans son tissu propre, explique les battements et les mouvements d'expansion signalés dans l'observation.

Quant au mode de développement et à l'origine de la tumeur, on ne peut qu'émettre une hypothèse. La disparition de l'os à sa partie moyenne, sa conservation aux deux extrémités, et surtout l'existence à la partie supérieure de ces lamelles minces qui, repoussées par la tumeur, lui formaient comme une coque irrégulière et incomplète permettent de croire que la lésion a débuté dans les parties profondes et probablement dans la substance médullaire. Puis elle s'est développée, envahissant le tissu osseux; arrêtée à la périphérie par le périoste épaissi, à la base par le tissu compacte de l'extrémité articulaire qu'elle a même entamé, elle continuait à gagner à la partie supérieure, en se développant du centre à la périphérie. La capsule osseuse qui la bornait en haut semble l'indiquer.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les mouvements du cerveau.

Le cerveau, enfermé dans une boîte osseuse inextensible, peut-il présenter des mouvements propres comparables, par exemple, à ceux qu'affecte le cœur dans le péricarde et le poumon dans la cage thoracique? Telle est la question étrange et inattendue qui a figuré pendant trois séances à l'ordre du jour de l'Académie de médecine.

Cette locomobilité du cerveau semble à priori difficile à admettre, quand on se représente les rapports anatomiques de la masse encéphalique avec les méninges et les os du crâne. Une paroi osseuse absolument fixe, enserrant de toutes parts la substance nerveuse qui marque sur sa face interne les empreintes de ses circonvolutions, des replis fibreux solides et étendus séparant et soutenant les différents segments de l'encéphale, une vascularisation extrêmement riche et soumise à des oscillations incessantes, un liquide céphalo-rachidien comblant les vides que ces oscillations circulatoires pourraient laisser, telles sont les principales conditions anatomiques qui assurent la stabilité de la masse encéphalique.

Comme tous les organes vascularisés, le cerveau peut présenter des alternatives d'augment et de retrait suivant la masse de sang qui l'imbibe; mais il y a loin de ces mouvements d'expansion physiologique à la *locomobilité* dont on nous parle!

M. Luys (1) soutient que, dans la position verticale, le cerveau ne reste pas accolé à la concavité de la paroi crânienne supérieure, et qu'il se retire de haut en bas en se tassant légèrement sur lui-même. Si nous prenons le décubitus dorsal, le cerveau se déplace par un léger mouvement de glissement d'arrière en avant, en vertu duquel les régions frontales laissent entre elles et l'os frontal correspondant un *espace libre*. Tout l'espace libre disparaît à son tour quand on se replace dans la position inverse, c'est-à-dire sur le ventre. Prend-on le décubitus latéral, le lobe cérébral supérieurement placé pèserait légèrement sur l'autre et dévierait sensiblement la faux du cerveau.

« Le cerveau, en un mot, est doué à notre insu d'une certaine locomobilité en vertu de laquelle, sous l'enveloppe osseuse qui le protège, il obéit passivement aux lois de la pesanteur, et subit une série de déplacements de peu d'amplitude, il est vrai, dont la séreuse arachnoïdienne facilite le jeu. »

Ainsi, pour M. Luys, le cerveau se meut et laisse *un vide* entre la paroi crânienne et la substance nerveuse. Voyons les preuves que l'auteur cite à l'appui de sa théorie. Sur des coupes crâniennes faites à la scie, M. Luys constate, à son grand étonnement, un vide de 5 à 7 millimètres d'épaisseur entre la paroi osseuse et la pulpe cérébrale au niveau du point le plus élevé; en déplaçant le sujet, il constate que le cerveau glisse et que le vide se déplace suivant la pesanteur.

Prévoyant l'objection qui ne pouvait manquer de lui être faite, à savoir que sur le cadavre les conditions de statique et d'équilibre cérébral ne sont pas les mêmes que sur le vivant, il croit pouvoir y répondre d'une façon suffisante à l'aide d'injections vasculaires et d'inductions pathologiques. Il cite deux observations qui prouveraient, suivant lui, qu'il y a dans la cavité crânienne, entre son contenant et son contenu, un *espace libre*, que cet espace libre est occupé par le liquide céphalo-rachidien au milieu duquel la pulpe cérébrale se repose, et que cette masse fluide est susceptible d'obéir à des oscillations multiples commandées par l'action de la pesanteur. Retenons bien ce fait, car il est capital: pour M. Luys, *il y a toujours à l'état normal, entre la capacité crânienne et la masse encéphalique, un espace libre*.

Cette locomobilité du cerveau étant admise, M. Luys en tire immédiatement des déductions pathologiques; les troubles qu'on éprouve en passant brusquement de la station horizontale à la station verticale, les lipothymies et les syncopes qui menacent les convalescents quand ils commencent à se lever, seraient dus à la locomobilité du cerveau et à l'affaissement de la pulpe cérébrale. M. Luys explique également, par la locomobilité du cerveau, les fatigues intellectuelles, le *mal de mer*,

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 mars 1884, p. 433.

© BIU Santé

les *coups de chaleur*, certains troubles mentaux, etc., etc.; il laisse enfin entrevoir une foule de désordres psychiques qui relèveraient de ces mouvements passifs du cerveau. Toutes ces applications ingénieuses qui font honneur à l'imagination de l'auteur seraient parfaitement recevables si le fait primordial était démontré, s'il était prouvé que le *cerveau se meut passivement sous l'influence de la pesanteur* et aux dépens d'*un vide* qui existerait entre le contenant et le contenu. Or cette démonstration ne résulte pas nettement des expériences et des faits cliniques rapportés par M. Luys.

M. G. Colin aurait constaté les mouvements du cerveau chez les animaux (1); mais il déclare que ces mouvements étudiés par lui sur le vivant sont beaucoup moins étendus que ne l'a indiqué M. Luys d'après des études faites sur le cadavre.

L'opinion de M. Luys, corroborée dans une certaine mesure par l'intervention de M. Colin, avait surpris l'Académie qui n'était nullement préparée à discuter des faits aussi nouveaux et aussi extraordinaires.

M. Béclard (2), au nom de la saine physiologie, a brillamment rétorqué les arguments apportés à la tribune de l'Académie, et renversé l'échafaudage de propositions et de déductions dressé par M. Luys. Lorsqu'on examine l'encéphale dans la boite crânienne, dit M. Béclard, on constate qu'il la remplit complètement, avec ses enveloppes, les vaisseaux remplis de sang qui le nourrissent et le liquide céphalo-rachidien destiné à le protéger contre les compressions et les chocs. On peut affirmer que, dans le crâne et la colonne vertébrale, aussi bien que dans les autres cavités de l'économie, il n'y a aucun vide; tout y est plein. Si ce vide, admis par M. Luys, existait, comment le crâne résisterait-il à la pression atmosphérique? Le cerveau pèse en moyenne un kilogr. et demi, il se trouve immergé à l'aide du liquide qui l'entoure dans un bain de densité presque égale, si bien qu'il pèse peu sur la base du crâne, son poids étant réparti sur les divers points de la circonférence en vertu du principe de l'égalité de pression. Il faudrait donc, pour le détacher de la voûte crânienne, que la force déployée fit équilibre à une colonne de mercure haute de 76 centimètres et ayant pour base la surface du plan horizontal moyen du cerveau, soit 2 décimètres carrés; le poids d'une telle colonne représente plus de 200 kilogrammes. Dans les autres organes de l'économie, on ne voit jamais de vide entre les séreuses et les parenchymes qu'elles entourent. Dans cette question qui est essentiellement une question de physiologie, M. Luys n'a apporté que des arguments d'ordre anatomique et qui sont par conséquent, absolument sans valeur, d'après M. Béclard.

C'est par des expériences sur les animaux que M. Luys aurait dû appuyer ses assertions. Ces expériences, qu'il n'a pas faites, il y a plus de trente ans qu'on les répète partout d'après M. Béclard, et il faut ajouter qu'elles sont absolument contraires à la théorie de M. Luys.

Tout récemment, M. Salathé a répété une de ces expériences qui est décisive: on enlève une rondelle d'os sur le crâne d'un animal, on fixe hermétiquement à cette trépanation un tube de verre muni d'un robinet à sa partie moyenne; le robinet étant ouvert, on verse de l'eau dans ce tube jusqu'à un niveau qui dépasse le robinet; on voit alors facilement la colonne liquide présenter un double mouvement oscillatoire dû à la respiration et à la circulation. Vient-on à fermer le robinet, les mouvements cessent, et quelle que soit la position donnée à la tête de l'animal, on ne voit pas le liquide s'abaisser ni aucun vide se faire entre lui et le robinet. Cette expérience prouve qu'il ne peut se faire un vide entre le cerveau et la voûte du crâne, et ruine du même coup l'hypothèse de M. Luys sur la locomobilité du cerveau.

M. Béclard a parfaitement formulé l'état de nos connaissances sur les mouvements du cerveau quand il a terminé sa communication dans ces termes: Je me résume en disant qu'il existe d'une manière constante dans la masse encéphalique: 1° de très légers changements de volume isochrones avec les mouvements respiratoires; 2° d'autres changements de volume, plus faibles encore que les précédents, isochrones avec la pulsation artérielle. *Ce sont là des faits nettement démontrés, tandis que les mouvements de déplacement dont parle M. Luys ne sont ni démontrés ni démontrables.*

Quant aux expériences de M. Colin, que M. Luys pourrait invoquer en faveur de sa théorie, elles ont porté sur des animaux dont la paroi crânienne avait été ouverte, ce qui leur enlève toute leur valeur pour ou contre l'existence du *vide* intra-cérébral. — Que résulte-t-il de cette discussion à laquelle, il faut bien le dire, l'Académie de médecine n'a pris qu'un intérêt médiocre?

M. Luys, dans le cours de ses études de *topographie crânio-cérébrale*, remarque sur le cadavre un déplacement passif du cerveau sous l'influence de la pesanteur et la formation d'un vide entre le crâne et la pulpe nerveuse. Il en conclut que, sur le vivant, ce vide existe et que le cerveau se meut sous l'influence de la pesanteur; il voit dans cette locomotion du cerveau la source d'une série de désordres et de manifestations pathologiques, et il n'hésite pas à tirer d'un fait mal établi, non démontré, non *démontrable*, des conséquences très étendues. L'Académie surprise par la nouveauté et l'étrangeté des théories émises, séduite peut-être par l'ingéniosité des aperçus et des déductions, pouvait laisser s'accréditer une erreur absolue quand M. Béclard, avec son bon sens et sa lucidité habituelle, est venu rétablir, en quelques mots, la vérité obscurcie par la communication de M. Luys. Rien ne sera donc changé dans le cerveau humain; la locomotion du cerveau est aujourd'hui ce qu'elle était hier, ce qu'elle était du temps de Longet: le prétendu *vide* intra-crânien n'existe pas, et les mouvements restreints de la pulpe encéphalique restent soumis aux seules influences de la respiration et de la circulation.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine.* 1er avri 1884, p. 459.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine,* 1884, p. 493, séance du 8 avril.

ERRATUM. — Dans le titre de notre article THÉRAPEUTIQUE paru dans le n° 17 (page 339), *il faut lire :* cas d'aménorrhée chez une *femme de 35 ans*, etc., etc., *au lieu de :* cas d'aménorrhée chez une femme de 15 ans.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — M. Pasteau a été nommé, le 17 avri médecin du bureau de bienfaisance du IIe arrondissement, par 31 voix sur 39 votants.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances d'avril 1884. — Présidence de M. Rolland.

De l'influence des lésions du cerveau sur la température par M. Richet. Les expériences de M. Richet démontrent que ce qu'on avait vu sur la moelle cervicale et sur le bulbe est applicable au cerveau. Une lésion de la surface amène une température très élevée du corps entier, température qui peut aller à 42°. Une cautérisation amène le même résultat qu'une piqûre. Il existe donc une véritable fièvre traumatique cérébrale en dehors de toute infection.

Sur les variations de l'excitabilité électrique et de la période d'excitation latente du cerveau, par M. de Varigny. Des expériences de l'auteur on peut conclure que l'excitabilité cérébrale, telle qu'elle est produite par la période latente, se présente sous quatre formes différentes qui, d'ailleurs, se rencontrent au cours d'une même expérience. 1° Phase d'état à périodes uniformes; 2° phase de fatigue à période croissante; 3° phase de réveil d'excitabilité à période décroissante; 4° phase d'irrégularité à périodes irrégulières.

Sur l'origine du sucre de lait, par M. P. Bert. Où se forme le sucre de lait? Est-ce dans la mamelle? La mamelle, au contraire, n'est-elle qu'un organe d'excrétion de sucre formé par un autre organe et déversé dans le sang ?

M. Bert a cherché à résoudre ce problème. Il a pour cela enlevé complètement les mamelles à une chèvre, puis après guérison, il l'a fait conduire au bouc : la chèvre a mis bas, et elle est devenue immédiatement glycosurique. Il résulterait de là que la lactose se forme en dehors de la mamelle puisque celle-ci n'existe plus. Reste à savoir s'il existe d'abord à l'état de glycose : c'est ce que de prochaines expériences apprendront.

M. Heidenreich recommande, quand on se sert de la marmite de Papin pour stériliser les liquides, d'avoir soin de bien évacuer l'air qu'elle contient, sinon la température ne répond au degré qu'il est nécessaire d'obtenir pour une stérilisation parfaite. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 avril. — Présidence de M. F. Franck.

M. Malassez, à propos du procès-verbal de la dernière séance, dit qu'il a fait de nouvelles recherches qui confirment en tous points celles qu'il a déjà communiquées à la Société sur l'origine épithéliale des *kystes alvéolaires*.

M. Gley a fait construire un thermomètre spécial, au moyen duquel on peut étudier sur soi-même les *variations de la température rectale déterminées par l'activité psychique*. Plusieurs observateurs, John Davy, Speck, ont, avant lui, étudié la question, mais, se servant de thermomètres à maxima, ils n'ont pu observer et suivre ces variations d'une façon régulière; les résultats qu'ils ont obtenus concordent cependant avec les siens. Il s'est placé dans deux conditions différentes. Assis à sa table de travail, il a vu d'*abord* que la température rectale s'abaissait en même temps qu'il éprouvait une sensation périphérique de froid; se livrant alors à une lecture absorbante, il a constaté que la température ne tardait pas à remonter de 1/10e de degré. Ces oscillations thermiques n'ont jamais fait défaut; il en a été de même dans la seconde série d'expériences faites le matin, au lit, dans un milieu à température constante.

M. Laborde pense que l'activité psychique peut donner lieu à des combustions exagérées dans d'autres organes, suffisantes pour expliquer l'élévation thermique.

M. Dastre croit qu'il ne faut pas considérer, ainsi que le font les médecins, la température rectale comme la normale constante de la température générale; elle est variable. Du reste, sans vouloir infirmer les résultats obtenus par M. Gley, il admet difficilement que l'élévation de température des lobes frontaux soit suffisante pour échauffer toute la masse sanguine. Les résultats ne seront indiscutables que lorsqu'on pourra expérimenter comme le faisait Claude Bernard, sur la température centrale, en plaçant des thermomètres dans l'intérieur des gros vaisseaux du tronc.

M. Gley répond qu'il n'a obtenu que des résultats comparatifs, et qu'une chose est nettement visible sur les tracés qu'il présente à la Société : l'élévation constante de la courbe thermique pendant l'activité cérébrale, et sa chute de 1/10e pendant le repos intellectuel.

M. Pouchet présente le résultat de recherches qui doivent jeter un nouveau jour sur l'évolution des *Diatomées*. Après avoir exposé leur développement bien connu par division et écartement des deux valves, M. Pouchet a remarqué que les prolongements des *amibes* qui se trouvent partout dans la mer se soudaient entre eux, et que dans les points d'intersection de ces prolongements naissait, dans le protoplasma, une diatomée nouvelle qui allait bientôt évoluer suivant le mode indiqué. Ce qu'il a de remarquable, c'est que le noyau de l'amibe ne participe en rien à ces phénomènes de néoformations, qui ont pour siège les prolongements cellulaires. Il se propose de continuer ses recherches qui n'ont, jusqu'alors, porté que sur un petit nombre de genres de cette famille.

M. Laborde communique le résultat de nouvelles recherches sur les *injections sous-cutanées de chloroforme*. M. Bouchard ayant annoncé qu'une injection sous-cutanée de 1 à 2 cent. cubes de cette substance chez un lapin de 2 kilog. amenait d'abord un peu de narcose, puis, que l'animal recouvrait la santé pour succomber 24 heures plus tard, M. Laborde a repris ses expériences et a constaté qu'il fallait une plus grande quanté de chloroforme pour amener la mort; que celle-ci survenait en outre plus tard que ne l'avait indiqué M. Bouchard, quatre, cinq, six jours et même plus après l'injection. M. Laborde a vu constamment l'albuminurie, de même que M. Bouchard, et, s'en tenant aux recherches de cet expérimentateur, qui a noté la congestion du rein sans lésions épithéliales, il a cherché la nature de ce passage anormal de l'albumine dans les urines, ainsi que les causes directes de la mort. M. Bouchard avait émis l'hypothèse de la mort par cause cérébrale. M. Laborde dit que cette hypothèse est devenue, entre ses mains, une réalité, car il a vu à l'œil nu et au microscope le bulbe très congestionné, particulièrement à l'origine des pneumo-gastriques. Cette lésion du 4e ventricule serait à elle seule suffisante pour expliquer l'albuminurie; en outre, elle donnerait également la clef des phénomènes qu'on observe du côté du poumon : emphysème, ecchymoses punctiformes, tous phénomènes analogues à ceux qui surviennent après la section des pneumo-gastriques. La mort, dans ces cas, est donc entièrement analogue à celle qui est causée par inhalation; la substance agit dans les deux cas d'une façon identique.

M. Richet, qui a autrefois injecté dans le péritoine de lapins une quantité de perchlorure de fer trop minime pour occasionner la mort par action directe, a observé néanmoins celle-ci, mais il ne peut l'expliquer que par action réflexe. Ne pourrait-on pas interpréter de même façon les phénomènes observés par M. Laborde?

M. Laborde croit que les lésions bulbaires qu'il a constatées sont suffisantes pour expliquer la mort.

M. Malassez demande si les reins ont été examinés avec une complète attention au point de vue des altérations épithéliales. Chez l'homme, on est habitué à constater des lésions considérables; dans les cas de mort rapide, il y a parfois dans les épithéliums du rein des troubles qui portent uniquement sur les éléments délicats qui strient le protoplasma, troubles minimes en apparence, mais graves puisque ces éléments si importants sont dès lors frappés de mort; c'est ce phénomène que l'on a appellé la *nécrose de coagulation*. M. Malassez a vu ces lésions chez un chien, qui mourut 30 minutes après la morsure d'une vipère du Cap. Or, elles peuvent se montrer, non seulement lors de l'élimination par le rein de substances irritantes, mais en-

© BIU Santé

core lorsqu'il survient des congestions brusques de cet organe.

M. Quinquaud a observé des accidents (oppression, lipothymies) chez l'homme, à la suite d'injections sous-cutanées de chloroforme, faites dans un but thérapeutique. Ayant examiné le sang obtenu à l'aide de ventouses scarifiées, il a vu que la quantité d'urée était double de la normale, ce qui prouvait que les reins fonctionnaient mal. Le mécanisme de la mort, dans ces cas, est donc complexe.

M. le président dépose sur le bureau deux notes de M. Brémaud, intitulées : *Sur l'abolition des suggestions à l'état de veille chez les sujets hypnotisables; du passage de la léthargie au somnambulisme dans la série hypnotique.*

M. Gellé, se fondant sur les résultats anesthésiques obtenus par M. Brown-Séquard par les pulvérisations d'acide carbonique sur les parois du pharynx, a mis en pratique ces pulvérisations faites très lentement dans le conduit auditif externe pour un cas d'*otalgie* réflexe, due à un épithélioma de la base de la langue. Le succès qu'il a obtenu l'engage à poursuivre l'expérimentation de ce mode thérapeutique.

F. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 avril 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Luys, au sujet de ses récentes communications, expose les résultats des nouvelles expériences qu'il a entreprises. En plaçant le cadavre dans différentes positions, tantôt debout, tantôt couché sur le dos ou tantôt sur le ventre et en injectant dans la boîte crânienne une matière coagulante, M. Luys a toujours trouvé que la matière injectée occupait surtout la partie supérieure des circonvolutions. Les pièces qu'il présente semblent en effet démontrer que, dans les diverses attitudes du corps, il existe, à la partie culminante du cerveau, un espace, un vide variable, rempli par la matière à injection.

M. U. Trélat ne peut partager l'opinion de M. Luys. Le cerveau est disposé de manière à subir le moins possible les effets de la pesanteur, soit dans les changements d'altitude, soit dans les chocs, et à échapper aux variations de pression dépendant de la respiration, de la diastole, de la réplétion des sinus. A l'état normal, le sang des sinus et le liquide céphalo-rachidien sont les agents de ce mécanisme préservateur; dans ces conditions, les mouvements du cerveau sont très faibles et fort heureusement, sans quoi l'on verrait se produire fréquemment la contusion et l'attrition du cerveau. Or, cette contusion du cerveau est rare, et pour qu'elle se produise il faut l'emploi de forces considérables telles que chutes sur la tête avec ou sans fractures. Dans ces cas extra-physiologiques, on voit des déplacements se produire, mais ici on se trouve sur un terrain pathologique et la fonction normale a été anéantie par une force supérieure, comme l'a déjà indiqué M. Béclard. De plus, M. Luys a observé sur le cadavre dans des conditions absolument différentes de l'état de vie; les injections coagulantes, d'autre part, ne rétablissent en rien les conditions mécaniques de la vie; enfin, parmi les déductions physiologiques que M. Luys a tirées de ses expériences, les unes sont étrangères au sujet comme le mal de mer ou le coup de soleil, et les autres trouvent leur explication naturelle dans les modifications de la circulation cérébrale et n'apportent aucune preuve en faveur du déplacement du cerveau.

M. Sappey a répété les expériences de M. Luys et il est arrivé à des résultats contradictoires aux siens. M. Sappey établit d'abord les trois points suivants : 1° Le poids absolu de l'encéphale. Broca, en effet, l'avait exagéré en le fixant à 1,500 grammes; le chiffre de 1,350 grammes que M. Sappey, par de nombreuses recherches a assigné au cerveau, doit être considéré comme l'expression de la vérité; 2° Le poids physiologique du cerveau, c'est-à-dire ce qu'il pèse lorsqu'il est plongé dans le liquide céphalo-rachidien. En expérimentant sur les encéphales de quatre individus et en comparant le poids du volume d'eau déplacé par ce même cerveau plongé dans ce liquide, M. Sappey a établi que le poids physiologique moyen du cerveau était de 45 grammes; 3° Enfin, la situation respective de l'encéphale et du liquide céphalo-rachidien. M. Sappey montre que, contrairement, à l'opinion des auteurs qui admettent la répartition uniforme autour du cerveau du liquide céphalo-rachidien, celui-ci n'occupe que la partie supérieure, et que l'encéphale repose directement sur la base du crâne sans l'intermédiaire d'aucun liquide. Au contraire, à la partie supérieure il existe un espace d'environ 6 millimètres entre les circonvolutions et la face interne de la boîte crânienne, espace qui peut varier suivant l'état d'atrophie ou d'hypertrophie du cerveau. Les arguments en faveur de l'opinion de M. Sappey sont de trois ordres : physiques, anatomiques, expérimentaux. L'encéphale étant plus lourd que le liquide céphalo-rachidien doit évidemment occuper une situation plus déclive; l'anatomie en second lieu nous montre, à la base du crâne, des séries d'empreintes et des lignes sinueuses qui n'existent pas à la surface interne de la voûte; enfin, les expériences démontrent *de visu* que les faits signalés par M. Luys, exacts en partie, sont susceptibles d'une autre interprétation. En effet, pour que les déplacements indiqués par M. Luys soient observés, il faut que le liquide céphalo-rachidien se soit écoulé; tant qu'il existe, le cerveau reste adhérent à la base du crâne, même quand celle-ci est dirigée de façon à regarder en haut; M. Sappey l'a constaté directement par une série de petites ouvertures pratiquées à la base du crâne. Aussi conclut-il que les mouvements de l'encéphale, observés par M. Luys, sont des mouvements factices et artificiels qui ne peuvent jamais se produire lorsque l'encéphale est plongé dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Constantin Paul donne lecture d'un travail sur le *rôle des ventricules latéraux dans les changements de volume du cerveau*. Il fait remarquer que le cerveau est susceptible de s'atrophier ou de s'hypertrophier, et que, dans ces conditions, les modifications du volume qu'il subit ont pour résultat des variations inverses dans la quantité du liquide céphalo-rachidien. Dans les cas d'atrophie, notamment, ce liquide s'accumule dans la cavité ventriculaire, où il forme une véritable poche qui, par son volume, empêche les circonvolutions d'abandonner la voûte crânienne. Grâce à l'ampliation des ventricules, les circonvolutions ont une fixité plus grande et le cerveau peut varier considérablement dans son volume, sans que la surface des circonvolutions soit modifiée.

M. le Dr Boisseau du Rocher a présenté un nouvel appareil pour le *lavage de l'estomac*. Nous reviendrons sur cette communication dans le prochain n° du *Progrès*.

A. Danalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 2 novembre 1883. — Présidence de M. Cornil.

1. M. Cornil fait une communication sur les lésions obtenues par l'*injection de macération de jequirity*. Cette macération donne naissance à des microbes en bâtonnets très mobiles, se présentant parfois sous forme de battants de cloche ou de spores isolées. Lorsqu'on injecte une solution contenant ces microbes dans le tissu cellulaire d'un lapin ou dans le sac lymphatique d'une grenouille, ces organismes se généralisent et envahissent les tissus. Ils acquièrent par leur développement dans la solution de jequirity des propriétés pathogènes. Injectés sous la peau, ils provoquent le développement d'un phlegmon en 24 heures. Ce phlegmon cutané s'accompagne du suintement à la surface de la peau d'un liquide séreux, lequel, coloré après dessèchement, montre une quantité considérable de microbes du jequirity. Comment sont-ils sortis du tissu cellulaire sous-cutané ? En examinant des coupes, on les voit dans les gaînes des poils, en colonies plus ou moins abondantes. Les cellules lymphatiques exsudées dans le

© BIU Santé

serum sont accompagnées de peu de microbes. En général, les organismes sont plus abondants dans les points où les cellules lymphatiques sont moins nombreuses. C'est surtout dans les zones œdémateuses que les bâtonnets pullulent.

Plus profondément, les faisceaux musculaires sont séparés par du tissu embryonnaire infiltré de microbes. Mais cet organisme ne paraît pas susceptible de fragmenter les faisceaux musculaires comme le microbe du choléra des poules. Vers le troisième jour, on ne trouve plus de bâtonnets dans les foyers d'inflammation, on n'en rencontre plus que dans la gaine des poils. Quand la dose est suffisante, l'animal meurt vers le troisième ou le quatrième jour. On trouve alors des organismes dans le péritoine, dans les séreuses. On n'en trouve pas dans les parenchymes.

Pour en voir dans les organes, il faut injecter la solution dans le péritoine ou dans la plèvre ; on obtient ainsi une inflammation plus ou moins intense avec production de fausses membranes. On peut trouver alors dans le foie de véritables infarctus dans lesquels les vaisseaux sont obstrués par les microbes de jequirity. Le tissu, à ce niveau, est sec, friable; il y a anémie locale dans cette partie de foie; on trouvera à la limite une coupe d'une veine porte contenant de la fibrine coagulée et une très grande quantité de petits bâtonnets. Les capillaires contiennent aussi en différents points des amas de microbes. Tout autour de ces vaisseaux et dans toute la zone sèche et friable, les cellules hépatiques sont pâles, homogènes, sans granulations, et leur noyau, au lieu de se colorer fortement, reste incolore ; c'est ce que Weigert et Cohnheim appellent la nécrose de coagulation. Dans les poumons, il peut y avoir des zooglœa de bactéries arrêtés dans les vaisseaux.

Chez les grenouilles, une à deux gouttes du liquide introduites sous la peau déterminent une intoxication générale, et le sang, les séreuses, les tissus, la lymphe sont remplis de bacilles. Ces bacilles sont accolés aux cellules lymphatiques où ils peuvent pénétrer, mais n'envahissent pas les globules rouges. Il y en a partout où se trouvent des vaisseaux sanguins, mais nulle part on n'en constate dans les cellules mêmes. Pourtant, sur une coupe des reins, on voit quelques rares bacilles dans la lumière même des tubuli.

Les symptômes de la maladie sont les suivants : pendant les derniers jours, la grenouille présente un œdème considérable de toute la peau avec des ecchymoses disséminées, avec chute des phalanges, qui sont remplacées par de petits bourgeons rougeâtres ; toute la patte est en même temps tuméfiée et déformée.

Le lapin élimine des bacilles par l'urine ; l'injection étant faite dans les vaisseaux de l'oreille, cette élimination commencera une à deux heures après l'injection. Il en de même pour les matières fécales. Dans le sang en circulation, les bâtonnets s'agglomèrent en zooglœa autour des globules blancs.

Chez un jeune homme présentant un petit tubercule lépreux, M. Cornil a mis un peu de liquide sur la peau dénudée, il s'est formé là une pellicule membraneuse. Une goutte et demie a été injectée ensuite au niveau de la plaque lépreuse. Le surlendemain, le jeune malade a eu de la fièvre avec un peu de malaise, de mal de tête et d'inappétence pendant 24 heures.

Localement, il a présenté un phlegmon qui s'est étendu de 7 à 8 centimètres au delà de la plaque. Le troisième ou quatrième jour, il y avait même des traînées de lymphangite avec un peu de douleur dans l'aisselle. Au niveau de ce petit phlegmon, il s'est fait une petite perte de substance recouverte d'une croûte. Le liquide qui suintait à ce niveau a montré des bacilles de la lèpre, mais jamais les bâtonnets du jequirity.

Corps de santé de la marine. — Par décret du 27 avril, M. Ely, médecin de première classe est nommé médecin principal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 avril 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

M. du Castel, à l'occasion de la communication faite, à la précédente séance, par M. Debove, sur un cas d'hystérie chez l'homme, et de la discussion qui s'en est suivie, rapporte l'histoire d'une malade hystérique de son service, chez laquelle on avait pu croire à l'existence de températures très élevées. Enquête faite, on s'aperçut qu'il s'agissait simplement d'une simulatrice. Cette femme avait trouvé le moyen de faire hausser adroitement l'index des thermomètres à maxima en percutant la cuvette. Une surveillance attentive a permis de découvrir la supercherie.

M. Debove lit un intéressant travail sur le traitement de l'ulcère simple de l'estomac.

Le traitement pour ainsi dire classique de l'ulcère simple de l'estomac consiste actuellement à mettre les malades au régime exclusif du lait additionné ou non d'une certaine quantité d'eau de chaux ou d'eau de Vichy. Sans vouloir nier les résultats excellents que cette méthode de traitement a donnés dans quelques cas, il faut bien reconnaître que le plus souvent elle échoue. D'autre part ce traitement lui-même présente quelques inconvénients : pour que le régime lacté suffise aux besoins de l'organisme, il faut prendre au moins quatre litres de lait par jour lorsqu'on garde la chambre, et même plus lorsqu'on fait un exercice modéré, ainsi que cela arrive à certains malades.

Si, à ces quatre ou cinq litres de lait, nous ajoutons une bouteille d'eau de Vichy, nous ne serons pas surpris que beaucoup de malades ne puissent avaler une aussi grande quantité de liquide, et que, d'autre part, l'ingestion de cette masse liquide ne puisse donner lieu à des accidents, en particulier à une dilatation de l'estomac. Pour remédier à ces inconvénients, on a cherché à donner, sous un plus petit volume, une quantité équivalente de lait en le mélangeant à de la poudre de lait, ou à du lait concentré par exemple.

Ces préparations de lait ne m'ont jamais donné de bons résultats ; il en a été de même des poudres de viande, qui ont été mal supportées et qui ont plusieurs fois occasionné des vomissements. En présence de l'insuccès de ces tentatives, j'ai dû faire mes recherches dans une autre direction.

Par quel mécanisme guérit l'ulcère simple, et quelles conditions faut-il réaliser pour obtenir cette guérison ? Il me semble qu'en pareil cas l'idéal serait de suspendre, pendant un certain temps, l'action de l'estomac, afin de supprimer la sécrétion du suc gastrique, dont l'influence nocive sur la marche de l'ulcère n'est pas douteuse.

Certains auteurs ont vanté, dans ce but, les lavements de peptones, cherchant à substituer une alimentation rectale à l'alimentation ordinaire ; mais ce moyen ne permet jamais, surtout s'il doit être prolongé quelque temps, d'obtenir une alimentation suffisamment réparatrice.

Ne pouvant supprimer la sécrétion du suc gastrique, j'ai pensé qu'on obtiendrait peut-être le même résultat en modifiant sa réaction acide, en un mot en la neutralisant. L'acidité du suc gastrique est tellement caractéristique et tellement nécessaire pour la digestion, que l'on peut dire, sans crainte de se tromper, que du suc gastrique alcalinisé a perdu toutes ses propriétés.

Il y a tout lieu de croire également que c'est à cette acidité que cette sécrétion doit la faculté d'entraver la guérison de l'ulcère simple. Le problème à résoudre consistait donc à obtenir cette alcalinisation du suc gastrique, de façon à pouvoir donner aux malades des aliments azotés dont la digestion ne s'effectuât que dans l'intestin grêle.

Dans ce but, j'imaginai d'administrer à mes malades une certaine quantité de poudre de viande, associée à une forte dose de bicarbonate de soude : 20 grammes, par exemple, de poudre de viande avec 10 grammes de bicarbonate de soude par repas.

Je me suis assuré, par quelques expériences, que la théorie que je viens d'exposer était vraie ; en retirant, par exemple, au moyen du lavage, le contenu de l'estomac de malades auxquels j'avais administré préalablement le mélange de poudre de

© BIU Santé

viande et de bicarbonate de soude, j'ai constaté qu'il n'y avait pas trace de peptone.

J'ai traité ainsi quatre malades atteints d'ulcère simple de l'estomac ; chez tous ces malades, les douleurs si intolérables qu'ils éprouvaient et les vomissements ont cessé. Voici maintenant le procédé que j'emploie :

Pendant les premiers jours, je lave l'estomac pour débarasser cet organe des matières acides qu'il peut contenir. Cette opération n'a jamais provoqué d'hématémèses, je la crois donc absolument inoffensive ; il faut avoir soin toutefois d'employer une sonde dont l'extrémité soit suffisamment molle, pour que, si elle venait à buter contre la paroi de l'ulcération, elle ne puisse déterminer une perforation.

En second lieu, j'administre à mes malades, trois fois par jour, 25 grammes de poudre de viande délayée dans du lait et mélangée à 10 grammes de bicarbonate de soude. Ces repas sont pris à la sonde, à cause du goût désagréable que le bicarbonate de soude, pris à cette dose, communique aux aliments. Je fais prendre en outre à ces malades un litre de lait additionné d'une petite quantité d'eau de chaux par 24 heures.

On voit, par ces chiffres, que ces quatre malades ont pris pendant plusieurs mois, tous les jours, 30 grammes de bicarbonate de soude, et cela sans que ce traitement ait jamais donné lieu à aucun des symptômes qui caractérisent ce qu'on a appelé « la cachexie alcaline. »

M. Jaccoud affirme, du reste, qu'il a pu donner à certains malades, pendant longtemps, 20 grammes de bicarbonate de soude sans le moindre accident. Le Dr Charcot a donné également de 30 à 40 grammes par jour de cette substance sans noter aucun signe de cachexie.

Bien que je n'aie jamais remarqué d'accidents dus à l'usage du bicarbonate de soude, je crois cependant que, durant les quinze premiers jours, on devra en donner des doses un peu moins fortes que celles que je viens d'indiquer.

S'il est bien établi, en effet, que le bicarbonate de soude, longtemps continué, est incapable de produire la cachexie, il n'en est pas moins vrai que son emploi présente quelques inconvénients ; outre que son goût est très désagréable, son action sur l'estomac est légèrement irritante, et par sa décomposition, au niveau des sucs digestifs, il donne lieu à la formation d'une quantité très considérable d'acide carbonique, ce qui amène des éructations pénibles.

Enfin, une dernière raison qui m'a fait chercher à remplacer, par d'autres alcalins, le bicarbonate de soude, c'est que cette substance, en raison de sa grande solubilité, peut être absorbée trop vite, et par conséquent ne plus neutraliser suffisamment le suc gastrique.

J'ai essayé successivement de substituer au bicarbonate de soude l'eau de chaux, le saccharure de chaux, le savon médicinal, la magnésie, etc. Envisagées isolément, toutes ces substances ont également leurs avantages et leurs inconvénients, aussi ai-je pris le parti, maintenant, d'associer ensemble celles qui m'ont donné les meilleurs résultats.

A chaque repas qui se compose de 25 grammes de poudre de viande délayée dans du lait, j'ajoute des paquets contenant un mélange de magnésie calcinée et de bicarbonate de soude. J'ordonne en outre à chaque malade un litre de lait additionné de 1 gramme de saccharure de chaux et je lui recommande de prendre de grandes quantités de liquide à la fois.

M. Duguet fait des réserves au sujet de l'innocuité du lavage de l'estomac chez les malades atteints d'ulcère simple. Il a vu plusieurs fois des hémorrhagies provoquées par ce procédé de traitement. Dans un cas, même, la mort fut la conséquence d'une hématémèse abondante, qui se produisit à la suite d'un lavage que le malade avait pratiqué lui-même.

M. Debove ne nie pas que l'introduction de la sonde ne puisse provoquer de petites hémorrhagies, et quand elles ont lieu, il faut immédiatement cesser le lavage ; mais il croit que ces hémorrhagies sont plutôt le fait des efforts provoqués par l'introduction de l'instrument, que de l'aspiration du sang par la sonde, comme le pense M. Duguet. D'ailleurs, ces hémorrhagies sont moins fréquentes qu'on pourrait le penser. Sans doute, par la sonde, on voit souvent s'échapper du sang, mais le plus souvent c'est du sang noir, spontanément épanché à la surface de la muqueuse, et qui eut été évacué par les selles, si l'on n'avait pas pratique le lavage.

M. Gérin-Roze ne croit pas que l'usage du régime lacté soit susceptible de déterminer la dilatation de l'estomac, comme l'avance M. Debove. M. Bucquoy émet un avis analogue. D'après lui, la dilatation est la conséquence des lésions chroniques des parois de l'organe.

M. Debove observe qu'il faut bien distinguer les effets du régime lacté, suivant que les malades prennent le lait par doses multiples et petites ou par grandes quantités. C'est dans ces derniers cas que l'alimentation par le lait détermine la dilatation. Il suffit, d'ailleurs, pour établir la réalité de l'action pathogénique des grandes quantités de liquide, de se rappeler les bons effets qu'on obtient dans la dilatation de l'estomac au moyen de la *diète sèche*, préconisée par M. Bouchard.

M. Debove montre à la Société les os d'un malade atteint de fractures spontanées consécutives à des lésions du système osseux d'origine syphilitique. G. B.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance générale, 9, 10 et 11 avril 1884.

Le Dr Burkner (de Gottingue) rapporte un *cas de blessure de l'oreille gauche par une aiguille à tricoter*. La malade présentait des vertiges, des nausées et des troubles de l'équilibre. L'acuité auditive et la perception crânienne étaient nulles de ce côté. A l'examen objectif, on apercevait une déchirure de la partie postéro-supérieure par laquelle faisait saillie la branche verticale de l'enclume et la tête fracturée de l'étrier.

Le Dr Noquet (de Lille), présente un *morceau de cuivre* long de 8 millimètres et large de 4 millimètres formé par la réunion d'une sphère et d'un tronc de cône offrant un étranglement au niveau de leur jonction. Ce corps étranger a pu être extrait au moyen d'injection d'eau tiède précédées d'instillations de glycérine.

Le Dr Bayer (de Bruxelles), rappelle en quelques mots l'historique de la pathogénie des *paralysies diphthéritiques* qui sont dues, pour lui, à une altération de la nutrition de l'appareil nerveux par le virus diphthéritique et donne à ce sujet une observation qui vient à l'appui de sa théorie.

Le Dr Noquet montre *deux polypes de l'oreille* qui remplissaient tout le conduit externe, s'implantaient sur la paroi interne de la caisse et sortaient de cette cavité à travers une ouverture étroite de la membrane du tympan. L'ouverture située dans la moitié inférieure de la membrane, était une sorte de fente longue d'environ 4 millimètres, et large de 1 millimètre environ. Les pédicules de ces tumeurs ont été détruits au galvanocautère.

Le professeur Massei communique une observation *de rétrécissement de la trachée* qui lui permet de donner les conclusions suivantes : 1° les rétrécissements du bout supérieur de la trachée en diaphragme sont rares et dus presque uniquement à la syphilis ; 2° l'inspection directe est la seule qui fasse reconnaitre la lésion matérielle ; 3° la dilatation des rétrécissements de la trachée peut se faire sans trachéotomie.

Le Dr Baratoux lit un travail *sur la galvanocaustique chimique de la trompe d'Eustache et du tympan*, d'après lequel un courant d'une intensité de 4 à 5 milliamp. et d'une durée de 5 minutes environ serait nécessaire pour produire un eschare de la tromphe d'Eustache. Au reste cette méthode n'est applicable qu'à un petit nombre de rétrécissements.

La galvanocaustique chimique peut encore être employée pour obtenir une perforation permanente du tympan.

Le Dr Menière présente quelques observations sur la *périostite aiguë de la région mastoïdienne* qui, au début, peut faire croire à une inflammation des cellules mastoïdiennes. Si cette affection ne cède pas à une médication antiphlogistique énergique, il faut alors faire une large incision du périoste.

Le Dr Moura démontre sur lui-même le mécanisme du gargarisme. A l'aide du miroir laryngoscopique, on constate qu'en

© BIU Santé

prononçant glou... glou... le liquide vient baigner la face supérieure des cordes vocales et des parties sus-jacentes. Aussi propose-t-il de remplacer le mot gargarisme par celui de *glouglourisme*.

Le Dr Gellé communique le résultat de ses recherches sur l'appareil d'accommodation de l'ouïe, qui lui permettent de conclure qu'il existe une *synergie fonctionnelle* entre chaque oreille. Il pense pouvoir arriver ainsi à connaître le jeu actif de l'appareil d'accommodation.

Le Dr Hering (de Varsovie) lit un mémoire sur l'*application de l'acide chromique et de la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx*. L'auteur conseille d'employer des cristaux d'acide chromique fondus sur l'extrémité d'une tige. Le malade devra se gargariser ou se faire une injection suivant qu'il aura été touché dans le pharynx ou dans le nez, afin de neutraliser le surplus du l'acide. Ce traitement n'est pas applicable pour les enfants au-dessous de 10 ans.

Le professeur Moos (de Heidelberg), fait connaître le mécanisme probable des lésions de l'oreille interne par suite de la désimpression brusque de l'air comprimé. Dans le cas qu'il rappporte, un ouvrier, à la suite d'un travail de 30 heures dans une cloche à plongeur, sortit sans prendre les précautions nécessaires. Il fut pris aussitôt de vertiges, de bourdonnements, de troubles de l'équilibre et de surdité absolue de l'oreille gauche. Le même auteur, cite encore un cas de rupture des deux tympans par impression de l'air à la suite d'explosion d'éther chlorophtalique pendant la préparation d'éosine.

Le Dr Baratoux présente un audiomètre construit par M Gaiffe.

M. le Dr Hering montre plusieurs instruments destinés à la cavité nasale et au larynx. J. Baratoux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 avril 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Polaillon, pour juger du meilleur traitement applicable aux *tumeurs cirsoïdes*, a rassemblé les observations publiées jusqu'à ce jour, en y ajoutant une observation personnelle. La conclusion de ce travail, dans lequel on trouve à côté des chiffres, les méthodes employées et les préceptes de celle qui a donné les meilleurs résultats, est tout en faveur des injections coagulantes qui constituent le procédé le plus simple et le plus sûr, si l'on sait s'entourer des précautions nécessaires. Les moyens de compression ont presque toujours échoué; la ligature des artères de l'avant-bras et du bras n'a donné que des résultats très incomplets ; enfin l'ablation au bistouri expose à plus de dangers que l'injection coagulante. M. Polaillon décrit le manuel opératoire de ces injections.

M. Desprès demande que l'on distingue entre les cas où les artères sont simplement dilatées, et ceux où elles sont flexueuses et accolées par leurs flexuosités.

M. Polaillon répond que cette distinction n'a pas grande importance, car il est prouvé que les artères flexueuses aussi bien que les artères seulement dilatées reviennent à leurs dimensions normales après la coagulation ou l'ablation de la tumeur.

M. Monod communique à la Société quelques observations sur le manuel opératoire de la *périnéorrhaphie*. Cette communication est faite aussi au nom de M. Terrillon qui emploie le même procédé. M. Monod a fait quatre périnéorrhaphies, M. Terrillon en a fait sept. Ces messieurs emploient les sutures profondes par le procédé d'Emmet et de Gaillard Thomas ; ils ne font point de suture rectale, et presque jamais de suture vaginale. C'est à la suture vaginale près le procédé recommandé par M. Trélat; cependant MM. Monod et Terrillon se séparent de leur éminent collègue en ce qu'ils se servent de la suture enchevillée, abandonnée par M. Trélat auquel la suture entrecoupée paraît suffisante ; ils font cette suture avec le tube de plomb et les tubes de Galli que M. Duplay emploie dans les restaurations des organes génitaux. Ils n'ont eu, jusqu'ici, qu'à se louer de cette pratique.

M. Verneuil vient de faire trois périnéorrhaphies par un procédé qui lui paraît simplifier beaucoup l'opération. Dans un premier temps, il avive au thermo-cautère les bords de la déchirure, et quinze jours après, dans un second temps, il réunit par des points de sutures les surfaces avivées et granuleuses. Cet avivement au caustique, suivi de la réunion immédiate secondaire, déjà conseillé par M. Verneuil, pour la fistule vésico-vaginale, lui a fort bien réussi dans les trois cas où il l'a essayé.

M. Trélat trouve très intéressants les faits signalés par M. Verneuil et exprime le désir que les trois observations soient insérées dans les bulletins. Il ne trouve que bien peu de différence entre la pratique qu'il conseille et celles qu'ont adoptées ses collègues. Après s'être longtemps servi de la cheville et avec succès, M. Trélat a vu que l'on pouvait s'en passer ; peut-être arrivera-t-il aussi à supprimer la suture vaginale.

M. Guéniot se demande si l'on ne se préoccupe pas trop, dans la périnéorrhaphie, de la restauration de la forme en négligeant quelque peu la restauration de la fonction. C'est ce dernier point que poursuivaient surtout Emmet et après lui M. Jude Hue, dans le travail dont M. Guéniot fut le rapporteur. — M. Guéniot a eu l'occasion de voir plusieurs dames opérées, le résultat était excellent au point de vue de la forme, mais chez une ou deux d'entre elles, il était très imparfait au point de vue de la fonction. Il pense qu'il faut insister sur la nécessité de prendre, dans la suture, le plus de parties profondes que l'on pourra, afin de restaurer au mieux le sphincter anal.

M. M. Sée emploie la suture enchevillée en remplaçant les chevilles par de petits rouleaux de gaze phéniquée ; M. Sée a vu employer ces rouleaux dans le service de Billroth ; ils n'ont pas les inconvénients des chevilles, et jamais il n'a vu de suppuration au-dessous.

M. Pozzi, après deux tentatives infructueuses de périnéorrhaphie par les procédés ordinaires sur une malade qui portait une rupture complète, a essayé la réunion secondaire après avivement par le procédé dont vient de parler M. Verneuil. Une première fois il n'a réussi qu'à réunir les parties les plus profondes ; une deuxième tentative a encore été suivie d'une réunion partielle. M. Pozzi compte arriver ainsi à une restauration complète du périnée, mais il ne croit pas que les sutures agissent bien efficacement dans cette réunion secondaire qui lui paraît plutôt le fait d'une cicatrisation.

M. Polaillon signale quelques cas dans lesquels la muqueuse rectale fait hernie au bout de l'éperon vagino-rectal. Dans ces cas, M. Polaillon décolle la muqueuse rectale sur une certaine étendue, l'attire en bas, et la suture à la partie supérieure de la fourchette. Cet abaissement de la muqueuse rectale est un obstacle à la formation de ces petites fistules recto-vaginales que l'on voit quelquefois après la périnéorrhaphie.

M. Trélat pense que les procédés doivent subir quelques modifications suivant les cas ; et que ce décollement de la muqueuse peut être quelquefois utile, comme il l'a depuis longtemps indiqué. M. Trélat n'admet pas la prétention du procédé d'Emmet, d'inaugurer la vraie restauration au point de vue de la fonction, car avec l'ancien procédé on obtenait déjà d'excellents résultats.

M. Richelot lit un rapport sur le travail de M. Guermonprez : *pronostic et traitement des mutilations de la main*. M. Guermonprez condamne *généralement* (M. le rapporteur préférerait *absolument*) l'intervention primitive et admet la régularisation tardive.

M. Marjolin, pendant son long séjour à l'hôpital des Enfants malades, n'intervenait point primitivement dans les traumatismes de la main, et les résultats qu'il obtenait ont toujours été de nature à l'encourager dans l'abstention. M. Marjolin fait une seule exception pour certaines plaies par écrasement qui demandent quelquefois une intervention immédiate ; il insiste sur les dangers de la scie circulaire.

M. Polaillon pense que la conservation à outrance est bonne pour les traumatismes qui portent sur le pouce ou le petit doigt, si nécessaires alors même qu'il n'en reste qu'une partie minime ; mais il est d'avis que l'intervention

© BIU Santé

est permise dans les traumatismes des doigts médians que l'on voit quelquefois persister sous formes de tiges rigides et gênantes, quand la guérison est abandonnée au seul effort de la nature.

M. Verneuil donne la formule qui concilie les deux préceptes d'abstention et d'intervention : n'intervenir *jamais* primitivement, mais régulariser quand il y a lieu par amputations secondaires, vers la 5e ou 6e semaine, quand la nature a eu le temps de montrer ce qu'elle peut faire.

M. Gillette rappelle que c'est à Denonvilliers que revient l'honneur d'avoir conseillé le premier l'abstention et démontré ses avantages dans les traumatismes de la main. Les préceptes de ce maître furent développés dans la thèse de Bouglet, son élève.

M. Richelot rappelle les termes de son rapport où il condamne l'intervention immédiate et admet la régularisation secondaire.

M. Bousquet présente un malade atteint de *varices lymphatiques*. C'est un jeune garçon de 18 ans, d'origine française, mais qui a habité Cuba pendant plusieurs années. La tumeur siège à la partie antérieure et supérieure de la cuisse où elle se dessine sous la peau en circonvolutions de la grosseur du pouce ; pendant la nuit elle se réduit.

P. Poirier.

THÉRAPEUTIQUE

De l'administration de la créosote.

Tous les cliniciens sont aujourd'hui d'accord avec les professeurs Trousseau et Bouchard pour attribuer le discrédit dans lequel tomba la créosote quelque temps après sa découverte par Reichenbach, à deux causes principales : 1° l'acharnement des thérapeutistes à découvrir chaque jour des vertus nouvelles à ce médicament et à vouloir l'appliquer à des maladies n'ayant entre elles que des rapports éloignés ; 2° la façon de l'administrer sous des formes défectueuses qui la rendaient dangereuse et intolérable.

Aujourd'hui, l'emploi de la créosote est limité au catarrhe de l'appareil respiratoire et à la diathèse tuberculeuse, et son efficacité dans ces cas est établie d'une façon péremptoire.

Malheureusement, on n'est pas encore arrivé à administrer ce médicament d'une façon rationnelle et conforme aux indications cependant bien précises de MM. Bouchard et Gimbert, c'est-à-dire « en solution complète et fortement étendue », et, la plupart du temps, la créosote est prescrite sous forme de poudre, de pilules, de capsules, d'émulsions ou de solutions concentrées.

Or, lorsqu'on l'administre sous ces différentes formes, « chaque gouttelette, disent encore MM. Bouchard et Gimbert, produit une cautérisation dans le pharynx, dans l'œsophage et dans l'estomac, et provoque ces accidents signalés par Keltler et qui reproduisent en petit les désordres formidables et mortels observés par Orfila à la suite de l'ingestion de 2 grammes de créosote. »

D'un autre côté, pour que la créosote soit efficace, il faut qu'elle soit prise à doses assez élevées et pendant un temps considérable. Or, si MM. Bouchard et Gimbert l'ont administrée à la dose quotidienne de 2 grammes et pendant longtemps sans provoquer d'accidents, c'est qu'ils « avaient eu soin au préalable de la dissoudre et de la diluer », car « les solutions seules pouvaient leur permettre d'atteindre ce double but : les doses élevées et la longue durée. »

MM. Bouchard et Gimbert indiquent l'alcool et l'huile comme dissolvants de la créosote. Quand on emploie l'huile, elle sert en même temps à la dilution. Lorsqu'on dissout la créosote dans l'alcool, l'eau est l'agent de dilution le plus convenable.

Partant de ces données, nous avons fait un essai comparatif de l'emploi de la solution huileuse et de la solution hydro-alcoolique de créosote dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

L'huile de foie de morue créosotée présente de sérieuses difficultés d'administration. Ainsi que le dit M. le professeur agrégé Debove, dans ses récentes *Leçons cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose*, professées à la Pitié, « son goût est si désagréable, son odeur si nauséabonde, que les malades ne la prennent qu'avec la plus grande répugnance. De plus, l'huile de foie de morue a le tort de diminuer l'appétit, et, enfin, elle est d'une digestion difficile, surtout dans les temps chauds ; chez certains malades, elle provoque des vomissements ; à un plus grand nombre, elle donne de la diarrhée ; or, les voies digestives des tuberculeux ne sauraient être entourées de trop de soins, et on devra formellement proscrire tout procédé thérapeutique susceptible d'entraver leur fonctionnement. Car il ne faut pas oublier que c'est par elles, et grâce à l'alimentation, que vous obtiendrez les modifications les plus profondes dans l'organisme des malades. »

Pour toutes ces raisons, nous rejetons la combinaison de l'huile de foie de morue et de la créosote, comme absolument mauvaise, l'huile détruisant ce que fait la créosote, « laquelle, ajoute M. Debove, présente l'avantage d'exciter l'appétit et de diminuer les sécrétions bronchiques », et, d'après les récentes expériences du professeur Coze, de Nancy (*Bulletin de thérapeutique*, 15 *mars* 1884) jouirait de propriétés antiseptiques réelles qui se manifesteraient sur le bacille de la tuberculose.

Restait la solution hydro-alcoolique. Celle dont nous avons fait usage, comparativement à l'huile de foie de morue créosotée, est la *solution Pautauberge*, dans laquelle le chlorhydro-phosphate de chaux est très heureusement associé à la créosote. Le chlorhydro-phosphate de chaux remplace ici pour nous, avec toutes sortes d'avantages, l'huile de foie de morue. Cette préparation s'administre dans de l'eau que le malade édulcore à son goût. Grâce à ce mode d'emploi et, probablement, aux substances qui entrent dans la composition de cette préparation, la saveur de la créosote est assez atténuée pour rendre la solution acceptable par les malades difficiles. D'un autre côté, la créosote se trouvant en solution considérablement étendue, ne saurait être une cause d'irritation pour les muqueuses du pharynx et de l'estomac, comme dans les cas cités par MM. Bouchard et Gimbert, et son usage peut être continué pendant longtemps.

La solution hydro-alcoolique de créosote réveille l'appétit et favorise la digestion d'une façon remarquable ; elle est entièrement résorbée et l'on n'en retrouve pas l'odeur dans les substances excrémentitielles. Sous son influence les fonctions de nutrition s'accomplissent mieux, les forces reviennent, le poids du malade s'accroit, tandis que les lésions tuberculeuses se cicatrisent par degrés dans la plupart des cas. Bref la solution hydro-alcoolique de créosote, additionnée de chlorhydro-phosphate de chaux, nous a rendu les plus grands services aux diverses périodes de la phthisie pulmonaire.

Dr C. Sarran.

BIBLIOGRAPHIE

Du rôle des entozoaires et en particulier des anchylostomes dans la pathologie des mineurs ; par M. Paul Fabre, médecin des mines de Commentry. Paris 1883. — O. Doin, libraire éditeur.

On a fait grand bruit depuis quelques années autour de l'*anchylostome duodénal* ; on a attribué à ce nématode une foule de méfaits, y compris l'*anémie des mineurs*. Mais cette anémie des mineurs elle-même, existe-t-elle réellement ? M. Fabre montre qu'elle est purement légendaire et qu'elle ne mérite pas de prendre place dans la classe si confuse et si mal délimitée des maladies professionnelles. Sans doute les mineurs sont exposés à l'anémie comme les ouvriers de beaucoup de professions ; mais, ce qu'il faut bien savoir, c'est qu'il n'y a pas de *maladie* qu'on puisse décorer du titre *anémie des mineurs*. Quant à l'anchylostome duodénal, M. Fabre l'a vainement cherché dans les selles des mineurs de Commentry. Il conclut que ce parasite, si commun en Italie, n'a pas l'importance pathologique qu'on lui a attribuée.

J. C.

© BIU Santé

Un caso di pielonefrite suppurativa (un cas de pyélonéphrite suppurée) ; par M. le Dr R. Stampacchia. Naples 1883.

Un cas de pyélonéphrite suppurée, survenue sans cause connue chez une jeune fille de 18 ans, fournit à l'auteur, l'occasion de disserter longuement sur le diagnostic de la pyélonéphrite et de passer en revue toutes les affections qu'on pourrait confondre avec elle : l'hydronéphrose, le cancer du rein, la tuberculose urinaire, etc.

L'autopsie faite incomplètement (on ne put retirer que le rein malade, il y avait sans doute *opposition*) montra que l'uretère était obstrué, que le bassinet était distendu par le pus et que le rein n'avait plus trace de sa structure normale.

J. C.

VARIA

Ecoles municipales d'infirmières : distribution des diplômes.

Lors de la distribution des prix aux élèves des Ecoles d'infirmières, c'est-à-dire au mois d'août dernier, M. le Directeur de l'Assistance publique avait annoncé qu'il réunirait les élèves que les jurys d'examen avaient jugé dignes d'obtenir le diplôme d'infirmières. Cette réunion a eu lieu lundi dernier à la Salpêtrière, sous la présidence de M. Quentin, assisté de M. Bourneville, directeur de l'enseignement de ces écoles, de MM. Regnard, Yvon, Le Bas, Ventujol, professeurs des Ecoles, de M. Perroud, directeur de la Pitié, de M. Beugniez, économe de la Salpêtrière, etc. Toutes les élèves diplômées des trois Ecoles étaient réunies, un grand nombre de surveillantes, la plupart des élèves de la Salpêtrière étaient également présentes. M. Quentin a ouvert la séance en prononçant l'allocution suivante :

Mesdames,

Enfin, je viens délivrer, à celles qui l'ont mérité, un titre modeste, mais des plus honorables. Je dis : enfin, car depuis plus d'une année, bien des circonstances se sont jetées à la traverse, et m'ont forcé à ajourner cette distribution. — Mais peut-être y a-t-il dans ce retard une circonstance heureuse ; j'éprouve un plaisir particulier à vous donner aujourd'hui un témoignage public de satisfaction.

Certes, ce n'est pas un titre scientifique que je vous distribue ; nos écoles n'ont pas cette prétention ; c'est le prix d'un travail assidu, opiniâtre, c'est une constatation officielle des efforts que vous avez faits et des résultats que vous avez obtenus ; c'est la preuve des connaissances que vous avez acquises ; c'est l'attestation que, dans les services hospitaliers, vous pourrez donner à nos malades des soins vigilants et éclairés.

L'Administration apprécie votre bonne volonté, et tout récemment j'ai eu l'occasion de la signaler à l'attention du Conseil municipal.

« Il n'est pas inutile, ai-je dit, de rappeler que les élèves de nos écoles avant de se rendre aux cours ont passé de dix à douze heures dans les salles de malades ou d'infirmes ; qu'elles ont fait un service pénible, fatigant, et qu'il leur faut une volonté ferme, un grand désir de parvenir et le goût de leur humble et noble métier pour venir s'enfermer ensuite une heure dans la salle d'études et suivre attentivement les leçons des professeurs. Remarquez que l'école est toute facultative, et que le personnel qui suit les cours ne varie presque pas jusqu'à la fin de l'année. Cela est méritoire de la part de nos infirmières ; je suis heureux de les féliciter devant le Conseil de leur persévérance ; et leur assiduité est une sérieuse garantie pour l'avenir de la laïcisation. »

Je renouvelle ici mes éloges à celles qui ont fait preuve d'assiduité et de travail. Continuez ; vos peines porteront leurs fruits. Comme toutes les réformes, la laïcisation des hôpitaux rencontre des obstacles et des entraves ; mais, vous pouvez compter sur l'Administration qui a pris à cœur cette œuvre utile et qui est résolue à la poursuivre avec prudence mais avec énergie.

C'est à vous qu'il appartient, Mesdames et Mesdemoiselles, de seconder l'Administration. Les adversaires de la laïcisation ne reculent devant rien ; ils ont recours aux calomnies, ils répandent contre nos infirmières les accusations les plus mensongères ; ils transforment des faits isolés en un grief général ; ils apportent dans cette campagne la passion la plus ardente et la plus injuste.

Déjà, j'ai pris soin de rétablir la vérité, et de réfuter des accusations imméritées.

Mais à vous surtout, Mesdames, incombe la tâche de faire taire vos accusateurs. Ne prêtez jamais le flanc à leurs attaques. — Continuez à travailler, à étudier. Soyez vigilantes, attentives ; restez bonnes envers les malades. A côté du mérite professionnel que vous acquerrez dans nos écoles, montrez par votre patience, votre abnégation, votre bienveillance, que vous possédez les qualités et les vertus qui font les bonnes hospitalières.

Mesdames, j'ai répondu de vous ; j'ai engagé ma responsabilité ; vous ne trahirez pas ma confiance, j'en suis certain.

Aujourd'hui, je ne vous délivre que des diplômes ; mais avant peu, je compte bien donner à beaucoup d'entre vous l'avancement qu'elles ont mérité. Persévérez et comptez sur la bienveillance de l'Administration.

Il a été procédé ensuite à la distribution des diplômes. Les élèves diplomées sont :

Pour Bicêtre : Mesdames Agnus (J.), Agnus (B.), Bajoue, Jolliot, Labbé (E.), Langlet, Niclaus, Roblin (E.).

Pour la Salpêtrière : Mesdames Béchevet, Champeix, Eymard, Grisey, Hennequin, Hoffmann, Leduc, Muller, Parent, Ploner, Philbert, Réto.

Pour la Pitié : Mesdames Caron, Chatelain, Juilly, Sully, Tardy et M. Jobert.

La parole a été ensuite donnée à M. Bourneville, qui a rappelé aux élèves infirmières quelles étaient les conditions à remplir pour obtenir le diplôme. Elles doivent prendre part à toutes les compositions des prix relatives à l'enseignement professionnel ; en outre, elles doivent avoir, pour chaque composition, un minimum ainsi fixé, jusqu'a nouvel ordre :

	MAXIMUM.	MINIMUM.
	—	—
1° Anatomie.	20 points.	15 points.
2. Physiologie	20 —	15 —
3° Pansements.	25 —	15 —
4° Soins à donner aux femmes enceintes, etc. .	20 —	15 —
5° Hygiène	20 —	15 —
6° Petite pharmacie . . .	20 —	15 —
7° Examen pratique. . . .	30 —	20 —

Il a insisté, d'accord avec M. Quentin, sur la nécessité, pour les sous-surveillantes, de prendre part à ces compositions, afin d'avoir, elles aussi, le diplôme. Une série spéciale sera faite pour elles, tant pour les compositions que pour l'examen pratique. Si l'année dernière le nombre des diplômes a été aussi restreint, cela tient à ce que beaucoup d'élèves très méritantes n'ont pas pris part à *toutes* les compositions. Cette année, étant prévenues à l'avance, il est à espérer que nous aurons un grand nombre de diplômes à décerner.

En terminant, M. Bourneville a adressé des remerciements à Mlle Thérouenne, surveillante de l'infirmerie générale qui, depuis 1878, avait dirigé avec un zèle et un dévouement infatigables les exercices pratiques. Après ces paroles, la séance a été levée.

Épidémies : Récompenses académiques.

Par arrêté du 23 avril et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1882 :

Médaille d'or. — M. le Dr Anatole Manouvriez, de Valenciennes. Rapport général sur les épidémies de l'arrondissement de Valenciennes, en 1882.

Rappels de médaille d'or. — M. le Dr Mignot, de Chantelle. Rapport sur les épidémies en 1882 : arrondissement de Gannat (Allier). — M. le Dr Paris, de Versailles. Rapport sur les épidémies qui ont régné dans le département de Seine-et-Oise en 1882. — M. le Dr Pilat, de Lille. Rapport général sur les épidémies qui ont régné dans le département du Nord, pendant l'année 1882.

Médailles d'argent. — M. le Dr Barbarin. Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Briançon (Hautes-Alpes). — M. le Dr Bardy. Rapport sur les maladies épidémiques du territoire de Belfort. — M. le Dr Castang, médecin en chef. Relation de l'épi-

© BIU Santé

démie de choléra de 1882 dans la Cochinchine française. — M. le Dr Amédée Chassagne, médecin-major de 1re classe. Contribution à l'étude de l'épidémie de fièvre typhoïde observée en Tunisie. — M. le Dr Decool. Rapport sur les épidémies de l'arrondissement d'Hazebrouck (Nord). — M. le Dr Dionis, des Carrières. Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Auxerre en 1882-1883. — M. le Dr Fichot, de Nevers. Rapport sur les épidémies de 1882 dans le département de la Nièvre. — M. le Dr Jablonski. Rapport sur la constitution médicale et sur les épidémies de l'arrondissement de Poitiers. — M. le Dr Pujos, d'Auch. Rapport général sur les épidémies du Gers, et rapports particuliers sur la fièvre typhoïde qui a régné à Auch et sur une épidémie de variole à Saint-Jean-le-Comtal (Gers). — M. le Dr Vauthier. Rapport pour 1882, épidémie de fièvre typhoïde à Troyes (Aube).

Rappels de médaille d'argent. — M. le Dr Eude, médecin-major. Etude sur l'état sanitaire dans un casernement à pavillon isolé. — M. le Dr Geschwind, médecin-major de 1re classe. Relation d'une épidémie de scarlatine observée au 6e bataillon de chasseurs, à Romorantin (Loir-et-Cher). — M. le Dr Grollemund. Etude clinique sur une épidémie de fièvre d'origine tellurique à types particuliers observée à l'hôpital de Saint Dié (Vosges). — M. le Dr Lardier. De l'endémie tellurique dans le canton de Rambervillers (Vosges). — M. le Dr Mauricet, de Vannes. Compte rendu des épidémies, des épizooties et des travaux des conseils d'hygiène du Morbihan en 1882. — M. le Dr Pennetier, de Rouen. Rapport sur les épidémies et nouvelle organisation du service des épidémies pour l'arrondissement de Rouen. — M. le Dr Pestel, de Saint-Chartier. Rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de La Châtre (Indre). — M. le Dr Ripoll. Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Toulouse. — M. le Dr Sorel, médecin-major de 1re classe. Recherches de la glycosurie chez les paludiques, et note sur l'emploi de la médication quino-salicylée dans le traitement de la fièvre typhoïde. — M. le Dr Villars, de Guéret. De l'origine de la plupart des épidémies, notamment de fièvre typhoïde et de variole observées dans le département de la Creuse.

Médailles de bronze. — M. le Dr J. Blanc, fils. Rapport sur les épidémies de l'arrondissement d'Albertville (Savoie). — M. le Dr Bréhier. Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Dinan (Côtes-du-Nord). — M. le Dr Cabanié, médecin-major de 2e classe. Etude statistique et étiologique de la fièvre typhoïde au 17e régiment de dragons en garnison à Carcassonne, pendant l'année 1882. — M. Paul Cagny, médecin-vétérinaire. Relevé des maladies contagieuses observées sur les animaux domestiques de l'arrondissement de Senlis (Oise). — M. le Dr Caradec, fils. Rapport sur la situation épidémique et sanitaire de l'arrondissement de Brest. — M. le Dr Cavaillon. Rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Carpentras (Vaucluse) et note sur un traitement externe des pustules de la variole. — M. le Dr Challan de Belval, médecin-major de 1re classe. Situation sanitaire de la ville de Perpignan. Rapport sur l'hôpital d'Orléansville (Algérie), etc. — M. le Dr Dussaud, de Nîmes. Rapport sur l'épidémie de variole de Beaucaire et sur celle de fièvre typhoïde de Langlade (Gard). — M. le Dr Le Garrec. Etude sur une épidémie de variole à Plouay (Morbihan). — M. le Dr Gally, de Bar-le-Duc. Rapport sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Villotte, devant Louppy (Meuse). — M. le Dr Grellet, de Ménat (Puy-de-Dôme). Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde suivie de quelques considérations étiologiques. — M. le Dr Heulhard-Darcy. Deux mémoires sur des épidémies de fièvre typhoïde à Clamecy (Nièvre). — M. le Dr Moty, médecin-major. Relation d'une épidémie de dyssenterie saisonnière; étude des microbes dyssentériques. — M. le Dr Stutel. Rapport sur une épidémie de diphtérie et d'angines diphtéritiques à Saint-Dié (Vosges).

Eaux minérales : Récompenses académiques.

Par arrêté du 23 avril et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1881 :

1° *Médaille d'or.* — M. Edmond Willm, professeur à la faculté des sciences de Lille, pour ses nombreuses et savantes analyses d'eaux minérales.

2° *Médailles d'argent.* — M. le Dr Coignard, médecin-inspecteur des eaux de Cusset (Allier), pour son excellent rapport sur cette station minérale. — M. le Dr Collin, médecin inspecteur des eaux de Saint-Honoré (Nièvre), pour son rapport sur cette station. — M. le Dr Dapourqué, médecin inspecteur des eaux de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), pour son remarquable travail sur les eaux de Salles et leur emploi dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.

3° *Rappels de médailles d'argent.* — M. le Dr Bouyer, médecin inspecteur des eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées). — M. le Dr Laissus, médecin inspecteur des eaux de Salins (Savoie). — M. le Dr Philbert, médecin-inspecteur des eaux de Brides (Savoie).

4° *Médailles de bronze.* — M. le Dr Lafosse, médecin-inspecteur des eaux de Vals (Ardèche), pour son rapport annuel. — M. le Dr Mabboux, médecin-major à l'hôpital thermal militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), pour son travail sur les tumeurs blanches suppurées.

5° *Rappel de médaille de bronze.* — M. le Dr Souligoux, médecin consultant aux eaux de Vichy, pour son mémoire sur le traitement du diabète.

Congrès d'hygiène industrielle à Rouen.

A l'occasion de l'Exposition industrielle qui ouvrira à Rouen le 1er juin 1884 jusqu'au 30 septembre suivant, un congrès d'hygiène industrielle aura lieu dans cette ville les samedi 26 et dimanche 27 juillet, sous le patronage de la Société Industrielle, avec le concours du conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Seine-Inférieure et de la Société de Médecine de Rouen. Le programme comprend :

§ I. — *Hygiène de l'ouvrier dans l'atelier.* — Amélioration de l'atmosphère des ateliers. — Précautions à prendre contre les variations de température, d'humidité. — Moyens nouveaux pour empêcher les accidents résultant des machines industrielles ou des substances employées dans l'industrie. Modifications apportées, dans un but hygiénique, à certains procédés de fabrication. — Précautions contre la propagation de certaines maladies contagieuses dues aux modes d'opération. — Insalubrité de certaines industries nouvelles. — Travail de jour et de nuit. — Vêtement pendant le travail. — Eclairage, hygiène de la vue.

§ II. — *Hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier.* — Habitations ouvrières. — Education, instruction, enseignement. — Alimentation.

Membres du comité d'organisation. — Présidents d'honneur : M. Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure; M. Richard Waddington, manufacturier, député; — Président : M. Leudet, docteur-médecin, directeur de l'école de médecine et de pharmacie; — Vice-président : M. Cloüet, professeur de chimie à l'école de médecine et de pharmacie; — Secrétaire général : M. Laurent, docteur-médecin, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu; — Secrétaire-adjoint : M. Alphonse Hüe, docteur-médecin, chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Académie royale de médecine de Belgique.

Programme des concours. — 1882-1885. Etudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles. *Prix :* 800 *francs.* — *Clôture du concours :* 15 *février* 1885. — 1883-1886. Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles applications, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale. *Prix :* 1,500 *francs.* — *Clôture du concours :* 1er *avril* 1886. — 1884-1885. Déterminer expérimentalement l'influence que la dessication, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. *Prix :* 600 *francs.* — *Clôture du concours,* 1er *juillet* 1885.

De l'action physiologique des soustractions sanguines tant locales que générales; indications et contre-indications dans le traitement des maladies. *Prix :* 1,500 *francs.* — *Clôture du concours,* 31 *décembre* 1885.

Conditions des concours. — Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand (1), doivent être adressés, *francs de port,* au secrétaire l'Académie, à Bruxelles. Seront exclus des concours : 1° Les mémoires qui ne rempliront pas les conditions précitées; 2° Ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement; 3° Ceux qui auront été publiés, en tout ou en partie, ou présentés à un autre corps savant; 4° Ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée. L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations; les concurrents sont donc tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront.

Les mémoires doivent porter une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert en séance publique par le président, qui proclame immédiatement le lauréat. Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai d'un an. Après l'expiration de ce délai, la récompense ne sera plus accordée.

(1) Les mémoires, présentés pour prendre part au concours relatif au *degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale,* peuvent être écrits en latin, en français, en néerlandais, en allemand, en anglais et en italien.

© BIU Santé

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois l'auteur pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie du travail, à ses frais, lorsqu'il aura fourni au secrétaire de la Compagnie la preuve que ce mémoire est son œuvre.

L'Académie accorde gratuitement aux auteurs des mémoires dont elle a ordonné l'impression cinquante exemplaires de ces travaux, tirés à part, et leur laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais.

Nota. Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent prendre part aux concours.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 8 mai. — M. Quesneville : Nouvelles méthodes pour la détermination des éléments du lait et de ses falsifications. — M. Vaudein : De la fièvre bilieuse mélanurique observée à Mayotte. — M. Dorey: Notion commune à l'étude de l'étiologie du goître et de la fièvre typhoïde. — M. Campart : De l'épiscléritis. — M. Herland : Des corps mobiles articulaires et de leur traitement. — M. Grégoire : Contribution à l'étude de la trachéotomie chez les tuberculeux. — M. Lemarchand : Quelques considérations sur l'étiologie et les affinités nosologiques du scorbut. — *Samedi 10 mai.* — M. de Andrade Fialho : Des manifestations rhumatoïde de la dysentérie. — M. Hervé : De la chorée pendant la grossesse.

FORMULES

Nous puisons dans un livre (1) récemment publié par M. Gueneau de Mussy, quelques formules qui nous paraissent utiles au médecin praticien.

L'auteur recommande, pour combattre les douleurs des membres et l'hyperesthésie cutanée, l'emploi du liniment calmant suivant :

Baume tranquille	100 gr.
Laudanum de Rousseau, Teinture de belladone	aà 15 gr.
Chloroforme	10 gr.

Dans le cas d'insomnie persistante, M. Gueneau de Mussy fait prendre deux cueillerée à bouche à l'entrée de la nuit de la potion suivante, dont on continue l'administration toutes les deux heures jusqu'à effet :

Eau de tilleuil	50 grammes.
Eau de fleur d'oranger	40 —
Eau de menthe	10 —
Eau de laurier-cerise	5 —
Sirop de codéine ou de morphine	25 —
Bromure de sodium ou de potassium	4 —

M. Guéneau de Mussy remplace, dans les cas où on redoute des phénomènes de congestion encéphalique, le sirop narcotique et l'eau de menthe par du sirop de menthe.

Pour empêcher la production d'eschares, il recouvre une ou deux fois par jour les parties saillantes et rougies, d'une couche de collodion riciné ou de blanc d'œuf battu avec partie égale d'alcool, ou encore d'une solution de gutta-percha dans le chloroforme (1 gr. sur 30 gr.) (traumaticine).

En cas d'excoriation l'auteur use de la pommade suivante étendue sur un plumasseau de charpie :

Cérat ou cold-cream	30 gr.
Extrait de quinquina	1 à 3 gr.
Oxyde de zinc précipité	1 gr.
Extrait thébaique	0 gr. 15 centigr.

Pour combattre la *phlegmatia*, on peut étendre sur le trajet de la veine la pommade suivante :

Axonge purifiée	30 gr.
Extrait thébaique, Extrait de belladone, Extrait de jusquiame, Extrait de semences de ciguë	aà 3 gr.

Ajoutons que M. Guéneau de Mussy ne se borne pas à ce traitement, mais applique en outre des cataplasmes.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique, — M. le Dr Latteux, chef de laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours, le mardi 13 mai, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera à la même heure, les mardi, mercredi, jeudi et samedi suivants. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à deux.

(1) *Clinique médicale*. t. III, *Traité de la fièvre typhoïde*. Paris 1884.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 18 avril au jeudi 23 avril 1884, les naissances ont été au nombre de 1231, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 456; illégitimes, 179. Total, 635. — *Sexe féminin* : legitimes, 431 ; illégitimes, 165. Total, 596.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 18 avril au jeudi 23 avril 1884, les décès ont été au nombre de 1297 savoir : 721 hommes et 576 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 24, F. 15. T. 39. — Variole : M. F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 22, F. 16, T. 38. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 3, F. 4. T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 34, F. 23, T. 57. — Dyssenterie : M. .. F. .. T. .. — Erysipèle : M. 2, F. 3, T. 5. — Infections puerpérales : 12. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 32, F. 29, T. 61. — Phthisie pulmonaire : M. 163, F. 99. T. 262. — Autres tuberculoses : M 22, F. 4. T. 26. — Autres affections générales : M. 31, F. 36, T. 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 32, F. 33, T. 65. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 18, T. 43. — Pneumonie : M. 59, F. 53, T. 112. — Athrepsie : M. 46, F. 27. T. 73. — Autres maladies des divers appareils : M. 187, F. 187, T. 374. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 35, F. 11 T. 46. — Causes non classées M. 3, F. 2, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 108 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 47 ; illégitimes, 15. Total : 62. — *Sexe féminin* : légitimes, 30 illégitimes, 16. Total : 46.

Concours (médecins du Bureau central). — La troisième épreuve a pris fin mardi soir à la Charité. — Sont admis aux épreuves définitives : M. de Beurmann, Brissaud, Dreyfous, Hirtz (H.), Josias. Lorey, Merklen, Oulmont, Renault.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Des concours pour cinq places de chefs de clinique seront ouverts aux dates et dans l'ordre ci-après indiqués : 1° Pour deux places de chefs de clinique médicale, le lundi 7 juillet 1884. 2° Pour deux places de chef de clinique chirurgicale, le jeudi 10 juillet. 3° Pour une place de chef de clinique obstétricale, le mardi 15 juillet. — Les chefs de clinique entreront en fonctions le 1er novembre.

Société de médecine légale. — Cette Société vient de nommer : 1° *Membres titulaires*, MM. le Dr Barthélemy, chef de clinique à la faculté de médecine ; — Benoit, juge d'instruction ; — Bordier avocat à la Cour d'appel ; — Bouchereau, médecin de l'asile Sainte-Anne ; — A. Liouville, Dr en droit ; — le Dr Socquet ; — 2° *Membre correspondant étranger*, M. le professeur da Mazio, à Bahia.

Muséum. — M. A. de Quatrefages a commencé le cours d'anthropologie ou d'histoire naturelle de l'homme, le mardi 29 avril 1884, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, à trois heures, et le continuera les mardi et jeudi suivants à la même heure. Le professeur reprendra l'étude des questions générales de l'anthropologie commencée dans un cours précédent. Il traitera successivement des origines attribuées à l'espèce humaine, de l'antiquité de cette espèce, de son habitat primitif, de ses migrations par terre et par mer, de son acclimatation, de la formation des races sous l'influence du milieu et des croisements. Il passera ensuite en revue, d'une manière générale, les caractères des principaux groupes humains pour montrer la signification réelle de ces caractères.

Collège de France. — Les cours du second semestre de l'année scolaire 1883-1884 ont commencé le 21 avril. Ils auront lieu dans l'ordre suivant ; M. Maurice Lévy, suppléant M. le professeur Bertrand, fera le cours de physique, les mardis et vendredis à une heure. Il traitera des principales théories optiques et électro-magnétiques de la lumière. M. le professeur Mascart fera le cours de physique générale et expérimentale, les mardis et samedis, à dix heures et demie. Il traitera du magnétisme terrestre. — M. le professeur Schutzenberger fera le cours de chimie minérale, les mardis et samedis, à une heure et demie. Il traitera de l'analyse chimique. — M. le professeur Berthelot fera le cours de chimie organique, les lundis et vendredis, à dix heures et demie. Il traitera divers points de philosophie chimique. — M. le professeur Brown-Séquard fera le cours de médecine, les mardis et samedis, à dix heures. Il traitera des modes d'influence du système nerveux sur les propriétés et la nutrition des tissus. — M. le professeur Foucué fera le cours

© BIU Santé

d'histoire naturelle des corps inorganiques, les jeudis et samedis à neuf heures. Il traitera des roches volcaniques au point de vue de leur âge. M. le professeur MAREY fera le cours d'histoire naturelle des corps organisés, les mardis et samedis à trois heures. Il traitera du mécanisme de la locomotion. M. le professeur BALBIANI fera le cours d'embryogénie comparée, les mardis et samedis, à une heure et demie. Il exposera les travaux récents sur les premiers phénomènes du développement des vertébrés. — M. le professeur RANVIER fera le cours d'anatomie générale, les mardis et jeudis, à quatre heures. Il traitera des membranes muqueuses et du système glandulaire.

HERBORISATION. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 4 mai, dans les bois du Vésinet. Le départ s'effectuera de la gare St-Lazare, à 11 h. 1/2, pour la station de Chatou.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous avons reçu les premiers numéros du *Correo Medico-Castellano* paraissant à Salamanque le 20 de chaque mois sous la direction des docteurs López Alonso et Alvarado Gomez. — Le premier numéro de la *Crónica Medica* (Janvier 1884) vient également de nous parvenir ; ce journal paraît à Lima tous les mois et est l'organe de l' «UNION FERNANDINA.»

NÉCROLOGIE. — La *France médicale* annonce la mort de M. Jules SERGENT, reçu en 1851. — Les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, annoncent la mort du président de cette Société, le Dr D. MAWET. — Le Dr DURAND, Edmond, reçu en 1855, vient de mourir à Bordeaux. (*Journal de médecine de Bordeaux*). — Nous apprenons par l'*União medica* la mort du Dr SOUZA COSTA, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — L'*Union médicale* annonce la mort subite, à Vitry-le-François, de M. P. AUBERT-ROCHE ; il était âgé de 45 ans. — La *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* annonce la mort du Dr J.-A. CAVANI, père (de Montferrier, Hérault), décédé en peu de jours, à 78 ans, à la suite d'une fluxion de poitrine qu'il avait contractée en visitant ses malades. — On annonce la mort, à l'âge de 69 ans, de M. GIOVANNI-NISTRI, professeur de pathologie chirurgicale à Pise.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

INSTITUT THERMO-RÉSINEUX

du Dr **CHEVANDIER** de la Drôme, 14, rue des Petits-Hôtels, Paris (lanterne bleue).
RHUMATISMES, GOUTTE, NÉVRALGIES, SCIATIQUE, ARTHRITES, CATARRHES chroniques de la poitrine et de la vessie, etc., traités avec le plus constant succès.
Succursale à VICHY, boulevard des Célestins. — Directeur : Dr DE LA SALZÈDE.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

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

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES FOSSÉS-ST.-JACQUES.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles, Lymphatisme, Maladies de la peau et des Voies respiratoires, Asthme, Diabète, Fièvres intermittentes.

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE

Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

DÉTAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin.**

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca. L'Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*. — **Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 5. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Tillaux, Terrillon. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) 1re série : MM. Béclard, Robin, Reynier ; 2e *Série* : MM. Vulpian, Damaschino, Rémy ; 3e *Série* : MM. Hayem, Rendu, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (Charité) 1re *Série* : MM. Trélat, Tarnier, Segond ; — 2e *Série* : MM. Potain, Guyon, Pinard.

Mardi 6. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Gosselin, Bouilly. — 2e *de fin d'année* : MM. Cornil, Peyrot, Hanot. — 3e *de fin d'année* : MM. Peter, Campenon, Troisier. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Laboulbène, Richelot. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Bouchard, Raymond ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (Charité) 1re *Série* : MM. Pajot, G. Sée, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Ball, Panas, Charpentier ; — 3e *Série* : MM. Le Fort, Hardy, Ribemont-Dessaignes.

Mercredi 7. — 2e *de Doctorat* (N. R. Epreuve pratique) : MM. Trélat, Tillaux, Segond. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Charcot, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) 1re *Série* : MM. Verneuil, Damaschino, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Hayem, Terrillon. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Potain, Fournier, Hallopeau.

Jeudi 8. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Le Fort, Richelot. — 1er *de Doctorat* : MM. Vulpian, Cornil, Troisier. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie, 1re *Série*) : MM. Robin, Ball, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Sappey, Bouchard, Peyrot. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série*) : MM. Hardy, Jaccoud, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Brouardel, Campenon. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Pajot, Gosselin, Humbert.

Vendredi 9. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Trélat, Kirmisson. — 1er *de Doctorat*, 1er *Série* : MM. Charcot, Fournier, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Damaschino, Tillaux, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Verneuil, Rendu, Segond ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Hayem, Reynier. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Guyon, Tarnier, Terrillon. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Hanriot, Blanchard.

Samedi 10. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) 1re *Série* : MM. Robin, Panas, Humbert ; — 2e *Série* : Sappey, Ball, Campenon ; — 3e *Série* : MM. Cornil, Bouchard, Richelot. — 5e *de Doctorat* : MM. Richet, Gosselin, Charpentier. — 5e *Composition écrite* : M. Segond.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. (Clinique des maladies du système nerveuses. — M. le professeur Charcot reprendra ses leçons du vendredi, le 9 mai.

Hospice des Enfants-Assistés. — M. le Dr Blachez commencera son cours le jeudi 8 mai. — Visite à 8 1/2. — Consultation externe les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Hôpital des enfants. — Le Dr Jules Simon a repris ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 23 avril à neuf heures. — Il les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Hôpital des Tournelles. — (F.) : 1, métrite du col ; 5, sclérose en plaques ; 16, typhlite ; 22, myélite par compression ; 24, fièvre typhoïde ; 27, ulcère de l'estomac ; 31, paraplégie (myélite transverse). — (H.) : 1, bronchite chronique, adénopathie trachéo-bronchique ; 9, bronchite capillaire ; 11, tuberculose pulmonaire, pleurésie gauche ; 18, fièvre typhoïde ; 20, hystérie, hémianesthésie gauche ; 26, néphrite subaiguë ; 29, hémiplégie droite, paralysie du moteur oculaire externe gauche ; 37, pleurésie gauche ; 38, néphrite interstitielle ; 40, pleurésie purulente.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

Hallopeau (H.) — Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique. Un vol. in-8°, de VIII-724 pages, avec 126 figures. — Prix 11 fr.

Imbert-Gourbeyre. — Recherches sur les solanum des anciens. Brochure in-8° de 136 pages. — Prix 3 fr.

Kocher (A.) — De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie. Brochure in-8 de 244 pages. — Prix 5 fr.

Küssmaul (Ad.) — Les troubles de la parole. Traduit par le docteur A. Rueff, précédé d'une introduction par B. Ball. In-8° de XV-375 parges. — Prix 7 fr.

Librairie DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'École-de-Médecine.

Bulletins et mémoires de la Société française d'ophthalmologie, publiés par les soins des membres du comité : MM. Abadie, Armaignac, Chibret, Coppez, Gayet, Meyer, Panas, Poncet, secrétaire. — Première année, 1883.

Goulmoud (P.) — Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement. Brochure in-8 de 130 pages, avec une planche hors texte.

Grégoire (Th.) — Considérations sur quelques points de la paralysie générale. Brochure in-8 de 136 pages.

Rousis (A.) — Variations de l'urée des chlorures et des phosphates dans la tuberculose. Brochure in-8 de 107 pages. — Prix 3 fr. 50.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Hache (M.) — Etude clinique sur les cystites. (Pathogénie, diagnostic, traitement). — Un volume in-18 de 170 pages. — Prix 3 fr. 50.

Varigny (H. C. de) — Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales et sur la période d'excitation latente du cerveau. In-8 de 139 pages. — Prix 2 fr.

Albrecht (P). Mémoire sur le basiotique, un nouvel os de la base du crâne, situé entre l'occipital et le sphénoïde. Brochure in-8, de 31 pages. — Bruxelles 1883. — Librairie G. Mayolez.

Amblard (A). — De la médication bromo-chloralée dans l'état de mal épileptique. Brochure in-8, de 5 pages. Montpellier, 1883. Typographie Boehm, fils.

Althaus (J.) — Sur quelques phénomènes post-épileptiques. Traduit par le docteur J. Moiel. Extrait du Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique. Brochure in-8 de 14 pages.

Bruncher (J.). — Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise. Brochure in-8, de 127 pages. — Nancy, 1883, imprimerie N. Collin.

Berne (G.) — Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. Brochure in-8 de 111 pages. — Paris, 1884. — A. Parent, imprimeur.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

MEDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*

En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCERINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RECOMPENSE

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 19. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 10 MAI 1884.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE NERVEUSE

Sclérose en plaques et Maladies infectieuses ;

par Pierre MARIE, chef de clinique de la Faculté (1).

Je n'ai pas à démontrer ici la nature vasculaire de la sclérose en plaques, c'est là un fait généralement admis aujourd'hui et que les travaux les plus récents n'ont fait que confirmer (2). La seule chose qui présente matière à discussion, c'est le mécanisme par lequel cette artérite se produit.

D'autre part, l'influence des maladies infectieuses sur les inflammations des vaisseaux a, dans ces derniers temps, plus spécialement été mise en lumière (3), et bien des faits cliniques ou anatomo-pathologiques obscurs jusque-là se sont trouvés subitement éclaircis ; aussi le temps n'est pas éloigné où l'artérite, si longtemps méconnue, reprendra ses droits, non plus comme entité morbide, mais comme procédé lésionnel, car c'est un effet qui, trop souvent, devient cause à son tour.

Non seulement les maladies infectieuses sont une cause fréquente d'artérite, elles ont de plus une façon particulière de la déterminer, et un de leurs caractères propres est justement cette dissémination qui nous apparaît si nettement dans la sclérose en plaques.

On a pu d'ailleurs les prendre pour ainsi dire sur le fait, et je n'ai qu'à rappeler ici les travaux de Popoff (4), qui a décrit dans la fièvre typhoïde une accumulation considérable de cellules lymphatiques dans les espaces périvasculaires ; celles-ci pourraient pénétrer dans les cellules nerveuses et donner lieu à différents phénomènes d'irritation inflammatoire.

Citons aussi les recherches intéressantes de Blaschko (5) qui, chez un lapin inoculé avec du pus d'arthrite puerpérale, a constaté dans l'écorce du cerveau et du cervelet une quantité considérable d'embolies capillaires constituées uniquement par des bactéries enfouies dans une matière molle demi-liquide, analogue à celle qui forme des nuages dans les liquides en putréfaction ; il pense même que ce sont des fragments de ces bouchons formés dans les capillaires, qui, parvenant dans les veines où la circulation est moins rapide, s'y développent et déterminent des thromboses. Quant à la substance cérébrale voisine de ces embolies infectieuses, Blaschko n'a pu y découvrir de lésions qui pussent leur être rattachées. — Mais, d'autre part on sait que Weigert et Cohnheim ont décrit, dans les tissus environnants de semblables embolies bactériennes, une lésion spéciale des cellules, lésion qu'ils nomment « nécrose de coagulation » et dont un des caractères est la résistance qu'apportent désormais ces cellules ainsi altérées à l'action des réactifs colorants.

Le lapin de Blaschko étant mort au deuxième jour de l'inoculation, il n'est pas très étonnant qu'on n'ait pu trouver de lésions dans la substance corticale, elles n'avaient vraisemblablement pas encore eu le temps de se produire.

Dans le même ordre d'idées, on peut encore mentionner les travaux de Heschl (1) ; cet auteur rapporte les résultats de l'examen microscopique de l'écorce cérébrale chez une femme morte dans le coma au cours d'une infection due à un panaris ; la description qu'il donne, ainsi que la figure jointe à son travail, sont tout à fait analogues à celles de Blaschko ; mais il a de plus constaté que, dans la partie voisine de l'embolie bactéridienne, la substance cérébrale était transformée en une masse irrégulière, finement granuleuse, dans laquelle on voyait encore par-ci par-là quelques cellules nerveuses et quelques noyaux. Enfin nous devons signaler l'opinion exprimée par Hugo Ribbert (*Virchow's Archiv.* 1882 — xc — 258). Opinion fondée sur des faits d'ordre purement anatomique : « on devrait en quelque sorte penser qu'une substance irritante (microbe ?) entraînée par le courant sanguin, est restée attachée à la paroi vasculaire, et a déterminé là, d'une part, l'inflammation périvasculaire, d'autre part, le dépôt des globules blancs du sang..... et comme dernier aboutissant les plaques de sclérose. »

Tout cela n'est-il pas absolument démonstratif ? — N'est-ce pas là en détail et à son début le processus qui détermine les lésions de la sclérose en plaques ?

Restent maintenant d'autres questions qu'il est peut-être moins aisé de résoudre, et pour l'intelligence desquelles il faut nous reporter à l'étude des observations rapportées plus haut. Quand survient cette détermination locale vasculaire de la maladie infectieuse ? Comment se traduit-elle au début ? Quelle est son évolution ?

Il n'y a pas à proprement parler de règle fixe pour l'apparition de l'artérite disséminée, mais cependant en examinant à ce point de vue les différentes observations, on est frappé de ce fait qu'elle ne se montre souvent qu'à une période déjà avancée de la maladie principale, fréquemment au début ou dans le cours de la convalescence, quelquefois même lorsque la guérison semblait absolument complète. C'est ainsi que chez les malades atteints de fièvre typhoïde, Bailly a vu 9 fois sur 28 cas les accidents paralytiques débuter pendant la convalescence ; 3 autres de ces malades ont été pris alors qu'ils marchaient déjà, l'un d'eux même était sorti de l'hôpital. C'est là un fait qui s'est montré d'une façon plus évidente encore chez le malade P..., dont nous avons rapporté l'observation ; après un séjour de plusieurs mois à la Maison de Santé pour une fièvre typhoïde, à la fin de laquelle s'était manifestée une phlébite de la cuisse (détermination vasculaire sans doute analogue à celles qui déterminent la sclérose en pla-

(1) Voir les nos 15, 16 et 18.

(2) Hugo Ribbert in *Virchow's Arch.*, XC, 243. Klein, *medizinshoje obosrenie* XVII, 9, Analysé dans les recueils allemands. Greiff. — *Arch. f. Psych.*, XIV-2-286. — Dejérine. — *Rev. de méd.* mars 1884., etc. etc....

(3) Parmi les plus récents travaux en France voir ceux de MM. H. Martin, *Rev. de Med.*, 1881. — Giraudeau, *Gaz. hebd.*, 17 août 1883. — Barie, *Revue de Med.*, 1884, janvier et février.

(4) Popoff. — *Virchow's Arch.*, LXIII, 421 et *Cbl. f. med. Wiss.*, 1875, p. 596.

(5) Blaschko. — *Virchow's Arch.*, LXXXIII, 3, 471.

(1) Heschl. — *Wiener med. Woch.*, 1880, P. 791.

© BIU Santé

ques), le malade était sorti guéri de l'hôpital au mois d'avril 1879; il n'avait très certainement à cette époque, sauf un certain degré d'hyperesthésie, aucun des troubles nerveux qui sont apparus plus tard, aucun n'a été constaté lorsqu'il a quitté la Maison de Santé; l'autorité de MM. Lécorché et Talamon nous en est un sûr garant. Ce n'est que quelque temps plus tard qu'il s'aperçut d'un peu d'embarras de la parole, et celui-ci même ne devint assez prononcé pour le gêner réellement qu'en 1881, près de deux ans après sa fièvre typhoïde; puis, peu à peu, les autres symptômes de la sclérose en plaques se sont développés, et ce n'est qu'en octobre 1883, quatre ans après la fièvre typhoïde, que la marche s'est trouvée notablement gênée.

Il en est de même dans l'observation de M. Richard, où les troubles de la marche ne se développent que plus de trois mois après la guérison d'une pneumonie infectieuse; trois mois encore après l'apparition de ces premiers phénomènes, se montre une diplopie verticale; quant aux autres symptômes, ils semblent ne s'être développés qu'à une époque encore plus reculée.

Dans d'autres cas, enfin, on voit les phénomènes de la sclérose disséminée se manifester plus longtemps encore après la fièvre typhoïde, et cependant, nous croyons du moins l'avoir démontré, ils sont bien sous la dépendance de cette maladie infectieuse. C'est même probablement cette apparition éloignée qui a donné le change et empêché de reconnaître le lien existant entre la maladie principale et la lésion consécutive (1).

Comment faut-il comprendre ces faits? Pour nous, l'existence dans *la fièvre typhoïde* et probablement dans *plusieurs autres maladies infectieuses d'une période d'accidents secondaires ou tertiaires analogue à celle de la syphilis* nous semble pouvoir seule rendre compte des faits de cette nature. Et ce n'est pas là une simple question de mots, car si notre opinion est justifiée, si à l'antique dénomination de *complications tardives* de la fièvre typhoïde (complications observées et décrites par tous les cliniciens) (2), on substitue celle de *manifestations tardives*, les indications thérapeutiques se trouvent immédiatement modifiées; dans le premier cas, on avait à combattre une affection surajoutée; dans le second, c'est sur la maladie principale qu'il faudra diriger tout l'effort du traitement. Peut-être même l'analogie signalée plus haut se continuant jusqu'au bout, verrait-on dans les périodes tardives de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses un traitement spécifique approprié donner des résultats aussi favorables que dans les périodes tardives de la syphilis.

Quant au pronostic, il s'en faut d'ailleurs qu'il soit toujours d'une égale gravité; l'artérite cause des plaques scléreuses, peut rétrocéder avant que celles-ci se soient produites, et tous ces symptômes si fâcheux en apparence, dus bien plus à des troubles circulatoires passagers qu'à des lésions permanentes, ne tardent pas à disparaître. Il en est du moins souvent ainsi lorsque ces déterminations sur le système nerveux se produisent dans la période aiguë de la fièvre typhoïde; quand, au contraire, elles surviennent dans ce que nous proposons d'appeler sa période *secondaire* ou *tertiaire*, il ne semble plus qu'il en soit de même, la guérison paraît être plus rare, la marche des accidents est progressive, quelquefois cependant elle s'arrête d'elle-même, et il y a alors sinon guérison, du moins maintien du *statu quo*.

Si nous rassemblons maintenant tous ces faits si multiples et si nous cherchons à en faire la synthèse, à quelles conclusions sommes-nous conduits? La sclérose en plaques, lésion dépendant d'altérations artérielles d'origine infectieuse, ne peut être considérée comme une maladie du système nerveux, du moins dans le sens théorique du mot maladie, ce n'est autre chose, suivant la nomenclature actuelle, que la *localisation médullo-encéphalique de la détermination vasculaire de maladies générales diverses* qui semblent être constamment de nature *infectieuse* (1); cette définition, un peu longue, il est vrai, et médiocrement euphonique, nous semble résumer d'une façon complète les principaux points de la question, nous l'adoptons sans hésiter.

(1) Peut-être est-ce à un phénomène de ce genre que l'on a affaire dans les cas où plusieurs années après une affection antérieure de la moelle se montre une poussée de lésions revêtant un caractère progressif, ces cas sont loin d'être rares ainsi que l'ont démontré nos amis MM. Ballet et Dutil (*Rev. de Med.* 188); un certain nombre sont certainement survenus à la suite d'une maladie infectieuse, surtout dans les cas de paralysie infantile et il y a tout lieu de se demander si c'est là un processus nouveau greffé sur le processus ancien, ou bien une simple reprise du procesuss primitif sous l'influence de la maladie générale primitive dont l'action n'est pas encore épuisée.

(2) Nothnagel (*Die nervösen Nachkrankheiten des Abdominaltyphus* in *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1872, T. IX, 480), s'occupe surtout des complications nerveuses survenant dans la convalescence et semble éliminer volontairement celles qui se montrent plus tard. Parmi les faits qu'il cite, peut-être l'observation de la page 496 B..., 25 ans, de la cavalerie de la garde, etc..... et l'observation de la page 499 doivent elles être considérées comme de véritables cas de sclérose en plaques.

PATHOLOGIE EXTERNE

Du Doigt à ressort (2);

par le Dr G. MARCANO, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Symptômes. Trois symptômes caractérisent le doigt à ressort : le ressaut, la douleur et la nodosité. Le phénomène du ressaut peut accompagner la flexion et l'extension, ou n'avoir lieu que pendant l'une d'elles. Il est produit par les mouvements spontanés, aussi bien que par les mouvements communiqués (actifs et passifs). Chez certains malades, le ressaut existe à chaque tentative de mouvement; chez d'autres, il n'est pas aussi constant.

Lorsque le malade veut fléchir le doigt, le mouvement s'exécute au début avec sa liberté normale; l'angle de flexion étant arrivé à un certain degré variable, mais constant dans chaque cas, le doigt est arrêté et présente alors la forme d'un crochet immobile. L'obstacle qui s'oppose à l'achèvement du mouvement peut être vaincu dans tous les cas, quelquefois par la simple intervention de la volonté, d'autres fois en lui venant en aide pour compléter la flexion, ainsi qu'on le ferait sur un doigt inerte. Dans le premier cas, sous l'influence de l'effort fait par le malade, le doigt tombe brusquement dans la flexion complète, et on voit manifestement qu'un obstacle a été franchi et l'excès de force employée se traduit par la rapidité du mouvement final.

Ces symptômes présentent quelques variétés. Le ressaut est parfois très peu accusé, de telle façon qu'il ne cause aucune gêne. Il s'aperçoit à peine à l'œil nu, et

(1) Nous n'avons pas eu sous les yeux d'exemple de sclérose en plaques développée sous l'influence d'une intoxication, mais à priori il n'est pas impossible qu'un tel fait puisse se produire.

(2) Voir les nos 16 et 17.

© BIU Santé

on est obligé de se servir de la main pour le constater. On sent dans ce cas, au moment où le mouvement s'achève, une sorte de frôlement caractéristique. Au contraire, lorsque le ressaut atteint son maximum, le malade éprouve une grande peine à fléchir le doigt, et celui-ci tombe ou se relève avec une violence extrême, accompagnée d'un craquement assez fort pour être entendu à distance.

Le phénomène suivant a été observé plusieurs fois au pouce : lorsque le malade veut pratiquer la flexion, le doigt se porte dans l'adduction forcée avant d'obéir au mouvement que la volonté commande. Un nouvel effort survenant, la flexion se produit brusquement, en même temps que le ressaut et le craquement.

La douleur existe presque toujours. Si elle n'est pas spontanée, on la trouve le plus souvent dans l'articulation métacarpo-phalangienne, sur la nodosité, ou sur le tendon fléchisseur. D'intensité variable, elle arrive dans des cas rares à devenir extrêment gênante par sa persistance. Ailleurs, on a noté de l'engourdissement, des fourmillements et même une sorte d'insensibilité de la main.

Exceptionnellement, malgré l'existence d'un ressaut très accentué, la douleur a été nulle.

Généralement, la fatigue rend le tendon douloureux. La souffrance, il est vrai, est quelquefois imperceptible, mais elle a pu être aussi assez violente pour arracher des cris, pour provoquer des sueurs froides et même des syncopes.

La nodosité se rencontre toujours. Nous nous sommes déjà expliqué à ce sujet. Le plus communément, c'est au niveau de l'orifice supérieur de la gaine qu'il faut la chercher, c'est-à-dire à 2 centimètres au-dessus du pli digito-palmaire. Nous avons cité les cas où on l'a constatée au niveau de la phalange et de la phalangine. A nos yeux, la diversité du siège est incontestable. Les observations ultérieures viendront, nous n'en doutons pas, confirmer cette affirmation. Elle est d'ordinaire sphérique; elle peut aussi se présenter sous la forme d'un petit renflement fusiforme, dur au milieu, se perdant insensiblement dans le tendon, à ses deux extrémités. Son volume habituel est celui d'un petit pois. Il est facile de constater qu'elle fait corps avec le tendon, dont elle suit les mouvements.

Si on met le doigt sur la nodosité, on remarque pendant la flexion, qu'elle glisse avec beaucoup de liberté jusqu'au point où existe l'obstacle qui l'arrête. Dans l'instant où elle le surmonte, le doigt la sent se décrocher et s'échapper subitement avec le tendon. A ce moment le craquement a lieu. On peut supprimer complètement les mouvements du fléchisseur en pressant sur la nodosité. Chez certains malades, l'étude de ces divers phénomènes est difficile et même impossible à faire, à cause de la douleur qu'ils provoquent; d'autant plus que, lorsque le ressort est peu douloureux, la fatigue rend la nodosité sensible, et cela à tel point, que quelques malades gardent constamment une attitude qui immobilise le doigt. Les uns préfèrent la flexion, les autres l'extension.

Nous avons observé ce fait singulier que l'on peut suspendre momentanément le ressort en faisant craquer l'articulation métacarpo phalangienne correspondante.

La durée de la maladie doit varier suivant la nature de la nodosité, mais dans tous les cas, elle offre une ténacité qui n'est nullement en rapport avec la bénignité de l'affection. Même quand il s'agit d'une nodosité rhumatismale, qui le plus souvent n'a qu'une existence éphémère (Troisier), on ne lui a jamais constaté une durée moindre de 6 mois. — L'observation suivante que nous avons communiquée à la Société clinique nous a permis de suivre la marche naturelle du doigt à ressort (1). Nous n'avons appliqué aucun traitement et abandonnée à elle-même, la maladie n'a cessé qu'au bout de deux ans et huit mois.

Obs. I. *Doigt à ressort de l'annulaire de la main gauche. Guérison spontanée.* — Mme X..., âgée de 60 ans, sans antécédents de famille, a toujours joui d'une bonne santé. Elle n'a jamais eu d'accident rhumatismal, ni aucune autre manifestation diathésique, ni aucune affection inflammatoire des doigts de la main. Elle travaille à la broderie depuis nombre d'années. Son travail consiste à passer une aiguille à travers une toile tendue horizontalement. L'aiguille introduite par la main droite, est reçue par la main gauche qui, placée au-dessous de la toile, la fait ensuite repasser de l'autre côté, c'est-à-dire que les deux mains travaillent autant l'une que l'autre et qu'elles ne sont soumises à aucun frottement.

Pendant les mois de février et mars 1879, Mme X... eut un surcroit de travail qui amena une grande fatigue. En avril de la même année, elle éprouva un engourdissement dans l'annulaire de la main gauche; il s'étendait tout le long de l'avant bras et la forçait par moments à renoncer au travail. Aussitôt après se sont présentés les phénomènes du ressort. Les mouvements de la main n'étant pas devenus pour cela complètement impossibles, la maladie fut négligée. Son état ayant persisté, la malade nous consulte en janvier 1880. Elle prétend qu'actuellement les symptômes sont absolument les mêmes qu'au début, et qu'une fois la maladie déclarée, elle est demeurée stationnaire, sans aggravation et sans amélioration.

Voici quel est son état actuel (février 1880). Au premier aspect, les doigts étant étendus, on ne trouve aucune différence entre la main droite et la main gauche. Si la malade veut fléchir les doigts de la main gauche, tous exécutent le mouvement excepté l'annulaire. Celui-ci, après avoir fléchi sa première phalange, éprouve un moment d'arrêt. Les efforts de la volonté persistant, l'arrêt est vaincu subitement et le doigt tombe brusquement avec une violence toute mécanique, sans que cependant aucune douleur ne survienne.

L'extension ne se fait jamais spontanément. Quels que soient les efforts de la malade, l'annulaire resterait éternellement fléchi, si elle ne lui venait en aide, en le guidant directement avec la main droite. Au moment où le doigt s'étend, on constate le ressaut et la projection violente qui se produisent pendant la flexion, mais avec plus d'intensité.

Les autres doigts sont complètement sains.

L'exploration de la face palmaire de la main révèle à deux centimètres au-dessus du pli digito-palmaire une nodosité de la grosseur d'un petit pois qui soulève légèrement la peau à ce niveau. Elle est indépendante des téguments que l'on peut faire glisser facilement sur elle, et se trouve manifestement située sur le fléchisseur qu'elle accompagne dans tous ses mouvements. Simultanément, au brusque ressaut qui se produit pendant la flexion, on sent que la saillie s'arrête d'abord, puis glisse subitement sous le doigt explorateur. L'extension permet de constater mieux encore que la nodosité, au moment du ressaut, vient arcbouter un obstacle, dont la résistance finit par être vaincue, mais le mouvement est tellement rapide, qu'il est impossible de le préciser davantage. La nodosité est un peu douloureuse au toucher; elle ne l'est pas pendant les mouvements. En examinant attentivement l'annulaire et les articulations inter-phalangiennes, on ne découvre nulle part ni douleur ni gonflement.

Nous engageons la malade à ne suivre aucun traitement, ce qu'elle accepte sans difficulté, n'éprouvant aucune souffrance r elle et pouvant mettre tout travail de côté. Cette heureuse circonstance nous a permis de suivre la marche naturelle du doigt à ressort.

14 *janvier* 1882. La maladie avait persisté jusqu'à hier sans

(1) G. Marcano. — *Bulletin de la Société clinique*. Séance du 27 décembre 1883, et *France médicale*, 31e année, t. I, 1884, p. 176.

© BIU Santé

aucune modification. En se levant, la malade s'aperçoit ce matin, tout à coup, que le ressort a disparu. Il est certain que la guérison s'est faite subitement, et que le ressort a été constaté la veille, au moment où la malade se mettait au lit. Aujourd'hui nous ne pouvons plus le produire, même en faisant exécuter aux doigts des mouvements assez prolongés pour entraîner un certain degré de fatigue. La nodosité existe encore, mais ne présente plus de douleur.

23 septembre. La guérison s'est maintenue ; il n'y a pas eu de tendance à la récidive, quoique aucune précaution n'ait été prise pour l'éviter. Tous les mouvements du doigt ont repris leur liberté. La petite nodosité est diminuée d'un tiers, mais on la retrouve toujours. Elle est du reste complètement indolente.

Novembre 1883. Nous venons de revoir la malade. Elle a presque oublié son ancienne maladie. A la place de la nodosité on constate à peine un léger épaississement.

La guérison spontanée du ressaut ne peut donc pas être mise en doute. Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans l'observation précédente, c'est la manière brusque dont cette terminaison heureuse a eu lieu.

Diagnostic. Le diagnostic du doigt à ressort ne présente pas de difficulté. Il suffit de savoir en quoi consiste la maladie, pour éviter toute erreur, même quand on la voit pour la première fois. Nous n'imiterons donc pas Vogt qui établit le diagnostic différentiel avec les corps étrangers des articulations digitales, car nous ne trouvons aucun point de ressemblance entre les deux affections. La méprise est seulement possible pour celui qui ignore l'existence et la nature du ressort. Felicki raconte le fait d'une petite fille atteinte de doigt à ressort, qui ne pouvait écrire qu'avec la plus grande peine. Les souffrances furent attribuées à la paresse, et l'enfant fut punie et chassée de l'école. Le médecin diagnostiqua une *faiblesse de la main* » (Felicki Ob. IV.)

Pronostic. Le doigt à ressort ne constitue certainement pas un état grave. Cependant il mérite d'attirer l'attention, non seulement parce qu'il intéresse l'organe le plus utile que nous possédions, mais aussi parce qu'il condamne la main à l'inaction, pendant un temps toujours trop long.

Traitement. Au point de vue thérapeutique, les malades atteints de doigt à ressort peuvent être divisés en deux catégories. 1° Ceux dont la gêne des mouvements n'est pas grande, et qui, non seulement ne réclament aucune intervention médicale, mais rejettent même toute proposition de traitement. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'abstention ne présente aucun inconvénient, puisque comme nous le savons, la maladie guérit d'elle-même. — 2° Dans la seconde catégorie, au contraire, la douleur et la fatigue que produit la répétition incessante du ressort, obligent le malade à surveiller constamment les mouvements de la main, qui par ce fait, lui devient inutile, et même gênante. C'est alors qu'il réclame des soins et parfois une guérison urgente.

Le traitement rationnel du doigt à ressort doit avoir pour but la résolution de la nodosité. Plusieurs moyens ont été employés. La première médication est l'immobilisation du doigt atteint. Le repos ne suffit pas pour favoriser la résolution, il faut la suppression des mouvements. On a eu recours aux fumigations, au massage, aux manuluves aromatiques tièdes, lesquels n'ont produit aucun effet favorable. Il en est de même de la compression et des sangsues.

Les médicaments qu'on a le plus souvent préconisés sont les vésicatoires et la teinture d'iode. L'emploi des premiers a peu réussi. A peine trouvons-nous une observation dans laquelle ils semblent avoir entraîné la résolution. Il en est autrement de la teinture d'iode. Dans tous les cas où on l'a appliquée, on a constaté une notable amélioration et même y a-t-il des guérisons rapides à mettre à son actif. Si l'on veut se donner la peine de dépouiller les observations publiées, on se convaincra que l'action de ce médicament est très réelle, et bien supérieure à celle des vésicatoires. La comparaison est d'autant plus facile à faire, que les badigeonnages et la vésication ont été les moyens thérapeutiques préférés des chirurgiens. Dans l'observation suivante, qui a été communiquée à M. Blum, par Th. Bénard, médecin de l'hôpital de la Roche-Guyon, la guérison fut obtenue au bout de six mois (1).

Obs. II. *Doigt à ressort du pouce droit. Traitement par les bains aromatiques et la teinture d'iode. Guérison.* — Guinier (Justine), 44 ans, couturière, demeurant à Gasny (Eure), n'a jamais eu de diathèse, ni aucune maladie antérieure. Deux ans avant l'apparition de l'affection, elle ressentait dans tout l'avant-bras de l'engourdissement et des fourmillements. Le doigt à ressort débuta subitement vers le milieu de juin 1882, au moment où la malade tenait, dans la main droite, un morceau de savon tellement gros, qu'il la forçait à écarter fortement le pouce. En même temps eut lieu une flexion subite du doigt, qui dut être redressé avec la main gauche. Ce redressement produisit un craquement assez fort pour être entendu à distance. Revenu à l'extension, le pouce devint tellement roide, qu'il garda cette attitude sans pouvoir être fléchi de nouveau. La malade ne consulta que 14 jours après l'accident. En attendant, elle éprouvait, de temps en temps, une forte douleur dans l'articulation metacarpo-phalangienne, qui l'obligeait à suspendre son travail.

Au moment de l'examen, on constate les phénomènes classiques du ressort, avec cette particularité que l'arrêt du mouvement a lieu lorsque la flexion atteint l'angle droit, et que la détente ne se produit jamais sous l'influence de la volonté, mais toujours par le contact d'un autre corps ; c'est-à-dire que pour fermer le poing, la malade est obligée d'appuyer le pouce contre une table ou un autre objet résistant, ou de le ployer directement avec la main gauche. Le travail est pénible au commencement, parce qu'il s'accompagne d'une sorte d'insensibilité du doigt, laquelle disparaît par la continuation de l'exercice, environ une heure après.

Le traitement a été commencé le 17 juin. Il consiste en bains aromatiques chauds, d'une demi-heure, répétés deux fois par jour, et en applications journalières de teinture d'iode.

Les symptômes s'amendèrent peu à peu, et la maladie fut complètement guérie au bout de six mois. La guérison s'est parfaitement maintenue, et un an après, il n'existait aucun trouble moteur du pouce. Il restait cependant un peu d'insensibilité de la peau.

L'électricité est, sans contredit, le meilleur des traitements. A Berger revient l'honneur de l'avoir appliquée pour la première fois. Parmi les cinq malades qu'il a ainsi traités, on ne compte qu'un insuccès. Dans le second cas une amélioration très grande a été obtenue ; les trois autres malades ont été complètement guéris. En étudiant ces trois dernières observations, nous voyons que dans un cas, on avait employé pendant longtemps l'iode et les bains sans produire aucune modification, et que l'emploi du courant galvanique amena la guérison au bout de six semaines. Dans les deux autres cas, Berger appliqua le traitement électrique d'emblée. Chez l'un, il obtint la guérison au bout de 20 séances, chez l'autre, après 14.

Quant aux doigts à ressort de cause traumatique, Desmarest conseille de faire exécuter au doigt affecté des mouvements méthodiques, pour combattre les effets de la rétraction cicatricielle.

(1) Que M. Blum nous permette à ce propos de lui exprimer toute notre gratitude pour son précieux encouragement et ses bienveillantes communications.

© BIU Santé

En résumé, l'immobilisation, les badigeonnages de teinture d'iode et l'électricité sont les meilleures ressources que nous possédions pour favoriser la résolution de la nodosité.

Il est des cas, néanmoins, qui sont rebelles à tout traitement. Il en est ainsi, chez une malade que nous soignons en ce moment. Le ressant a déjà une durée de 14 mois, et malgré les différents moyens thérapeutiques employés par d'autres médecins et par nous-même, on n'a pu obtenir qu'une légère diminution du volume de la nodosité. Les troubles fonctionnels n'ont subi aucune amélioration. Voici cette observation.

Obs. III. *Doigt à ressort de l'annulaire droit datant de 14 mois. État stationnaire.* — A. Demouchy, âgé de 42 ans, matelassière est entrée à l'hôpital de la Charité, au mois de juin 1883, pour y faire soigner un doigt à ressort. Après avoir suivi plusieurs traitements, et n'ayant obtenu aucune amélioration, elle quitte l'hôpital et reprend ses occupations. Nous la voyons au commencement du mois d'août ; c'est une femme de tempérament lymphatique et un peu anémique. Malgré cela, elle n'a jamais été malade. Elle ne présente aucune manifestation rhumatismale ou arthritique. Ses ancêtres en auraient, aussi, été indemnes.

Son travail nécessite l'emploi constant de ses mains, mais n'entraîne aucune fatigue. Elle ne se sert d'aucun outil spécial. Depuis 15 mois, elle a commencé à éprouver, sans aucune cause appréciable, un peu de douleur pendant les mouvements de l'annulaire droit, et une certaine roideur, assez prononcée le matin, qui disparaissent avec l'exercice de la journée. Ces symptômes étaient trop peu accusés pour que la malade s'en préoccupât. Il y a 8 mois, les choses étaient dans le même état, et de plus, les phénomènes du ressort commencèrent à se produire. A cette époque, on lui conseille l'emploi de médicaments appropriés. La teinture d'iode, en particulier fut appliquée journellement pendant 40 jours.

Nous constatons l'état suivant : l'attitude adoptée par la malade est la demi-flexion, qu'elle garde surtout pendant la nuit. Si elle essaye d'étendre l'annulaire, le mouvement s'arrête lorsque le doigt est arrivé à peu près à l'angle droit. Un nouvel effort achève l'extension, en produisant un ressaut brusque et subit. La flexion se fait normalement, sans arrêt et sans difficulté.

En explorant le creux de la main, on trouve, à deux centimètres au dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne, un épaississement un peu allongé, situé manifestement sur le fléchisseur, de la grosseur d'une lentille et accompagnant le tendon dans tous ses mouvements. Au moment du ressaut qui se produit pendant l'extension, la nodosité s'accroche d'une manière très sensible au rebord fibreux, et l'on peut se rendre compte de la manière dont l'obstacle est franchi. Par une pression un peu énergique, on arrête le mouvement de la nodosité, et la flexion devient impossible. En même temps, se manifestent des douleurs dans les avants-bras, et plus particulièrement sur les fléchisseurs. Par ce mécanisme, on supprime complètement le ressaut. Le ressaut disparaît de même, lorsque l'on fait craquer l'articulation metacarpo-phalangienne au moyen d'une flexion forcée, mais tandis que, dans le cas précédent, il revient quand on cesse la compression, dans ce dernier, il ne se reproduit plus pendant les mouvements spontanés. Pour le faire reparaître, il faut presser sur la nodosité. Le ressort accompagne tous les mouvements actifs et les mouvements passifs. La nodosité est un peu douloureuse au toucher. La fatigue produit de la douleur.

17 *août*. Nous immobilisons la main et nous faisons des badigeonnages de teinture d'iode.

31 *octobre*. Aucune amélioration. Nous appliquons l'électricité, en suivant les préceptes de Berger. Au commencement, 3 séances par semaine, que nous rapprochons peu à peu, jusqu'à arriver à son emploi journalier. Pendant ce traitement, nous avons remarqué que chaque séance entraîne une grande fatigue, et que le ressort devient plus prononcé. Au bout de quelques jours, le ressaut n'avait lieu que par moments, mais cette amélioration n'était que passagère.

A la fin de février 1884, l'état des mouvements est absolument le même qu'au début. Nous n'avons pu obtenir qu'une diminution du volume de la nodosité, diminution légère, mais incontestable.

On est tout naturellement porté à se demander si dans les cas pareils on ne pourrait tourner la difficulté, en s'adressant non plus à la nodosité, mais à l'obstacle qui entrave les mouvements. Notta raconte que Nélaton avait proposé à un de ses malades de pratiquer un débridement au niveau de la nodosité. Cette opération ne fut pas acceptée. Plus récemment, Vogt et Felicki ont conseillé de pratiquer une incision longitudinale sous la pluie de Lister, et d'extirper la nodosité.

Nous estimons que l'intervention est rationnelle, et que son indication est formelle. Nous partageons complètement l'opinion de Blum, qui proposa l'opération sans pouvoir la faire accepter, à la malade de notre observation III.

Il est inutile de dire que cette pratique doit être réservée aux cas où les moyens non sanglants ont échoué, il faut attendre que le malade la demande sans qu'on doive la lui imposer. — La question du danger est à peine à considérer. Quant à la manœuvre, nous croyons qu'il serait préférable d'inciser au niveau de la nodosité, d'introduire un petit ténotome à plat, et de débrider la gaine fibreuse.

CLINIQUE MÉDICALE

Phlegmon de la cuisse droite chez une femme au neuvième mois de la grossesse. — Fièvre de suppuration. — Herpès labial. — Albuminurie. — Avortement. — Péritonite terminale. — Autopsie. — Micrococci et chaînettes dans l'urine, le pus et les faussses membranes de la péritonite, dans les reins, le foie, etc.

Observation recueillie par M. CHANTEMESSE. — Examen histologique par M. CORNIL.

La nommée E..., Marie, âgée de 35 ans, blanchisseuse, est entrée le 20 mars 1884, salle Grisolle, lit n° 42 (service de M. Cornil).

Cette femme, de constitution assez vigoureuse, n'aurait jamais été malade. Mariée, elle a eu trois enfants. Elle a travaillé beaucoup pendant toute sa grossesse. Le lundi 16 mars, elle est prise, sans cause connue, de malaise, de maux de reins et de frissons. Le 17, elle va à la consultation de Bicêtre ; elle ne paraissait avoir qu'un embarras gastrique. Le 18, une rougeur intense apparaît sur la partie moyenne de la face interne de la cuisse ; en même temps ou peu après, il survint une éruption de vésicules sur la face, au niveau des lèvres supérieure et inférieure.

Le 20 mars, elle vient à pied à l'hôpital de la Pitié. Elle était alors dans le neuvième mois de sa grossesse et, depuis la veille, elle ne sentait plus remuer.

20 *mars* soir. Fièvre assez vive, soif, inappétence, douleurs de la tête et des reins. Pas de toux ; la malade se plaint seulement d'un point de côté qu'elle ressent à la base inférieure du thorax depuis plusieurs mois. A l'auscultation, on ne découvre rien ni aux poumons, ni au cœur. Sur la surface muqueuse et cutanée des lèvres, il existe une abondante éruption de vésicules d'herpès, confluentes en certains points, disséminées en d'autres. Le nombre de ces vésicules peut être évalué à cinquante. Leur siège est limité aux lèvres ; on n'en trouve pas sur le reste de la face ou dans la gorge.

Au milieu de la face interne de la cuisse droite, il existe une plaque indurée ayant environ 4 cent. carrés, très légèrement saillante, d'un rouge foncé, à surface tomenteuse

© BIU Santé

et chagrinée. Elle apparaît formée par la confluence extrême d'une multitude de vésicules à peine développées. Quelques-unes contiennent du liquide citrin, d'autres paraissent remplies d'un liquide plus foncé, presque noir, de telle sorte qu'il existe au centre de la plaque trois points noirâtres sous-jacents à l'épithélium. Cette apparence particulière donne à la plaque une ressemblance grossière avec la pustule maligne. Autour de la plaque et dans un périmètre ayant à peu près 10 cent. de rayon, le tissu cellulaire sous-cutané est gonflé, rouge et empâté. C'est avec peine que le doigt le déprime pour y marquer son empreinte. La cuisse est à ce niveau beaucoup plus grosse que du côté opposé. L'urine contient une légère quantité d'albumine. Le dépôt urinaire, examiné peu de temps après l'émission de l'urine, contient des cylindres et des microbes en chaînettes libres ou adhérents à la surface des cylindres hyalins.

21 *mars*. Même état. Mauvaise nuit. L'empâtement profond de la cuisse est encore plus développé. Le soir, on trouve des micrococci et des chaînettes dans le liquide des vésicules de la cuisse.

22 *mars*. La rougeur et l'œdème ont notablement diminué autour de la plaque. Quant à la plaque, elle est toujours indurée et conserve à peu près les mêmes caractères. Deux ou trois vésicules se sont vidées et l'épithélium s'est affaissé sous forme d'un petit lambeau grisâtre. L'état général reste toujours mauvais, la langue blanche; cependant, la malade mange un peu et se lève pour faire son lit elle-même. Le soir, la fièvre est plus forte, 39°,5. La surveillante nous dit que la malade a perdu une assez grande quantité de liquide ressemblant au liquide amniotique.

23 *mars*. Mauvaise nuit. Les vésicules d'herpès de la face sont desséchées et recouvertes d'une croûte noire. La plaque de la cuisse droite ne s'est pas modifiée; elle est toujours entourée d'un œdème de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané voisin. Toutefois, cet œdème est moins dur et se laisse déprimer par le doigt. A midi, grand frisson avec claquement de dents. Ce frisson dure environ une heure et s'accompagne de céphalalgie vive. — A quatre heures du soir, la malade est pâle, très abattue; elle accuse des douleurs dans les reins et dans le ventre. L'utérus se contracte à intervalles assez rapprochés. En aucun point de la région abdominale, on n'entend les battements du cœur d'un fœtus.

24 *mars*. Ce matin, l'état général est très mauvais: la langue sèche, le pouls petit et très précipité. La face est pâle, les yeux paraissent enfoncés. Les mains et le visage commencent à se refroidir; la température centrale est au contraire élevée. La voie est cassée. A dix heures, *accouchement* d'un premier fœtus, âgé de 8 mois environ, dont la mort paraît remonter à deux ou trois jours. A trois heures, accouchement d'un second enfant mort. Aussitôt après la délivrance, le ventre se ballone, les vomissements bilieux et verdâtres surviennent incessamment. Rejet de toutes les boissons, anxiété, dispnée vive, pouls très rapide, T. 40°. Avec tous ces phénomènes graves, l'intelligence reste intacte. La quantité d'albumine a augmenté dans l'urine. La plaque de la cuisse droite conserve à peu près les mêmes caractères; elle est toutefois plus noire par places et résiste moins sous le doigt. Autour de cette plaque, sur la face antérieure interne, sur le genou et sur la face interne de la cuisse gauche on voit de grandes plaques irrégulières d'érythème à bords irréguliers, inégaux, mais sans aucune trace d'élevure. Cet érythème a une coloration rouge vif et s'efface presque complètement à la pression. — Lait glacé, potion de Rivière, Todd, etc.

25 *mars*. Adynamie, dyspnée vive, sans lésion pulmonaire reconnaissable à l'auscultation. Refroidissement de la face et des membres. A la place de l'éruption érythémateuse de la cuisse, on voit des plaques violacées, ecchymotiques, qui rappellent tout à fait les hémorrhagies sous-cutanées de certaines maladies infectieuses. L'urine prise avec la sonde et examinée une heure après, contient un fort nuage d'albumine. On y trouve aussi des cylindres hyalins qui paraissent tapissés d'une grande quantité de microbes arrondis. — *Mort* à neuf heures du matin.

En résumé, une femme de 35 ans, dans le neuvième mois de sa grossesse, est atteinte de malaise, de frisson et d'un phlegmon de la cuisse le 16 mars; la fièvre augmente le 20 mars, et il se manifeste une éruption d'herpès à la lèvre supérieure et inférieure. L'urine contient une quantité notable d'albumine, des cylindres hyalins et des microbes en chaînettes. Les grands frissons, la fièvre continuent. Le liquide des vésicules développées sur la plaque phlegmoneuse et le liquide du phlegmon renferment une grande quantité de micrococci, de diplococci et de chaînettes. Le 24, la malade accouche successivement de deux jumeaux morts-nés, dont la mort paraît remonter à plusieurs jours. Elle est prise de vomissements, de refroidissement, de douleurs abdominales et elle meurt le 25 mars au matin, dans l'adynamie.

Autopsie faite 24 heures la mort. — La *cuisse droite* est le siège, à sa face interne, d'un *phlegmon* profond du tissu cellulaire sous-cutané, entouré d'un œdème étendu de telle sorte que la peau de toute la région interne de la cuisse est indurée. La surface de section de la peau à ce niveau donne du pus épais au raclage. Au-dessus et au-dessous de ce point infiltré, on observe de l'œdème, non seulement du tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi du tissu cellulaire sous-aponévrotique. Les vaisseaux de la région et du voisinage ne présentent aucune coagulation dans leur intérieur. On observe seulement une certaine rigidité de leurs parois, due à l'infiltration œdémateuse de leur tunique adventice. — Il existe dans l'aine des ganglions volumineux, mais sans suppuration manifeste.

Les *poumons* sont normaux. Toutefois, à droite, à la base du lobe moyen, on remarque de l'emphysème et de petits nodules durs, formés par une coque fibreuse et contenant dans leur intérieur une substance calcifiée et crayeuse. — La *plèvre* ne contenait pas de liquide. — Le sérosité péricardique est un peu louche. — *Cœur*. Les valvules cardiaques sont normales. Le cœur est peut-être un peu plus gros qu'à l'état normal, mais il ne paraît pas sensiblement hypertrophié. — La musculature du cœur est rouge et dure.

Le *péritoine* est rempli d'une sérosité louche, puriforme, et de fausses membranes fibrineuses récentes. — L'*estomac* est très dilaté. Il s'est écoulé d'ailleurs beaucoup de liquide par la bouche. — *Intestin*. Il est très distendu par des gaz. Les anses intestinales sont réunies par des fausses membranes fibrineuses récentes et faciles à rompre.

L'*utérus* est de la grosseur d'une tête d'enfant. Les annexes sont en partie adhérentes à l'utérus; les ligaments larges sont œdématiés et couverts de fausses membranes fibrineuses récentes. — L'*ovaire* présente un œdème de son tissu, et, dans les corps jaunes, on trouve un liquide séreux et jaunâtre. La surface de l'utérus est tapissée par des fausses membranes fibrineuses. Sa surface interne contient du sang et des caillots.

Le *foie* est assez gros. Il est lisse à sa surface; sa couleur est uniformément gris-rosée et donne, par cet aspect, l'idée d'une dégénérescence graisseuse. — La *rate* est grosse et diffluente, de couleur rose. — Les *reins* sont pâles. Leur capsule s'enlève difficilement. La surface des reins est irrégulière: elle présente des parties lisses et d'autres granuleuses. — Le rein droit est plus petit que le rein gauche. A gauche, on observe à la surface du rein des points déprimés qui paraissent se rattacher à des infarctus anciens. — La substance corticale est gris pâle, tandis que la substance tubuleuse est rouge. Le *bassinet* du rein gauche est dilaté. — Pas d'abcès du foie ni du rein.

Examen microscopique. — Le *pus* recueilli pendant la vie, à la première ponction qui a été faite dans le tissu du derme, a été étalé de suite et desséché sur des lamelles, puis coloré au violet de méthyl B, placé dans la solution d'iodure de potassium iodé, coloré à l'éosine, puis décoloré à l'alcool absolu et à l'essence de girofle. Les préparations montées dans le baume ont montré des chaînettes de micrococci assez volumineuses, mesurant de 0 μ, 5 à 0 μ, 6 de diamètre, sinueuses, repliées sur elles-mêmes, pelotonnées, soit libres, soit adhérentes au protoplasma des globules de pus.

© BIU Santé

Ces chaînettes étaient en très grande quantité. Indépendamment des chaînettes, il y avait de plus petits microbes, isolés ou associés deux par deux, soit dans le liquide, soit dans les cellules de pus.

On a en même temps recueilli dans un tube effilé et stérilisé une gouttelette de pus qui a été cultivée sur de la gélatine peptone. Le lendemain, la gélatine liquéfiée et troublée à sa surface, contenait une quantité considérable de chaînettes formées de microbes ronds volumineux, tous égaux les uns aux autres, mesurant de 0 μ, 5 à 0 μ, 6. Une goutte de ce liquide de culture, injectée sous la peau d'un cobaye, a donné lieu à un petit phlegmon sans réaction fébrile, qui a guéri spontanément.

Un morceau de la *peau* atteinte de phlegmon a été durci dans l'alcool et examiné sur des coupes. Les papilles sont très volumineuses et œdématiées ; le revêtement épidermique est mince. Dans les papilles, les fibrilles de tissu conjonctif sont dissociées et séparées par du liquide dans lequel on voit un très petit nombre de cellules migratrices. On y trouve un certain nombre de diplococci ou de chaînettes constituées par des spores volumineuses. Ces mêmes micro-organismes se rencontrent çà et là dans les couches épidermiques, surtout dans le corps muqueux de Malpighi, entre les cellules pavimenteuses.

Plus profondément, il existe des collections purulentes



Fig. 28. — Cellules du pus contenu dans le péritoine contenant des chaînettes de micrococo dans leur protoplasma. — Grossissement de 1200 diamètres environ, obj. 12 à immersion homogène de Nerick.

dans le tissu cellulo-adipeux, avec des cellules de pus et des microbes en chaînettes en quantité considérable ; d'autres lobules adipeux ont conservé encore leur apparence et montrent des microbes soit dans les vaisseaux, soit au pourtour des vésicules adipeuses ; en un mot, on y trouve tous les caractères histologiques du phlegmon.

Les *fausses membranes* de la péritonite ont été examinées sur des coupes après durcissement dans l'alcool, et après la coloration obtenue comme pour les lamelles. Les préparations ainsi colorées, montées dans le baume, présentent les faisceaux et fibrilles de fibrine colorés en rouge ainsi que les globules de pus extrêmement nombreux et pressés qui se trouvent partout à la surface des fibres et entre elles. A la surface des fibrilles et des globules de pus et entre ces éléments, on voit une quantité colossale de chaînettes de microbes ronds volumineux et de diplococci ou micrococci également volumineux, de 0 μ 2, 4 à 0 μ 6. Tous les micro-organismes sont colorés en violet intense. Dans les diverses opérations de coloration et de montage des pièces, les coupes se sont plus ou moins dissociées et les globules du pus sont devenus libres. Au moindre mouvement qu'on imprime à la lamelle de verre couvre-objet, ces globules se déplacent, s'isolent ou se réunissent. Quelques-uns des micro-organismes placés à leur surface s'en détachent, mais la plupart des chaînettes et des micrococci restent adhérents aux globules de pus, de telle sorte qu'on peut dire que les micro-organismes siègent en partie dans le protoplasma ou lui sont intimement accolés. Presque tous les globules de pus possèdent ainsi plusieurs chaînettes composées de 4 à 10 ou 20 spores. Les chaînettes sont sinueuses ou coudées d'une façon irrégulière ou pelotonnées sur elles-mêmes (*fig.* 28).

Ligament large. Nous avons examiné à l'aide du même procédé de coloration, des coupes comprenant l'épaisseur et la surface d'un fragment du ligament large œdématié. Les fibres du tissu conjonctif sont écartées les unes des autres par du liquide contenant des globules de pus ou cellules migratrices, et quelques micro-organismes libres ou situé dans les cellules. Les cellules fixes sont tuméfiées. A la surface du ligament large, on trouve des fausses membranes présentant les lésions que nous venons d'exposer.

Les coupes du *rein* ont montré d'abord tous les caractères de la néphrite diffuse aiguë : tuméfaction des cellules des tubes contournés, exsudat réticulé ou boules dans leur lumière, cylindres hyalins dans les tubes droits, etc. Sur les coupes, doublement colorées par le violet et l'éosine, on trouvait quelques diplococci ou des chaînettes en petit nombre, disséminés, soit dans la lumière des tubes, accolés au bord libre des cellules, soit entre les cellules épithéliales ou en dehors des tubes dans le tissu conjonctif. Il y en avait aussi quelques uns situés dans les capillaires, mais sans qu'ils fussent disposés là en amas, et sans qu'il y eut en aucun point de nos préparations examinées d'oblitération vasculaire ni d'abcès miliaires du rein.

Les coupes du foie nous ont présenté des lésions analogues, des micrococci ou des diplococci disséminés, ou quelques petites chaînettes entre les cellules hépatiques, ou dans les vaisseaux capillaires, sans qu'il y eut d'accumulation de ces micro-organismes, ni de thrombus vasculaire, ni d'abcès miliaire.

D'après cet examen histologique, on peut dire que le sang charriait beaucoup de micro-organismes ayant envahi toute l'économie et déterminé une péritonite généralisée après avoir pris leur point de départ dans un phlegmon de la peau de la cuisse.

Le procédé de coloration que nous avons employé (procédé de Gram, voir séance du 4 avril 1884) permet de reconnaître très facilement sur les coupes, les micro-organismes lorsqu'ils sont disséminés et en très petit nombre en raison de leur couleur violette qui tranche sur le fond rouge des tissus.

Ces microbes ressemblent exactement aux chaînettes que nous avons vues dans le phlegmon et dans le pus de la pleurésie purulente (séance du 4 avril) et aussi à ceux que M. Doléris a figurés dans son excellente thèse sur la fièvre puerpérale.

Cependant, d'après les symptômes cliniques, et d'après les examens qui ont été faits du liquide des vésicules d'herpès et du liquide du phlegmon cutané, on peut dire que le point de départ de la fièvre infectieuse et de la péritonite terminale a été le phlegmon cutané et non la plaie utérine résultant de l'accouchement.

Il s'agit ici d'une péritonite puerpérale causée par un phlegmon cutané et non par l'accouchement.

Il est probable que chez cette femme qui a continué à travailler de son métier de blanchisseuse jusqu'au dernier moment, le phlegmon a été dû à la fatigue et au surmenage : le phlegmon lui-même a été le lieu de culture des micro-organismes qui se sont ensuite généralisés au moment où est survenue la fièvre d'infection. L'état puerpéral, l'accouchement, la dépression des forces qui en résultaient ont à leur tour aggravé la maladie et sont entrés pour leur part dans la terminaison si rapidement funeste.

En résumé, une inflammation banale a été la cause d'une fièvre puerpérale, car l'avortement et la péritonite ne sont survenus que sept jours après le début d'un phlegmon et de la fièvre causée par lui (1).

(1) Communication faite à la *Société anatomique*.

Avis.

La Préfecture de police a fait construire des voitures spéciales destinées au transport, dans les hôpitaux, des malades atteints d'affections contagieuses ou épidémiques : variole, scarlatine, rougeole, diphtérie, etc. Ces voitures sont mises gratuitement à la disposition du public. Le service commence à 8 heures du matin et finit à 6 heures du soir.

Pour obtenir l'envoi à domicile d'une des voitures spéciales, il suffit d'en faire la demande, soit au Commissaire de police du quartier, soit au Poste central de police de l'arrondissement, en remettant un certificat médical constatant la nature de la maladie, et en indiquant le nom et la demeure du malade à transporter.

Sur un ordre transmis par le télégraphe, la voiture part immédiatement. Un parent ou un ami peut accompagner le malade jusqu'à l'hôpital. Après chaque transport, la voiture est désinfectée avec le plus grand soin.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la rage dans le département de la Seine (1881-1883) (1).

Le Conseil d'hygiène ayant décidé qu'un rapport général lui serait présenté sur les cas de rage humaine qui se sont produits pendant ces trois dernières années, M. Dujardin-Beaumetz a été chargé de ce rapport.

38 cas ont été signalés, 4 doivent être éliminés comme étant des erreurs de diagnostic. Sur les 34 cas on en compte 21 en 1881, 9 en 1882 et 4 en 1883.

Inoculation de la rage. Dans l'immense majorité des cas les morsures ont été faites par des chiens, et trois fois seulement par des chats. La plupart du temps les morsures portaient sur des parties découvertes, mains et visage surtout; deux fois seulement elles avaient été faites à travers les vêtements, mais ceux-ci avaient été déchirés par l'animal furieux. 14 fois la morsure a été légère et 4 fois seulement profonde. On voit donc que la profondeur de la morsure importe peu; d'ailleurs, dans certains cas, le simple contact de la langue du chien léchant son maitre a suffi pour inoculer la rage. 16 fois la rage du chien a été confirmée par un vétérinaire; 18 fois les chiens ont disparu après avoir mordu. Fait important à signaler, aucune des personnes mordues n'avait pris les précautions recommandées par l'instruction publiée par le Conseil d'hygiène en 1881; c'est-à-dire lavage à grande eau, puis cautérisation profonde au fer rouge de la plaie, le tout fait le plus vite possible après la morsure, les autres procédés étant illusoires. Deux fois seulement la cautérisation avait été faite mais très tardivement.

Période d'incubation. La durée de la période d'incubation a varié de 30 jours à 2 ans et 95 jours; si l'on met de côté ce dernier cas ainsi qu'un autre de 18 mois, cas fort sujets à caution, on trouve comme maximum 141 et 108 jours. Mais c'est 2 mois après la morsure que se sont montrés, dans près de la moitié des cas, les premiers symptômes de la rage. — Le relevé des périodes d'incubation groupées d'après les points où les morsures ont eu lieu, montre qu'il n'y a aucune relation entre la durée de cette période et le point de la peau qui a été mordu; aucun rapport également entre la durée de l'incubation et l'âge du sujet, pas plus qu'il n'y a de corrélation entre la période d'incubation et le point où se fait l'inoculation, lorsqu'on fait même entrer en ligne de compte la taille des sujets. Ce sont là deux ordres de faits contraires à la théorie de M. Duboué (propagation par l'intermédiaire du système nerveux).

Début des accidents rabiques. Rien de spécial à signaler sur ce point; l'insomnie, l'excitation nerveuse, la dyspnée et la difficulté de la déglutition, et chez les enfants une dyspnée ou une anxiété précordiale extrêmes ont été, en général, signalés; parfois aussi des douleurs le long du trajet des nerfs se rendant au point mordu. Enfin, on a indiqué deux symptômes rares, douleurs articulaires et satyriasis. Quant aux symptômes de la rage confirmée ils ont été toujours les mêmes tels qu'on les trouve décrits dans tous les traités de pathologie : agitation et anxiété extrêmes; dyspnée, sensation d'angoisse et de strangulation, spasme pharyngien, hyperesthésie sensitive et sensorielle exagérant tous ces symptômes, sputations incessantes, sueurs, élévation de la température, etc. Le diagnostic est donc facile à la période d'état; à peine pourrait-on hésiter quelque temps en présence d'un cas de délirium trémens à forme hydrophobique tel que Denis-Dumont (de Caen), en a décrit un cas bien curieux. La *durée* des symptômes a été de 20 heures à 6 jours au plus; en général, la mort est survenue subitement. Quant au *traitement*, on le sait, il est toujours absolument impuissant. Parmi les substances nouvelles essayées récemment, le rapporteur indique la *pilocarpine*, la *valdivine*, principe extrait de la noix de *cedron* (Colombie) et qui semble faire disparaître les accès convulsifs sans pouvoir empêcher la mort. Le *hoang-nan* — fort renommé en Chine et qui n'a donné aucun résultat, — le *xanthium spinosum*, enfin l'*ail* qui ne semblent pas non plus avoir d'action. Le traitement préventif ne signifie rien naturellement, puisque les expériences sur les animaux montrent que sur 100 chiens mordus un tiers ou un quart seulement succombent à la rage.

Les *recherches expérimentales* n'ont pris un certain intérêt qu'à partir de 1880, époque où Galtier montra quelle était la symptomatologie de la rage chez le lapin. En 1881, Maurice Raynaud et Lannelongue, inoculant de la salive d'un enfant mort de la rage, obtinrent sur le lapin une maladie que M. Pasteur reconnut comme étant due à un microbe particulier, en huit de chiffre, qu'il étudia avec soin et qu'il retrouva dans plusieurs cas divers. Le 30 mai 1881, enfin, M. Pasteur avec sesé lèves, MM. Chamberlan, Roux et Thuillier communiquaient à l'Académie des sciences un procédé infaillible pour produire la rage après un temps très court, et qui consistait à placer à la surface du cerveau des animaux en expérience, au moyen d'une couronne de trépan, des fragments du bulbe ou du cerveau d'animaux ayant succombé à la rage. Les recherches ultérieures de M. Pasteur et de ses collaborateurs ont montré que tout le système nerveux cérébro-spinal et surtout le bulbe sont virulents, que jamais, par exemple, l'inoculation intra-arachnoïdienne du bulbe d'un animal enragé n'a manqué de donner la rage. La salive et toutes les glandes salivaires sont aussi des agents de virulence mais bien moins sûrs que le bulbe; ainsi les injections intra-veineuses de salive rabique peuvent ne pas donner la rage, tandis que des fragments de bulbe d'animaux ayant succombé à la rage, injectés dans le sang, déterminent toujours la rage. Quant au sang rabique, il est absolument impuissant à communiquer la rage.

Bien que tous ces faits ne permettent pas de nier que la rage ne soit une maladie microbienne, ce microbe n'a pas encore pu être isolé, on ne trouve dans le tissu nerveux que des éléments extrêmement petits, difficiles à voir et qu'il est impossible de cultiver.

Physiologie pathologique. — Toute la symptomatologie de la rage dépend du point de l'axe cérébro-spinal où ces microbes se développent, en plus ou moins grande quantité; mais dans tous les cas la mort sur-

(1) Rapport sur les cas de rage humaine qui se sont déclarés pendant les années 1881, 1882 et 1883, par Dujardin-Beaumetz.

© BIU Santé

vient par envahissement du bulbe, qui se traduit par une série de symptômes dus aux lésions des divers étages par les micro-organismes.

Mais il est encore bien des points obscurs dans l'histoire de la rage : c'est ainsi que l'on ne peut actuellement comprendre par quel mécanisme se fait l'envahissement de tout l'organisme. Est-ce la voie vasculaire ou lymphatique ou bien nerveuse que suit l'élément infectieux pour gagner les centres nerveux et les glandes salivaires? tout cela est encore absolument ignoré, mais sera très vraisemblablement élucidé d'ici peu par les nouvelles recherches de M. Pasteur.

Indications thérapeutiques. — L'existence constante de l'élément infectieux dans le système nerveux cérébro-spinal montre que c'est sur ce point que doivent agir les agents thérapeutiques, mais si l'on sait que certaines substances telles que l'éther, le chloroforme et l'alcool peuvent se trouver en nature dans le tissu nerveux, que la strychnine et le curare paraissent agir en impressionnant certaines portions de l'axe cérébro-spinal, malheureusement nous ne connaissons pas l'influence de pareilles substances sur le virus rabique, il est donc impossible de faire aujourd'hui une thérapeutique pathogénique valable.

D'ailleurs, les agents antiseptiques agissant en même temps sur les cellules de l'organisme, et les éléments nerveux étant particulièrement délicats, on comprend quelle est encore de ce chef la complexité du problème à élucider. Mais il est une autre manière d'aborder cette question de la cure de la rage humaine, c'est de faire la prophylaxie de la rage canine. C'est ainsi que quelques chiens inoculés chez M. Pasteur se sont montrés réfractaires à toutes les inoculations de rage tentées de bien des façons diverses; cette immunité de cause encore inconnue pourra vraisemblablement, lorsque son mécanisme sera élucidé, être créée chez tous les chiens.

Déjà, par la méthode générale du passage du microbe dans l'organisme d'une série d'animaux d'espèce différente, M. Pasteur a pu atténuer le virus rabique et en faire un vrai vaccin. 23 chiens ont été ainsi rendus réfractaires aux inoculations de rage canine. C'est là une voie qui promet de beaux résultats.

Les mesures de police applicables au chien consistent surtout dans le port forcé de la muselière, pratique absolument illusoire. Inapplicable aussi le procédé proposé par M. Bourrel qui voudrait couper la pointe des canines de tous les chiens. D'ailleurs, les chiens enragés sont le plus souvent des chiens errants, c'est donc surtout aux chiens errants que l'on doit appliquer avec la plus grande sévérité les ordonnances de police; une preuve frappante en est fournie par ce qui s'est passé en 1878. A Paris, il y a eu, durant l'année 1883, 613 chiens enragés, mais vers le mois d'août on tua en deux mois 4.825 chiens errants, or, en 1879, il n'y eut que 185 cas de rage canine. Enfin, les mesures prophylactiques applicables à l'homme consistent dans les moyens signalés plus haut, ainsi que dans un traitement moral, basé d'ailleurs sur ce fait que toute personne mordue est bien loin d'être vouée fatalement à la mort.

Tels sont les principaux points traités par M. Dujardin-Beaumetz dans son rapport qui se termine par des tableaux donnant le résumé des 38 cas signalés.

L. CAPITAN.

Enfants assistés : Ouverture du cours de M. Blachez.

M. BLACHEZ a commencé hier, jeudi, ses conférences à l'hospice des Enfants-Assistés. Dans cette première leçon le professeur a fait un court historique sur l'assistance des enfants depuis les temps anciens jusqu'à nos jours. Nous avons remarqué avec plaisir qu'il a su rendre hommage « aux efforts énergiques » des législateurs de 1793 dont les décrets pour la protection de l'enfance « s'inspirent, il faut bien le dire, des plus purs sentiments de l'humanité ». M. Blachez est hostile au rétablissement des tours, toutefois les raisons qu'il a invoquées ne sauraient nous convaincre.

Depuis l'époque où nous fréquentions la Clinique et le service de M. le professeur Parrot, de regrettée mémoire, des améliorations assez importantes ont été réalisées à l'hospice des Enfants-Assistés. Nous signalerons entre autres l'établissement d'une nourricerie (1) (allaitement direct par les ânesses) pour les enfants syphilitiques, d'un pavillon d'isolement pour les diphthéritiques. Nous regrettons toutefois que l'Administration ne pousse pas plus activement l'étude d'un autre pavillon d'isolement pour les enfants atteints de rougeole, maladie qui, aux Enfants-Assistés, cause de si grands ravages. Nous regrettons aussi qu'on ne mette pas à l'étude la construction d'une salle d'autopsie avec laboratoire et musée. Nous ne pouvons non plus approuver la suppression (depuis le 1er janvier) de l'admission à l'infirmerie d'enfants malades venant du dehors (2). Cette suppression nous paraît d'autant plus regrettable que nous partageons entièrement l'opinion de M. Parrot qui croyait que la chaire des enfants (3) devait être de préférence installée aux Enfants-Assistés, parce que c'est là, en effet, que se trouve réuni un matériel clinique et par suite scientifique (anatomie pathologique) qui ne se rencontre pas, au même degré, dans un autre hôpital. Le futur praticien a surtout besoin d'apprendre à connaître et à traiter les maladies de la première enfance qui diffèrent beaucoup plus de celles de l'adulte que les maladies de la seconde enfance et de l'adolescence qui, elles, se rapprochent de celles de l'âge adulte, et l'admission d'enfants du dehors en facilitait suffisamment l'étude.

Il nous est difficile de juger dès maintenant sur une seule leçon de ce que sera l'enseignement de M. Blachez, mais nous souhaitons que les élèves n'abandonnent pas un hospice d'où sont sortis plusieurs des meilleurs travaux publiés en France sur les maladies des enfants (Denis (de Commercy) (4), Billard, Parrot, etc.).

(1) Voir *Progrès médical*, 1883, p. 67.

(2) La consultation externe a toutefois été maintenue sur les instances de M. Blachez; celui-ci se propose d'y faire tous les lundis une petite clinique.

(3) On sait que c'est sur la demande expresse de M. Parrot que la chaire avait été transportée aux enfants Assistés.

(4) DENIS. — *Recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés.* — Commercy, 1826. — Ouvrage peu connu des médecins; très apprécié de M. Parrot et à juste titre.

© BIU Santé

Que M. Blachez veuille bien nous permettre toutefois de lui faire remarquer qu'il dépend beaucoup de lui d'y attirer un assez grand nombre d'étudiants et de médecins en consacrant un temps plus long à ses visites. C'est ainsi que M. Parrot venait à l'hôpital vers 9 heures, y restait toujours jusqu'à 11 heures 1/2 et parfois jusqu'à midi 1/2, faisant d'abord sa visite, puis se rendant soit au laboratoire, soit à la salle d'autopsies ; sans être très nombreux, on comptait toujours une vingtaine d'élèves aux visites, et parfois aux leçons cliniques l'amphithéâtre devenait presque insuffisant, surtout le dimanche, pour le nombreux auditoire qui s'y pressait.

— La prochaine conférence sera consacrée à la *rougeole*; le mardi, visite à la nourricerie ; les lundis, mercredis et vendredis consultation externe.

Crémation.

Le *Progrès médical* a maintes fois insisté sur les avantages qu'offrirait, au point de vue de l'hygiène et des finances municipales, la crémation des débris de corps ayant servi aux études anatomiques. Divers journaux de médecine français ou étrangers ont, dans ces derniers temps, entretenu leurs lecteurs de cette proposition et donné des renseignements tout à fait erronés. Le rapport de M. Brouardel, que l'on trouvera plus loin (p. 385), les mettra en mesure de rétablir la vérité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 mai. — PRÉSIDENCE DE M. F. FRANCK.

M. GALIPPE, à propos du procès-verbal de la dernière séance, pense que M. Laborde n'a pas assez insisté sur le mode de production de l'albuminurie consécutivement à l'absorption du chloroforme. Pour lui, elle serait due à une action directe, locale, de cet agent sur le rein et non à une action réflexe bulbaire, comme le pense M. Laborde.

M. LOYD fait part de ses recherches sur l'action physiologique de la *kairine*. Ce médicament, comme on le sait, a été étudié pour la première fois en Allemagne, puis en France par MM. Hallopeau et Girard, et pourrait être employé comme un agent antithermique. M. Loyd l'a surtout étudié au point de vue de son action sur le sang, et a constaté qu'il déterminait un abaissement dans la quantité des gaz du sang. C'est ainsi que sur un chien qui, avant l'expérience, présente, pour 51 cent. cubes de gaz (ainsi décomposés : 36 co^2 ; 14 ox. ; 1,5 Az), on trouvera, après l'injection de 1 gr. 5 de kairine, cette quantité réduite à 27 c. c. (ainsi décomposés : 21,9 co^2 ; 3,6 ox. ; 1,5 Az). C'est donc surtout sur l'acide carbonique et l'oxygène que porte la diminution. Sur les chevaux, les expériences donnent les mêmes résultats. Sur un de ces animaux, l'oxygène est tombé de 7,8 à 3,6. L'analyse au spectroscope démontre l'atténuation des bandes de l'oxyhémoglobine et leur disparition, sous l'influence de la kairine.

Ces expériences expliquent les accidents qui surviennent à la suite de l'emploi de cet agent, tels que la cyanose, la diminution de la respiration et de la circulation, la perte de la sensibilité, etc. Il y aurait donc contre-indication à donner la kairine dans la fièvre intermittente, la fièvre typhoïde, ou on doit avant tout régénérer les globules au lieu de les détruire.

M. QUINQUAUD, qui a fait également des expériences sur la kairine, dit qu'à doses faibles le pouvoir absorbant du sang reste le même ; à doses fortes, il diminue. Il a toutours constaté une bande d'absorption très nette que M. Loyd n'a pas bien décrite, mais que, en rétrécissant au minimum la fente du spectroscope et en variant par tâtonnement les différentes dilutions, on arrive toujours à trouver.

M. GALIPPE fait une communication sur la carie dentaire. Pour la plupart des auteurs, elle serait due à une action chimique ; pour les Allemands, il faudrait invoquer une théorie parasitaire. Or, pour M. Galippe, on s'est beaucoup trop occupé, jusqu'à présent, dans cette question, des causes elles-mêmes, et on a trop négligé le terrain sur lequel évolue la carie, c'est-à-dire la dent. Si la carie, en effet, était due à une cause purement locale, on ne trouverait pas cette sorte de sélection qu'elle affectionne pour certaines dents en particulier, ou dans certains états (grossesse, allaitement, etc.).

C'est pourquoi l'auteur a cherché à bien déterminer quelles sont les conditions physiques et chimiques de la dent qui, seules, peuvent donner la solution de cette question ; en établissant, pour ainsi dire, le coefficient de résistance de chaque dent. C'est ainsi que plus une dent est dense, plus il y a de matières organiques. Or, la densité est plus considérable chez l'adulte que chez l'enfant, chez l'homme que chez la femme. Les dents de lait sont moins denses que les dents permanentes. La densité est moins grande dans les dents à texture peu serrée.

Les dents du côté droit sont plus denses que celles du côté gauche, ce qui corrobore l'opinion de MM. Milne-Edwards et Lucas qui ont démontré, d'une façon générale, que les os sont plus denses à droite qu'à gauche. Il en est de même des couronnes. Dans une prochaine communication, M. Galippe étudiera les conditions chimiques de la dent d'où il résulte, on peut le dire d'avance, que la carie est plus fréquente à droite qu'à gauche.

M. JUDÉ lit une note sur l'action du *curare*. Pour lui, cet agent localiserait son action, non pas sur les plaques terminales, mais sur les centres nerveux eux-mêmes au niveau des grosses cellules motrices.

M. DASTRE répond à M. Judé que, s'il est aujourd'hui quelque chose de démontré depuis les travaux de Cl. Bernard, c'est l'action périphérique du curare, sans qu'on sache comment elle se produit.

M. F. FRANCK donne le résultat de ses recherches sur le *système nerveux irido-dilatateur* et le système accélérateur cardiaque. La synergie anatomo-physiologique qui existe entre ces deux systèmes peut expliquer certains cas cliniques, comme le goître exophtalmique, par exemple. Si on examine la région cervico-dorsale de la moelle, on voit que les filets nerveux communiquants qui émanent des 6e et 7e cervicales ainsi que des premières dorsales, se rendent dans le ganglion sympathique premier thoracique. De ce ganglion partent des filets irido-dilatateurs qui remontent vers le système oculaire par l'intermédiaire du nerf vertébral. Dans leur trajet, ces filets passent dans le dernier ganglion cervical, par l'anneau de Vieussens ; il est impossible, comme le prétendent certains auteurs, de dissocier ces filets pupillaires, dans le rameau sympathique cervical. Puis, ils s'engagent dans le ganglion cervical supérieur et ensuite se dissocient au niveau du ganglion de Gasser ; ils se réunissent alors à des filets oculo-pupillaires venant du bulbe.

Quant au système nerveux accélérateur cardiaque, les rameaux qui le constituent émanent également du ganglion premier thoracique. Par conséquent la provenance des filets de ces deux systèmes étant la même, on peut expliquer la coïncidence des symptômes oculaires et cardiaques. Le goître serait expliqué par la présence de filets vaso-moteurs céphaliques, que MM. Dastre et Morat ont parfaitement étudiés. En excitant le ganglion premier thoracique, on provoque expérimentalement des symptômes de goître exopthalmique.

M. LABORDE demande à M. F. Franck comment il se fait qu'on produit des phénomènes pupillaires, en piquant le bulbe et la moelle depuis l'émergence de la 5e paire jusqu'à

© BIU Santé

la 7e cervicale, en un mot dans toute la portion intermédiaire à celles décrites par M. Franck.

M. Franck répond que cet endroit de la moelle doit être un lieu de passage, dans lequel il se trouve probablement des rameaux iridiens qui sortent ou plus bas, ou plus haut. D'autre part, rien ne prouve que les phénomènes pupillaires consécutifs à la piqûre à ce niveau, ne soient pas dus à une action réflexe plutôt qu'à une action directe. F. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mai 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Bouley, au nom de MM. Chauveau et Arloing, donne lecture d'un travail sur la *septicémie gangréneuse*. Cette complication chirurgicale, appelée encore gangrène foudroyante, gangrène gazeuse, érysipèle traumatique, a, dans ces dernières années, sévi avec intensité dans les hôpitaux de Lyon et permis aux auteurs de l'étudier expérimentalement. Cette septicémie gangréneuse est transmissible par inoculation et causée par le micro-organisme que M. Pasteur a décrit sous le nom de vibrion septique. Chez l'homme, le micro-organisme se présente avec des caractères différents pour le tissu conjonctif et les séreuses. Dans l'œdème d'un foyer septicémique, il se présente sous la forme d'un bacille pourvu d'une spore à l'une de ses extrémités. Dans les séreuses, ce bacille devient plus long, se segmente en articles, mais ne présente pas de spores. Ce bacille se rencontre surtout dans les séreuses et il n'envahit le système circulatoire qu'à la fin de la maladie ou même après la mort. La sérosité du foyer traumatique, ainsi que celle des diverses séreuses et le sang (quand il renferme les micro-organismes), sont inoculables et reproduisent les mêmes formes microbiennes dans les mêmes régions. Le bacille est inoculable à la plupart des animaux à sang chaud ; il n'y a que le bœuf qui se soit montré insensible à son influence.

Pour que l'inoculation puisse se faire, il faut, en prenant pour type le tissu conjonctif, que le virus soit introduit profondément dans ce tissu à la dose de 1/5 de goutte à 5 gouttes, suivant les sujets ; l'inoculation à la lancette reste sans effets. Du reste, l'activité du virus varie avec les divers tissus ; c'est ainsi que la sérosité des tissus musculaire et conjonctif est plus active que celle des épanchements péritonéaux, pleuraux ou péricardiques ; aussi le tissu conjonctif est-il la voie la plus sûre et la plus rapide pour l'inoculation de la septicémie gangréneuse ; le système vasculaire, au contraire, montre une remarquable tolérance et telles doses de virus, mortelles dans le tissu conjonctif, ne déterminent, quand elles sont injectées dans les veines, qu'une élévation de température, de la tristesse et du frisson, sans autres accidents. Les surfaces accidentelles, largement exposées à l'air, semblent impropres à l'introduction et à la pullulation du virus ; au contraire, les tissus qui se mortifient à l'abri de l'air et dans lesquels la circulation cesse de s'accomplir offrent les meilleures conditions à la manifestation de l'effet du virus. Les phénomènes consécutifs à l'inoculation du virus dans le système veineux sont du plus haut intérêt et démontrent que le milieu sanguin est susceptible d'atténuer le virus de la septicémie gangréneuse qui est, comme la plupart des maladies virulentes, soumise à la loi de la non récidive ; comme ces maladies, elle peut aussi se transmettre de la mère au fœtus, si la mère est frappée pendant la gestation. Les humeurs virulentes de la septicémie gangréneuse perdent leurs propriétés nocives en raison directe des progrès de la putréfaction. Le virus, à l'état frais, oppose une grande résistance aux agents antiseptiques. A la température de 15 degrés, MM. Chauveau et Arloing n'ont trouvé, sur 25 antiseptiques, que l'acide sulfureux pour détruire sûrement les propriétés du virus ; l'eau oxygénée, le sublimé corrosif, le nitrate d'argent, le chloral n'ont produit aucune modification. Mais si l'on élève la température ambiante à 36 degrés, les conditions changent et l'on voit alors l'acide phénique à 3 0/0 se montrer un antiseptique parfait. La chaleur est donc un des modificateurs les plus puissants, mais encore faut-il arriver à des températures élevées. Dans les tissus vivants, on a peu de chance d'enrayer l'extension de la septicémie par les antiseptiques, et la pratique a démontré que l'amputation était seule capable de sauver parfois la vie des malades. C'est donc surtout à la prophylaxie qu'il faut s'attacher, et pour atteindre ce but, il importe de stériliser les instruments et les pièces à pansements au moyen de la chaleur. En 1840, Renaut, professeur à l'école d'Alfort, décrivit une complication chirurgicale qu'il désigna sous le nom de gangrène traumatique et qu'on peut assimiler à la septicémie gangréneuse de l'homme. Renaut assignait au développement de cette redoutable complication, deux causes : 1° la présence de caillots sanguins ou de lambeaux de tissus mortifiés au sein de l'économie ; 2° le contact de ces tissus mortifiés avec une atmosphère humide, chaude, chargée des miasmes de la putréfaction. Si nous ajoutons la nécessité de l'introduction des germes septiques dans le foyer, fait qui échappa à Renaut, nous aurons ainsi concilié les idées étiologiques modernes avec celles de cet observateur.

Actuellement, on peut donc dire que l'existence de tissus mortifiés reste toujours l'une des conditions les plus favorables au développement de la septicémie gangréneuse, mais que la condition essentielle réside dans l'introduction du bacille de la septicémie gangréneuse dans le foyer traumatique.

M. J. Guérin tient à ce qu'il soit bien spécifié que M. Renaut a simplement voulu démontrer la gravité des plaies exposées à l'air et rien de plus.

M. Collin (d'Alfort) croit devoir faire deux réclamations de priorité : il a, en effet, le premier, démontré que le cheval et le bœuf sont réfractaires à la septicémie et de plus il a montré avant M. Chauveau que la virulence de la septicémie est détruite par la putréfaction.

M. Rochard fait un rapport verbal à propos d'un travail de M. Domingo Freire (de Rio de Janeiro) sur le *microbe de la fièvre jaune*. D'après cet auteur, l'organisme de la fièvre jaune serait une algue se présentant tantôt sous la forme de bâtonnets transparents, articulés deux à deux, tantôt sous la forme de cellules de cryptococus qui se féconderaient par accouplements. M. Freire admet que l'agent producteur de la fièvre jaune est le cryptococus ; aussi lui a-t-il donné le nom de *cryptococus xanthogenius*. Ce microbe est doué d'une grande vitalité, qu'il conserve en dehors de l'organisme. L'auteur l'a rencontré dans la terre des cimetières où l'on enterre les malades morts de fièvre jaune et dans la terre recueillie dans la ville même de Rio de Janeiro. Il a pu l'inoculer aux animaux, mais les chiens et surtout les poules se sont montrés réfractaires. Avec un virus atténué et probablement en commençant par lui-même, M. Freire a pratiqué 400 vaccinations préventives sur l'homme. L'atténuation du virus a été obtenue par des procédés divers ; l'un d'eux consiste à faire passer le virus par le sang d'animaux réfractaires ; dans un second procédé, on cultive le virus à l'air libre et à la cinquième ou sixième culture, on obtient un liquide pur et d'une innocuité parfaite. M. Rochard, tout en rendant justice à M. Freire pour ses consciencieux travaux, ajoute que ses expériences n'ont cependant pas entraîné sa conviction et qu'elles ne doivent être acceptées qu'avec réserve. Du reste, ces théories sont encore discutables et il serait hasardeux d'appliquer à l'homme les résultats d'expérimentations qui n'ont pas encore été suffisamment contrôlés. Enfin, il estime, en ce qui concerne la fièvre jaune, que toutes ces médications théoriques ont le tort grave de nous éloigner des médications anciennes, dont l'efficacité relative était incontestable, et de nous faire abandonner l'emploi des saignées, des sangsues, des purgatifs, qui jadis donnaient au moins quelques succès.

M. Bouley est d'avis qu'il faut prendre garde de décourager, par une opposition systématique, les tentatives analogues à celles que M. Freire a faites. Le nombre des personnes (400) qui ont eu assez de confiance pour se faire vacciner, est déjà un fait considérable et qui mérite de ne

© BIU Santé

pas passer inaperçu ; mais l'expérience eût été encore plus convaincante si M. Freire, poussant jusqu'au bout son rôle d'apôtre, s'était inoculé la fièvre jaune elle-même, après une inoculation préventive suivant sa méthode.

M. HÉRARD lit un rapport sur le prix Portal. La question posée était : *Le tubercule est-il de nature parasitaire ?* L'auteur du seul mémoire qui ait été présenté répond par l'affirmative. A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 2 novembre 1883. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

18. Rapport sur la candidature de M. A. Brodeur au titre de membre-adjoint de la Société anatomique ; par M. le Dr BALLET, chef de clinique de la Faculté.

M. Brodeur a fait à la Société anatomique un grand nombre de présentations. La première date de 1881. Il s'agissait d'un vieillard de 59 ans, qui souffrait de la pierre depuis environ six ans. Cet homme ne présentait aucun antécédent héréditaire ni personnel digne d'être signalé. Jamais il n'avait eu d'affection de la peau, ni d'attaque de rhumatisme. A la suite d'une chute qu'il fit en 1872, il commença à éprouver dans la région lombaire un malaise dont la persistance lui fit croire qu'*il était atteint de calcul de la vessie.*

Quelques mois plus tard, il rendit en effet *un calcul blanchâtre, lisse, du volume d'un haricot.* La miction, qui avait toujours été normale jusque-là, devint douloureuse, fréquente et difficile. Le malade rendait fréquemment de petits graviers, et, au mois de juin 1881, M. Monod, qui fut appelé à l'examiner, constata la présence de nombreux et volumineux calculs remplissant toute la cavité vésicale.

Deux séances de lithotritie, d'une durée de deux heures et demie chacune, suffirent pour vider la vessie. A la première séance, on employa les injections, les lavages, pour l'évacuation des fragments ; mais, à la seconde séance, on se servit de l'aspirateur de Bigelow, et la vessie fut sur-le-champ complètement débarrassée de tout calcul. Trois jours après, le malade se promenait, très bien portant.

Au mois d'octobre de la même année, il fut pris de frisson et de tremblement, bientôt suivis d'une dyspnée intense ; il rendit tout à coup en urinant une grande quantité de pus, et mourut quelques jours plus tard dans une profonde cachexie.

A l'autopsie, les poumons étaient congestionnés, le ventricule gauche du cœur fortement hypertrophié. Les *reins* étaient le siège d'un grand nombre de kystes ; à l'extrémité inférieure du rein gauche, notamment, on trouvait une cavité kystique du volume d'un œuf de poule, et remplie de pus, qui communiquait directement avec le bassinet.

Les *uretères* étaient dilatés, et, à l'extrémité vésicale de l'uretère droit, existait un calcul blanchâtre, légèrement aplati, d'une longueur de 3 centimètres au moins et d'une épaisseur de 6 à 8 millimètres. Ce calcul, sur lequel s'appliquaient les parois de l'uretère, n'obstruait cependant pas complètement la lumière du canal excréteur de l'urine, puisqu'il n'y avait pas d'hydronéphrose. La muqueuse vésicale ne présentait aucune lésion, la prostate seule était hypertrophiée.

Cette observation est intéressante tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. On sait que les recherches de M. Otis, sur la structure et le volume du canal de l'urèthre, conduisirent le professeur Bigelow à imaginer une nouvelle méthode d'extraction des calculs de la vessie. Se basant sur la dilatabilité du canal de l'urèthre, qui doit présenter 11 millimètres de diamètre (Otis), et sur la tolérance de la vessie, le chirurgien d'Harward University fit construire un lithotriteur spécialement en vue de la méthode nouvelle, dans laquelle il n'est plus nécessaire de pulvériser, mais seulement de broyer la pierre. M. Bigelow se sert aussi d'une sonde de gros calibre, qu'il met en communication avec un aspirateur spécial.

Cette nouvelle méthode, immédiatement acceptée en Amérique, trouva quelques détracteurs en Angleterre, mais Thompson l'accueillit favorablement, et « depuis plus de trois ans, M. le professeur Guyon pratique d'une façon suivie la lithotritie rapide à l'hôpital Necker (1). »

Chez le malade dont M. Brodeur a rapporté l'histoire, M. Monod se servit dans la première séance de la méthode ancienne pour le broiement et l'évacuation des calculs ; il employa la méthode nouvelle, dite *méthode américaine*, méthode de Bigelow, dans la deuxième séance, et débarrassa ainsi sur-le-champ la vessie de tous les calculs qu'elle renfermait. Le malade se leva guéri après le quatrième jour, tandis qu'il avait beaucoup souffert durant les deux semaines qui s'étaient écoulées entre les deux séances ; car, à chaque miction, il rendait de nombreux et volumineux fragments calculeux.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont aussi intéressantes. L'uretère droit était obstrué par un calcul volumineux et dont la formation n'avait donné lieu à aucun phénomène fonctionnel ou physique. Jamais le malade n'avait éprouvé de vives douleurs dans la région lombaire ; c'était un malaise continuel plutôt qu'une véritable douleur.

Dans une deuxième observation, M. Brodeur a montré à la Société anatomique une *pachyméningite hémorrhagique* étendue à toute la surface interne de la dure-mère crânienne, trouvée à l'autopsie d'un homme qui avait présenté pendant la vie tous les phénomènes classiques de l'*ataxie locomotrice progressive.* Cette lésion, qui se rencontre dans les affections mentales, et en particulier dans la paralysie générale, est un fait exceptionnel dans le *tabes dorsalis.* Dans le cas particulier, il s'agissait probablement d'une simple coïncidence. Des recherches microscopiques ont été faites sur la structure des néo-membranes, et M. Brodeur observe qu'il a été impossible de constater la présence de filets nerveux de nouvelle formation, comme dans les cas indiqués par M. le professeur Vulpian.

Nous n'insisterons pas sur un cas d'*hémorrhagie cérébelleuse,* où le foyer apoplectique volumineux s'étendait à toute la substance blanche de l'hémisphère droit et du lobe médian du cervelet, avec irruption du sang sous les méninges, à travers la lame grise cérébelleuse.

Nous ne ferons que mentionner aussi l'observation de *péricardite hémorrhagique avec foyers apoplectiques dans l'épaisseur du myocarde et du pancréas, et ecchymose des orteils du pied gauche,* chez un hémiplégique gauche avec contracture, ne présentant pour toute lésion cérébrale qu'un ancien foyer de ramollissement des circonvolutions d'enceinte de la scissure de Sylvius. — Nous citerons aussi un cas de *cancer de l'estomac propagé à la rate, au rein gauche et au foie,* dans lequel la face interne de la glande splénique était adhérente au grand cul-de-sac de l'estomac, dont la paroi, complètement ulcérée, était remplacée par la rate.

Il nous reste à parler d'une des dernières observations présentées à la Société anatomique par M. Brodeur. Il s'agissait d'un vieillard de 80 ans, qui avait toujours joui d'une parfaite santé. Une seule attaque de rhumatisme articulaire aigu l'avait retenu au lit pendant quinze jours, à l'âge de 40 ans. Trois semaines environ avant sa mort, il ressentit une douleur dans le côté gauche et rendit quelques crachats sanguinolents. Huit jours plus tard, nouvelle douleur dans le côté gauche, nouveaux crachats sanguinolents, qu'un traitement approprié fit disparaître ; mais, bientôt après, la douleur reparut accompagnée de véritables crachats hémoptoïques. L'auscultation du poumon gauche ne faisait entendre que quelques râles sous-crépitants dans la région axillaire gauche. Un matin, le malade s'étant levé pour sortir, fut pris tout à coup d'un accès de toux avec expectoration sanglante, et bientôt le sang jaillit par la bouche et les narines et amena la mort au milieu de la plus vive anxiété.

A l'autopsie, il n'existait aucune lésion du cœur ni de

(1) Desnos. — Thèse de Paris, 1882, p. 42.

© BIU Santé

ses orifices. La crosse de l'aorte, légèrement dilatée, présentait sur sa face interne de nombreuses plaques athéromateuses plus ou moins dures. L'aorte thoracique était adhérente à la face interne du poumon gauche, et, au niveau de cette adhérence, la paroi artérielle n'offrait aucune dilatation anévrysmale. Par une incision pratiquée sur toute l'étendue de l'aorte, il fut facile de constater à ce même niveau une plaque athéromateuse ramollie, au centre de laquelle existait une ouverture dont les bords étaient déchiquetés, et qui établissait une communication entre l'aorte et les petites bronches, de sorte qu'un stylet, introduit par cette ouverture anormale, pénétrait jusque dans la grosse bronche gauche. On ne trouva pas de foyer apoplectique dans le poumon gauche.

La rupture spontanée de l'aorte siège presque toujours au niveau de la crosse et est le plus souvent précédée de dilatation anévrysmale. Les cas de rupture aortique sans anévrysme sont rares. M. A. Chauffard a publié une observation d'*aortite ulcéreuse chronique avec ouverture dans la trachée et hémoptysie foudroyante*. Mais la rupture spontanée de l'aorte thoracique dans le poumon gauche est un fait exceptionnel, et les Bulletins de la Société anatomique n'en mentionnent qu'un ou deux cas. L'aortite chronique paraît être la cause de l'adhérence de l'aorte à la plèvre médiastine, et, consécutivement, à la face interne du poumon gauche. Il semble impossible d'admettre ici l'influence des ganglions péri-bronchiques sur cette rupture spontanée de l'aorte, puisqu'il n'existe aucune lésion ganglionnaire au niveau de l'adhérence de la paroi artérielle au poumon.

Je ne mentionnerai pas, Messieurs, les autres présentations qu'a faites M. Brodeur; je crois que celles dont je viens de vous entretenir lui créent des titres sérieux pour être admis au nombre des membres-adjoints de la Société anatomique.

3. Grossesse extra-utérine datant de sept ans. — Accidents d'étranglement interne. — Laparotomie. — Mort; par M. Maurice Notta, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société proviennent d'une opération pratiquée à l'hôpital Lariboisière par M. Bouilly (1). Il s'agit d'une femme de quarante ans, entrée le 26 mars, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Lariboisière (salle Sainte-Geneviève, service de M. Siredey). En présence des symptômes qu'elle présentait : refroidissement notable des extrémités, vomissements fécaloïdes, absence d'émission de gaz par l'anus, etc., nous pensâmes être en présence d'accidents d'étranglement interne. La température axillaire était de 36°,5 ; le pouls, petit, serré, était à 120, et le début des accidents paraissait remonter à vingt-huit heures. En même temps, nous constatons, à l'examen du ventre, l'existence d'une tumeur assez mobile, qui, au dire de la malade, avait apparu en 1875, avait grossi pendant un an, et était ainsi restée stationnaire depuis sept ans.

M. Siredey étant absent, nous priâmes M. Bouilly de bien vouloir examiner la malade. M. Bouilly jugea la laparotomie nécessaire dans le plus bref délai, et vint la faire le jour même, à trois heures de l'après-midi. Il pratiqua sur la ligne médiane une incision d'environ 25 centimètres de longueur, répondant à la ligne blanche de l'abdomen, et s'étendant de la symphyse pubienne à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. La partie profonde de la paroi abdominale était directement en rapport, sans interposition d'aucune anse intestinale, avec la tumeur sous-jacente, et avait contracté avec elle des adhérences intimes qui ne purent être détachées qu'à grand'peine, à l'aide de la spatule et des doigts. La tumeur, une fois isolée, se présenta sous l'aspect d'une masse blanche sphérique, régulière. Elle s'est crevée en certains points, d'où s'est échappé un liquide huileux et jaunâtre, et, comme elle ne présentait pas de pédicule, M. Bouilly put, pour ainsi dire, l'énucléer. En outre, elle était enkystée dans une sorte de poche concentrique, de coque fibreuse, présentant 1 cent. à 1 c. 5 d'épaisseur. Il n'y a ici que des débris de cette capsule, dont M. Bouilly a réséqué une portion pour laisser dans la cavité abdominale les parties qui adhéraient intimement à l'intestin. C'est à travers la paroi de cette poche, en arrière de la tumeur et dans la fosse iliaque droite, qu'était venue s'étrangler une portion de l'intestin. M. Bouilly leva l'étranglement et termina l'opération. La malade mourut le surlendemain.

Autopsie, faite le 29 mars. — Nous constatons qu'il n'y a pas de péritonite et que la cause de la mort est due à un second étranglement, qui a passé inaperçu et qui siégeait sur l'intestin grêle à 0,80 centimètres environ de la valvule de Bauhin. L'utérus et ses annexes, que nous avons enlevés avec soin, présentent quelques particularités intéressantes. Sur les parties latérales droites de l'utérus, se trouve une sorte de poche kystique qui se continue avec la capsule de la tumeur. L'ovaire gauche est normal ; mais la trompe de ce côté présente une sorte d'inflexion, et, après être née de l'angle supérieur gauche de l'utérus, se coude brusquement pour se porter en arrière et à droite vers le bord droit de l'utérus, où elle est maintenue fixée à ce niveau par des adhérences. Son pavillon présente une petite dilatation kystique. Quant à la trompe et à l'ovaire droits, nous pensons qu'ils sont atrophiés et compris dans les parois de cette poche kystique à surface granuleuse, dont la cavité peut être comparée à celle d'un gros œuf de poule. On ne trouve dans cette poche aucun vestige du cordon que l'on voit dans la tumeur, et qui, partant de l'ombilic du fœtus, présente une longueur d'environ 4 ou 5 centimètres.

Réflexions. — Il s'agit d'un volumineux kyste fœtal d'une grossesse extra-utérine ou intra-péritonéale abdominale. Le produit de la conception, parfaitement reconnaissable, ayant subi une dégénérescence graisseuse, avec conservation intégrale du squelette, est enveloppé de ses membranes épaissies et transformées en un tissu fibreux, dur et criant sous le scalpel. Quant à la capsule, qui, en certains points, présente une dégénérescence calcaire, nous pensons qu'elle fait partie, comme l'enveloppe même du fœtus à laquelle elle était intimement adhérente, des enveloppes de l'œuf. Elle se continuait avec cette poche kystique que nous croirions volontiers être le placenta. On pourrait émettre aussi l'hypothèse d'un kyste hématique ; mais, si l'on peut retrouver sous le microscope des débris de villosités choriales, toute espèce de doute sera levée. Nous avons prié notre ami M. A. Siredey, chef du laboratoire d'histologie de Clamart, de faire l'examen histologique de ces différentes pièces (1).

6. Elections. — M. H.-B. Millard (de New-York) est nommé membre honoraire de la Société anatomique.

Séance du 9 novembre 1883. — Présidence de M. Cornil.

7. Kystes hydatiques du foie, du poumon droit et de l'ovaire droit. — Ponctions simples avec l'appareil Potain. — Menaces de purulence. — Applications simultanées de la méthode de Récamier et de la ponction avec gros trocart suivie de drainage de la cavité. — Mort avec phénomènes septicémiques et hémorrhagies par la paroi de l'un des kystes. — Autopsie; par M. C. Pillot, interne des hôpitaux.

Bounard (Joséphine), 18 ans, couturière, entre le 2 avril 1883 à l'hôpital Bichat, service de M. Gérin-Roze, où elle est couchée salle Louis, lit n° 15.

Cette jeune fille, en apparence bien constituée, ne présente rien de particulier dans ses antécédents, sinon que ses règles, venues à douze ans et demi, régulières, ont disparu il y a dix mois, en même temps que se manifes-

(1) L'observation a été publiée *in extenso* (sauf l'examen histologique) dans la *Gazette médicale*, de M. F. de Ranse, n° du 5 mai 1883.

(1) La tumeur a été déposée au Musée de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (salle V).

© BIU Santé

taient des troubles du côté du tube digestif, tels que dyspepsie, nausées, vomissements alimentaires ou aqueux, douleurs de ventre, etc... Les flancs droit et gauche et la région épigastrique sont le siège d'une tumeur trilobée, à surface lisse, de consistance molle, fluctuante, sans frémissement hydatique. Le diagnostic posé est : kystes hydatiques du foie. Tous les autres organes sont ou paraissent sains.

Les trois kystes, droit, gauche et moyen, sont successivement ponctionnés avec l'appareil Potain, du 5 au 24 *avril*. Le liquide retiré chaque fois est clair, transparent, et contient de nombreuses hydatides, de la grosseur d'une petite tête d'épingle, qui s'amassent en couche épaisse au fond du vase récipient. D'abord, symptômes réactionnels insignifiants ; puis, le 5 mai, malaise, frissons, température à 39° le matin, 40°,3 le soir ; en même temps, poche gauche remplie, saillante, douloureuse au toucher. Traitement approprié ; nouvelle ponction avec aspirateur le 1er *juin* ; liquide séro-purulent.

L'application de la pâte de Vienne, commencée dans les derniers jours de juin, a pour résultat l'ouverture de la poche, le 22 *juillet*. Sortie d'un liquide incomplètement purulent, et, quelques jours après, d'une large enveloppe kystique. L'intérieur de la poche est lavé régulièrement, deux fois par jour, avec des liquides désinfectants : solution d'acide phénique, d'hyposulfite de soude, de chlorure de zinc ; et l'ouverture est constamment recouverte d'un pansement phéniqué. Malgré ces précautions, l'état général se modifie dans un sens défavorable, et la malade se met à dépérir d'une façon rapide : faciès amaigri, jaunâtre ; yeux excavés ; vomissements bilieux ; pouls petit ; température allant de 38° à 40°,5 avec grandes oscillations, etc. A cet état viennent se joindre, à partir du 11 *août*, des hémorrhagies répétées dans l'intérieur du kyste. Chaque fois qu'on défait le pansement, et cela deux fois par jour, on le trouve rempli de sang et de bile et la cavité kystique absolument comblée par un énorme caillot sanguin. Les choses continuent ainsi jusqu'au 16, jour de la mort.

Mais, dès le 12, en présence du mauvais état général, en présence de signes de tension et d'inflammation qui se manifestent au niveau du kyste droit, en présence enfin des soins de propreté donnés au kyste gauche, M. Richelot, consulté, incline vers l'idée de suppuration dans le kyste droit, et se décide à en faire la ponction avec le gros trocart (trocart de Boinet). Il s'écoule environ un verre de liquide clair d'abord, puis un peu louche ; un drain rouge, long et gros, est glissé dans le trocart ; celui-ci est retiré ; une injection de chlorure de zinc au 1/100e est poussée dans la cavité, le tube est fixé à la paroi, et un pansement phéniqué est appliqué par-dessus. Mêmes soins consécutifs que pour le kyste gauche ; mais le liquide de l'injection ne ressort qu'avec difficulté et seulement en partie, entraînant avec lui des vésicules hydatiques vidées de leur contenu, d'autres hydatides ne tardant pas à obstruer la lumière du drain et à suspendre l'écoulement. Eu égard à l'insuffisance de pressions modérées au niveau de la poche encore distendue, nous nous décidons dès le troisième jour à retirer le drain après l'injection. Le liquide s'écoule alors avec la plus grande facilité, mélangé de nombreuses vésicules ; le tube est ensuite remis en place, et la même conduite est suivie dans les pansements ultérieurs. Mais, deux jours après, le 16, la malade est au plus mal ; la respiration est embarrassée, le pouls insensible, les extrémités froides, les efforts de vomissement continuent encore, et, à 8 heures du soir, elle meurt avec des mouvements convulsifs dans les membres supérieurs. La température du dernier jour a été complètement apyrétique : 37°,3 le matin ; 36°,6 le soir.

Autopsie. — Cavité péritonéale ne contient pas de liquides ; les deux feuillets du péritoine et l'épiploon sont sains dans tous les points qui ne sont pas en contact avec les parois kystiques. Les anses intestinales sont normales et nullement adhérentes entre elles.

Au niveau des tumeurs, en dehors des points où ont été pratiquées les ouvertures sur la vivante, quelques légères adhérences entre les feuillets pariétal et viscéral du péritoine. Au niveau des ouvertures, le pourtour de l'orifice du kyste fait corps avec la paroi abdominale, surtout du côté gauche. Cette péritonite localisée est extrêmement limitée et ne s'étend qu'à quelques millimètres de l'orifice. A droite, la surface d'adhérence forme une bandelette périphérique dont la largeur ne dépasse point deux millimètres. Ici, l'union était peu intime, et les deux surfaces se sont séparées avec la plus grande facilité. Supérieurement, le kyste gauche adhère fortement à la face inférieure du diaphragme, dont il est impossible de le séparer sans produire de larges déchirures. Latéralement, il adhère un peu au côlon descendant.

Foie. Le foie, extrait de la cavité, présente d'abord les trois kystes reconnus sur la vivante : 1° Kyste droit, du volume d'une petite tête de fœtus, développé aux dépens du bord antérieur du foie, contient de nombreuses vésicules de la grosseur d'une noisette en moyenne, et une large poche blanchâtre, opaque, friable, détachée du tissu hépatique (membrane propre). — 2° Kyste médian, un peu moins volumineux que le précédent, développé aux dépens du bord antérieur et de la face supérieure de l'organe, contient sa membrane propre transparente et remplie d'hydatides (une seule ponction aspiratrice a été faite sur le vivant). — 3° Kyste gauche, d'un volume égal à celui du premier, développé aux dépens du lobe gauche, contient du sang, des hydatides, de la bile et quelques débris de sa membrane propre.

Les faces internes des kystes droits et médian offrent l'apparence ordinaire du tissu fibreux. La face interne du kyste gauche a été examinée attentivement. Elle est irrégulière, plus ou moins anfractueuse. Dans un point, un tractus fibreux résistant s'étend entre les parois antérieure et postérieure, ébauchant ainsi la séparation d'une loge de la cavité principale. C'est là évidemment le reste d'une cloison complète existant à un moment donné. En effet, une quinzaine de jours après l'ouverture du kyste gauche, une après-midi, un flot de liquide clair s'échappa tout à coup de la poche, nullement semblable à celui qui en sortait d'habitude. Ce liquide provenait d'un kyste voisin dont la paroi de séparation, représentée aujourd'hui par un simple tractus fibreux, avait été détruite en partie par le travail inflammatoire. Toute la face interne de la grande cavité ainsi produite est parsemée de nombreuses aspérités, de pseudo-membranes de petite dimension semblables à celles que l'on rencontre dans le péricarde ou la plèvre enflammés.

En certains points, on remarque des plaques irrégulières, de coloration rouge, tranchant sur celle des parties voisines. En pressant entre le pouce et l'index ces portions rouges de la paroi, on fait sourdre du sang en nappe à leur surface. Elles sont donc constituées par des ramuscules vasculaires dilatés. Nulle part on ne trouve de vaisseau un peu volumineux qui s'ouvre dans la cavité. Il n'est pas douteux pour nous que ces hémorrhagies abondantes, qui se sont répétées si souvent, avaient lieu par cette voie. Ailleurs, un orifice capable d'admettre l'extrémité d'un stylet fin laisse suinter une goutte d'un liquide jaunâtre, dont on provoque la sortie en pressant entre les doigts. Il y a à ce niveau rupture ou perte de substance de la paroi kystique, d'où fistule biliaire. C'est là l'origine ou tout au moins une des origines du liquide biliaire qui s'écoulait pendant la vie.

Deux autres kystes du volume d'un œuf de poule, superficiels, soulevant la capsule de Glisson, occupent, l'un la face supérieure, l'autre le bord postérieur du foie. On n'en trouve pas d'autre dans l'épaisseur de celui-ci. En tout, cinq, ou plutôt six kystes dans le foie. Tissu hépatique graisseux, vésicule biliaire normale.

Poumon. Un kyste de même volume que les plus gros du foie occupe la place de la partie supérieure du poumon droit. Développé sous le feuillet viscéral de la plèvre, il a repoussé, en bas, le tissu pulmonaire qui lui forme comme une espèce de nid. Le poumon droit se trouve réduit à

© BIU Santé

peu près à son lobe inférieur, à la base duquel existe un autre kyste moins volumineux. Poumon gauche sain.

Ovaire. L'ovaire droit est transformé en un kyste du volume du poing. C'est également un kyste hydatique contenant dans son intérieur une trentaine de vésicules grosses en moyenne comme une noisette. *Rate* normale. *Reins* légèrement graisseux. *Cerveau* n'a pu être examiné.

Réflexions. — 1° Les hydatides occupaient ensemble le foie, le poumon droit et l'ovaire droit, tous organes appartenant à une même moitié latérale du tronc. — 2° La face interne du kyste gauche présente un bel exemple de fistule biliaire sur le vivant et de dilatations vasculaires en plaques susceptibles d'être le siège d'hémorrhagies abondantes. — 3° Au niveau du kyste droit, la péritonite localisée développée autour de l'orifice de passage du drain, et vieille de quatre jours seulement, était faiblement adhésive, mais suffisante pour que pas une goutte de liquide ne parût s'être écoulée dans le péritoine, bien que le tube de caoutchouc eût été retiré et remis en place plusieurs fois pendant la vie.

8. La maladie kystique des mamelles; par M. le Dr Paul Reclus, chirurgien des hôpitaux.

Je puis, grâce à une mamelle que m'a donnée le professeur Verneuil, et dont M. Brissaud vous montrera la préparation, vous parler d'une affection qui, si j'en crois mes recherches bibliographiques, n'aurait pas encore été décrite.

Cette affection, que je propose d'appeler *maladie kystique des mamelles*, ne serait pas rare cependant. J'en ai observé pour ma part au moins trois cas; M. Verneuil m'en a d'abord envoyé deux, et, d'après ces cinq faits, j'ai publié un Mémoire dans la *Revue de chirurgie*. Mais, depuis son apparition, il y a quinze jours à peine, M. Verneuil a vu une nouvelle femme atteinte de maladie kystique, et mon ami, Gabriel Maunoury (de Chartres), m'annonce deux observations inédites.

La maladie kystique présente trois caractères de la plus haute importance et qui la distinguent des autres kystes de la mamelle; le premier caractère est l'extrême abondance du kyste; sans doute il est assez rare d'en compter plus d'une cinquantaine visibles à l'œil nu, mais l'examen microscopique montre qu'ils sont véritablement innombrables. Le deuxième caractère est la diffusion des kystes que l'on rencontre, non dans une tumeur, mais disséminés dans toute l'étendue de la glande. On sait que, d'habitude, les kystes apparaissent et se développent dans un néoplasme de la mamelle, fibrome, sarcome, épithélioma, carcinome; ce néoplasme est plus ou moins volumineux, mais une partie de la glande reste saine. Dans la maladie kystique, rien de semblable; on rencontre les kystes dans les acini et les conduits galactophores de tous les lobes et de tous les lobules, mais le parenchyme de la glande est intact. Enfin, le troisième caractère consiste dans la bilatéralité de la production kystique; on sait combien sont rares les affections frappant les deux mamelles à la fois; il n'existe peut-être pas, dans nos recueils, quinze observations de tumeur bilatérale. Eh bien! la maladie kystique, dans la presque unanimité de nos faits, a frappé simultanément ou consécutivement les deux glandes.

C'est peut-être même cette diffusion et cette bilatéralité qui sont cause de la longue méconnaissance de la maladie kystique de la mamelle; une malade se présente pour un sein irrégulier, un peu douloureux; suivant le précepte classique, nous examinons l'autre glande; elle est semblable à la première: nous croyons alors à quelque association de phénomènes physiologiques. Pour peu que notre malade ait allaité, ait eu seulement un enfant, nous prononçons le mot de mastite chronique; en tout cas, nous ne pratiquons pas l'opération et le diagnostic est perdu.

Au lieu de faire une description didactique, nous croyons préférable de donner le résumé rapide d'une ou deux de nos observations, toutes identiques du reste, et pour ainsi dire superposables.

En 1878, nous sommes consulté par une dame de 35 ans, veuve, sans enfants, qui porte à la partie inférieure et externe de la mamelle gauche, une tumeur dure, indolente, difficilement isolable du tissu environnant. Sur le pourtour de la tumeur principale, on sent de petites tumeurs secondaires, saillantes, semblables à des grains de plomb et dont la résistance rappelait celle des lobules glandulaires injectés au suif ou à la cire. Il n'y avait, du reste, ni engorgement ganglionnaire, ni écoulement par le mamelon, ni fluctuation, ni rénitence particulière, les douleurs étaient nulles, mais la tumeur grossissait. Nous appelons M. Broca qui, d'après les antécédents de famille, diagnostiqua affection cancéreuse. La grand'mère de notre malade était morte d'un épithélioma de la matrice, et l'oncle était atteint d'un vaste cancroïde de la face. L'opération fut faite au commencement de 1878. M. Broca enlève la moitié seulement de la mamelle. Nous trouvons un kyste à liquide transparent, à parois minces; et, sur le pourtour, de petits kystes de la grosseur d'un grain de chènevis, eux aussi distendus par un liquide citrin.

En 1880, la malade vint de nouveau nous consulter; au-dessus de la cicatrice et dans ce qui restait de la glande, se développait une tumeur semblable à la première. M. Broca, appelé de nouveau, pencha encore vers un néoplasme de nature maligne. L'apparence kystique lui en avait imposé la première fois; il devait y avoir, autour de la paroi, la trame alvéolaire du cancer. Nouvelle opération: comme la première fois, nous trouvons le kyste central entouré de cavités petites et remplies d'un liquide tranparent; nulle part trace de tumeur cancéreuse, et l'on dut en revenir au premier diagnostic: kyste séreux de la mamelle.

Trois mois ne s'étaient pas écoulés que le sein droit se prend à son tour; nous trouvons au centre de la glande un noyau du volume d'un œuf de pigeon, dur, sans fluctuation, sans transparence; puis, çà et là, des points saillants, durs, semblables à des grains de plomb, et qui nous donnaient la même sensation que nous avions ressentie à la première mamelle. M. Broca était mort, nous recourons à M. Verneuil, qui diagnostique: tumeur maligne. Je pratiquai l'opération avec mes amis Brissaud et Moricière. Cette fois-ci, la glande tout entière fut enlevée avec les soins les plus minutieux. Nous trouvâmes, comme nous nous y attendions d'ailleurs, un kyste principal rempli de liquide séreux et une innombrable quantité de kystes secondaires dont le volume variait d'un grain de mil à celui d'un pois. Depuis cette opération, il ne s'est développé, chez notre malade, aucune tumeur semblable. Les cicatrices sont simples, et les aisselles sans traces de ganglions engorgés.

Nous serons plus bref encore pour notre deuxième observation: au commencement de 1882, nous étions consulté par une femme de 45 ans, de la clientèle de M. Brissaud; elle était très effrayée par l'accroissement rapide d'une tumeur située au sein gauche; elle avait reconnu l'existence de cette grosseur en se levant; mais, depuis, grâce à son imagination surexcitée peut-être, elle sentait des douleurs, en tout cas la saillie devenait de plus en plus proéminente.

Nous trouvons, sur le pourtour de cette grosseur principale, dure, sans fluctuation, une mamelle dure et comme injectée de suif; les lobes étaient hérissés de petites saillies analogues à des grains de plomb; ils étaient nombreux, surtout au centre de la glande, mais s'avançaient jusqu'à la périphérie. Il n'y avait pas d'engorgement axillaire, pas d'écoulement par la mamelle, pas d'adhérence superficielle ou profonde. La seconde mamelle, que nous examinons aussitôt, nous paraît présenter la même lésion, à l'exception d'une tumeur principale qui ici fait défaut; seules les rugosités, les petits reliefs existent à la surface des lobes.

Notre conviction était faite; nous nous trouvions en présence d'un cas semblable à celui de notre malade de Broca. Mais comme il s'agissait de faits peu connus, puisque des cliniciens tels que Broca et Verneuil s'étaient trompés, nous voulûmes l'avis d'un collègue, et nous eûmes recours à M. Terrier. Il diagnostiqua, sans hésitation, tumeur solide

© BIU Santé

maligne, et ne s'expliqua nullement sur la bilatéralité, qui nous paraissait évidente. L'opération fut pratiquée ; nous trouvâmes un kyste central, des kystes diffus dans toute la glande; leur coloration et leur volume étaient très variables; il n'y avait pas trace de tumeur, au sens propre du mot; nous avions donc un cas de tous points comparable à notre premier fait. L'examen microscopique, pratiqué par MM. Malassez et Brissaud, ayant montré qu'il s'agissait de lésions dont l'évolution pourrait être fort grave, il fut décidé que la seconde mamelle serait enlevée.

Elle le fut quelques mois plus tard, en décembre 1880. La glande fut disséquée avec le plus grand soin, et on trouva d'innombrables kystes transparents, citrins ou verdâtres, ou jaunes, ou noirs. La mamelle ressemblait à une glande de raisin. La guérison fut très rapide et il n'y pas eu de récidive.

Nous ne résumerons aucun des deux faits de M. Verneuil ; nous laisserons de côté un fait analogue cité en quelques lignes dans la thèse d'agrégation de Richelot sur les kystes de la mamelle, et qui a été observé par notre ami M. Monod. Tous ces cas se ressemblent ; aussi, allons-nous seulement revenir sur quelques particularités de cette maladie.

Nous serons bref sur l'absence de fluctuation des plus gros kystes ; elle doit être la règle ; on ne l'a observée dans aucun de nos faits. Nous, qui l'avons recherchée avec le parti pris de la trouver, nous n'avons pas été plus heureux que MM. Verneuil, Terrier et Broca. Ce point, que nombre d'auteurs avaient signalé, et sur lequel insiste Nélaton, s'explique sans doute par l'épaisseur du tissu mammaire, qui enveloppe encore le kyste, et par la distension extrême de la cavité.

La diffusion des kystes est aussi de règle ; il est des points où ils paraissent plus nombreux, parce qu'ils sont plus saillants, au centre, d'habitude, à la partie inférieure externe ou interne, mais partout il en existe, et le microscope semble prouver qu'ils sont dans toutes les régions en quantité infinie.

La bilatéralité s'est rencontrée dans tous nos cas ; cependant, chez notre première malade, ce n'est qu'au bout de deux ans que la deuxième mamelle nous parut évidemment prise. Dans une des deux observations de M. Verneuil, les lésions étaient très légères ; M. le Dr Huette les signale, mais M. Verneuil y insiste à peine dans les notes qu'il nous a communiquées. Enfin, dans un cas de M. Pozzi, et qui paraît se rapporter également à la maladie kystique, le même sein fut opéré trois fois, mais la seconde glande paraît inaltérée. Mais il se peut que les lésions soient latentes. Pour peu que les petits kystes restent stationnaires, il faut pour les trouver les chercher avec le plus grand soin.

Quelle est la nature de cette maladie? Devons-nous la ranger parmi les affections bénignes? Ici, la clinique et l'anatomie pathologiques ne sont pas absolument d'accord. Les faits cliniques, jusqu'à cette heure, plaident en faveur de la bénignité ; notre première malade est opérée depuis six ans d'une glande, depuis trois ans de l'autre glande, et il n'y a pas trace de récidive. Notre deuxième malade est opérée depuis un an et demi de sa première mamelle, depuis un an de sa seconde ; pas de récidive.

La malade de M. Verneuil est opérée depuis un an, pas de récidive. Celle de M. Monod, dont les deux glandes avaient été simultanément atteintes, ne fut opérée que d'un côté ; elle mourait, au bout de cinq ans, mais d'une affection cérébrale; la cicatrice de la mamelle enlevée était intacte ; la mamelle respectée paraissait stationnaire. Est-ce que, au point de vue clinique, une comparaison peut être faite entre la maladie kystique et les cancers, dont on sait la lamentable histoire, la récidive à courte échéance et la généralisation pour ainsi dire fatale?

L'anatomie pathologique est plus méfiante. M. Malassez redoute la récidive plus ou moins tardive chez nos malades. La prolifération épithéliale des culs-de-sac glandulaires, la distension des acini par des cellules atypiques, celles que l'on regardait autrefois comme cancéreuses, est évidente, et l'on se demande si la barrière qu'oppose la membrane enveloppante des cavités à la migration des éléments épithéliaux dans les lacunes lymphatiques ne finira pas par être forcée, livrant ainsi passage à l'infection. C'est à cela que l'observation longtemps continuée de nos malades nous permettra de répondre.

En tout cas, cette crainte doit nous poursuivre sans cesse, et c'est elle qui nous indique le traitement. Nous devons enlever les glandes atteintes et le faire d'une manière rapide et complète avant que l'infection n'ait eu le temps de se produire, avant que les cellules épithéliales, rompant la membrane d'enveloppe, ne pénètrent dans le tissu péri-acineux et ne s'y creusent des alvéoles, prenant ainsi la forme et l'allure du cancer proprement dit.

M. Brissaud, qui a fait l'examen histologique de ces lésions de la mamelle, dit qu'il s'agit, dans les cas signalés par M. Reclus, d'un épithélioma intra-canaliculaire, parfaitement limité, kystique, dans le sens propre du terme, c'est-à-dire analogue aux épithéliomas kystiques ou mucoïdes que Malassez a décrits dans les testicules et les ovaires. Le tissu interstitiel de la mamelle est toujours sain ; tout se passe dans les culs-de-sac. Les kystes ne se produisent pas dans les conduits galactophores, mais dans les acini mêmes, lesquels se développent, grandissent et forment une tumeur qui peut atteindre le volume d'un œuf de poule. Il n'y a donc pas d'envahissement ganglionnaire, parce que l'excitation épithéliale ne dépasse pas le cul-de-sac et n'a aucune tendance à envahir le tissu conjonctif. En somme, le néoplasme est une tumeur adénoïde, dans laquelle l'élément kystique prend une prédominance exceptionnelle.

9. Rétrécissement cancéreux du rectum. — Corps étranger dans le rétrécissement. — Accidents aigus d'occlusion; par M. Lebreton, interne des hôpitaux.

Gr..., Louis, 66 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Sevestre, le 19 octobre 1883. Cet homme a, depuis six mois, des troubles dyspeptiques peu intenses; digestions lentes, alternatives de constipation et de diarrhée; troubles un peu plus marqués depuis quinze jours. Il y a vendredi huit jours (12 jours aujourd'hui), après une course rapide de deux heures, il entra chez un liquoriste et ingurgita un verre de liquide froid. Il fut saisi immédiatement d'une vive douleur dans le bas-ventre et dut rentrer chez lui. Depuis ce moment, absence de selles et de gaz rendus par le rectum; continuation des coliques, hoquet très pénible. Les purgatifs, les lavements sont restés impuissants. Cependant, il n'y a pas de vomissements, et l'état général se maintient. Le toucher rectal ne donne pas de renseignements.

30 *et* 31 *octobre*. Toujours pas de vomissements, hoquet continuel, pas de selles malgré des purgatifs et des lavements d'eau de Seltz. M. Périer, consulté, conseille, avant d'intervenir, de faire une séance complète d'électrisation. T. R. 37°.

1er *novembre*. M. Boudet de Pâris fait une séance de 20 minutes avec les courants continus et la bobine d'induction. L'introduction du doigt, après l'électrisation, ramène du mucus, des glaires et quelques matières ramollies. L'affaissement est très prononcé après la séance.

2 *novembre*. Collapsus, pouls petit, peau cholérique, pas de selles. Une intervention est jugée inutile. Mort à une heure de l'après-midi.

Autopsie, 48 heures après la mort. — Péritonite généralisée récente, épanchement de matières dû à une petite perforation intestinale. A l'union de l'S iliaque et du rectum, cancer annulaire très limité, formant un rétrécissement qui laisse passer la pulpe du médius. Dans le rétrécissement est engagé un corps étranger alimentaire (tendon) en forme de sablier, et dont les deux extrémités dilatées forment soupapes au-dessus et au-dessous du canal laissé par le cancer. Cancer secondaire du foie et du rein droit.

© BIU Santé

10. Cancer des ovaires et du rectum. — Occlusion intestinale. — Anus contre nature iliaque; par M. Hallé, interne des hôpitaux.

La nommée Hortense Dufresnier, 63 ans, entre à l'hôpital au mois d'août 1883 pour les accidents suivants : Une constipation opiniâtre, croissante, des douleurs de ventre et un grand affaiblissement, le tout datant de huit mois environ. Rien à noter comme antécédents morbides ou héréditaires.

Au toucher rectal, on constate facilement l'existence d'une tumeur volumineuse, dure, bosselée, de consistance inégale dans la paroi rectale antérieure, à 4 ou 5 centimètres de l'anus. Tumeur déjà fortement saillante dans le calibre de l'intestin : le doigt peut à peine s'engager en arrière d'elle et n'atteint pas sa limite supérieure. On retrouve la tumeur, par le toucher vaginal, dans le cul-de-sac postérieur. Rien à la palpation abdominale. On diagnostique un cancer du rectum. La constipation va en augmentant; les selles deviennent de plus en plus difficiles, rares, accompagnées de vives douleurs rectales et abdominales. La tumeur grossit manifestement et arrive à oblitérer presque complètement le calibre de l'intestin. A la fin de septembre, on ne peut plus franchir le point rétréci qu'avec une sonde uréthrale molle n° 20. Le ventre se ballonne graduellement : malgré la distension, on sent dans la fosse iliaque gauche une masse dure, bosselée, irrégulière, rapportée à un engorgement ganglionnaire. La cachexie fait des progrès rapides. Pâleur et teinte jaune paille; œdème des membres inférieurs. Il est bon de noter que la malade n'a jamais présenté ni pertes de sang, ni suintement ichoreux par l'anus.

12 *octobre*. La malade n'a rendu ni gaz ni matières depuis huit jours, malgré tous les moyens employés. La distension abdominale excessive cause une dyspnée menaçante. Malgré l'état cachectique, on se décide à pratiquer un anus contre nature dans la fosse iliaque gauche, au niveau de l'S iliaque qu'on voit se dessiner très distendue à la paroi.

L'opération est faite facilement et amène un excellent résultat immédiat : gaz et matières s'échappent toute la journée par l'anus iliaque. Le ballonnement du ventre tombe complètement; la malade est très soulagée et demande à manger. Apyrexie le soir et le lendemain matin; puis, dans le courant de la journée, la malade s'affaiblit rapidement, les extrémités se refroidissent et la mort survient dans le collapsus, 36 heures après l'opération.

Autopsie. — Pas trace de péritonite. L'utérus est absolument sain. Les deux ovaires cancéreux, avec des kystes multiples, sont chacun de la grosseur du poing. Réunis par un tissu cancéreux en arrière de l'utérus, ils forment une masse volumineuse, qui comble le cul-de-sac recto-utérin, englobe le rectum sur une bonne partie de son contour et fait une forte saillie dans son calibre à la paroi antérieure. Le rectum est ouvert sur sa face postérieure saine et présente des lésions peu prononcées du côté de sa muqueuse. Une petite ulcération très superficielle, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, au niveau du point le plus rétréci, et un peu au-dessus, une petite plaque cancéreuse peu saillante de la même grandeur. Le pylore est adhérent à la masse de l'ovaire gauche, l'appendice cœcal à l'ovaire droit. Quelques noyaux cancéreux sous-péritonéaux disséminés sur la partie supérieure du rectum, et sur l'S iliaque, gros ganglions cancéreux ramollis, donnant un suc laiteux à la coupe, à la face antérieure de la colonne lombaire. Au niveau de l'anus contre nature, les adhérences sont complètes et solides après 36 heures. L'intestin est ouvert au niveau de la partie inférieure de l'S iliaque.

La cause principale du rétrécissement et de l'occlusion du rectum siège donc en dehors des parois de l'intestin; elle est dans la masse des ovaires cancéreux, formant tumeur en arrière de l'utérus, tumeur comprimant le rectum et sentie pendant la vie par le toucher à sa paroi antérieure. Les lésions microscopiques et histologiques des ovaires, des ganglions et des plaques péritonéales, sont caractéristiques du cancer encéphaloïde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mai 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Verneuil apporte une observation à l'appui de la thèse qu'il soutient depuis longtemps sur la gravité spéciale des *traumatismes chez les diathésiques*. Il s'agit, dans ce cas, d'un traumatisme chirurgical rapidement suivi d'accidents mortels chez un glycosurique. Un homme âgé de 72 ans, présentant toutes les apparences extérieures de la santé, vint réclamer une opération pour un épithélioma buccal qui s'accompagnait de douleurs extrêmement violentes.

L'ulcération épithéliale occupait une moitié du voile du palais, le pilier antérieur correspondant et un peu la partie attenante de la langue; les ganglions sous-maxillaires étaient pris. M. Verneuil résolut d'opérer, mais réclama l'analyse des urines. Cet examen ayant démontré la présence de 76 grammes de sucre par litre d'urine, bien que l'individu n'accusât aucun des symptômes ordinaires du diabète, l'opération fut ajournée. En quelques jours, sous l'influence du traitement approprié (eau de Vichy, régime, bromure) le sucre disparut. L'opération fut faite facilement, et il ne pénétra point de sang dans les voies digestives, ni dans les voies aériennes. La dyscrasie glycosurique ne tarda pas à se révéler par une hémorrhagie secondaire précoce, qui survint deux heures après l'opération et put être rapidement arrêtée. Le reste de la journée et la nuit suivante se passèrent bien, le malade se nourrissait de bouillons et de lait; la température était presque normale. Dans l'après-midi du lendemain apparurent quelques symptômes thoraciques qui s'aggravèrent rapidement, en même temps que le thermomètre montait à 39° puis à 40°, et, 75 heures après l'opération, le malade mourait dans le coma d'une pneumonie diabétique. L'autopsie ne put être faite, mais on constata que le foyer opératoire était aussi sain que possible, et que les accidents ne pouvaient être le fait d'une de ces pneumonies infectieuses sur lesquelles, d'ailleurs, on ne s'est jamais bien expliqué. Pendant les premières 48 heures après l'opération, on put recueillir les urines; elles ne renfermaient que très peu de sucre.

Cette observation confirme les opinions que M. Verneuil professe sur la nécessité de l'examen des urines avant toute opération. Elle vient s'ajouter à beaucoup d'autres, recueillies par M. Verneuil et ses élèves. M. Verneuil se demande s'il faut séparer la glycosurie, état bénin, du diabète, état grave, et son expérience lui répond qu'en chirurgie cette distinction est arbitraire et ne présente aucun intérêt. Les dangers paraissent être les mêmes chez les diabétiques, chez les glycosuriques et aussi chez les diabétiques ou les glycosuriques, qu'un traitement a momentanément guéris. Les conclusions de la communication de M. Verneuil sont :

1° L'étude de la glycosurie et du diabète doit être faite par les chirurgiens, pour les besoins de la chirurgie.

2° Au point de vue chirurgical la présence de la glycose dans l'urine, quelle qu'en soit la proportion, est toujours un fait sérieux.

3° La disparition du sucre spontanée ou artificiellement obtenue ne met point à l'abri des accidents locaux et généraux.

4° Il est donc impossible de compter sur les bons effets des traitements préparatoires, tels, au moins, que nous les instituons aujourd'hui.

5° Nous ne connaissons ni les causes réelles de la gravité, du traumatisme chez les glycosuriques, ni les moyens sûrs d'atténuer cette gravité.

6° Certains diabétiques supportent les blessures accidentelles ou chirurgicales comme des sujets ordinaires, mais d'autres succombent plus ou moins rapidement en dépit de la médication préliminaire et de l'antisepsie la mieux conduite.

7° La mort survient de trois façons différentes, *a*) par septicémie consécutive à des complications, phlegmoneuses ou gangréneuses n'est dans le foyer traumatique lui-même; *b*)

© BIU Santé

par aggravation du diabète ou apparition d'une des complications viscérales qui lui sont propres ; c) par développement simultané d'accidents locaux et de complications viscérales.

8° Nous ignorons la proportion des cas favorables et des cas funestes, mais ceux-ci paraissent assez fréquents pour inspirer aux chirurgiens beaucoup de réserve dans l'action.

9° Les traumas chez les glycosuriques seront soumis à une antiseptie rigoureuse, mais c'est à la thérapeutique générale qu'il faudra demander surtout l'atténuation de leur pronostic.

M. Desprès demande si c'est bien au diabète qu'il faut attribuer cette pneumonie rapide, et si l'on a pas eu plutôt affaire à une brûlure des bronches par les vapeurs du thermo-cautère. — M. Desprès reconnaît d'ailleurs que le diabète aggrave le pronostic du traumatisme, mais il distingue entre les diabétiques au début et ceux qui sont à une période avancée de l'affection.

M. Terrier a eu maintes fois l'occasion de vérifier combien peuvent être funestes les suites des opérations pratiquées sur les diabétiques; une fois, entre autres, il a opéré d'un polype utérin, par l'anse galvanique, un diabétique que l'on avait eu soin de guérir momentanément par un régime et un traitement sévères ; bien que les précautions antiseptiques eussent été prises, il survint un phlegmon sous-péritonéal, et le malade mit deux mois à guérir. M. Terrier croit que les malades chez lesquels le traitement a fait disparaître le sucre sont encore des diabétiques au point de vue chirurgical ; il est pénétré de la justesse des conclusions de M. Verneuil.

M. Terrier, qui a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de brûlures par des vapeurs très chaudes et a fait des expériences sur ce sujet à l'amphithéâtre d'Alfort, se refuse absolument à admettre que les vapeurs d'un thermo-cautère soient à une température assez élevée pour déterminer des brûlures. D'ailleurs, les accidents que l'on observe dans les cas de brûlures des voies aériennes sont très différents de ceux signalés sur le malade de M. Verneuil ; ce sont d'ordinaire des laryngites, des trachéites et des bronchites qui ont pour caractère particulier de s'accompagner d'un dépôt pseudo-membraneux à la surface des muqueuses enflammées et du rejet de fausses membranes ou débris fibrineux. Encore ne sait-on pas bien si ces accidents sont le fait de la brûlure même ou d'un empoisonnement par les gaz respirés.

M. Verneuil, qui compte par douzaines les opérations pratiquées dans la bouche avec le thermo-cautère, ne croit pas aux brulûres, car la muqueuse buccale elle-même n'est jamais atteinte. M. Verneuil ne peut encore savoir s'il faut distinguer, au point de vue chirurgical, entre les diabétiques au début et les diabétiques à un état avancé ; il lui a paru, jusqu'ici, que la simple glycosurie était aussi redoutable pour le chirurgien que le diabète avec son cortège ordinaire de symptômes ; il pense que le sujet doit être étudié et qu'il faut s'attacher à découvrir les moyens de conjurer ces accidents contre lesquels le traitement antidiabétique, même suivi de succès, n'est pas suffisant.

M. Berger présente une malade atteinte d'une affection encore mal connue bien qu'elle soit assez fréquente. Il s'agit de l'*oblitération d'une narine* par déviation de la cloison des fosses nasales. M. Berger communique d'intéressantes observations sur l'anatomie pathologique et le traitement de cette affection ; il doit ces renseignements à M. le professeur Duplay qui a eu l'occasion d'étudier plusieurs cas de ce genre. La déviation est le fait d'une hypertrophie du vomer et c'est à la portion osseuse hyperosthosée que doit s'adresser le traitement. L'affection a pour premier symptôme l'obstruction d'une des fosses nasales ; avec le temps on voit survenir une déformation du nez, du coryza chronique, de la dyspnée, et dans quelques cas de la dureté de l'ouïe du côté correspondant et du larmoiement. La nécessité d'intervenir s'impose et on le fait d'ordinaire en s'attaquant à la portion cartilagineuse de la cloison. M. Duplay a montré qu'il y avait avantage à s'adresser à la portion osseuse hyperosthosée ; il est facile de l'amincir en en détachant quelques copeaux à l'aide de la gouge. On ne court point risque de perforer la cloison, et le résultat obtenu par ce procédé est excellent et définitif. M. Berger a eu l'occasion de traiter ainsi deux malades et il l'a fait avec plein succès, comme on peut le voir sur le malade qu'il présente.

M. Verneuil a eu l'occasion de faire la coupe de fosses nasales dont la cloison était déviée, et il a vu que la déviation était en forme d'S de telle sorte que les deux fosses nasales pouvaient être obturées en même temps, mais à une hauteur différente. P. Poirier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

(Addition au précédent compte rendu).

M. le Dr Moure (de Bordeaux) fait une communication sur un cas d'épithélioma primitif du larynx pour lequel il a dû pratiquer la thyrotomie. La tumeur a récidivé peu de temps après son extirpation, et la mort est survenue au bout de dix mois et demi. L'auteur n'est pas partisan de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne dans les cas de cancer du larynx ; il fait aussi de sages réserves sur l'extirpation de cet organe et engage le chirurgien, qui est obligé de faire la trachéotomie dans les faits de ce genre, à pratiquer l'ouverture le plus bas possible, afin d'éviter la tumeur et les accidents qui sont la conséquence de l'introduction de la canule dans l'épaisseur du néoplasme.

REVUE D'ANATOMIE

III. Les canaux de sûreté dans le système veineux ; par M. le Dr Jarjavay. Th. Paris. — O. Doin, 1883.

IV. Recherches anatomiques et physiologiques sur le muscle sterno-mastoïdien : par M. le Dr O. Maubrac. Th. Paris. 1883. —O. Doin, libraire éditeur.

III. Le sang suit dans le système veineux une direction centripète, mais à chaque pas, pour ainsi dire, son courant rencontre des obstacles naturels ou artificiels qui produisent des oscillations et un reflux veineux. Pour rétablir le cours du sang, une circulation collatérale était nécessaire et le rôle qu'elle joue comme voie d'échappement est depuis longtemps connu ; mais ses voies particulières et ses moyens anatomiques n'ont pas été jusqu'ici suffisamment décrits. A la vérité, quelques voies supplémentaires et non des moins importantes ont été étudiées, mais la loi de ce système dérivatif restait à décrire. M. Jarjavay s'est attaché à combler cette lacune.

Les voies destinées à parer aux excès de tension dans les veines, depuis longtemps connues en anatomie sous le nom d'*anastomoses*, terme générique vague qui s'applique à toute communication veineuse, ont été très heureusement désignées par M. Verneuil sous le nom de *canaux de sûreté*, désignation heureuse qui consacre d'un seul mot leur importance physiologique. Ils sont les analogues des *canaux de dérivation* décrits par M. Ledentu dans son travail sur les veines des membres inférieurs.

Le canal de sûreté type est celui qui, sur une même veine, se porte d'un tronçon à l'autre ; né au-dessus d'une valvule, il va s'aboucher sur un autre segment valvulaire de la même veine ; sa signification est précise, elle saute aux yeux : né au-dessus d'une valvule, il est une voie de suppléance toujours ouverte et prête à fonctionner lors de l'abaissement des valvules pour épargner la surcharge et la dilatation à la veine mère. Il pourra toujours jouer ce rôle dérivatif, car jamais son orifice supérieur ne se trouve dans le segment veineux qui lui a servi de point d'insertion ; toujours il laisse au moins une paire de valvules entre son origine et sa terminaison, souvent il en laisse davantage. Ce canal est ordinairement muni de valvules situées au voisinage de son abouchement et toujours orientées de façon à favoriser la déviation centripète du courant. Ainsi est assurée la dérivation d'un segment valvulaire à un autre segment valvulaire de la même veine. Des figures d'une simplicité et d'une clarté remarquables

© BIU Santé

font comprendre comment plusieurs canaux semblables, disposés en arcades superposées le long d'une même veine et communiquant entre eux, constituent un long canal collatéral parallèle au vaisseau principal et qui permet au sang de ne rentrer que beaucoup plus haut dans ce vaisseau.

A côté de ce mode de dérivation constitué par un canal qui part d'un vaisseau et va aboutir au même vaisseau, il en est un autre destiné à dériver le sang d'un vaisseau à un autre vaisseau. Cette suppléance de deux vaisseaux l'un par l'autre est commune, aussi commune que les variations de la tension veineuse auxquelles elle a pour but de parer. La majeure partie des veines dites *perforantes*, qui font communiquer les vaisseaux sous-cutanés avec les profonds, joue par rapport à l'un d'eux le rôle de canaux de sûreté ; conduisant la colonne sanguine dans le réseau profond en cas de reflux dans le réseau superficiel, ou inversement, suivant la direction des valvules dont elles sont munies. Le trajet de ces canaux dérivatifs que M. Jarjavay nous représente dans leurs types principaux, est souvent très compliqué et leurs valvules sont toujours dirigées de façon à favoriser l'écoulement centripète. Les injections *rétrogrades* auxquelles l'auteur a eu recours sont fort instructives à ce sujet.

Les *veines satellites*, les *bifurcations veineuses*, les *arcades veineuses*, les *veines communicantes*, étudiées dans autant de chapitres séparés, sont des appareils de sûreté, disposés pour assurer la circulation veineuse centripète parant aux reflux fréquents qui se produisent dans le système. L'étude de leurs dispositions principales et de leur rôle termine ce travail, œuvre délicate, très achevée dans le fond et dans la forme.

IV. En anatomie, l'auteur ne s'occupe que des insertions et de l'innervation. Avec Krause et ceux qui, depuis, ont étudié la question, il considère le sterno-cléido-mastoïdien comme un muscle composé de quatre faisceaux, sterno-mastoïdien, sterno-occipital, cléido-mastoïdien, cléido-occipital : c'est le quadrijumeau de la tête. Avec Farabeuf, il divise cet ensemble en deux parties bien distinctes : une superficielle ou muscle sterno-cléido-occipito-mastoïdien, et une profonde ou muscle cléido-mastoïdien ; l'anatomie comparée, la physiologie et la pathologie elle-même confirment cette distinction.

La partie physiologique renferme, à côté des idées généralement acceptées sur l'innervation et les fonctions du muscle, une considération originale et une hypothèse anatomique qui expliquerait un syndrôme clinique encore assez fréquent : la déviation conjuguée des yeux et de la tête.

M. Maubrac considère le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze innervés par le spinal, comme des organes en rapport avec la conservation de l'individu, en ce sens qu'ils doivent être regardés comme des annexes de la vision. M. Maubrac étaye cette interprétation physiologique, qui appartient à son maître, M. le professeur Bouchard, sur des considérations tirées de l'anatomie comparée et de la clinique. Chez l'homme, l'appareil musculaire de l'œil, qui ne permet qu'un champ visuel assez restreint, est insuffisant pour la protection de l'individu ; heureusement nous pouvons l'agrandir, grâce aux mouvements de rotation de la tête dont les agents, dans cette fonction, sont le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze. Chez les animaux dont le cou est doué d'une mobilité très restreinte (éléphant, porc, baleine), la mobilité des globes oculaires est considérable ; elle est à son minimum chez les oiseaux, dont la quasi-fixité des globes oculaires est largement compensée par l'extrême mobilité de la tête. L'innervation des muscles qui effectuent cette rotation par le spinal qui s'ajoute aux rameaux rachidiens cervicaux, est en rapport avec cette fonction. Elle a son contre-coup en pathologie dans un syndrôme clinique assez fréquent : la déviation conjuguée des yeux et de la tête. Peut-être est-il explicable par l'hypothèse d'un centre encéphalique ou bulbo-protubérantiel établissant d'intimes connexions entre les nerfs qui vont aux muscles de l'œil et le spinal, nerf crânien également, qui va au sterno-cléido-mastoïdien et au trapèze. A l'état normal, ce centre les associe dans une synergie fonctionnelle, profitable à l'individu et à l'espèce. — P. Pomier.

CORRESPONDANCE

M. le professeur Robin et la maison J. B. Baillière.

Concarneau, le 28 avril 1884.

Monsieur le Rédacteur en chef,

En date du 22 avril, j'ai reçu de MM. J. B. Baillière et fils, une lettre contenant ce qui suit :

Cher Monsieur, au moment où nous allons terminer la nouvelle édition du *Dictionnaire de Médecine*, nous nous sommes présentés chez vous, pour vous communiquer, par un motif de haute convenance que vous apprécierez, la préface des éditeurs. N'ayant pas eu le plaisir de vous rencontrer, nous prenons le parti de vous l'adresser par la poste en vous priant de vouloir bien nous renvoyer cette épreuve par le retour du courrier, avec vos observations s'il y a lieu.

J'ai répondu ce qui suit à MM. Baillière :

Concarneau, le 26 avril 1884. — Messieurs, — En rentrant d'excursion je trouve votre lettre du 22 avril à laquelle je réponds : Je veux formellement que soient enlevées les 2 lignes sur lesquelles je mets mon *deleatur* dans l'épreuve ci-contre de votre préface. Je tiens essentiellement à ce que mon nom ne soit pas dans la préface d'un livre que ni Littré ni moi n'avons revu. J'y tiens d'autant plus que ce que j'ai lu de ce Dictionnaire, en ce qui me concerne, résume comme étant mes idées nombre de vues auxquelles les faits m'ont conduit à substituer d'autres notions dans plusieurs mémoires et articles publiés depuis 1879, dans les examens et dans mon Cours de faculté. Dire que le livre sus-indiqué *contient un résumé exact et précis de mes idées* serait absolument contraire à la vérité. Je m'empresserai de le faire connaître au monde médical et scientifique par la publication de cette réponse, etc., dans le cas où vous ne suivriez pas les indications de ma volonté formelle.

Je vous présente mes salutations. C. Robin.

Or, ce 28 avril, je reçois le n° 17 (26 avril 1884) du *Journal général de la Librairie*, dans lequel je lis, p. 770, les 2 lignes dont j'ai demandé la suppression à MM. Baillière, leur publication ayant paru avant que les observations sur elles, que ces messieurs me réclamaient aient été reçues à Paris, je me vois amené à protester contre l'exactitude de ce que cette annonce a pour but de faire croire. Je le fais en publiant ma réponse à ces éditeurs, réponse rédigée et envoyée avant que j'aie pu connaître ce qu'ils avaient imprimé déjà.

Je vous serais fort reconnaissant, monsieur le Rédacteur, si vous vouliez bien faire connaître ce qui précède à vos lecteurs et agréer l'assurance de mes sentiments très distingués.

Professeur Ch. Robin.

THÉRAPEUTIQUE

Les Pilules de coloquinte composées;

Par le Dr Lefébure.

Dans le courant de l'année dernière, nous avons déjà eu l'occasion de signaler l'utilité d'une préparation pharmaceutique récemment entrée dans le domaine de la thérapeutique, et nous lui prédisions un grand succès en démontrant que cette préparation était un des meilleurs moyens de combattre les troubles gastro-intestinaux si fréquents, dont le résultat presque inévitable est d'amener une sorte de paresse et d'atonie de la musculature intestinale et par suite une constipation rebelle.

Nous montrions les inconvénients des purgatifs salins d'une façon continue : « Les drastiques légers, disions-nous, sous forme de conclusion, dont l'administration amène une légère irritation superficielle de la muqueuse des voies digestives n'ont pas le même inconvénient, et, à ce point de vue, les pilules suisses nous paraissent remplir les indications cherchées. Elles ont des effets certains et

© BIU Santé

assez doux pour qu'on puisse les répéter à très courts intervalles; avec elles, enfin, on obtient l'effet sans produire aucune réaction violente ni funeste. »

Depuis cette époque, l'expérience de chaque jour a prouvé combien étaient exactes nos appréciations de la première heure. Accueilli avec faveur par les praticiens, le nouveau médicament est rapidement devenu populaire, et son chiffre de vente, véritablement surprenant, est la meilleure preuve de son efficacité et des succès obtenus journellement par son emploi. On a délivré en effet, du 26 janvier 1883 au 15 décembre de la même année, un million vingt-sept mille boîtes revêtues du timbre de l'Etat.

Ce succès, pour ainsi dire sans précédent, n'est pas fait pour nous surprendre, nous sommes même persuadés que, d'année en année, il ne fera que s'affirmer davantage. En effet, aux propriétés cathartiques qu'elles possèdent au premier degré, les pilules suisses en ajoutent une autre : elles renferment un principe amer, excitant par conséquent l'appétit et tonifiant l'intestin en même temps qu'elles en régularisent les fonctions. Il serait difficile de trouver ces qualités réunies dans un autre produit.

BIBLIOGRAPHIE

La géographie médicale; par M. le Dr A. Bordier, 1 vol. de 688 pages avec figures dans le texte et 21 cartes explicatives. Paris 1884. — C. Reinwald, éditeur.

« On a pendant longtemps accusé, non sans raison, les Français d'ignorer la géographie; il faut le reconnaître, nous nous confinions jadis assez volontiers chez nous et cette tendance de notre esprit se manifestait dans toutes les sciences auxquelles nous nous appliquions. Une expérience acquise à nos dépens nous a tout à coup corrigés, et, depuis treize ans, toutes nos études se sont ressenties du besoin, nouveau pour nous, de comparer les phénomènes qui se produisent dans notre pays, sur notre sol, sous notre ciel, dans notre société, en un mot, dans notre *milieu*, avec ceux de même ordre qui se produisent dans les autres pays. »

Ces quelques lignes qui marchent en tête du livre que vient de publier M. le Dr Bordier, professeur à l'Ecole d'Anthropologie, nous indiquent déjà un auteur, non seulement pénétré du sujet qu'il va traiter, mais encore un patriote ardent qui veut, en montrant l'exemple, convaincre ses lecteurs de l'utilité de semblables études jusqu'alors trop négligées. Un tel livre, conçu dans un tel esprit par un homme dont les cours ont un succès si légitime, ne pouvait qu'occuper de suite un rang des plus honorables dans cette *Bibliothèque des sciences contemporaines*, si riche en œuvres de haute valeur, et dont il forme désormais le dixième volume.

Le plan qu'a suivi M. Bordier est des plus rationnels : avant de nous faire connaître géographiquement l'homme et ses maladies sous les divers climats, il a, dans un premier chapitre, étudié *les milieux* dans lesquels celui-ci va se trouver plongé. L'action de la température, de la lumière, de l'électricité, des vents, de la pression atmosphérique est tour à tour analysée. L'auteur nous montre que, « si les pays chauds réalisent volontiers le paradis mythologique où l'homme n'a qu'à se laisser vivre, il est loin d'en être ainsi dans les climats froids : la lutte pour l'existence y devient terrible et la sélection finit forcément par éliminer les moins forts, les moins vivaces et les moins industrieux. » En étudiant le *froid au point de vue social*, M. Bordier, si le cadre de son livre le lui eût permis, aurait pu s'insurger contre les opinions de certains philosophes bien repus qui prêchent l'unité de la morale ne pouvant pas comprendre cette lamentable histoire, rapportée par les survivants de la *Jeannette*, d'un Esquimau qui avouait *sans honte* avoir dévoré sa femme et ses enfants qui succombaient d'inanition. Signalons dans ce chapitre une excellente étude sur la *pression atmosphérique et l'anoxhémie des hauteurs*; la pathologie spéciale des altitudes; le rôle de la pression atmosphérique dans l'évolution des êtres. A cet endroit l'auteur, qui est un transformiste convaincu, dit que « c'est peut-être dans l'étude des fermentations diastasiques qu'on trouvera quelque jour le moyen d'expliquer la genèse, non pas telle qu'elle se fait actuellement mais bien telle qu'elle a pu se faire au début, au moment de la première évolution de la matière. »

Le *sol* et l'influence de sa composition sur les êtres qui le recouvrent et qui en vivent sont étudiés dans un deuxième chapitre. Sa pauvreté en matières calcaires est une cause indéniable de la *cachexie ossifrage*, de l'*ostéomalacie des grands vertébrés*, du *rachitisme*; de même qu'un sol trop riche en calcaires nourrit des calculeux, des athéromateux et des goutteux. Au point de vue social la *configuration du sol* joue un rôle aussi important que sa composition chimique : « Si dans les pays tempérés les populations envahies se réfugient dans les massifs montagneux, c'est que les envahisseurs ont de la peine à les y suivre : aussi est-ce dans ces populations que le type se conserve le plus pur : témoin les Savoyards, les Auvergnats et les Bretons. »

Le chapitre III est certainement un des meilleurs du livre de M. Bordier : il traite de la *Faune et la Flore* et de la *Lutte de l'homme pour l'existence*. L'alimentation et son influence pathologique et sociale y sont d'abord particulièrement traitées. L'espèce se modifie par le régime alimentaire et si, aujourd'hui, les grandes famines sont devenues si rares et généralement si peu prolongées qu'elles n'entraînent plus guère de modifications à longue distance dans l'évolution d'une espèce, il existe, en revanche, certaines habitudes pernicieuses qui amènent sa dégénération. Parmi celles-ci viennent en première ligne l'*alcoolisme* en Europe, l'opium en Asie, qui dégradent autant l'esprit que le corps. L'homme, dans la circonstance, est agent volontaire de sa destruction : il n'en est plus de même dans la lutte qu'il a entreprise contre les germes extérieurs vivants, la faune des infiniments petits. Ici se place une étude complète des *ferments* et des *fermentations* pathologiques de toutes les maladies contagieuses; des parasites microscopiques; de ceux qui habitent le tube digestif, ankylostome et tœnias; de ceux qui logent dans les tissus, trichine; vivent dans le sang, filaire; ou choisissent le tégument externe pour domicile. Ainsi qu'on pouvait le prévoir, les parasites étrangers à nos climats sont décrits avec autant de soin que ceux qui attaquent les Européens : leur histoire naturelle, leur mode d'action, les moyens prophylactiques, nous sont clairement exposés.

Le chapitre IV : *Les hommes, le milieu social*, nous fait assister aux diverses phases de la civilisation. L'étude de cette dernière chez les peuples sauvages nous montre ce qu'a dû être l'humanité dans les premières périodes de son développement. Celle-ci a dû passer par une série d'étapes dont la dernière, « caractérisée par la décadence de la métaphysique et le triomphe de la science qui substitue définitivement son influence à celle des religions évanouies ne fait que commencer. Mais, ces étapes ne se parcourent qu'en une longue série de siècles : elles sont en effet corrélatives de modifications anatomiques fatales, inéluctables, indispensables; or, comme les modifications anatomiques demandent un temps fort long pour se fixer dans une race par hérédité et par sélection, il en résulte qu'on ne peut décréter, comme les Européens veulent trop souvent le faire avec les sauvages, la promotion d'une population d'Australiens à l'état de civilisation des Européens; vous faites des chemins de fer, des télégraphes, vous habillez le sauvage, vous lui donnez l'alcool, la pipe, à l'instar de Londres, vous lui donnez même l'instruction classique dans les meilleurs collèges d'Angleterre; le sauvage garde la pipe et l'alcool; il jette tout le reste, à commencer par son bagage pédagogique, et il court tout nu chasser le kangourou avec son boomerang! » Ces quelques extraits de la première partie du livre de M. Bordier nous permettront d'être bref sur le Livre II de son œuvre qui traite plus particulièrement et minutieusement des différentes *races humaines*; de leurs caractères anatomiques et pathologiques; de la pathologie générale comparée des

© BIU Santé

tempéraments ; des états physiologiques ou pathologiques des sexes et des âges. Nous aurions encore à parler de la transformation de l'individu par le milieu, de l'atavisme, des monstruosités et des anomalies réversives, de l'hérédité, de la sélection, de la concurrence vitale et de la dégénérescence, nous préférons renvoyer nos lecteurs à l'étude complète de cet ouvrage rempli de documents précieux, d'appréciations élevées, et qu'attend, croyons-nous, un grand et légitime succès. G. GILLES DE LA TOURETTE.

CONSEIL D'HYGIENE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ.

Rapport sur l'utilité qu'il y aurait à autoriser la Crémation des Corps ayant servi à des études anatomiques.

Monsieur le Préfet,

Dans la séance du 17 août 1883, M. Bourneville a appelé l'attention des membres du Conseil d'hygiène sur l'utilité qu'il y aurait à détruire, par incinération, les corps qui ont servi à des études anatomiques dans les amphithéâtres des hôpitaux (Clamart) et de l'École pratique. J'ai l'honneur de vous présenter un résumé des délibérations de la Commission que vous avez nommée pour étudier cette question, et de soumettre à votre approbation les conclusions qu'elle a adoptées.

M. Bourneville a fait remarquer que, chaque année, les cadavres qui servent aux dissections s'élèvent au chiffre de trois à quatre mille [1]. Le développement constant des études anatomiques, ne permet pas de croire que ce chiffre subisse un abaissement notable. Il représente à peu près le douzième ou le treizième de la mortalité totale de Paris (1881 : 48,000 décès). L'encombrement des cimetières parisiens est tel que la destruction de ces corps par le feu aurait, au point de vue municipal, un réel intérêt.

Il n'y aurait pas à craindre, d'après M. Bourneville, que l'adoption de cette mesure impressionnât les malades des hôpitaux. En effet, les corps livrés aux amphithéâtres de dissection, sont ceux qui n'ont pas été réclamés par les familles ; par conséquent, ceux qui sont complètement abandonnés. M. le directeur de l'Assistance publique serait lui-même favorable à l'adoption de cette mesure.

Si l'autorité compétente acceptait la proposition qui vous est soumise; il serait possible de faire sur la construction des fours crématoires, des expériences utiles. M. Bartet, ingénieur en chef, envoyé en mission pour étudier les différents systèmes adoptés à l'étranger, a bien voulu donner à la Commission des renseignements fort instructifs, qui prouvent que les modes de crémation essayés jusqu'à ce jour, laissent à désirer ; mais rien n'indique que l'hygiène ait eu à souffrir des différents systèmes mis en pratique. Nous joignons en annexe à ce rapport un résumé de la déposition faite par M. Bartet dans le sein de la Commission.

Si le projet soumis aux délibérations du Conseil était adopté, nous demanderions que l'on profitât des circonstances pour résoudre quelques-uns des problèmes qui s'opposent actuellement à l'adoption de la crémation. Vous vous souvenez que, parmi les raisons qui avaient paru à votre rapporteur devoir faire rejeter la crémation en temps d'épidémie, une des premières était que si l'autopsie précédait nécessairement l'autorisation de la crémation, et si l'expert trouvait dans le corps un poison : arsenic, mercure, etc., il faudrait faire une enquête auprès de la famille pour savoir si, dans les derniers mois de sa vie, le malade n'avait pas ingéré une de ces substances à titre de médicament, pour une affection qu'il pouvait avoir des motifs de chercher à tenir secrète.

Il serait nécessaire, dans le cas où l'autorité approuverait la proposition de M. Bourneville, d'émettre le vœu qu'une Commission fût chargée de rechercher dans quelle mesure on pourrait retrouver, dans ces cadavres, les traces des médicaments ingérés pendant la vie ; si, par exemple, on arriverait dans les analyses viscérales à distinguer, peut-être par des localisations spéciales, ces ingestions thérapeutiques nécessairement très lentes, des ingestions en général plus rapides qui accompagnent les intoxications provoquées.

Une Commission technique pourrait être chargée d'étudier les conditions dans lesquelles les fours devraient être installés : de décider s'il y aurait avantage à ce que cette crémation fût faite dans un lieu peu éloigné des amphithéâtres de dissection, et de rechercher la solution des problèmes soulevés par la médecine légale à l'occasion de la crémation.

Messieurs, votre rapporteur vous a résumé brièvement les arguments exposés dans le sein de la Commission ; mais le Conseil n'a pas à se prononcer sur quelques-uns d'entre eux. Il ne peut se substituer à l'Administration des hôpitaux, et les seules conclusions que la Commission soumet à votre approbation, sont les suivantes :

1° L'hygiène publique n'aurait rien à redouter de l'incinération des cadavres provenant des amphithéâtres de dissection, pourvu qu'elle soit faite dans des fours convenablement installés et ne dégageant aucune odeur ;

2° Au point de vue médico-légal, la crémation de ces débris humains ne présenterait aucun inconvénient.

Signé : LEGOUEST, PÉLIGOT, GOUBAUX, BOURNEVILLE, LINDER et BROUARDEL, *rapporteur* (1).

— Le Conseil municipal, adoptant la proposition de M. Bourneville, a depuis longtemps invité l'Administration à procéder à la crémation. Cette même proposition vient d'être adoptée par le Conseil d'hygiène. Il est donc à espérer que, en attendant le vote du projet de loi sur la crémation déposé il y a près de deux ans, à la Chambre des députés, le gouvernement va autoriser, à titre d'essai, la crémation des débris des corps ayant servi aux études anatomiques.

VARIA

Choléra.

Les journaux ont déjà signalé l'arrivée en Angleterre d'un navire contaminé par le choléra, le *Crocodile ;* un nouveau navire contaminé, l'*Iron-Cross,* vient d'aborder à Tuccustow, venant de Java et de la mer des Indes. Ce navire a dû laisser à Java son capitaine malade ; depuis, deux officiers, le maître d'hôtel et deux matelots sont morts en route du choléra. En Autriche, les provenances du canal de Suez ou des Indes sont soumises à une quarantaine de cinq jours.

Le *Phare d'Alexandrie,* du jeudi 26 avril, dit que le 22 avril « MM. les Consuls généraux se sont réunis au consulat général d'Italie au Caire. Le but de cette réunion était la discussion des mesures à prendre contre une invasion possible du choléra pendant l'été, et des meilleurs moyens pour écarter tout danger du pays. Leur attention s'est tout naturellement portée sur l'organisation actuelle du Conseil Sanitaire, et l'on assure que MM. les consuls ont décidé de demander à leurs gouvernements l'introduction de certaines modifications qui leur semblent indispensables dans le règlement actuel. On prétend aussi qu'une demande collective des consuls serait adressée à S. E. le Président du Conseil des ministres, pour le prier d'aviser M. Walter Mieville, président du conseil sanitaire, qu'il ait à rester dans la limite stricte de ses attributions.

Le même journal dans un numéro précédent (22 avril), nous fournit quelques renseignements sur M. Mieville.

« Nous savons du reste », dit-il, « que le nouveau président, M. Mieville est anglais et partage assurément les idées de ses compatriotes en matière de quarantaine ; de plus, il est complètement étranger à la science médicale ; enfin l'on n'a pas oublié que l'année dernière, alors qu'il était délégué du gouvernement britannique au conseil sanitaire, il étala en pleine séance la proclamation des principes suivants, quelques jours avant l'apparition du choléra en Egypte :

(1) Ce rapport a été lu et adopté dans la séance du 14 mars 1884.

			Cadavres.	
(1) En 1878,	il a été envoyé	à Clamart.	1.692	2.170
—	—	à l'École pratique. .	1.038	
En 1879,	—	à Clamart.	1.949	3.748
—	—	à l'École pratique. .	1.779	
En 1880,	—	à Clamart.	2.136	3.675
—	—	à l'École pratique. .	1.539	
En 1881,	—	à Clamart.	1.982	
—	—	à l'École pratique. .	?	
En 1882,	—	à Clamart.	1.728	
—	—	à l'École pratique. .	?	

© BIU Santé

« D'après les instructions de S. E. le comte de Granville, qui a reçu communication des vœux du Conseil dans cette question, je dois proposer à mes collègues de vouloir bien renvoyer la question des arrivages à Suez des pèlerins indiens et javanais avec patente nette, à la commission qui a préparé le règlement, afin que ladite commission puisse l'étudier et faire son rapport au Conseil. Le gouvernement de Sa Majesté britannique est d'opinion que, par principe, on doit toujours agir ainsi lorsqu'il est question d'apporter un changement dans les règlements ; car, bien qu'il soit sensible que la mission du Conseil est de sauvegarder la santé publique en Egypte, on doit néanmoins veiller en même temps à la sauvegarde des intérêts du commerce et ne pas changer les règlements en vigueur, sans considérer ce côté de la question et sans donner au préalable un avis suffisant pour que les armateurs et les agents des bateaux sachent à quoi s'en tenir.

« Je propose donc le renvoi de cette question à la commission, et j'espère bien que le Conseil n'hésitera pas à montrer, en acceptant la proposition, qu'il est toujours animé du désir de ne pas imposer des entraves au commerce en prenant des mesures précipitées. »

Le Conseil sanitaire, dans sa séance du 26 avril, a décidé que le règlement contre le choléra serait appliqué dès ce jour aux provenances de Bombay.

Concours pour des places de professeur suppléant dans les Ecoles préparatoires de médecine.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 7 mai 1884, un concours s'ouvrira le 15 novembre 1884, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 7 mai 1884, un concours s'ouvrira le 10 décembre 1884, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 7 mai 1884, un concours s'ouvrira le 10 novembre 1884, devant l'école supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et pharmacie de Caen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 7 mai 1884, un concours s'ouvrira le 1er décembre 1884, devant l'école supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine et pharmacie de Caen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 7 mai 1884, un concours s'ouvrira, le 15 novembre 1884, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 7 mai 1884, un concours s'ouvrira le 15 novembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Médecins militaires et médecins de la marine.

Par décret décret du Président de la République en date du 3 mai 1884, rendu sur le rapport du vice-amiral, ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, après concours :

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. Bédart (Armand-Gabriel), aide-médecin. — Laborde (Armand-Daniel), aide-médecin. — Le Moyne (Armand-Marie), médecin auxiliaire de 2e classe. — Bourrée (Alexandre-Julien-Marie), aide-médecin. — Claverie (Paul), aide-médecin. — Huas (Pierre-Camille-Victor), aide-médecin. — Mazet (Joseph-Auguste-Valentin), aide-médecin. — Le Cuziat (Yves-Marie-Alexis), aide-médecin. — Bizardel (Jacques-Georges-Maximilien), aide-médecin. — Dédet (Léon-Paul-Auguste), médecin auxiliaire de 2e classe. — Le Gac (Gabriel-Lucien-Marie), aide-médecin. — Thomas (Jean-Marie-Pierre-François), aide-médecin. — Ménier (Paul-Victor), aide-médecin. — Jarri (Narcisse-Louis-Albert), aide-médecin. — Babot (Daniel-Léonard), médecin auxiliaire de 2e classe.

Au grade d'aide-médecin. MM. les étudiants : Guillot (Emmanuel-Marie). — Bou (Jean-Edouard). — Benon (Henri-Edouard). — Marloy (Joseph-Marie-Omer-Emile). — Le Guen (Paul-Armand-Marie). — Durand (Frédéric-Charles-Louis-Napoléon). — Malespine (Paul-André-Joseph). — Bouyssou (François). — Lefèvre (Jean-Baptiste-Gustave-Alfred). — Pinard (Edouard-François-Marie). — Morel (Frédéric-Marie). — Imbert (Gabriel-François). — Pierron (Louis-Désiré). — Coppin (Charles-René). — Angier (Henry-Albert-Marie). — Ribes (François-Jacques-Joseph).

Par décret en date du 29 avril 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Aubry (Paul-Victor), médecin aide-maj. de 1re cl. — Weiss (Georges-Théodore), médecin aide-maj. de 2e cl., profess. agrégé de chirurgie. — Guelliot (Antoine-Octave), médecin aide-maj. de 2e cl., médecin des hôpit. de Reims.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. François (Dominique-Gustave). — Stœber (Victor-Adrien). — Nau (Jules). — Regnier (Jules-Gabriel). — Febvré (Alphonse-Marie-Camille). — Laurent (Nicolas-Alfred). — Meunier (Louis-Edmond-Camille). — Dorveaux (Paul-Marie-Jean). — Reibel (Jean-Baptiste-Jules). — Vesseaux (Jules-Georges-Frédéric). — Dechoudans (Jean-Edouard). — Duvernoy (Edouard). — Geoffroy (Louis-Emile-Arthur).

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe. — M. Julhe (Jean-Baptiste-Isidore).

Par décret en date du 29 avril 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Hergott (Louis-Alphonse), médecin aide-maj. de 2e cl., agrégé de la faculté de méd. de Nancy. — Moret (Jules-Louis), médecin aide-maj. de 2e cl., profess. à l'école de méd. de Reims. — Demange (Joseph-Charles-Emile), médecin aide-maj. de 2e cl., profess. agrégé de méd. de la faculté de Nancy. — Berger (Paul), médecin aide-maj. de 2e cl., profess. agrégé de la faculté de méd. de Paris. — Pozzi (Jean-Samuel), médecin aide-maj. de 2e cl., chirurg. des hôpit., profess. agrégé de la faculté de méd. de Paris.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — MM. Leclerc (Hubert-Elie). — Crucis (Léon). — Spiral (Charles). — Baux (Joseph). — Carion (Marie-Félix). — Seuvre (Edmond-Louis-Désiré). — Bœckel (Jules). — Grenell (Maurice-Camille-Armand). — Cartaz (Henri-Adolphe). — Cabasse (Albert-Numa). — Lelorrain (Henri). — Bonnet (Marie-Joseph-Pierre-Georges). — M. Champy (Charles-Joseph) — Richard (Léon). — Wittmann (Auguste-Léon). — Levêque (Paul-Louis-Victor). — Bancel (Louis-Joseph-Camille). — Nacquard (Paul-Emmanuel-Jean-Baptiste). — Solmon (Edouard-Raimond). — Grollemund (Waast). — Peltier (Jean-Nicolas-Gustave). — Guelliot (Aubert-Charles-Henri). — Courtet (Philibert-Claude-Michel-Augustin). — Liégeois (Charles-Auguste). — Beugnon (Edouard-Théophile). — Michaut (Armand-Louis-Emile). — Labache (Henri-Léon). — Dehenne (Albert-Antoine-Georges). — Lapierre (Antoine-René-Anastase). — Fagart (Louis-Hippolyte-Alfred). — Planteau (Mathieu-Henry). — Michel (Louis-Joseph-Michel). — Chatelin (Charles). — Moulard (Irénée-Marc). — Métras (Armand-Germain). — Grellot (Charles-Louis-Alfred). — Guérin (Louis-François-Xavier). — Guillaume (Louis-Armand). — Teissier (Louis-Aimé-Marie-Joseph). — Chavanis (Hippolyte). — Descoust (Paul-Henri-Nelzir). — Fustier (Antoine). Graux (Alfred-Guillaume-Gaston). — Amodru (Marie-Joseph-Laurent). — Gervais (Henri-Frédéric-Paul). — Chouppe (Léon-Auguste-Marie-Henri). — Deffaux (Nicolas-Emile). — Thorens (Jean-Henri). — Goy (Louis-Emile-Joseph). — Gaillard (Arnould-Henri-Gaston).

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — M. Debionne (Jules-Louis), pharm. aide-maj. de 2e cl., profess. titulaire à l'école de méd. et de pharm. d'Amiens,

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — MM. Calloud (Fabien). — Bardel (Paul). — Malard (Jean-Baptiste-Charles-Ferdinand). — Poulet (Edmond-Joseph-Louis). — Chateau (Bernard). — Gallard (Louis-Eugène). — Tailleur (Joseph-Paul).

Exercice illégal de la médecine.

Le tribunal correctionnel de Chambéry, dans sa séance du 28 mars 1882, a condamné à 15 francs d'amende pour chacune des contraventions relevées contre lui, un nommé Bernard poursuivi pour exercice illégal de la médecine et ayant déjà subi pour le même fait de nombreuses condamnations. M. Bernard se serait fait annoncer dans plusieurs familles comme *un célèbre médecin*. Du jugement prononcé contre Bernard il résulte que :

© BIU Santé

Le taux de l'amende édictée par l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI, n'ayant pas été fixé par le législateur, les tribunaux ne peuvent prononcer que la plus faible de celles prévues par le Code pénal, c'est-à-dire une amende de 1 à 15 francs. Dès lors, l'infraction à cet article ne constitue qu'une contravention de simple police.

Et, par suite, le prévenu ne peut être considéré comme récidiviste que sous les conditions prévues par l'article 483 du Code pénal. Le fait de se laisser donner les titres de docteur ou de médecin par les personnes qu'il traite ne constitue pas, de la part du prévenu, l'usurpation de titre prévue et punie par l'article 36 de la loi du 19 ventôse an XI. Mais l'usurpation de titre résulterait de l'envoi d'un émissaire chargé du soin d'annoncer aux malades la venue « d'un célèbre médecin ». (Solution implicite.)

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 12. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Tillaux, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Henninger. — 2e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Potain, Reynier. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (N. R. Charité, 1re partie) : MM. Verneuil, Guyon, Pinard.

Mardi 13. — 2e *de Doctorat* (N. R. Epreuve pratique) : MM. Sappey, Richet, Bouilly. — 2e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Cornil, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Bouchard, Proust, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Péter, Hanot. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Hardy, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Jaccoud, Charpentier.

Mercredi 14. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Verneuil, Terrillon. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie.) 1re *Série* : MM. Trélat, Rendu, Segond ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Hayem, Rémy ; — 3e *Série* : MM. Guyon, Tillaux, Farabeuf. — 2e *de Doctorat* : MM. Potain, Fournier, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* : Regnauld. Damaschino, Guibhard.

Jeudi 15. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Gosselin, Lefort, Richelot. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Richet, G. Sée, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Sappey, Cornil, Debove. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Laboulbène, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Jaccoud, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) 1re *Série* : MM. Pajot, Panas, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Hardy, Bouchard, Troisier.

Vendredi 16. — 2e *de Doctorat* (N. R. Epreuve pratique) : MM. Béclard, Trélat, Segond. — 1er *de Doctorat* : MM. Vulpian, Guyon-Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). MM. Verneuil, Hayem, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Charcot, Hanriot, Straus. — 2e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Potain, Tillaux, A. Robin ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Rendu, Terrillon. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Remy.

Samedi 17. — 2e *de Doctorat* : MM. Sappey, Cornil, Humbert. — 2e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Péter, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Robin, Panas, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Richet, G. Sée, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Lefort, Gosselin, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Ball, Campenon.

Hôpital de la Charité. — M. Terrillon, suppléant M. Gosselin, a repris ses leçons de clinique chirurgicale, le vendredi 2 mai, à 9 heures et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Asile Sainte-Anne. — M. Ball a repris son cours de maladies mentales, le dimanche 4 mai, à 10 heures du matin et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Thèses soutenues devant la Faculté.

Mardi 13 mai. — M. Guimbal : de la folie à la ménopause ; M. Renard : Quelques considérations sur le traitement de l'hydrocèle simple.

Enseignement médical libre.

M. le Dr Lailler commence, à l'hôpital Saint-Louis, dimanche prochain 11 courant, à 9 heures précises du matin, une série de conférences pratiques *sur les Teignes au point de vue surtout de l'inspection des écoles ;* il les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Hôpital de Lourcine. — Cours clinique de gynécologie. M. Martineau reprendra son cours le mercredi 14 mai à 9 heures et le continuera les mercredis suivants à la même heure. Tous les jours visite des malades, à 9 heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 25 avril au jeudi 1er mai 1884, les naissances ont été au nombre de 1219, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 455 ; illégitimes, 193. Total, 648. — *Sexe féminin* : legitimes, 432 ; illégitimes, 139. Total, 571.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 25 avril au jeudi 1er mai 1884, les décès ont été au nombre de 1153 savoir : 634 hommes et 519 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 24, F. 15. T. 39. — Variole : M. 1, F. 3, T. 4. — Rougeole : M. 30, F. 25, T. 55. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 6, F. 8. T. 14. — Diphthérie, Croup. M. 22, F. 27, T. 49. — Dyssenterie : M. .. F. 1, T. 1. — Erysipèle : M. 7, F. 3, T. 10. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 36, F. 33, T. 69. — Phthisie pulmonaire : M. 155, F. 89. T. 244. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 7. T. 22. — Autres affections générales : M. 25, F. 19, T. 44. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 23, F. 25, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 16, T. 26. — Pneumonie : M. 49, F. 44, T. 93. — Athrepsie : M. 22, F. 22. T. 44. — Autres maladies des divers appareils : M. 182, F. 165, T. 347. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 18, F. 6 T. 24. — Causes non classées M. 8, F. 5, T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 96 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 43 ; illégitimes, 14. Total : 57. — *Sexe féminin* : légitimes, 27. illégitimes, 12. Total : 39.

Concours. — Un concours *sur titres* est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la clinique nationale ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts. Le titre de docteur en médecine est exigé. MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés de 10 heures à 4 heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires. Ils mettront, à l'appui de leur demande, leur diplôme de docteur et leur extrait de naissance. Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 15 juin 1884.

Faculté de Médecine de Lyon. — Chaire de pathologie. — Dans sa séance du jeudi 1er mai, la faculté de médecine de Lyon a désigné M. le Dr J. Teissier pour occuper la chaire de pathologie. Ce vote a été émis à la majorité de 18 voix sur 19 votants. Nous adressons toutes nos félicitations à notre excellent confrère et ami.

Nominations. — M. le Dr Riu vient d'être nommé médecin du quartier des aliénés de l'hospice d'Orléans.

Assistance publique. — Le lundi 2 juin, il sera procédé dans une des salles de la mairie du 16e arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

Maison nationale de Charenton. — Des places d'interne vont devenir vacantes dans la Maison nationale de Charenton. Les candidats munis de toutes leurs inscriptions et ayant passé un examen de doctorat, doivent transmettre leur demande au Ministre de l'Intérieur. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le directeur de la Maison nationale.

Médecins conseillers municipaux. — Au premier tour de scrutin ont été nommés : MM. Deschamps, autonomiste ; Robinet, radical ; Desprès, réactionnaire clérical ; Cattiaux, autonomiste.

Prix civiale. — Les internes titulaires et provisoires, seuls admis à concourir, doivent avoir déposé leur travail au secrétariat général de l'Assistance publique avant le 15 août prochain.

Muséum. — M. le professeur Ch. Rouget a commencé son cours de physiologie générale, le jeudi 1er mai 1884, à 4 heures et demie du soir, et le continue les jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée. Son cours aura pour objet, cette année : 1° les mouvements du cœur ; 2° les mouvements érectiles, spécialement ceux des organes de la génération chez les végétaux et les animaux. Les leçons ont lieu le mardi, de 3 à 4 heures, dans le laboratoire.

Titres honorifiques. — La *Wiener medizinische Presse* du 4 mai 1884, annonce, que M. le professeur v. Wecker, à Paris (*Oesterreicher*, Autrichien), vient d'obtenir la Croix de commandeur de l'ordre du Christ (de Portugal).

— La Société nationale d'acclimatation vient d'accorder la médaille d'or offerte par le ministre de l'agriculture à M. le Dr Dareste, pour ses études sur *l'incubation artificielle*. (*Semaine médicale.*

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 mai 1884, à 4 heures très précises, au Palais de Justice (salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Rocher sur une question d'assurance sur la vie ; 2° Suite de l'ordre du jour de la précédente séance.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Les cinq académies ont nommé comme membre du conseil MM. Jules Simon, Jules Girard, Joseph Bertrand, M. le vicomte Delaborde et M. Victor Duruy.

© BIU Santé

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 11 mai, dans les bois de Montfermeil. Le départ s'effectuera de la gare de l'Est, à 11 heures et demie, pour la station de Gagny. — M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 11 mai 1884 à Virollay. Départ de Paris (gare Montparnasse), à 11 heures 5 m.

M. Chevreul, membre de l'Institut, en son absence, M. Guignet, ancien élève de l'Ecole polytechnique, lauréat de l'Institut, a ouvert le cours de chimie appliquée aux corps organiques, le jeudi 1er mai 1884, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Le cours de cette année sera consacré à l'histoire des principes immédiats contenus dans les êtres vivants, animaux et végétaux.

Les femmes-médecins en Belgique. — Mlle Isa van Diest, (de Louvain), vient de passer, devant le jury central, l'examen de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, Mlle Van Diest avait déjà obtenu à l'université de Berne, les diplômes de docteur ès sciences et de docteur en médecine, chirurgie et accouchements. Jusqu'à ce jour, aucune femme belge n'avait passé cet examen. (*Journal d'accouchements*, p. 112).

Nouveaux journaux. — Nous avons reçu un des premiers numéros de *La Espana Medica*, organe dosimétrique dirigé par M. Antonio de Cozar y Calvo paraissant à Madrid tous les quinze jours. — Nous avons également reçu le premier numéro du *Commentario clinico delle malattie degli organi genito urinari*, revue paraissant à Pise sous la direction du Dr D. Barduzzi. — Nous recevons le troisième numéro d'une nouvelle revue quinzennale « *Las Ciencias medicas* » dirigée par le Dr Crous Casellas et paraissant à Valence. — Nous avons reçu les premiers fascicules du *Giornale di neuropatologia*, revue trimestrielle dirigée à Naples par le professeur Francesco Vizioli et le Dr Raffaele Vizioli. — Nous avons aussi reçu les trois premiers fascicules d'une nouvelle revue *The Bristol medico-chirurgical Journal*, publiée sous les auspices de la société médico-chirurgicale de Bristol.

Nécrologie. — Nous enregistrons avec regret le décès d'un de nos plus éminents confrères de province, le Dr P.-J.-S. Gazagnaire, de Cannes. Les rares survivants de sa génération se rappellent avec quel dévouement et quel insouciant stoïcisme il avait installé, de sa propre initiative, des ambulances dans divers quartiers de Paris, lors de l'épidémie de choléra de 1832. Après un court séjour à Sainte-Pélagie, où l'avaient conduit ses ardentes convictions démocratiques et son opposition à la monarchie de juillet, il alla se fixer à Grasse, puis à Cannes où il continua de répandre le bien autour de lui. Cet homme de cœur vient de mourir à l'âge de 76 ans ; il était docteur depuis 1832. Nous saluons en lui un praticien des plus distingués et l'un de ceux qui font le plus d'honneur à notre profession. — M. Aubrion, médecin à Gault (Marne). — M. E. F. Vignon, médecin à Ville-en-Tardenois, décédé le 17 avril 1884, à l'âge de 58 ans. — Mlle Gibout, sage-femme en chef de l'Hôtel-Dieu à Reims, qui a succombé le mois dernier à la suite d'une cruelle maladie. Pendant sa longue carrière elle avait, sous la direction des professeurs d'accouchement de l'école de médecine de Reims, fait l'instruction pratique de nombreuses générations de sages-femmes. Nous ne croyons pas être indiscret en disant que cette femme modeste et distinguée, obligée de passer toute sa vie dans l'Hôtel-Dieu, sans vacances et presque sans sortie, n'avait jamais pu obtenir des administrations hospitalières qui se sont succédé à Reims un traitement supérieur à 600 francs. Il est vrai qu'elle n'avait jamais réclamé bien haut. C'est là un exemple, et ils ne sont pas rares à qui veut les voir, de dévouement laïque bien méritoire. Nous ignorons qui succédera à Mlle Gibout dans ses pénibles et importantes fonctions. Nous espérons bien que cette fois l'Administration, si bien intentionnée qu'elle puisse être, ne se croira pas assez éclairée par elle-même pour faire une nomination pour laquelle le concours est nécessaire, si on veut choisir la plus digne, la plus instruite et par conséquent la plus utile aux malades. Il est vrai qu'en ce cas il faudra renoncer à la portion congrue et au traitement misérable si l'on veut attirer des concurrentes. (*Union méd. du N.-E., avril*). — M. le Dr Edmond Durand est mort le 18 avril, à Bordeaux, âgé de 57 ans. Nous adressons à son frère, notre excellent confrère, le Dr Mary Durand, nos sentiments de condoléance. — Nous apprenons la mort du Dr Rouyer, de Martigny-les-Bains (Vosges); — Du Dr Viollet, décédé à Paris, à l'âge de soixante ans. — M. Sémerie, un des écrivains les plus distingués de l'école positiviste, est mort samedi 3 mai, à Grasse. Sa thèse (25 juillet 1867) sur les *Symptômes intellectuels de la folie* fut une de celles qui eurent l'honneur d'être signalées et dénoncées à la vindicte impériale et cléricale par Dupanloup. Sous l'empire, il fit partie de cette phalange qui, sans trêve ni merci, lutta pour l'avènement de la République. Il n'hésita pas, sous la commune, à prendre le parti de Paris et accepta la direction des ambulances de l'armée fédérée. Après la défaite, il prit la défense des vaincus dans une brochure *La grande crise* (1874), qu'il fit imprimer à l'étranger. Il est né à Aix, le 6 janvier 1832. En dehors de sa thèse et de nombreux articles de journaux il publia : *Simple réponse à Dupanloup* (1868); *Positivistes et catholiques* (1868); *La République et le peuple souverain* (1871); *La loi des trois états* (1875). Sémerie est resté jusqu'à la mort fidèle à ses opinions politiques et philosophiques ; aussi sa mort laissera-t-elle des regrets à tous les vrais républicains. — L'*Union médicale* annonce la mort du Dr Sarzaud, ancien chirurgien de première classe de la marine. — La *Gazette médicale de l'Algérie* nous apprend la mort du colonel Fourchault, qui « au moment de prendre un repos bien mérité, vint chercher, sur les bancs de l'école de médecine, un nouvel aliment à son activité et à la satisfaction du besoin de se rendre utile ». Il fut reçu externe en 1882 et interne des hôpitaux d'Alger en 1883.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. — Goudron Freyssinge. Liqueur concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LESOUDIER.

Mayer (G.). — Sur le traitement de la diphthérie des amygdales et du pharynx (angine couenneuse). Traduit de l'allemand, par le Dr Roselt. Broch. in-8 de 11 pages. — Paris, 1884.

Saussol (A.). — Comptes rendus des séances de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier (année 1882-1883). Broch. in-8 de 56 pages. Montpellier, 1883. — Imprimerie Boehm et fils.

Beevor (C.-E.). — The cerebellar cortex. Broch. in-8 de 16 pages et 2 planches hors texte. — London, 1883. — W. Clowe and son

Church (W.-S.) and Langton (J.). — Saint Bartholomew's hospital Reports. 1 vol. in-8 de 600 pages. — London, 1883. — Smith, Elder et Cie.

China. — Imperial maritime customs, 11. — Spécial series : n° 2. — Medical reports, for the Halft year ended 31 st. March, 1883. — 25th Issue. — Shanghai, 1883. — Statistical department of the inspectorate general.

Elsberg. — Introductory address delivered before the medical class of Dartmouth college, August 1 st., 1883. Broch. in-8 de 23 pages, avec figures dans le texte. — Darmouth medical college, 1883.

Kahler (O.). — Zur Symptomatologie der Rückenmarks Compression bei tuberculöser Caries der unteren Halnkirbel. — Prague, 1883. — Prager medicinischew Wochenschrift.

Lane (C.). — Ligations for the cure of aneurism. Broch. in-8 de 11 pages. — San Francisco (Californie).

Martindale and Westcott. — The extra pharmacopœia. 1 volume in-32 de 330 pages. — London, 1884. — Librairie Lewis.

Mellican (K.-W.). — The evolution of morbid germs : a contribution to transcendental pathology. 1 vol. in-8 de 107 pages. — London, 1883. — Librairie Lewis.

Pena (A. de la). — Tratamiento de los granulosos con el Jequirity. Broch. in-8 de 22 pages et 3 figures. — Madrid, 1884. — Imprenta de Enrique Teodoro.

Roberts (M.-J.). — The electro-osteotome ; a new instrument for the performance of the operation of osteotomy. Broch. in-8 de 8 p., avec 3 figures. — New-York, 1883. — John J. O'Brien, 397, fourth avenue.

Rothe (C.-F.). — Die Diphtherie ; ihre entstehung, Verhütung und Behandlung. 1 vol. in-8, cartonné de 90 pages. — Leipzig, 1884. — Verlag von Ambr. Abel.

Scheube (B.). — Weitere Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histologia der Beri-beri (Kak-ke) Broch. in-8 de 30 pages. — Leipzig. — M. le Dr B. Scheube à l'Université.

Sharkey (S.-J.) and Mason (F.). — Saint-Thomas's hospital Reports, 1 vol. in-8 de 450 pages — London, 1883. — Librairie J. Churchill.

Smith (P.). — Introductory address to the course of clinical lectures at the hospital for women. Broch. in-8 de 11 pages. — London, 1883. — J. et A. Churchill.

Wolff (O. C. de). — Glycosuria : its complications and therapeutic. Broch. in-4 de 8 pages. — Chicago, 1883. — A. E. Newell.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

COTON IODÉ

Préparé par **J. THOMAS**, pharmacien de 1re classe
Lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris
48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc..., ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Le prix du flacon 3 francs 50. Se trouve dans toutes les pharmacies.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'École de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé*. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré*. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies, etc., etc.*

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

Médailles de Vermeil et d'Argent — Récompense de 2,000 fr.

PEPTO-FER JAILLET

Ancien Chef du Laboratoire de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris.

FER ASSIMILABLE AU CHLOROPEPTONATE DE FER

Le **PEPTO-FER JAILLET** est le résultat de la combinaison de la **Peptone** et du **Fer**. C'est un aliment ferrugineux, un **Peptogène** par excellence.

DOSE : UN PETIT VERRE A LIQUEUR IMMÉDIATEMENT APRÈS CHAQUE REPAS.

Dépôt général : MAISON DARRASSE & Cie, 21, rue Simon-le-Franc, PARIS.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE
Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

EN DÉTAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — MIGRAINES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10 l'abbé Montmartre

POUDRE HÉMATIQUE
du Dr Guerder
SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ

Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants
Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie
Affections organiques des Voies digestives

PRIX DU FLACON : 3 FR. 50
PARIS, Pharmacie DALMON, Faubourg Saint-Denis, 80

DIGESTIF COMPLET
ELIXIR EUPEPTIQUE TISY

Pancréatine, Diastase et Pepsine
PHARMACIE BAUDON
RUE DES FRANCS-BOURGEOIS, 11

L'Eau minérale de la
SOURCE DU PAVILLON
AUTORISÉE PAR L'ÉTAT
est la seule à CONTREXÉVILLE
qui soit décrétée d'intérêt public.

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central à Paris, 31, boul. des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Fournier, les mardis et vendredis, à 10 heures.— *Clinique chirurgicale* : M. Péan, le samedi, à 9 heures.

Service de M. Besnier. — Consultation le lundi. Visite et leçons cliniques le mardi à 9 h. — Salle Cazenave (H.) : 5, 3, acné rosée; 7, herpès naso-labial; 10, eczéma; 11, sycosis parasitaire : 13, acné du dos; 14, eczéma pilaire; 15, eczéma de la face; 16, ecthyma; 18, 20, 26, syphilis; 22, 31, chancre syphilitique de la lèvre; 24, prurigo de Hebra; 23, 65, gommes tuberculeuses; 29, gommes syphilitiques; 33, syphilis acnéique; 40, 50, psoriasis; 58, nodosités d'Heberden; 62, lupus; 67, lupus du genou; 63, lupus du cou; 52, gale, albuminurie; 37, eczéma marginé. — Salle Gibert (F.): 1, 3, Eczéma; 2, psoriasis; 4, syphilis; 5, 30, érythème noueux; 7, diabétides génitales; 8, lupus sur un moignon; 9, épithélioma développé sur un lupus; 23, 10, lupus; 12, eczéma invétéré; 13, eczéma du cuir chevelu; 14, zona ophthalmique; 15, adénite strumeuse; 28, favus; 20, pityriasis rubra; 22, nœvus unilatéral papillomateux; 24, syphilis secondaire, gommes précoces; 26, ichthyose, syphilide psoriasiforme; 29, myome cutané. — Pavillon Emery (F. payantes): 3, teigne; 7, pelvi-péritonite puerpérale; 12, coxalgie hystérique.

Service de M. le professeur Fournier. — Consultation le samedi. Clinique le vendredi à l'amphithéâtre, le mardi au lit du malade. Examen au spéculum le mercredi.

Chirurgie. — Service de M. Péan. — Clinique chirurgicale, opération le samedi. — Salle Cloquet (H.) : 1, fracture de la rotule; 2, ostéo-périostite du péroné; 5, 11, amputation du bras; 10, synovite double des poignets; 70, fracture du fémur; 71, abcès ostéopathique de l'omoplate; 73, évidement du tibia (ostéo périostite du tibia); 81, prostatite, orchite.

Salle Nélaton (H.) : 1, double épididymite tuberculeuse, ostéite de l'os iliaque; 5, cancer de l'épiglotte; 7, fracture compliquée de jambe; 11, écrasement de la jambe; 12, rétrécissement de l'urèthre, abcès urineux; 14, poche urineuse; 20, épithélioma de la face; 23, contusion du genou, ramollissement cérébral; 28, 32, fracture de jambe; 30, grenouillette sus-hyoïdienne; 33, fracture du fémur; 24, tuberculose génitale; 36, tuberculose du cordon. — Salle Denonvilliers (F.) : 37, rétention d'urine; 38, résection du genou; 39, contusion de la hanche; 40, allongement hypertrophique du col de l'utérus; 42, ostéo-périostite du cubitus; 43, épithélioma de la lèvre postérieure du col de l'utérus; 44, tumeur kystique de la mamelle; 48, angiome récidivant de la cuisse; 50, épithélioma de la grande lèvre gauche; 51, syphilis, ataxie locomotrice, mal perforant plantaire; 53, sarcome de la cuisse, amputation; 54, sarcome du cou, ablation; 55, cancer du sein; 56, imperforation vaginale.

Service de M. Ledentu, suppléé par M. Richelot. — Opérations le mercredi. — Salle Cloquet : 37, tumeur blanche du poignet; 40, kyste dentaire du maxillaire inférieur; 42, double mal perforant plantaire; 50, rétrécissement de l'œsophage; 55, atrophie du membre supérieur consécutive à une fracture de l'humérus avec cal vicieux; 56, pseudo-arthrose du fémur; 60, amaurose, synchésis étincelant; 61, rétrécissement de l'urèthre, fistule périnéale.

Service de M. Vidal. — Consultation le mardi. Leçons cliniques, le mercredi. Scarification le jeudi. — Salles Alibert et Devergie : 1 syphilis héréditaire; 4, lupus érythémateux traité par les scarifications; 7, nœvus traité par le galvano-cautère; 35, syphilis et grossesse; 37, syphilis secondaire, érythème des avant-bras; 60, chancre de la lèvre supérieure; 68, pemphigus; 79, couperose; 16, nœvus papillomateux; 21, psoriasis (poussée aiguë); 22, syphilis médullaire; 27, psoriasis simulant une syphilide; 37 *bis*, chancre induré de la lèvre supérieure; 42, lupus scléreux; 45, lèpre; 53, stomatite mercurielle.

Service de M. Lailler. — Consultation le mercredi. Leçons au lit du malade le vendredi. — Pavillon Lugol (F.) : 11, eczéma des mains; 13, myxœdème; 21, syphilis (mère et enfant), infection par le produit de la fécondation; 2, plaques muqueuses hypertrophiques de la vulve; 14, ulcérations trophiques des orteils.

Service de M. Hallopeau. — Consultation le jeudi. Visite des nouveaux le vendredi. — Salle Hillairet (H.) : 1, eczéma aigu; 2, 19, ataxie locomotrice; 3, sycosis parasitaire; 9, sclérose en plaques; 10, cancroïde du front; 11, purpura; 15, favus; 35, paralysie et goutte saturnines. — Salle Biett (F.) : 4, 29, lupus; 10, varicelle; 19, éclampsie puerpérale; 23, syphilis tertiaire, destruction du nez; 30, gomme du voile du palais; 32, syphilis secondaire, purpura, érythème pseudo-scarlatiniforme hydrargyrique.

Hôpital Bichat. — Service du Dr Huchard. — Conférences cliniques et thérapeutiques tous les dimanches à 10 h. Consultations lundi et mercredi. — Spéculum le vendredi. — Salle Andral : 1, myocardite chronique; 3, maladie de Parkinson; 4, myocardite, monoplégie brachiale droite, aphasie; 8, cirrhose hypertrophique; 9, insuffisance mitrale; 10, angine phlegmoneuse, albuminurie; 11, carcinome des voies biliaires, 12, cirrhose hypertrophique; 15, néphrite interstitielle; 16, souffle diastolique extra-cardiaque; 18, affection mitrale, pleurésie; 19, glossite syphilitique; 22, tuberculose pulmonaire, néphrite aiguë; 23, sclérose latérale amyotrophique; 24, rétrécissement et insuffisance aortiques, rétrécissement et insuffisance mitrale secondaires; 25, maladie de Ménière; 27, polyurie idiopathique; 28, tremblement mercuriel. — Salle Récamier : 1, pelvi-péritonite; 2, rétrécissement mitral, embolie cérébrale; 3, pneumonie du sommet, ictère, 4, cirrhose hypertrophique; 5, coxalgie hystérique; 8, insuffisance aortique; 8, ectopie rénale, pyélonéphrite; 9, angine herpétique et albuminurie; 11, syphilis secondaire; 17, coliques hépatiques; 21, insuffisances mitrale et tricuspidienne; 22, anesthésie du trijumeau; 23, goitre exophthalmique, hystérie; 24, chorée hystérique; 25, paralysie générale; 26, insuffisance mitrale; 27, maladie de Hogdson, rétrécissement et insuffisance aortiques. — Crèche : 1, pneumonie.

Service de M. le Dr Gougenheim. — Spéculum, mardi et vendredi à 9 h. 1/2. Consultations, mêmes jours à 10 h. 1/2. Laryngoscopie, lundi à 10 h. Consultation externe des *maladies du larynx*, lundi à 10 h. 1/2. — Salle Bazin (H.) : 1, cardite tuberculeuse; 5, tuberculose laryngée avec sténose; 9, laryngite végétante tuberculeuse; 13, végétation du larynx ayant nécessité la trachéotomie; 14, polype du larynx. — Salle Louis (F.) : 1, laryngite syphilitique tertiaire; 5, fibrome utérin; 14, pelvi-péritonite; 13, polype du larynx; 17, fibrome utérin; 24, laryngite catarrhale; 27, laryngite syphilitique.

Chirurgie. — Service de M. le Dr Terrier. Consultation, mardi, jeudi, samedi. — Salle Jarjavay (H.) : 1, résection de la malléole externe; 8, plaie par arme à feu; 8 *bis*, genu valgum, ostéoclasie; 9, fracture compliquée de jambe; 12, ostéo-myélite spontanée du fémur, trépanation, 15, pleurotomie antiseptique; 16, taille sus-pubienne; 18, blépharospasme; 24, ostéophyte de l'extrémité inférieure du fémur; 25, hématocèle de la tunique vaginale; 29, fracture compliquée du bras. — Salle Chassaignac (H.) : 3, sarcome de l'ovaire; 6, amputation du col de l'humérus; 7, kyste de l'ovaire; 11, kyste hydatique du foie; 13, polype fibreux de l'utérus; 14, hématocèle rétro-utérine; 17, hématocèle rétro-utérine; 15, arthrite scapulo-humérale.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

Peptone Catillon

Officiel' adoptée dans les hôpit. de Paris.

Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.

Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 *eau*, 3 *goutt. laudanum*, 0.30 *bicarb. de soude.*

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, pas d'équivoque dans le dosage. 1 *cuill. à café représente* 45 *gr. de viande.*

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 *cuill. contient* 30 *gr. de viande.*

VIN : utile complément de nutrition. 1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande.*

CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en TABLETTES contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner; en CROQUETTES, 8 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.

Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50; 1/2 Boîte, 3 f. 50; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50; 1/2 Boîte, 3 f.; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon

0,20 *de créosote du hêtre par cuillerée.*

Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs.

Seul vin au quinquina ou quina ferrugineux.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878.

Vin de Catillon à la Glycérine

ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Maux d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.

Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs non capables de supporter les ferrugineux ordinaires.

PARIS : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 20 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 17 MAI 1884.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A propos de Deux Kystes du foie d'origine biliaire ;

Par le Dr CH. SABOURIN.

I. — Les kystes du foie d'origine biliaire se développent suivant deux processus principaux bien différents. Une première variété prend naissance dans les canaux biliaires préexistants, canaux excréteurs de la bile, canaux biliaires proprement dits.

Une deuxième variété a son origine dans les canalicules de néo-formation, dits aussi *pseudo-canalicules biliaires* qui résultent de la transformation en tubes à épithéliums cubiques des trabécules hépatiques sécrétantes de la bile.

A côté de ces deux variétés on peut en envisager d'autres ; ceux par exemple qui prendraient naissance dans les réseaux des *vasa aberrantia*, et ceux encore qui résulteraient de la dilatation kystique des glandes annexées aux voies biliaires intra-hépatiques.

Mais les deux premières variétés sont certainement les plus intéressantes, car elles touchent vraiment à la pathologie hépatique. Nous donnons ici la relation de deux faits de ce genre pour bien montrer en quoi ils diffèrent, car l'une au moins de ces deux espèces de kystes est de connaissance toute récente pour ce qui en regarde la pathogénie.

II. — *Kyste par dilatation ampullaire d'un canal biliaire excréteur.* — Si nous en croyons nos propres observations, ces kystes, admis à peu près par tous les auteurs, et de longtemps, comme étant les plus simples à concevoir, ne sont point fréquents. Car sur la grande collection de préparations du foie de l'homme que nous possédons, nous n'en connaissons qu'un seul cas parfaitement démonstratif et absolument pur de tout élément de voisinage pouvant amener une erreur d'interprétation. Non pas que ce soit le seul kyste isolé intra-hépatique qu'il nous ait été donné d'observer, mais le plus souvent, en pareille occurence, la lésion est de très vieille date et le processus d'enkystement, ainsi que les modifications secondaires de la paroi et du contenu ne permettent point d'être affirmatif sur la nature du kyste observé.

Le fait suivant, au contraire, est à l'abri de toute cause d'erreur, comme le montre à première vue la *fig.* 29. Il s'agit d'un foie de phtisique dans lequel, à la coupe, nous trouvâmes une petite tumeur du volume d'un pois, à paroi épaisse, et occupée à son centre par un bloc muqueux brun verdâtre.

Les autres lésions de l'organe consistent en quelques tubercules disséminés, de la dégénérescence granulo-graisseuse du parenchyme, et une angiocholite chronique à peu près généralisée. La petite tumeur était près de la surface, à quelques millimètres sous la capsule.

Sur une coupe microscopique passant vers son centre, à peu près, on voit qu'il s'agit (*fig.* 29) d'un kyste contenant une sorte de magma brunâtre assez consistant et friable sous le rasoir après l'action des réactifs durcissants. La tumeur se compose de deux cavités accolées, séparées par une cloison transversale, k k'. Le contenu n'a point été représenté sur la figure. La constitution de ces deux poches est identique. La surface interne de leur paroi est lisse, et présente encore çà et là quelques débris de lamelles épithéliales. Ce revêtement est formé de cellules cubo-cylindriques basses, faciles à reconnaître pour les cellules des canaux biliaires d'un certain calibre. La paroi elle-même offre deux couches principales de dedans en dehors : 1° Une lame plus finement striée, de coloration un peu plus vive, et qu'il est facile de reconnaître pour une paroi de canalicule biliaire ; 2° Une sorte de couche externe, non homogène, d'épaisseur variable sur les différents points du contour du kyste. Elle est formée de faisceaux conjonctifs parallèles, et dans la trame on trouve des lacunes vasculaires étroites, des traînées de noyaux, de fines artérioles, quelques fins canalicules biliaires atrophiés. Tout à fait en dehors, il y a une couche plus homogène, mince sans démarcation nette avec la précédente. Telle est la structure de la paroi du kyste là où elle est la plus mince. Dans une autre région, elle est en rapport immédiat avec, ou plutôt elle contient dans son épaisseur, un canal porto-biliaire, dont on voit la veine porte et l'artère très aplaties parallèlement à la paroi. Mais dans ce canal porte, le canal biliaire principal fait défaut. C'est qu'en effet le kyste s'est développé à ses dépens. On retrouve le canalicule en B, au delà du kyste accessoire. On voit que sa lumière est un peu plus agrandie et que sa paroi est amincie en conséquence. Celle-ci porte encore presque tout son épithélium cylindrique.

Que l'on se figure maintenant autour de ces dilatations kystiques, le tissu hépatique dont les trabécules voisines sont un peu refoulées et parallèlement dirigées à la paroi qui les refoule, et l'on aura une notion exacte de la lésion dans son ensemble.

De tout cela, il résulte que le kyste à deux cavités (sur la coupe) est formé aux dépens du canal biliaire dépendant du canal porte adjacent. Mais en réalité il n'y a probablement qu'une seule cavité infléchie et coupée suivant son grand axe ; d'où les deux loges et la cloison intermédiaire.

Il faudrait se demander si c'est un kyste parfait, c'est-à-dire fermé de toutes parts, ou imparfait, c'est-à-dire communiquant encore avec le canal B par un orifice quelconque. Pour le savoir sûrement il eût fallu injecter le canal B, chose peu pratique dans les conditions d'observation. Mais nous savons que la cavité de la poche est occupée par un magma biliaire. Il est donc naturel de penser que, s'il y a communication avec l'extérieur cette communication ne doit pas être très ample. De toute façon cette lésion nous montre la manière dont se forment vraisemblablement les kystes par dilatation des voies biliaires préexistantes, et c'est là le point important pour nous.

Ce kyste est infléchi, il est encore cloisonné à cause de ce fait, mais, sans aucun doute, la rétention des matériaux biliaires continuant, la poche fut devenue unique, et plus ou moins sphérique et régulière, en même temps que tous les éléments contenus dans la gaine de

© BIU Santé

Glisson auraient été comprimés et atrophiés de plus en plus, pour devenir méconnaissables à la fin dans la constitution de la paroi kystique agrandie.

C'est en effet ce qui arrive dans les kystes de cette nature plus avancés que le précédent, vieux kystes à paroi très dense, ayant absorbé non seulement leur gaine de Glisson et l'ayant rendue méconnaissable, mais encore les ramifications porto-biliaires voisines et le parenchyme interposé avec ses veines sus-hépatiques. Ces kystes font une cirrhose de voisinage, leur contenu subit des transformations variées, devient quelquefois presque séreux, et, lorsqu'on les trouve sur un foie à l'autopsie, on reconnait bien un kyste; mais, même avec l'aide du microscope, l'origine canaliculaire peut rester douteuse ; car, ou bien l'épithélium de revêtement a disparu, ou bien il est devenu pavimenteux, et alors on ne saurait le distinguer de celui qui tapisse les kystes de la seconde variété que nous allons décrire. Nous avons pour notre part rencontré des cas semblables où le diagnostic pathogénique n'était entouré que de probabilités.



Fig. 29.

III. *Kyste sous-capsulaire développé aux dépens des néo-canalicules biliaires. (Angiôme biliaire kystique.* — Tout autre est l'origine du kyste dont nous allons parler. Il s'agit d'un foie de tuberculeux, foie gras, à la surface duquel il existait sous la capsule un kyste du volume d'un petit pois, kyste saillant à paroi transparente, et paraissant rempli d'un liquide incolore.

La lésion générale du foie consiste en une dégénérescence graisseuse porto-biliaire très systématique, sans cirrhose véritable; mais en beaucoup de points les gaines de Glisson sont riches en éléments embryonnaires, parfois elles sont un peu élargies par de petits foyers minuscules de transformation pseudo-canaliculaire des trabécules hépatiques. Mais ce qu'il faut noter surtout, c'est une angiocholite à peu près généralisée, si fréquente dans les foies de tuberculeux.

Le kyste a été examiné sur des coupes parallèles à la surface du foie, lesquelles montrent que la petite tumeur répond à un léger épaississement sous-capsulaire de nature cirrhotique. Là, les canaux et espaces portes sont beaucoup plus élargis que partout ailleurs, et la coupe répond à un petit foyer de cirrhose biliaire, accident plus avancé en évolution d'une lésion qui n'est qu'en miniature dans tout l'organe. Le kyste lui-même (*fig.*30) est cloisonné, et les cloisons ont absolument la structure de la paroi générale d'enveloppe. C'est un tissu dense, pauvre en noyaux conjonctifs, à peu près dépourvu de vaisseaux, mais contenant des pseudo-canalicules biliaires à épithéliums nucléaires. On voit que les cavités multiples qui composent le kyste sont plus ou moins anguleuses. Le contenu du kyste forme une nappe grisâtre finement grenue, sans éléments figurés, mais on y voit sur certaines coupes des lamelles très déliées plus foncées composées d'une seule couche de cellules épithéliales pavimenteuses. La surface interne du kyste et

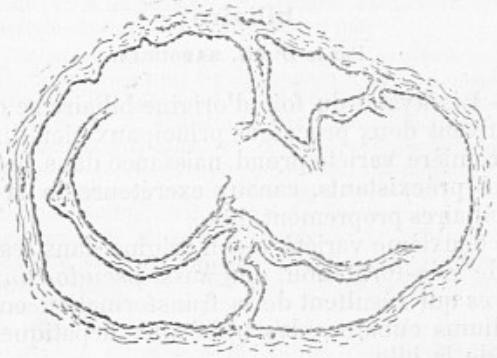


Fig. 30.

la surface des cloisons sont revêtues d'une couche d'épithéliums également très aplatis. Sur certaines coupes, ce revêtement s'est détaché et se voit entre les cloisons sous forme de lamelles très minces où les cellules épithéliales anguleuses par compression réciproque sont vues de face.

Les caractères de ce kyste sont absolument ceux que nous avons assigné aux cavités qui font la lésion typique de la maladie kystique du foie, dans un cas publié par nous antérieurement (1); c'est aussi les mêmes kystes que nous avons décrit à l'état multiple dans un cas de cirrhose hépatique (même travail). Nous avons montré que ces kystes étaient développés aux dépens de certains foyers de transformation canaliculaire, à épithéliums cubiques, des trabécules hépatiques.

La transformation sur place des trabécules secrétantes de la bile (traînées de cellules hépatiques), en un réseau de canalicules à épithélium cubique ou nucléaire



Fig. 31.

(pseudo-canalicules biliaires) est une des lésions vulgaires de la cirrhose, et la règle est de voir ces réseaux canaliculaires s'atrophier complètement au milieu du tissu fibreux. Mais cette évolution est sujette à des accidents :

1er *accident* : Dans certains foyers de transformation pseudo-canaliculaire, les travées à deux rangées de petites cellules parallèles se dilatent, deviennent moniliformes ; le foyer dans son ensemble est bientôt figuré par une masse fibreuse creusée de cavités anguleuses

(1) Ch. Sabourin.—*Archives de physiologie*, 1882.

© BIU Santé

tapissées d'épithéliums très bas en protoplasma, et rappelle alors la coupe des tumeurs érectiles. D'où le nom d'*angiômes biliaires* que par analogie nous avons donné à ces foyers. C'est un accident commun dans la cirrhose du foie, dès que le système des canaux porto-biliaires et le parenchyme voisin sont atteints. Il en est qui forment de véritables tumeurs. Ces angiômes biliaires rentrent dans les *Polyadénômes biliaires* de MM. Kelsch et Kiener (1).

Deuxième accident. — Beaucoup d'*angiômes biliaires* restent à cet état. Mais certains d'entre eux subissent une ectasie progressive de leurs cavités épithéliales; certaines de ces cavités deviennent énormes par rapport aux autres, compriment celles-ci qui s'affaissent et dont les cloisons interposées s'accolent pour former des travées fibreuses plus épaisses. A mesure que la dilatation augmente, les cloisons sont de plus en plus minces et plus rares, et finalement l'angiôme biliaire forme un kyste soit uniloculaire, soit à peine cloisonné, sur la paroi comme sur les cloisons duquel l'épithélium des anciens pseudo-canalicules est devenu absolument pavimenteux. Ce processus de formation cavitaire n'est qu'un nouvel accident survenant sur le premier, et son résultat est ce que nous appelons l'*angiôme biliaire kystique*.

Or, le kyste de la deuxième variété que nous représentons *fig.* 30, a tous les caractères des angiômes biliaires kystiques. Et ce qui complète la ressemblance pour la pathogénie, c'est que, à peu de distance du foyer, sur un autre canal porte, on voit un foyer de transformation pseudo-canaliculaire, encore à l'état angiomateux simplement, et que représente le croquis (*fig.* 31).

En somme, d'après ce que nous savons de la nature des *angiômes biliaires*, il est facile de comprendre que ce kyste est un accident tout à fait local dans une région sous-capsulaire d'un foie qui porte en miniature une cirrhose biliaire généralisée.

Tels sont les deux faits que nous avons cru intéressant de rapprocher l'un de l'autre, au point de vue de la pathogénie des kystes qu'on rencontre dans le foie, d'autant plus que la connaissance des angiômes biliaires kystiques est de date toute récente.

IV. — Nous venons de voir comment les trabécules hépatiques (travées de cellules hépatiques), transformées dans la cirrhose en réseaux de néo-canalicules biliaires à épithélium cubique, peuvent donner naissance à une variété bien curieuse de kystes.

Mais ces mêmes trabécules hépatiques à l'état fonctionnel, c'est-à-dire composées de cellules polyédriques à vaste protoplasma granuleux (cellules hépatiques) peuvent donner lieu à la production de kystes véritables, bien que microscopiques.

Dans une foule de cas de rétention biliaire, cancers, kystes hydatiques, cholélithiase, on voit les trabécules hépatiques devenir moniliformes. Elles se dilatent par nœuds çà et là, et au centre de ces renflements il y a une cavité occupée par des blocs muqueux verdâtres. Autour, les cellules hépatiques sont devenues cylindro-cubiques, sans aucun changement dans les caractères micro-chimiques de leur protoplasma. Ce sont là de véritables kystes microscopiques ayant pour origine les trabécules sécrétantes de la bile, et par conséquent ce sont aussi des kystes d'origine biliaire.

Ce qui se voit dans les cas précédents, se voit à un degré bien plus accentué encore dans les productions hépatiques dérivées directement de la trabécule hépatique ayant encore ses caractères fonctionnels, c'est-à-dire dans les *hyperplasies nodulaires* et dans les *adénômes tubulés* du foie. Dans certains de ces derniers les trabécules hypertrophiées forment par leur dilatation moniliforme des kystes visibles facilement à l'œil nu.

On voit qu'en prenant le terme des kystes intra-hépatiques, d'origine biliaire, dans son sens le plus large, la liste de ces derniers est assez longue, et nous croyons pouvoir la résumer ainsi :

Première variété. — Kystes développés aux dépens des canaux biliaires préexistants ou mieux excréteurs (kystes biliaires vrais).

Deuxième variété. — Kystes développés aux dépens des glandes muqueuses des voies biliaires.

Troisième variété. — Kystes développés aux dépens des *vasa aberrantia*.

Quatrième variété. — Kystes développés aux dépens des trabécules hépatiques transformées en pseudo-canalicules (kystes angiômateux biliaires ou angiômes biliaires kystiques).

Cinquième variété. — Kystes développés aux dépens des trabécules hépatiques à épithélium fonctionnel, et aux dépens de leurs dérivés immédiats (kystes microscopiques trabéculaires de la rétention biliaire, et des hyperplasies nodulaires ainsi que des *adénômes*).

(1) Kelsch et Kiener. — *Archives de physiologie*, 1876.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL BICHAT. — M. TERRIER.

Kyste dermoïde du ligament large, ovariotomie, guérison ;

Par M. HARTMANN, interne des hôpitaux (1).

A..., 48 ans, ménagère, entre le 24 octobre 1883, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 1 (service de M. TERRIER), pour une tumeur du ventre.

Antécédents. — Mère, âgée de 81 ans, actuellement vivante, en bonne santé. Père mort à 66 ans d'une fièvre typhoïde. Deux sœurs mortes de suites de couches, deux autres en bonne santé. Jamais de maladies graves. Un enfant à l'âge de 22 ans. Réglée à 16 ans; toujours bien jusqu'en septembre 1882 où les règles ont manqué; depuis cette époque elles sont revenues 4 fois seulement.

Il y a dix-sept ans, le ventre commença à grossir d'une façon graduelle, si bien qu'un médecin consulté crut reconnaître une grossesse de 7 mois, quoique les règles n'eussent jamais cessé de paraître. Un an à 15 mois après, notre malade se décida à venir consulter à Paris. Elle vit M. Demarquay qui diagnostiqua un kyste et conseilla l'ovariotomie. M. Gosselin, qu'elle alla trouver ensuite, lui fit une ponction qui évacua 9 litres d'un liquide absolument clair, comme du cristal de roche, et une injection iodée. Jusqu'à l'an dernier, il n'y eût rien d'anormal; mais à cette époque, il y a un an, les règles cessèrent de se montrer et le ventre augmenta de nouveau de volume. En février 1882, la malade constata une tumeur du volume du poing dans la fosse iliaque gauche; en même temps les mictions devinrent difficiles; puis la tumeur s'éleva dans l'abdomen, en même temps qu'elle augmentait de volume et, la gêne de la miction disparut. Vers le mois d'août, la tumeur étant devenue le siège de douleurs presque continuelles, elle vint à Paris et se fit admettre dans le service de M. Gosselin. Le 4 septembre, M. Berger retirait par la ponction 2 litres et demi d'un liquide jaune et trouble. Quinze jours après, le ventre recommençait à grossir.

(1) Communication faite à la *Société anatomique*.

© BIU Santé

25 *octobre*. Tumeur du volume d'une tête de fœtus, fluctuante, élastique, mobile, mate, occupant la région hypogastrique, la moitié inférieure de la région ombilicale et la moitié interne des fosses iliaques, s'étendant un peu plus à gauche qu'à droite. Au toucher, l'utérus est un peu haut, mobile, l'orifice du col admet la pulpe du doigt. Le flot de la tumeur se transmet dans le vagin en avant et sur la partie latérale gauche de la tumeur. La mesure de la circonférence ombilicale est 79 centimètres, de l'ombilic au pubis 17c,5; à l'appendice xiphoïde 13 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 16 centimètres; à l'épine antéro-supérieure gauche 17 centimètres. Pas de fièvre. Etat général, bon.

6 *novembre*. *Ovariotomie*, par M. Berger. L'opération est simple; le kyste ne présente que quelques adhérences épiploïques. Le liquide contenu était trouble, un peu jaunâtre, floconneux; il a malheureusement été jeté et n'a pu être examiné. Le kyste est uniloculaire, offre un pédicule très large formé par la trompe, les vaisseaux et un tissu assez résistant, constituant la paroi même du kyste sur laquelle a porté la section. Entre la trompe et le kyste on trouve dans l'épaisseur de l'aileron, entre les deux feuillets péritonéaux, un petit kyste du volume d'un pois, transparent, à contenu citrin. La paroi du kyste est assez épaisse; sa face externe d'un gris un peu jaunâtre est sillonnée d'un certain nombre de veines; elle est un peu inégale et ces inégalités sont recouvertes par une tunique d'apparence séreuse. La face interne est rouge, un peu ecchymotique par places. On y trouve un certain nombre de poils roux, un peu frisés, en touffes, non adhérentes aux parois du kyste. En un point, sur un espace rectangulaire d'environ 1 centimètre de large sur 2 de long, l'aspect rouge et tomenteux de la face interne est remplacé par une surface lisse, grisâtre, correspondant à un épaississement de la paroi. L'examen histologique a été fait par notre très cher ami et collègue Achard. La paroi du kyste comprend 3 couches; la plus externe est formée de faisceaux conjonctifs serrés et régulièrement parallèles, entremêlés de fibres élastiques abondantes. La couche moyenne est formée de faisceaux conjonctifs plus lâches et de quelques cellules plates; des vaisseaux assez volumineux la traversent. La couche interne est constituée par des éléments embryonnaires plongés dans une matière amorphe assez abondante en certains points. Elle renferme en outre des vaisseaux de petit calibre. Son aspect rappelle assez, en bien des points, la structure des bourgeons charnus. La surface interne de cette couche est revêtue d'une rangée de cellules épithéliales cylindriques, passant par places à la forme cubique et desquamées en un grand nombre de points. L'épaisseur des deux couches les plus internes est sujette à de grandes variations. Au point où l'épaisseur des parois du kyste est le plus considérable et où l'on a une plaque lisse, grisâtre, on trouve sur des coupes, dans la couche moyenne près de la couche externe, des tubes glandulaires intriqués dans toutes les directions et sur les parois desquels se voient quelques débris d'un revêtement épithélial cubique. Dans l'intervalle de ces conduits, on voit des masses irrégulièrement arrondies d'une substance dont l'aspect rappelle celui de la matière sébacée et qui est dissoute par l'éther; une matière semblable remplit quelques-uns des tubes glandulaires. Les coupes de cette portion du kyste montrent en outre la section de quelques poils.

Les suites de l'opération ont été extrêmement simples et la malade est sortie guérie le 4 décembre 1883.

Réflexions. Cette observation nous a semblé assez intéressante à cause de la longue période écoulée, 16 ans, entre une première ponction suivie d'injection iodée et la récidive d'une production kystique. S'agit-il du même kyste? Au premier abord on est porté à rejeter cette hypothèse vu les opinions courantes sur le contenu des kystes; les liquides clairs ne sont pas le fait des kystes dermoïdes. Mais celui de notre malade était-il cristal de roche, comme on le lui fait dire, nous n'en savons rien. Du reste, en réalité, on trouve les plus grandes variétés dans les kystes dermoïdes. Pendant que nous étions chez notre excellent maître, M. Millard, nous avons pu observer une malade porteuse d'un kyste dermoïde et dont le liquide était à peine louche. Il s'agissait d'une femme âgée de 51 ans, dont le ventre avait commencé à grossir 6 mois auparavant et qui portait un kyste uniloculaire volumineux, remplissant et même distendant l'abdomen; la ponction ramena un liquide à peine louche, rappelant un peu l'eau albumineuse, non visqueux et vers la fin de l'écoulement une touffe de poils. On peut donc observer des kystes très volumineux, à contenu presque transparent, qui sont cependant dermoïdes. Nous ne voulons toutefois pas conclure que chez notre malade actuelle, il s'agit du même kyste récidivé à 16 ans de distance. Nous préférons de beaucoup admettre le développement de kystes successifs, d'autant que la présence d'un petit kyste isolé, entre la trompe et le kyste principal contenu comme le kyste principal entre deux feuillets péritonéaux, nous prouve qu'il y avait chez cette malade une tendance à la genèse de productions kystiques dans le ligament large.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Adolphe Wurtz.

Il y a quelques jours à peine mourait J.-B. Dumas et sur sa tombe un de ses élèves, depuis bien longtemps passé maître, prenait la parole et rappelait en termes émus la vie scientifique de celui qui avait été son professeur et son ami. Les savants qui assistaient aux obsèques du grand chimiste ne se doutaient guère alors que l'un d'eux serait bientôt appelé à prononcer le funèbre éloge de celui qui portait la parole en leur nom. Si jamais une carrière fut féconde, c'est assurément celle que parcourut A. Wurtz: d'une activité incomparable, d'une ardeur communicative, il savait ne rien remettre au lendemain et la mort est venue le surprendre debout au milieu de ses travaux.

Né à Strasbourg, le 26 novembre 1817, il prenait tous ses grades à la Faculté de médecine de cette ville qui le recevait docteur en 1843. Dès le début de ses études, il s'était senti une vocation irrésistible pour la chimie et plus particulièrement pour la chimie organique, qu'il allait enrichir de si précieuses découvertes. C'est alors que Wurtz devenait l'ami et le disciple fervent de Ch. Gerhardt, alsacien comme lui, qui venait de fonder la *théorie atomique*. Gerhardt mourait bientôt, enlevé prématurément à la science à l'âge de 35 ans, et c'est à son élève qu'incombait le soin de soutenir la nouvelle théorie qui, entre ses mains, devait avoir un retentissement si considérable.

Mais, il fallait à l'activité dévorante du jeune chimiste un champ plus vaste que celui qui lui était offert par la Faculté de Strasbourg: chef des travaux chimiques de cette Faculté, il se rendait bientôt occuper les mêmes fonctions à Paris, et trois ans plus tard, en 1847, il était nommé agrégé de l'Ecole de médecine. Les juges avaient eu la main heureuse, car cette promotion comptait dans les Sciences accessoires trois élus qui s'appelaient: Wurtz, Regnauld, Ch. Robin.

Dès lors, le nouvel agrégé, devenu bientôt professeur par suite de la démission de J.-B. Dumas (1852), conduit la chimie organique dans des voies où personne n'avait

© BIU Santé

encore osé s'aventurer : il la travaille sans relâche et la dote de fonctions nouvelles. En 1849, il annonce au monde savant la découverte des *ammoniaques composées*. La constitution des alcaloïdes organiques que nous employons tous les jours en médecine, et que les plantes fabriquent incessamment, n'avait plus de secrets après cette acquisition scientifique qui permettait leur reproduction.

Ses travaux se succèdent sans relâche : en 1856, il découvre les *glycols*; en 1859, l'*oxyde d'éthylène* ; en 1876, il fait la synthèse de la *névrine;* en 1872, il trouve l'*aldol* en étudiant la transformation des aldéhydes par des réactions comparables à celles qui se passent dans les végétaux. On sait en effet, que la fonction chlorophyllienne engendre des aldéhydes et notamment l'aldéhyde formique qui, en se polymérisant, se transforme en glucose. Toutes ces découvertes, Wurtz les expose, avec ses idées si riches en aperçus philosophiques dans des travaux qui deviennent rapidement classiques et qui s'appellent : *Leçons de philosophie chimique; Traité de chimie médicale; Traité de chimie moderne; Histoire des doctrines chimiques; Dictionnaire de chimie pure et appliquée* ; publié en collaboration avec les principaux chimistes de notre époque, et tant d'autres qui sont autant de monuments de gloire impérissable.

La chimie biologique et la chimie organique ne sont-elles pas deux rameaux d'une même branche : aussi, en 1859, Wurtz découvrait-il le premier que le chyle et la lymphe sont beaucoup plus riches en urée que le sang. Et, tout récemment encore, il montrait le pouvoir si considérable des ferments solubles, en prouvant que ces ferments entrent en combinaison instable avec la matière fermentescible (fibrine), combinaison que l'eau détruit ensuite en régénérant le ferment ; de telle façon qu'une partie de pepsine peut digérer 2.000 parties de fibrine.

Wurtz était devenu sans conteste, en France, le chef de l'Ecole chimique et dans le laboratoire, qu'il avait créé à la Faculté de Médecine, se donnaient rendez-vous tous ceux qui se sentaient poussés vers l'étude de cette science. De tous les points de l'Europe on accourait autour du maître et c'est là que se sont formés Boutlorow (de St-Pétersbourg), Lieben, aujourd'hui en Autriche, Schiff (de Florence), Friedel, Grimaux, Hanriot, Henninger, pour ne citer que ceux-là. C'est que Wurtz n'avait rien du savant jaloux ou maussade : les élèves sentaient dans leur professeur un ami bienveillant qui provoquait la discussion pour y semer toutes les lumières de son brillant esprit, qui savait relever toutes les hésitations, calmer par une bonne parole tous les ennuis d'une recherche ardue et mettre le courage au cœur du plus inhabile.

Les honneurs ne lui manquèrent pas : déjà membre de l'Académie de médecine (1856), il faisait, en 1867, partie de l'Institut. En 1878, la Société Royale de Londres lui décernait la médaille *Faraday*, et en 1881 cette même Société lui conférait, sa plus haute récompense, la *médaille Copley* qui compte bien peu de titulaires.

Mais, rien ne peut satisfaire davantage le savant que l'occasion qui lui est offerte de disséminer les idées dont il s'est fait le champion ; en 1875 Wurtz se voyait créer une chaire de chimie organique à la Faculté des sciences. Il pouvait dès lors, dans un milieu nouveau, faire des prosélytes, et sa parole ardente, son éloquence scientifique véritable décidèrent bien des vocations.

L'estime de ses collègues de la Faculté de médecine n'avait pas tardé à se manifester : en 1865, M. Tardieu ayant donné sa démission, Wurtz était nommé dans des circonstances particulièrement difficiles. C'était l'époque où des agents interlopes suscitaient, à l'Ecole, des troubles simulés qui permettaient de faire des arrestations en masse. Non seulement le nouveau doyen ne permit jamais aux policiers de franchir la grille de son Ecole, mais encore, combien de fois n'alla-t-il pas lui-même arracher à la Préfecture de police de malheureux étudiants qu'on avait arrêtés sous un prétexte futile ? Après 1870, à deux reprises différentes, son esprit de justice et de conciliation arrêtèrent de nouveaux troubles pendant lesquels les étudiants reconnaissants ne cessèrent jamais d'acclamer leur doyen.

Lorsqu'en 1875, Wurtz quittait le décanat, il laissait derrière lui la création des laboratoires de chimie de l'Hôtel-Dieu, de la Pitié et de la Charité ; enfin, il avait obtenu la reconstruction de l'Ecole Pratique.

En 1881, la haute autorité dont il jouissait l'avait fait choisir par le centre gauche comme sénateur inamovible; en 1882, il était nommé grand officier de la Légion d'honneur et membre du Conseil de l'Ordre.

Tous ces honneurs n'avaient pas changé l'homme ; son affabilité grandissait avec chaque illustration nouvelle et sa vie s'écoulait calme, tranquille, patriarcale, au milieu de ses élèves qui le chérissaient, de sa nombreuse famille à laquelle son bon cœur avait ajouté trois orphelins. Dans son laboratoire, il avait réservé une place d'honneur à l'un de ses vieux professeurs de Strasbourg, Caillot, qui lui survit aujourd'hui. Là, dans les bons moments de causerie, entre deux expériences, le vieux maître parlait à son élève de la vieille Faculté alsacienne où tous deux avaient vécu : tous deux se ressouvenaient de la patrie absente, car Wurtz était un patriote ardent. Non content, en 1870, d'avoir fait de sa maison une ambulance, il allait lui-même au secours des blessés sur le lieu du combat. Après la bataille de Champigny, le dévouement dont il avait fait preuve lui avait valu une nouvelle promotion dans la Légion d'honneur. Cette récompense, Wurtz la refusa, car il estimait qu'il n'avait fait que son devoir.

G. Gilles de la Tourette.

Ouverture du cours de M. Martineau.

M. Martineau a commencé, mercredi dernier, à l'hôpital Lourcine, une série de conférences sur la blennorrhagie de la femme. Ces leçons sont précédées (de 9 heures à 10 heures), de l'examen des malades entrantes. Les élèves ne peuvent retirer que profit en assistant à cet examen, mais ils ne doivent pas hésiter à pratiquer le toucher, car, comme le leur a fait observer M. Martineau, malheureusement sans les convaincre, on n'apprend la gynécologie qu'en touchant.

Dès le début de sa leçon, le professeur en définissant

© BIU Santé

la blennorrhagie « une affection vénérienne, *virulente* et contagieuse, ayant pour siège habituel la muqueuse des organes sexuels et urinaires, » se range parmi les auteurs qui, contrairement à MM. Ricord, Fournier, etc., admettent que la blennorrhagie a une origine spécifique, Diday, Rollet, Martin et Belhomme, Thiry, etc.

M. Martineau rejette avec raison, croyons nous, la blennorrhagie buccale, nasale et cutanée. Il fait ressortir que la blennorrhagie ne siège pas exclusivement dans le vagin ou l'utérus, que non seulement l'urèthre ou la vulve, mais encore les glandes de Bartholin, périuréthrales, etc., en sont souvent atteintes et que le virus y est parfois exclusivement localisé. Cette dernière opinion, quoique un peu abandonnée dans ces derniers temps, est loin d'être nouvelle. Le professeur cite à l'appui quelques extraits du livre d'Astruc, bien connu des syphiliographes. Nous croyons utile de rappeler que les maîtres de l'école de Lyon ont souvent insisté sur la localisation de la blennorrhagie dans les glandes de Bartholin; et nous nous souvenons, pour notre part, que M. le professeur Wieger (de Strasbourg) y insistait particulièrement dans ses cliniques; qu'il considérait que cette localisation dans ces glandes était souvent la cause de la contagion, aussi s'efforçait-il à obvier à cette propagation de la maladie par la cautérisation.

M. Martineau fera ressortir les différences qui existent entre la blennorrhagie de la femme et celle de l'homme; il parlera du traitement qu'il a adopté : cautérisations au galvano-cautère et les injections de sublimé; ce dernier traitement, déjà employé (voir Diday, etc.), semble toutefois ne pas encore l'avoir été d'une façon méthodique, et, en tout cas, n'avait pas été inspiré par les théories parasitaires actuellement régnantes.

Passant ensuite à l'étiologie, M. Martineau qui admet que le *gonococcus* est l'agent virulent de la blennorrhagie, lit une note qui lui a été fournie par M. Bouchard. Celui-ci passe en revue les différents auteurs qui ont décrit dans la blennorrhagie un parasite prétendu spécifique. Le professeur a demandé aussi l'avis de MM. Cornil et Damaschino qui ont chargé M. Goguel de rechercher les gonococcus chez ses malades. Il fera part prochainement des résultats obtenus. Nous ne saurions nous étendre plus longuement sur le microbe de la blennorrhagie, malgré tout l'intérêt que présente cette question, mais nous y reviendrons bientôt.

Dans la prochaine leçon le professeur donnera la technique qu'il convient d'employer pour la recherche du microbe de la blennorrhagie.

Ouverture du cours de M. Lailler à l'hopital Saint-Louis.

M. Lailler, après plusieurs années de silence, vient de reprendre dimanche dernier (11 mai) ses leçons. Dans la première de cette nouvelle série de conférences qui ont lieu le dimanche à 9 heures (pavillon Bazin), il a abordé son sujet d'études favorites, les *teignes*. Peu de progrès ont été faits depuis 1877, époque à laquelle il publiait ici même ses leçons sur les *affections du cuir chevelu*, au point de vue de la pathologie des teignes; mais la prophylaxie joue aujourd'hui un rôle beaucoup plus grand qu'autrefois. On a créé des médecins inspecteurs des écoles, c'est pour eux, c'est pour les jeunes médecins qui peuvent être appelés à constater des teignes, à les rechercher, à en reconnaître la guérison que M. Lailler fait ses leçons à un point de vue tout à fait clinique, tout à fait élémentaire.

Dans sa première leçon du 11 mai, il a étudié les teignes en général. Ce sont des affections parasitaires, contagieuses de l'homme à l'homme, des animaux à l'homme, etc., et cette transmissibilité varie suivant les espèces de teignes, suivant les sujets, suivant les âges. Leur durée est très longue, leurs récidives fréquentes; il est vrai de dire que le plus souvent il y a rechute et non récidive, que la guérison n'est qu'apparente, tant le diagnostic de la guérison, point sur lequel insiste M. Lailler, est difficile.

Après une revue rapide des symptômes généraux communs à toutes les teignes, de leur pronostic, il est passé à leur traitement prophylactique, très important, et curatif (soins de propreté, épilation, agents irritatifs, parasiticides).

La leçon s'est terminée par un exposé des moyens pratiques de faire les examens histologiques rapides, nécessaires pour la confirmation du diagnostic des cas douteux. Après la leçon, M. Lailler a fait passer devant ses auditeurs un certain nombre de malades de son service, des familles entières atteintes de teignes, voulant mettre l'exemple à côté de la description didactique. Des microscopes et des préparations de spores et de tubes étaient en même temps mis à la disposition du public.

Dans ses leçons, qui, comme la première, comprendront deux parties, une didactique, une d'examen clinique, M. Lailler compte étudier en 4 ou 5 conférences, le favus, la teigne tondante, la pelade et les diverses affections parasitaires de la peau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 mai. — Présidence de M. F. Franck.

M. Brown-Séquard dit que depuis 1870-1871 on a avancé que les *circonvolutions cérébrales* pourraient être divisées en deux zones : l'une dont l'excitabilité produit le mouvement, l'autre, qui, même avec le plus fort courant, ne donne naissance à aucun phénomène moteur. C'est la proposition inverse qui devrait être admise; car, si l'on excite trop vigoureusement la zone non motrice, on produit de l'*inhibition* et des expériences prouvent qu'une faible excitation produit du mouvement. Cette zone serait donc très excitable. 1° C'est ainsi qu'avec un très faible courant (8, 10° D. B. Raymond), appliqué sur le lobe occipital, on constate qu'il se produit tous les phénomènes décrits pour les centres moteurs. Voilà pourquoi chez les animaux *affaiblis* l'excitation ordinaire de ce lobe donne lieu à la production de mouvements, la puissance d'inhibition étant diminuée; 2° Si l'on applique les électrodes à la fois sur la zone motrice et sur le lobe occipito-sphénoïdal, au lieu de la somme de mouvements ordinaires, on provoque un véritable *tétanos*. Une partie de ces phénomènes a déjà été énoncée dans un mémoire qui date de 1875. Depuis cette époque, M. Brown-Séquard, au lieu d'anesthésier les animaux en expérience au moyen du chloroforme a trouvé un

© BIU Santé

plus grand bénéfice à se servir du passage d'un courant d'acide carbonique dans le pharynx ; 3° Il peut se produire de l'*épilepsie* franche par suite de la cautérisation de cette zone à laquelle on refuse d'être motrice ; 4° Si l'on galvanise la zone non motrice, la zone motrice perd sa puissance. Au bout d'un certain temps cette zone réagit, il y a *dynamogénie* ; 5° La cautérisation des parties motrices ou non, détermine une paralysie du grand sympathique du même côté. On peut donc conclure de ces expériences et de beaucoup d'autres, que les parties du cerveau dites non excitables, possèdent peut-être une excitabilité beaucoup plus grande que celles auxquelles est conférée cette excitabilité. On doit donc rejeter l'idée qu'il y a des parties qui ne sont pas motrices, car celles-ci possèdent la puissance d'inhibition.

M. Dubois a essayé d'anesthésier les chiens au moyen de l'introduction par la voie rectale d'un *mélange d'air et de chloroforme* saturé à la température ordinaire. Même en portant ce mélange à la température de 38°, au moyen du bain-marie, et en allant jusqu'au tympanisme abdominal, il n'a jamais obtenu de symptômes d'anesthésie. Cette expérience négative a son importance, car elle prouve que l'anesthésie chloroformique par la voie rectale est impossible et elle évitera des recherches infructueuses.

M. Laborde a pu, sur le cadavre du supplicié Campi, faire des expériences qui, vu l'état du sujet qu'il a eu une heure et quelques minutes après la mort, l'ont conduit à des résultats très importants.

On sait combien les physiologistes sont divisés sur l'*action des intercostaux* : l'excitabilité musculaire du cadavre en expérience étant parfaitement conservée, M. Laborde a obtenu les résultats suivants qui sont de nature à trancher définitivement cette question litigieuse.

L'excitation des *intercostaux internes* légère ou forte, faite sur un muscle isolé ou sur l'ensemble des espaces, lui a démontré clairement qu'il se produisait un abaissement de la côte supérieure sur la côte inférieure. Ces muscles sont donc *expirateurs*.

L'excitation des *intercostaux internes* a produit l'élévation de la côte inférieure sur la supérieure. Ces muscles sont donc *inspirateurs* : Hamberger avait donc raison contre ses contradicteurs.

M. Laborde a encore étudié sur les poumons du supplicié, la *persistance de l'élasticité pulmonaire*. Chez le chien cette élasticité persiste encore 13 jours après la mort : dans la circonstance elle persistait encore 7 jours après le décès, il est vrai de dire qu'elle eût pu persister davantage, les poumons de Campi étant très emphysémateux. Ce n'est donc point les fibres musculaires qui jouent, ainsi que le veut M. d'Arsonval, le plus grand rôle dans l'élasticité pulmonaire, car l'excitabilité musculaire a depuis longtemps disparu, alors que l'élasticité pulmonaire persiste encore.

M. Laborde présente le cœur de ce supplicié qui était véritablement tétanisé, ne contenait pas une goutte de sang, et sur lequel les excitations les plus fortes n'ont pu même produire une contraction fibrillaire. Le tétanos était si complet que c'est à peine si, après trois jours d'immersion dans l'alcool, on parvenait en usant de la force, à déterminer la situation respective des diverses cavités : il faut ajouter que ses parois étaient atteintes d'hypertrophie concentrique.

M. Brown-Séquard dit que la *contractilité et la vitalité des fibres musculaires lisses* sont cependant très durables. Il a montré que les fibres lisses de l'iris de l'anguille se contractaient encore 16 jours après la mort. Ce qu'il y a à reprendre dans la proposition émise par M. d'Arsonval, c'est l'action que cet auteur fait jouer au pneumogastrique sur les fibres lisses du poumon : l'excitabilité nerveuse meurt très rapidement alors que l'élasticité pulmonaire persiste. L'auteur a eu, lui aussi, l'occasion d'examiner deux suppliciés et dans de bonnes conditions d'examen. Chez ces suppliciés la contractilité des muscles des membres persistait encore 14 heures après la mort ; la contractilité des muscles lisses dura bien plus longtemps encore. Du reste, dans tous ces cas, la façon dont les individus succombent, n'est pas toujours anatomiquement la même. Dans les deux cas qu'il a pu énumérer, M. Brown-Séquard a vu le cœur en *diastole* et non en *systole*, il y avait du sang rouge dans les veines, phénomène qu'il a désigné sous le nom : d'*arrêt des échanges* ; la mort peut donc être le résultat de l'*asphyxie* ou de la *syncope*.

M. Mathias-Duval se réjouit de ce que la question jusque-là si complexe de l'action des intercostaux est enfin définitivement élucidée : quant à celle de l'élasticité pulmonaire il émet, dès l'abord, quelques réserves qu'il développera ultérieurement.

M. Laborde insiste encore sur ce fait qu'alors que l'excitabilité des muscles de la vie de relation était très intense, l'excitation des muscles lisses : cœur, parois intestinales, etc., restait absolument négative.

M. Regnard a fait de nouvelles expériences pour démontrer que la *contracture musculaire* que l'on observe chez les animaux soumis à de hautes pressions était bien due à la pénétration du liquide dans la substance musculaire elle-même. On peut voir, en effet, que les cuisses d'une grenouille en particulier augmentent, dans ces conditions, d'un tiers en poids. Lorsqu'en outre on empêche le contact de l'eau, la contracture ne se produit pas. Deux cuisses sont plongées simultanément dans l'eau et soumises à une pression de 800 atmosphères. L'une d'elles est recouverte d'une enveloppe extrêmement fine de caoutchouc, l'autre est à l'état normal. Celle qui est recouverte de caoutchouc reste comme devant ; l'autre augmente d'un tiers et est le siège d'une raideur tétanique. Physiologiquement on peut reproduire cette expérience sur le *ditique* qui, grâce à son épaisse carapace chitineuse, lorsqu'il a eu ses trachées vidées d'air aussi complètement que possible, supporte parfaitement une pression de 800 atmosphères sans danger pour son existence.

M. Pouchet montre à la Société un *manuscrit persan*, traité d'anatomie composé en l'an 1400, pour le petit-fils de Tamerlan. Ce précieux ouvrage contient, suivant M. Pouchet, les premières figures d'anatomie.

M. le Président fait connaître qu'il a reçu de la Société des épiciers de Londres, la notification d'un prix de 25,000 francs, qui sera décerné à la personne qui aura cultivé dans des milieux *non virulents le contagium de la variole*.

M. Quinquaud, revenant sur sa communication de la dernière séance, insiste sur les conditions dans lesquelles il faut se placer pour observer avec fruit le spectre d'absorption de la *kaïrine*.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mai 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Le Président annonce à l'académie la mort de M. Wurtz. Dans une courte allocution, il rappelle les précieuses qualités de cœur et d'esprit de l'éminent académicien dont la perte est aujourd'hui une cause de deuil pour tous ceux qui tiennent à la suprématie scientifique de la France. En signe de deuil l'académie lève la séance.

La séance est levée à trois heures et demie. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 9 novembre 1883. — Présidence de M. Cornil.

11. Sarcome mélanique du pouce. — Engorgement ganglionnaire le long de l'artère humérale ; par Hallé, interne des hôpitaux.

Louise Rev.., 45 ans, est entrée à la Charité. La malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents ; ni scrofule, ni syphilis. Il y a sept ans déjà que le pouce droit est malade ; l'ongle s'est graduellement déformé, fendillé, racorni, puis il est tombé complètement sans laisser de plaie (?). Il y a dix-huit mois, une petite grosseur violacée, bleuâtre, se forme au niveau de la matrice de l'ongle tombé.

© BIU Santé

On l'incise comme un petit abcès, et il n'en sort que du sang; la petite plaie ne se cicatrise pas, et la grosseur augmente; elle est enlevée complètement en ville il y a neuf mois. Grattage de toutes les chairs dorsales de la phalange unguéale et cautérisation au fer rouge.

La cicatrisation se fait bien et la guérison se maintient pendant deux mois. La récidive débute en février dernier sous forme d'une petite grosseur violacée dans la cicatrice. Des cautérisations incomplètes répétées depuis ce moment ne font qu'aggraver le mal. Il existe maintenant au dos de la deuxième phalange du pouce une petite tumeur aplatie, peu saillante, assez ferme de consistance, occupant la place de la matrice de l'ongle. Sur toute sa surface, la tumeur présente une ulcération superficielle, plate, lisse ou à peine grenue, d'un rouge sombre violacé, avec des points noirâtres, ulcération limitée par un rebord épidermique blanchâtre très net, et paraissant très vasculaire. Rien au siège du ganglion épitrochléen. Au tiers moyen du bras, sur le trajet de l'artère humérale, on trouve deux ganglions durs, roulant sous le doigt, du volume d'une noisette. Rien dans l'aisselle; pas d'altération de la santé générale. On diagnostique une tumeur mélanique.

Le 22 *octobre*, amputation du pouce; incision au bras, le long du bord interne du biceps; ablation des deux ganglions situés contre l'artère humérale au-dessous d'elle, et qui s'énucléent facilement. La coupe antéro-postérieure du pouce montre la tumeur, absolument noire, assez nettement limitée en avant et en arrière, adhérente à la phalange qu'elle envahit dans une partie de son épaisseur; sa consistance est charnue et ferme; elle paraît homogène à la coupe. Elle a le volume et la forme d'une fève; la peau est détruite sur toute sa superficie. Les deux ganglions sont arrondis, lisses, nettement encapsulés; le supérieur, plus volumineux, est d'un noir d'encre à la surface et à la coupe; l'inférieur est moins coloré, gris pointillé de noir et plus mou.

L'*examen histologique* montre qu'il s'agit d'un sarcome fasciculé mélanique, à grandes cellules allongées, plus ou moins pigmentées; lésion identique dans les ganglions.

12. Tumeur sarcomateuse occupant les deux couches optiques; par M. Richardière, interne des hôpitaux.

Cette tumeur occupe les deux couches optiques, auxquelles elle s'est substituée presque complètement. La substance nerveuse est remplacée par un tissu néoplasique ferme et résistant, de consistance lardacée à la partie inférieure, friable et ramolli à la partie supérieure. Le ramollissement de la partie supérieure de la tumeur reconnait pour cause un épanchement sanguin qui s'est produit à son intérieur.

Du côté gauche, où les lésions sont plus accentuées, la substance nerveuse a totalement disparu. La cavité du ventricule latéral gauche est remplie par un caillot récent.

Dans le voisinage de la tumeur, il s'est fait une hémorrhagie en foyer qui a détruit une notable portion de la substance nerveuse blanche du centre ovale à gauche. Ce foyer a une dimension transversale de plus de trois centimètres. Il est situé en pleine substance blanche et a respecté la capsule interne et le noyau lenticulaire au-dessus desquels il est placé.

A droite, la tumeur a envahi la couche optique dans toute son étendue et il est également possible de voir qu'une hémorrhagie s'est faite dans sa partie supérieure. Mais, de ce côté, il n'existe pas d'hémorrhagie dans le voisinage. Le ventricule latéral droit ne présente pas de caillot dans l'intérieur de sa cavité.

Pas d'autre altération à signaler dans l'encéphale. Les méninges cérébrales sont saines. L'histoire clinique du malade, dont le cerveau présentait ces lésions, est la suivante :

Ch..., âgé de 51 ans, journalier, entre le 15 octobre 1883 à l'hôpital Cochin. Il est dans un état de dépression intellectuelle qui rend son interrogatoire fort difficile. Les personnes de sa famille nous racontent qu'il n'y a guère que trois semaines que sa maladie a débuté. C'est la perte de la mémoire qui a annoncé le début des accidents. Jusqu'à cette époque, relativement récente, Ch.... avait joui d'une excellente santé. Il n'avait jamais eu la moindre indisposition. Ni alcoolique, ni syphilitique, Ch.., n'avait jamais eu de vertiges, ni de vomissements. Il ne s'était jamais plaint de céphalée persistante. A aucun moment il n'avait présenté ni ne présenta de vomissements. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, sans motif appréciable, sa mémoire avait paru s'affaiblir. Il ne trouvait plus les mots dont il avait besoin dans la conversation usuelle. Sa parole était devenue lente, et il avait bientôt montré une indifférence presque complète pour les personnes et les choses de son entourage. Pas d'idées délirantes d'aillleurs.

Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital (quatre jours), s'était montrée une paralysie motrice, survenue brusquement et occupant les membres supérieur et inférieur droits.

En résumé, au moment de son entrée à l'hôpital, Ch... présentait un affaiblissement intellectuel, une apathie cérébrale très remarquable. Il avait aussi une paralysie motrice des membres supérieur et inférieur droits, une parésie plutôt qu'une paralysie, à vrai dire.

La *sensibilité générale* au contact, à la température et à la douleur était intacte du côté paralysé et du côté sain. Sensibilité spéciale paraissant également indemne. Le malade n'accusait pas d'affaiblissement de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût. L'exploration de ces diverses sensibilités à montré que les sensations étaient également perçues des deux côtés, et perçues physiologiquement.

Comme phénomènes négatifs, notons l'intégrité absolue de la motilité et de la sensibilité à gauche. L'intégrité des sphincters, des réflexes rotuliens; l'absence d'atrophie musculaire; l'absence de céphalée, de vomissements, de convulsions.

Les jours qui suivirent l'entrée à l'hôpital, la paralysie motrice droite fut remplacée dans les membres par une contracture prononcée. Les phénomènes intellectuels restèrent les mêmes.

Le 1er *novembre*, le malade tomba dans un coma profond. Il restait étendu dans son lit sans qu'il fût possible d'en tirer la moindre réponse et d'en avoir le moindre témoignage qu'il fût sensible aux choses du monde extérieur. Sa peau était chaude, son pouls rapide; sa respiration calme et régulière. Deux jours après, il présentait les signes d'une pneumonie à droite, et mourait le 5 novembre dans cet état de coma.

Réflexions. — Pour terminer cette observation, disons donc que, pour une tumeur occupant les deux couches optiques et ayant déterminé une hémorrhagie cérébrale dans son voisinage et du côté gauche, notre malade a présenté : 1° Un affaiblissement intellectuel avec perte de mémoire, indifférence pour les personnes et les choses; 2° Une hémiparésie motrice à droite; une intégrité complète de la sensibilité générale et spéciale; une absence totale de céphalée, de vomissements, de convulsions.

L'histoire de la maladie nous permet d'établir plusieurs périodes : *a*) Une période de tolérance absolue; *b*) Une période d'affaiblissement intellectuel correspondant sans doute à la compression de bas en haut de la substance cérébrale par le fait du développement du néoplasme; *c*) Une période de paralysie motrice due à l'hémorrhagie qui s'était faite dans la tumeur et à son voisinage, et qui avait déterminé la compression des éléments nerveux de la capsule interne par le sang épanché; *d*) Une période de coma due à l'hémorrhagie intra-ventriculaire ultime.

13. Abcès du tissu cellulaire consécutif à un débridement du méat urinaire. — Pyohémie probable. — Lésions rénales. — Mort; par Lucien Picqué, chef de clinique chirurgicale.

Le nommé B..., Georges, 51 ans, journalier, entre le

© BIU Santé

16 mai 1882, dans le service de M. le professeur Gosselin, à la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 21.

Ce sujet souffre depuis quelques jours d'une gêne considérable de la miction; le cathétérisme fait reconnaître la présence d'un calcul phosphatique friable dans la fosse naviculaire.

Le méat présentant un certain degré d'atrésie, on pratiqua le 19 le débridement du méat et l'extraction du calcul. Dès le soir, frisson considérable durant trois quarts d'heure, et suivi d'une transpiration abondante. T. 39°,2.

20 *mai*. Sensation douloureuse à la cuisse et au bras droit.

22 *mai*. On observe à la cuisse une tuméfaction notable au niveau de la face interne du membre, à trois ou quatre travers de doigt de l'articulation du genou. La peau est légèrement rosée et tendue, douloureuse à la pression. Pas d'engorgement inguinal.

Gêne notable des mouvements du membre. Au niveau de la face interne du bras, immédiatement au-dessous du bord inférieur du grand pectoral et le long de la gaîne des vaisseaux dans une étendue de deux à trois travers de doigt, existe une tuméfaction profonde et douloureuse avec coloration légèrement rosée de la peau à son niveau. Température 39°,8.

29 *mai*. On commence à percevoir de la fluctuation.

9 *juin*. Les deux abcès sont incisés; à la cuisse, une longue incision de six centimètres est pratiquée au niveau du tiers inférieur, sur le trajet de la fémorale; elle découvre un vaste abcès sous-aponévrotique et intermusculaire contenant une quantité considérable de pus bien lié, mais fétide. Une deuxième incision plus petite, pratiquée avec précaution un peu en dehors du trajet des vaisseaux, conduit sur un abcès sous-aponévrotique, mais peu considérable, situé sous le muscle biceps. Désinfection, lavage des cavités, drainage, pansement antiseptique. Chute rapide de la température.

1er *juillet*. Depuis la veille, le malade ressent de grands frissons, à intervalles irréguliers. La température, qui était redevenue normale, est remontée à 38° et oscille de 39°,8 à 38°. Teinte subictérique de la peau et des conjonctives.

2 *juillet*. On découvre une tuméfaction périnéale assez notable et douloureuse à la pression.

4 *juillet*. La rénitence est nette; incision médiane sur une étendue de 4 centimètres. La collection est toute superficielle, et située hors de la loge périnéale inférieure, entre l'aponévrose superficielle et la peau.

15 *juillet*. L'abcès périnéal est presque entièrement cicatrisé; il en est de même de l'abcès brachial qui ne fournit qu'une fort petite quantité de pus. A la cuisse, au contraire, l'orifice conduit dans un trajet longeant le fémur qui n'est pas dénudé et allant aboutir à la partie supérieure du creux poplité. Pus très fétide.

16 *juillet*. Contre-ouverture à ce niveau et drainage.

19 *juillet*. Nouvelle collection sous-cutanée à la partie externe de la cuisse. Contre-ouverture en avant et en arrière. Pansement de Bœckel. Etat général peu satisfaisant : teinte subictérique. Le malade tousse un peu : expectoration de crachats muco-purulents teintés légèrement de sang. L'auscultation révèle l'existence de quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit. La langue est sèche, rouge sur les bords. Diarrhée peu abondante, mais incoercible. Pas de douleur au niveau du foie.

15 *septembre*. Les fistules sont complètement fermées; l'état général est redevenu relativement bon : le malade a repris de l'appétit. Mais il y a de la raideur du genou et des douleurs assez vives dans les mouvements, l'extrémité inférieure du fémur reste tuméfiée et légèrement douloureuse. Pas de liquide dans la jointure, mais la synoviale semble dure et rétractée. Atrophie considérable du triceps. Le membre est placé dans une gouttière.

1er *octobre*. L'embonpoint est revenu, mais il reste une gêne très prononcée des mouvements du genou.

15 *octobre*. Le malade a ressenti la veille quelques frissons et des douleurs lombaires; l'urine, qui jusqu'alors n'avait rien présenté de particulier, est actuellement très albumineuse. Depuis cette époque, l'amaigrissement fait de rapides progrès, l'appétit disparaît, le malade s'affaiblit progressivement et succombe le 12 *mars* 1883.

Autopsie. — On trouve un nombre considérable de petits calculs durs et lisses dans l'urèthre prostatique, la vessie, les uretères, les bassinets et les reins. Ces organes présentent les lésions ordinaires de la néphrite interstitielle. A gauche, on constate un abcès périnéphrétique peu volumineux et sans communication avec le rein. Les viscères ne présentent aucune trace d'abcès anciens.

Le foie est peu volumieux, mais présente de la dégénérescence graisseuse.

Réflexions. — L'observation nous a paru intéressante à produire en raison de l'apparition rapide de deux abcès le lendemain d'un débridement du méat. Pourrait-on voir dans ce fait un cas de pyohémie à manifestations périphériques, sans abcès viscéral ou peut-être accompagné de quelques petits abcès pulmonaires bien limités et peu nombreux (notre malade a présenté en effet quelques symptômes pulmonaires)? Le fait est possible, mais, en présence des lésions rénales, nous n'osons nous prononcer.

14. Hypertrophie de la prostate. — Calculs prostatiques. Variété rare de fausse route. — Ponction hypogastrique; par M. Lucien Picqué, chef de clinique chirurgicale.

Le nommé B... François, 72 ans, journalier, entre le 12 février 1883, salle Sainte-Vierge n° 12, dans le service de M. Berger, à la Charité.

Le malade, porteur d'une hypertrophie prostatique notable qui l'empêche depuis longtemps de vider complètement sa vessie, est atteint depuis cinq jours d'une rétention complète d'urine. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il eut une uréthrorrhagie abondante consécutivement à un essai violent et infructueux de cathétérisme. Depuis ce moment, le malade est très affaibli, subdélirant, et la gravité de son état nous empêche de reconstituer complètement l'histoire de son affection.

A son entrée, on constate, par le toucher rectal, une hypertrophie prostatique en apparence considérable. La vessie forme au-dessus du pubis une tumeur volumineuse, nettement appréciable à la vue et au toucher.

Efforts violents du malade pour uriner. Un cathétérisme pratiqué avec la plus grande douceur ne permet pas d'arriver dans la vessie, une ponction hypogastrique à l'aide d'un trocart capillaire est alors pratiqué. Le malade se trouve de suite soulagé et un nouvel essai de cathétérisme pratiqué le même soir, avec une sonde molle, permet cette fois d'arriver dans la vessie. L'état général va néanmoins toujours en s'aggravant, et notre malade succombe aux progrès de l'adynamie, le 15 *février* au soir.

Autopsie. — Au niveau de la paroi inférieure du canal prostatique et sur le côté gauche de l'utricule prostatique, au-devant d'une saillie prononcée du lobe moyen, existe une perforation peu étendue conduisant dans un trajet qui devient sous-muqueux au niveau du trigone et qui se termine un peu en arrière de la bandelette musculaire qui le limite en arrière; au niveau du cul-de-sac ainsi formé, la muqueuse est amincie. La sonde, poussée avec un peu plus de force, aurait certainement pénétré dans la vessie. C'est là, une variété rare de fausse route qui eût été forcément méconnue, si l'évacuation de la vessie s'était produite.

Les lobes latéraux sont peu volumineux, mais ils contiennent deux loges prostatiques, à gauche, dans lesquelles on trouve deux calculs gros comme des noyaux de cerise, à surface mamelonnée, de couleur ambrée, avec des reflets verdâtres qui leur donnent un très joli aspect. C'est leur présence qui donnait au lobe gauche le volume reconnu au toucher rectal. La vessie est large, distendue, amincie et ne contient pas de pus. Les reins présentent les lésions ordinaires de la néphrite interstitielle.

La paroi abdominale a été disséquée par nous avec le plus grand soin pour retrouver le trajet du trocart. Nos recherches ont été infructueuses; au niveau de la plaie cutanée,

© BIU Santé

seulement et dans le tissu cellulaire adjacent, on trouve une légère tache ecchymotique. La plaie vésicale n'est plus visible.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante pour les raisons suivantes : 1° Variété rare de fausse route; 2° Calculs prostatiques, simulant une hypertrophie à gauche; 3° Innocuité absolue de la ponction hypogastrique par les trocarts capillaires.

15. Rupture de l'aorte ascendante. — Irruption du sang dans le péricarde; par M. Emile Lévêque, interne de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

B... Lubin, 70 ans, berger, a été reçu, le 13 mars 1881, à l'hôpital de Saint-Germain, dans une salle de vieillards attendant leur admission à l'hospice (service de M. Le Piez).

Cet homme, fortement voûté par l'âge, et habituellement d'une excellente santé, n'a fait aucune maladie antérieure; cependant, il y a six mois environ, il eut une bronchite sans gravité. Examiné à cette époque, il présentait à l'auscultation, indépendamment de quelques sibilances dans la poitrine, un souffle systolique au niveau de l'orifice aortique. Cette affection cardiaque ne détermina jamais aucun trouble dans la circulation.

Le 26 *juillet* 1883, vers quatre heures du soir, il était assis près de son lit, quand, sans cause appréciable, il perd subitement connaissance. On le couche aussitôt; quelques vomissements surviennent; le malade ne tarde pas à revenir à lui. Cette amélioration fut de peu de durée, car, une heure après, il est pris de suffocation et refuse toute boisson et toute nourriture. Cet état se prolonge toute la nuit, pendant laquelle il n'a cessé de pousser des gémissements.

Le lendemain 27, vers six heurs du matin, il expire. Tels sont les renseignements fournis par l'élève de garde, M. Poutrel.

Autopsie, 26 heures après la mort. — La raideur cadavérique est conservée. A l'ouverture de la cavité thoracique, on constate que les poumons sont indemnes; mais le péricarde, fortement distendu, les refoule de chaque côté. Il présente un reflet légèrement bleuâtre; à la pression, on éprouve une résistance assez élastique, ne permettant pas de sentir le cœur. Le sac péricardique ouvert laisse voir un vaste caillot noir, mou, unique, parfaitement régulier, pour ainsi dire homogène, pesant 640 grammes; on n'y trouve aucun liquide. Le feuillet pariétal est sain; à part quelques plaques laiteuses, le feuillet viscéral l'est aussi dans toute son étendue, sauf à la base du cœur, comme on le verra plus loin. La séreuse se réfléchit sur les gros vaisseaux de cette base, à une hauteur excessive.

Hypertrophie considérable du cœur, principalement du ventricule gauche. Sa longueur est, en effet, de 12 centimètres 1/2; sa largeur, de 10 centimètres 1/2; son épaisseur, de 8 centimètres; l'épaisseur de la paroi ventriculaire gauche, de 22 millimètres. La valve gauche de la valvule mitrale présente à sa base un liséré d'incrustation calcaire, la valve droite est saine; ni rétrécissement, ni insuffisance. L'oreillette gauche, un peu dilatée, présente des parois à peine hypertrophiées. Le ventricule droit et son oreillette sont à peu près normaux; aucune altération de la valvule tricuspide. Ces quatre cavités renferment une certaine quantité de sang coagulé. Le muscle cardiaque est dur et ferme, un peu surchargé de graisse à la base, mais sans altération apparente de la fibre musculaire sur aucun de ses segments.

A la base du cœur, sur la face antérieure des artères aorte et pulmonaire, on remarque une vaste ecchymose sous-péricardique, faisant légèrement relief à la surface, ayant la forme d'un quadrilatère irrégulier, dont un des sommets est inférieur et situé dans l'angle rentrant entre ces deux vaisseaux à leur origine. Le bord inférieur gauche de cette tache longe la partie moyenne de la face antérieure de l'artère pulmonaire, et se termine au niveau du point de réflexion de la séreuse péricardique; le droit est à peu près vertical, suivant le bord droit de l'aorte. Enfin, les deux côtés supérieurs croisent la face antérieure de cette artère en accent circonflexe, dont l'angle s'élève aussi jusqu'à la limite de la séreuse viscérale.

Cette ecchymose, un peu plus grande que la moitié de la paume de la main, est formée par un mince caillot noir et mou, de 8 millimètres d'épaisseur dans l'interstice des deux artères, de 4 ou 5 seulement sur leurs parois, où il s'amincit rapidement. Il est infiltré entre le feuillet viscéral du péricarde et la tunique externe de l'aorte, dont la paroi se trouve ainsi renforcée, en avant, par une sorte de cuirasse. Ce caillot en nappe se prolonge jusque dans l'intérieur de l'aorte, en s'engageant dans une déchirure des trois tuniques de ce vaisseau. La rupture est située dans le quadrilatère ecchymotique déjà décrit, non loin de son angle du côté droit.

En incisant longitudinalement l'aorte, on constate qu'elle est un peu dilatée, sa circonférence mesurant 11 centimètres à son maximum de dilatation. Sa paroi est épaissie dans les points où il n'y a ni déchirure ni éraillure, et tapissée intérieurement de quelques plaques graisseuses. De plus, un peu en arrière de son bord droit, on remarque une éraillure de la tunique interne, sans aucune induration. Cette érosion est fusiforme, à grand diamètre vertical (27 millimètres sur 6 millimètres), blanchâtre. Les valvules sigmoïdes sont suffisantes, mais deux d'entre elles, situées à droite, présentent à leur insertion un noyau d'athérome de la grosseur d'un grain de millet.

A 3 centimètres au-dessus de l'artère coronaire droite à son origine, apparaît une déchirure des trois tuniques de l'aorte et du feuillet correspondant du péricarde. Cette fissure, longitudinale, présente deux lèvres taillées très obliquement, de dedans en dehors et de droite à gauche, de sorte que la lèvre droite, formant un biseau aigu, s'applique sur la lèvre gauche comme une sorte d'opercule mobile. Elle offre des bords sinueux et blanchâtres dans le vaisseau, un peu déchiquetés et de coloration noirâtre en dehors; cependant, on n'observe aucune induration athéromateuse à ce niveau. Un caillot très mince se trouve dans cette fente, dont la longueur est de 1 centimètre 1/2. En disséquant, on peut facilement reconnaître qu'il s'épanche sous la séreuse soulevée légèrement, se continuant avec le caillot en lame sus-mentionné; il se continue aussi avec le caillot du péricarde. Au-dessous de cette déchirure, on voit, à l'intérieur de l'artère, la tunique externe mise à nu, sur une longueur de 2 centimètres 1/2. Cette dernière lésion est sur le prolongement de la fente.

Le sang a donc passé par cette scissure de l'aorte, dont il a décollé le revêtement péricardique; puis, déchirant cette membrane, a fait irruption dans le péricarde. L'artère pulmonaire et ses valvules sont saines. Rien d'anormal du côté des autres organes.

Réflexions. — Cette dilatation de l'aorte, à l'origine du grand sinus, consécutive à l'artérite, constitue, si l'on veut, une sorte d'anévrysme vrai des plus rudimentaires; car, dans les deux cas, l'anatomie pathologique est la même (Cornil et Ranvier). Mais, jusqu'à présent, les faits analogues ont toujours été considérés comme des ruptures dites spontanées de l'aorte, et non comme des ruptures d'anévrysmes (Broca, *Soc. anat.*, 1850; Th. Godart, 1880; Demange, *Rev. méd. de l'Est*, 1881). Richet et Le Fort refusent à cette lésion le nom d'anévrysme, pour lui conserver celui de dilatation (Th. Stoupy, 1876).

Anévrysme vrai ou simple dilatation de l'aorte athéromateuse sont donc ici synonymes; et, dans cette circonstance, la rupture de ce vaisseau avec issue du sang dans la cavité péricardique n'en constitue pas moins un cas peu fréquent, digne, ce semble, d'être signalé. (Le mot anévrysme *vrai* est pris ici dans son acception vulgaire et non au sens rigoureux de l'histologie, qui rejette actuellement toute espèce d'anévrysme vrai.)

La rupture soudaine de l'aorte reconnaît ici pour cause adjuvante, outre l'athérome manifeste, cause première, l'hypertrophie cardiaque, déterminant un excès de pression sur les parois altérées de cette artère. C'est au revêtement péricardique qu'on peut vraisemblablement attribuer

© BIU Santé

une survie de quatorze heures après la déchirure des tuniques artérielles; sans cette quatrième tunique, la mort eût été foudroyante.

14. M. Petit montre un *lipome vrai sus-claviculaire.*

15. M. Séné présente un *anévrysme diffus* développé dans le moignon, après amputation de la jambe, et ayant déterminé la mort par hémorrhagie trente-sept jours après l'opération.

Séance du 16 novembre 1883.— Présidence de M. Cornil.

16. M. Morel-Lavallée présente une *fracture de la base du crâne* et du *rocher*, avec contusion de l'hémisphère du côté opposé à la fracture, sans hémorrhagie ventriculaire ni bulbaire.

M. Remy dit que l'analyse du liquide rendu par l'oreille a montré une forte proportion de chlorure de sodium, 9 grammes par litre, et une certaine quantité d'albumine, près de deux grammes pour 1.000, par l'appareil d'Esbach. M. Rémy attribue cette albumine à l'altération de la sérosité céphalo-rachidienne par l'inflammation des méninges. Au microscope on constatait, en effet, dans le liquide, la présence de globules blancs, preuve non douteuse de l'adultération inflammatoire de la sérosité.

M. Josias dit qu'il a vu un cas semblable de fracture de la base du crâne, avec contusion de l'hémisphère du côté opposé à la fracture; il n'existait pas d'hémorrhagie au niveau du bulbe et du plancher du quatrième ventricule. D'après M. Brouardel, ces hémorrhagies ventriculaires et bulbaires ne s'observent pas dans les grands traumatismes cérébraux avec fracture du crâne. Le malade auquel M. Josias fait allusion a succombé à une méningite suppurée, comme celui de M. Morel-Lavallée.

M. Kirmisson fait remarquer que l'époque tardive de l'apparition de l'écoulement, l'abondance du liquide, sa richesse en albumine sont des circonstances qu'on peut invoquer en faveur de l'idée qu'il s'agit de la sécrétion d'un liquide pathologique, indice de phénomènes et de complications inflammatoires, et non du liquide céphalo-rachidien normal.

17. M. Pignot montre un énorme *cancer encéphaloïde* du *rein* gauche et des deux *capsules surrénales.*

M. Cornil dit que Israël et Grawitz ont relevé un certain nombre de faits où des lésions attribuées au rein dépendaient des capsules surrénales. Il existe, en effet, des tumeurs qui, coiffant la partie supérieure du rein, semblent faire corps avec cet organe, alors qu'en réalité elles se sont développées aux dépens de la capsule surrénale à laquelle on ne songe pas.

20. Leucocythémie chez un enfant de quatre ans; par M. H. Dauchez, interne des hôpitaux. **Examen histologique**; par M. Duplaix, ancien interne des hôpitaux.

Leduc, âgé de 4 ans, entre à l'hôpital des Enfants le 8 octobre 1883, salle Saint-Jean, n° 51, service de M. Labric.

Cet enfant, dont l'aspect dénote un état cachectique très prononcé, aurait toujours joui, jusqu'à l'âge de 3 ans, d'une excellente santé. Il n'aurait jamais eu, nous dit sa mère, de fièvre intermittente, lorsqu'au commencement du mois d'août 1882, ses parents remarquèrent sur le cou la présence de quelques ganglions, en arrière de l'angle de la mâchoire du côté droit. Depuis lors, ces ganglions ont peu à peu augmenté de volume et de nombre, si bien qu'aujourd'hui on peut les comparer à une grosse mandarine; toutefois, la tumeur n'est pas lisse, bien au contraire, elle est lobulée, formée de cinq à six grosses glandes adhérentes les unes aux autres, indolentes, donnant au doigt la sensation de fausse fluctuation, mais, en réalité, étant dures et sur plusieurs points adhérentes à la peau.

Trois mois plus tard, l'enfant est déjà très anémié; sa pâleur est extrême. Depuis lors, il a toujours été en déclinant; au moment où on nous l'amène, nous sommes surtout frappés par sa *pâleur extrême*, par l'anasarque qui a envahi toute la surface du corps et par le volume excessif du ventre.

La face est surtout déformée; les paupières bouffies, œdémateuses (à gauche surtout), donnent à la physionomie une expression de résignation douloureuse qui inspire la compassion. L'œdème est très prononcé aux bourses et sur les membres inférieurs; les veines des parois abdominales sont gonflées, turgescentes, surtout à droite, enfin et par-dessus tout, la face est d'une *pâleur de cire*. Pourtant, la mère nous assure n'avoir jamais observé d'hémorragie chez son enfant depuis qu'il est tombé malade.

Le ballonnement du ventre, déjà signalé, peut être rapporté à plusieurs causes: d'une part, à l'hypertrophie du foie et de la rate, sur laquelle nous allons revenir; d'autre part, à la distension de l'intestin par les gaz, aucun signe ne pouvant faire présumer ici l'existence d'un épanchement abdominal.

A droite, au niveau du foie, l'hypochondre est notablement saillant, les fausses côtes de ce côté sont projetées en avant et en dehors, et la tuméfaction se prolonge à cinq ou six centimètres au-dessous du rebord de la cage thoracique; la saillie anomale est régulière, parfaitement lisse, résistante, et dépasse très sensiblement la ligne médiane au point de se confondre en avant avec la matité fournie par la rate. Celle-ci, facilement appréciable par la palpation, mesure de 16 à 19 centimètres en hauteur; son extrémité inférieure atteint presque l'épine iliaque antéro-supérieure du même côté.

En complétant ce premier examen, nous rencontrons encore, sur divers points du corps de nouveaux indices de l'hypergénèse ganglionnaire (pléiade inguinale, ganglions mésentériques, etc.). Enfin, la respiration, assez rude au niveau de la bronche droite avec matité au point correspondant, pouvait faire penser à l'adénopathie trachéo-bronchique. A l'auscultation du cœur, bruit de souffle assez rude à la base et au premier temps.

Restait à pratiquer la numération des globules blancs. Celle-ci, faite à diverses reprises par notre excellent collègue Chantemesse et par nous, donna des résultats identiques, à savoir: une augmentation notable de ses éléments figurés, soit 30 leucocytes en moyenne par chaque préparation. En outre, le sang extrait de la piqûre faite au doigt était manifestement séreux, très pâle, un peu jaunâtre, fluide, etc. Les urines ne renferment pas d'albumine.

9 *octobre*. Mouvement fébrile le soir. T. 39°.

10 *octobre*. Diarrhée légère. Somnolence habituelle. T. 38°8.

12 *octobre*. Râle muqueux à grosses bulles. L'œdème s'étend aux deux côtés de la face. Le réseau veineux abdominal est plus turgescent. A la diarrhée, succède une constipation opiniâtre.

15 *octobre*. L'enfant succombe à six heures du matin.

Autopsie, le 16 *octobre*. — Les ganglions du cou sont énormes et forment, à droite du larynx, une énorme chaîne qui se termine en arrière près des apophyses transverses. A ce niveau, la traînée ganglionnaire est tellement adhérente que le bistouri sectionne la peau. Cette masse, recouverte par la veine jugulaire externe, recouvre elle-même les muscles de la nuque et les vaisseaux du cou sans les comprimer. Elle pèse environ 200 grammes. A la coupe, ces ganglions sont formés d'un tissu dur, blanc jaunâtre, sillonnés de travées limitant des noyaux blancs très visibles à l'œil nu. Ceux-ci ne fournissent aucun suc à la pression.

Poumons. Traces de pneumonie hypostatique aux deux bases. La *plèvre*, légèrement adhérente à droite, renferme seulement quelques cuillerées de sérosité jaunâtre. — *Cœur* flasque, pâle; le péricarde contient environ 40 gr. de liquide. Le *hile* du poumon ne présente

© BIU Santé

d'autre altération qu'une légère multiplication des ganglions de la région.

L'hypertrophie du *foie* est telle que cet organe a envahi une grande partie de l'enceinte abdominale (poids: 850 grammes au lieu de 580, moyenne habituelle chez l'enfant de 4 ans). Son diamètre transverse est d'environ 22 centimètres d'une extrémité à l'autre, verticalement 19 centimètres. A la coupe, il est jaune, paraît uniformément gras et huileux. Quelques gouttes de teinture d'iode appliquées à sa surface n'amènent aucun changement de coloration. La cavité péritonéale renferme du liquide en abondance. Une couenne épaisse tapisse son feuillet pariétal.

La *rate* est bosselée, farcie de gros noyaux du volume d'une noix. On en voit 7 ou 8 sur sa face externe, 2 ou 3 à sa face interne, dont le hile est littéralement envahi par une série de gros ganglions dégénérés, renfermant au centre de vieux foyers sanguins. Les noyaux renfermés dans la rate présentent à la coupe le même aspect que les ganglions (travées limitant des îlots blancs). Le poids total de la rate est de 320 grammes. Sa hauteur égale 19 centimètres sur 8 de large.— L'examen des *méninges* a été malheureusement omis.

Examen microscopique. — *Rate.* A un faible grossissement, on remarque tout d'abord une sclérose des plus manifestes et excessivement avancée de cet organe. Les coupes présentent de larges tractus fibreux excessivement épais, contenant dans leur épaisseur des vaisseaux dont les parois ne peuvent plus être séparées de la gangue conjonctive qui les entoure, alors que leur lumière est très effacée. En dehors de ces points ainsi altérés, on trouve comme dans les ganglions un amas très fourni de cellules lymphatiques dans la pulpe de l'organe; les follicules, de grosseurs variables, se distinguent assez difficilement du tissu voisin, car l'abondance des cellules leucocytiques est également très considérable à leur niveau. Sur quelques points, on trouve aussi les lumières des vaisseaux remplies des mêmes éléments, tandis que, dans les gaines lymphatiques qui les entourent, on reconnaît la présence d'amas pigmentaires plus ou moins abondants. Il y a donc une induration scléreuse de la rate avec hyperplasie lymphatique; cette hyperplasie se retrouve dans les ganglions, tandis que la sclérose y est à peine marquée. Enfin, dans le foie, c'est une sclérose au début en même temps qu'une accumulation de leucocytes dans les capillaires radiés.

Foie. A un faible grossissement, on constate tout d'abord une dégénérescence graisseuse très manifeste et très avancée des cellules hépatiques. Cette dégénérescence n'a pas de siège fixe, elle atteint aussi bien les cellules de la périphérie du lobule que celles du centre. De plus, il est facile encore de reconnaître l'existence d'une sclérose au début, sclérose surtout limitée au pourtour des vaisseaux dans les espaces interlobulaires. Ces espaces sont très larges, remplis de noyaux embryonnaires au milieu de fibrilles conjonctives, et les parois vasculaires sont assez difficilement limitables, car elles sont également infiltrées de noyaux, très épaissies en même temps que leur lumière est plus ou moins remplie de cellules lymphatiques. A un plus fort grossissement, on remarque en outre une disposition toute particulière des cellules du lobule, surtout en certains points. A ce niveau, elles forment de véritables cylindres séparés les uns des autres par des espaces assez larges, remplis de cellules lymphatiques et de quelques hématies. Ce sont les capillaires radiés qui sont ainsi élargis et dilatés dans une certaine mesure. Les cellules hépatiques ne sont pas modifiées dans leur forme; à part la dégénérescence graisseuse très accusée, c'est la seule lésion que l'on puisse constater.

Ganglions. Sur plusieurs coupes, on ne trouve qu'un amas de cellules lymphatiques, aussi bien dans la substance corticale que dans la substance médullaire, et il est impossible alors de voir une limite bien nette entre ces deux substances. Ce ne sont partout que leucocytes dans toute l'étendue des préparations, avec tous leurs caractères bien nets, et au milieu d'eux on reconnaît assez difficilement les vaisseaux dont les parois sont aussi infiltrées de ces cellules, tandis que leur lumière en est remplie. Après avoir traité ces coupes par le pinceau, on trouve un tissu fibrillaire réticulé très apparent, qui avait disparu tout d'abord sous le nombre des cellules lymphatiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mai 1884.— Présidence de M. M. Sée.

M. Nepveu lit une communication *sur une variété de corps étrangers de l'articulation du genou.* Ces arthrophytes adressés à M. Verneuil par M. Johannidès (de Constantinople), s'étaient présentés en grand nombre dans l'articulation, ils étaient pédiculés et beaucoup d'entre eux ramollis au centre semblaient formés d'une masse graisseuse; en raison de ces particularités, M. Johannidès inclinait à penser qu'il s'était peut-être trouvé en présence de l'affection si rare décrite sous le nom de lipome arborescent. M. Nepveu les ayant examinés au microscope, a vu qu'ils étaient formés par des couches concentriques d'une substance amorphe et qu'au fur et à mesure que l'on approchait du centre, la substance amorphe se ramollissait au point de former au centre de quelques-uns d'entre eux une cavité remplie d'éléments en dégénérescence graisseuse; il a pu voir aussi entre les couches superposées de substance amorphe des cellules granuleuses d'origine cartilagineuse. C'est pourquoi M. Nepveu a conclu que ces corps étrangers étoient formés, comme ils le sont dans le plus grand nombre des cas, par l'hyperplasie et la transformation cartilagineuse des franges synoviales.

M. Trélat fait remarquer que l'on trouve ces couches superposées et concentriques de substance amorphe dans les grains hordéiformes des kystes du poignet; que les mouvements de l'articulation jouent certainement un certain rôle dans ce dépôt régulier des produits de sécrétion de la synoviale; et qu'il n'est pas étonnant qu'on retrouve ces mêmes couches sur des concrétions articulaires d'une autre nature mais qui ont servi de noyau.

M. Kirmisson lit une note très intéressante sur trois cas de hernie inguinale congénitale étranglée; on retrouve dans ces trois cas les trois degrés de l'anomalie du canal péritonéo-vaginal, bien décrits dans la thèse de Ramonède. Les trois malades furent opérés, deux succombèrent bien que l'étranglement ne datât que de quelques heures; le troisième a guéri. Le travail de M. Kirmisson est renvoyé à une commission composée de MM. Bouilly, Monod et Berger rapporteur.

M. Bouilly entretient la Société des moyens qu'il convient d'employer pour remédier aux divers mouvements qu'entraîne la *consolidation vicieuse des fractures du radius.* M. Bouilly a eu l'occasion de soigner plusieurs de ces cas. Une première fois, sur un jeune homme de 17 ans, la fracture était consolidée, mais sans réduction; la déformation en dos de fourchette était acquise et l'on pouvait sentir au-devant de la saillie du fragment supérieur, les tendons fléchisseurs et le nerf médian, tendus sur la crête de ce fragment comme les cordes d'un violon sur leur chevalet; il y avait en même temps que des douleurs très vives, des troubles paralytiques et trophiques dans la sphère du médian. M. Bouilly, après avoir essayé sans succès le redressement manuel, incisa la peau, écarta les couches sous-jacentes, et abattit la crête osseuse sur laquelle se réfléchissaient les tendons fléchisseurs et le nerf médian. Les suites opératoires furent extrêmement simples, la plaie guérit par première intention, mais le résultat fonctionnel immédiat fut nul; ce n'est qu'au bout de quatre mois que la main a repris son aspect normal et ses usages. M. Bouilly a fait récemment la même opération sur un autre malade; la guérison a été aussi rapide, mais les résultats immédiats sont nuls comme dans le cas précédent. M. Bouilly a encore eu à soigner deux cas analogues chez des jeunes filles; une première fois le redressement fut fait par l'ostéoclasie à l'aide de l'appareil Colin; on fut forcé de déployer une force considérable, aussi y eut-il, dans les jours suivants, une

© BIU Santé

inflammation intense de l'avant-bras et de vives douleurs ; enfin la malade guérit: la déformation était corrigée, mais le résultat fonctionnel très incomplet. — Peu encouragé par ce résultat, M. Bouilly eut recours dans le second cas à l'ostéotomie qui lui donna cette fois encore un excellent résultat.

M. Bouilly, qui a étudié à propos des faits qui lui sont personnels, les faits de ce genre publiés en assez petit nombre jusqu'à ce jour, conclut que, dans cette région, l'ostéotomie paraît être la méthode de choix, — qu'il y a intérêt à intervenir de bonne heure, — et enfin que le retour des fonctions ne se fait qu'au bout d'un temps assez long après l'opération, comme l'a déjà indiqué M. le Pr Trélat.

M. Verneuil est porté à croire que l'ostéoclasie par les appareils est dangereuse en ce lieu ; il sait que M. Duplay a obtenu un succès remarquable par l'ostéotomie dans un cas de déviation de la main par développement inégal du radius et du cubitus ; il croit que l'ostéotomie est la méthode du choix. Cependant M. Verneuil fait une restriction en faveur de l'ostéoclasie *manuelle* qui lui a donné un résultat excellent sur un jeune sujet ; il pense que l'on doit l'essayer, sans recourir à un grand déploiement de force, avant de recourir à l'opération.

M. Trélat, qui a réséqué un grand nombre de cals vicieux, apporte l'appui de son expérience personnelle aux conclusions de M. Bouilly ; toujours les opérations ont été d'une extrême bénignité, et toujours les résultats parfaits. M. Trélat, qui a pu signaler l'extrême lenteur du retour des fonctions, recommande à ceux qui auront à faire de semblables opérations la lecture d'un travail de M. Mondan, élève de M. Ollier. M. Ollier, persuadé que le retour est d'autant plus prompt que l'on intervient plus rapidement, conseille une intervention très rapide dans certains cas où, d'après lui, on peut diagnostiquer, dès son début, une compression ou un pincement du médian.

M. Gillette a fait deux fois l'ostéotomie combinée à l'ostéoclasie pour des cals vicieux de la partie inférieure de la jambe ; il a obtenu d'excellents résultats qu'il attribue surtout à l'occlusion de la plaie et à l'immobilisation absolue du membre.

M. Bouilly n'est pas très partisan de la combinaison de l'ostéotomie avec l'ostéoclasie ; il reconnaît que l'occlusion et l'immobilisation sont de rigueur, ainsi qu'il l'a d'ailleurs indiqué dans son travail.

M. Delorme présente un malade auquel il a fait la désarticulation du genou pour une tumeur blanche tibio-tarsienne.

P. Poirier.

REVUE D'HYDROLOGIE

VI. Etudes sur la diathèse congestive (diathèse arthritique) et sur ses manifestations pathologiques ; Notions générales; par M. le Dr Sénac, médecin consultant à Vichy.
VII. Diagnostic de la diathèse congestive, par le même.
VIII. De l'hydrothérapie dans le goître exophthalmique ; par M. le Dr Greuell.

VI. Le nom d'arthritis est ancien. Hippocrate s'en servait communément pour désigner toutes les affections articulaires aiguës occasionnées par le rhumatisme, tandis qu'il réservait le nom de podagre à la goutte. Depuis lui, on a confondu pendant longtemps, sous la dénomination d'arthritis, toutes les maladies articulaires de cause interne. Avec Boerhave et Cullen on ne parle plus d'arthritis, parce que ce mot est d'une signification douteuse. Ce n'est que tout récemment qu'il a été tiré de l'oubli.

L'étroite parenté, les rapports intimes qui relient le rhumatisme et la goutte, la solidarité qui réunit ces deux affections, la difficulté qu'on éprouve à les différencier au lit du malade dans un grand nombre de cas avaient amené Trousseau, Pidoux et Bazin à leur assigner une commune origine.

Jusqu'à ces derniers temps, cette idée a prévalu ; mais il y a quelques années, la question de l'arthritis a été reprise à la Société d'hydrologie. La discussion, qui fut animée, occupa plusieurs séances ; mais comme il arrive toujours en pareille circonstance, les uns acceptèrent sans réserve la manière de voir de Bazin, tandis que les autres furent d'avis qu'on séparât catégoriquement la goutte et le rhumatisme, et qu'on ne réservât le terme d'arthritis qu'aux cas mixtes, hybrides. En somme, on ne décida rien.

Qu'entend-on par diathèse arthritique ? Pour Bazin, c'est une manifestation constitutionnelle non contagieuse, caractérisée par la tendance à formation d'un produit morbide (le tophus) et par des affections variées de la peau, de l'appareil locomoteur et des viscères, affections se terminant généralement par résolution. M. Sénac fait justement remarquer que l'auteur accorde aux affections articulaires une prééminence trop marquée. Il y a des cas, en effet, et ils sont nombreux, où les arthritiques n'ont eu et n'auront jamais ni goutte, ni rhumatisme. Il préfère la dénomination de diathèse congestive parce qu'elle ne préjuge rien, qu'elle ne concentre pas l'attention de l'observateur sur les manifestations articulaires à l'exclusion de toutes les autres, dont l'importance n'est pas moindre, et qu'elle n'expose pas à donner de la diathèse une idée fausse ou tout au moins incomplète.

Cette dénomination, empruntée à Cazalis, est-elle justifiée par l'observation clinique ? Le processus congestif constitue, dit M. Sénac, l'élément caractéristique le plus important dans la séméiologie de l'arthritis. C'est parfaitement exact ; mais ce n'est pas un phénomène spécial à l'arthritis. On le retrouve, en effet, dans des circonstances où l'existence de cette diathèse ne peut être invoquée comme cause efficiente. Il faut donc certaines conditions de développement, de marche et de durée pour lui assigner une origine diathésique.

Où se passe ce mouvement fluxionnaire ? Dans les capillaires et les veines, dit M. Sénac ; rarement le système artériel participe à ce trouble circulatoire. Ces sortes d'hyperémie aboutissent très fréquemment à des hémorrhagies qui font cesser le molimen congestif et rétablissent ainsi l'équilibre fonctionnel. Ces poussées, suivies ou non d'écoulement de sang, ne sont pas limitées à la circulation générale, le système de la veine-porte y prend une très large part. Tout le monde sait combien sont fréquentes les hémorrhoïdes chez les sujets arthritiques. Le réseau vasculaire de la muqueuse pituitaire jouit du même privilège ; on n'a pas oublié, en effet, combien sont communes les épistaxis chez les enfants issus de parents goutteux ou rhumatisants.

Dans la seconde partie de sa brochure, M. Sénac donne une esquisse générale de la diathèse congestive. Il admet dans son évolution trois périodes distinctes. La première, dite d'instauration, se passe chez les enfants dont les auteurs sont arthritiques. Les poussées hypérémiques portent de préférence sur les muqueuses de l'appareil respiratoire et des voies digestives. Elles se traduisent alors par des coryzas, par des angines tenaces, des épistaxis, par des catarrhes bronchiques, par des diarrhées et des troubles digestifs divers. Du côté de la peau, on remarque le plus ordinairement de l'urticaire, de l'érythème noueux, du pityriasis.

Le passage de la première période à la seconde se fait d'une manière insensible par la modification des signes généraux de la diathèse. C'est à l'époque de la puberté que s'opère cette transition, dit M. Sénac. On voit alors cette tendance congestive se traduire par une sensation de plénitude générale plus ou moins gênante. L'arthritique est tourmenté par des bouffées de chaleur du côté de la tête ; les éblouissements, les tintements d'oreilles, la céphalalgie se montrent. Il devient migraineux. Du côté des voies respiratoires, il survient de l'asthme ; du côté des viscères abdominaux, apparaissent des coliques hépatiques et néphrétiques, à accès plus ou moins longs et plus ou moins rapprochés.

A la troisième période, cette marche paroxystique est remplacée par un état permanent de maladie. A côté des affections congestives du foie et des reins surviennent le diabète sucré, la phtisie pulmonaire, le cancer. Parvenu à

© BIU Santé

cette phase de dégénérescence, l'arthritique est, au point de vue chirurgical, un *noli me tangere*, car il n'est pas une seule partie de son individu qui ne soit profondément altérée. Ainsi l'affection la plus simple, dit M. Sénac, la plus étrangère en apparence à la diathèse congestive, un traumatisme par exemple, n'aura pas les mêmes conséquences, ne sera pas suivi des mêmes phénomènes réactionnels, ne demandera pas l'emploi des mêmes moyens que chez le sujet indemne de toute diathèse. Dans ses leçons, notre maître, M. Verneuil, a insisté souvent sur l'influence rétrograde des affections constitutionnelles dans les maladies chirurgicales. Une pareille autorité, loin d'amoindrir la portée de l'assertion de M. Sénac, ne fait que lui donner plus de valeur.

Dans sa seconde brochure, notre confrère étudie la diathèse congestive au point de vue du diagnostic. Il passe successivement en revue tous les signes qu'il a énumérés dans son premier travail; il s'appesantit sur chacun d'eux, en montre l'importance. C'était une œuvre difficile et laborieuse, d'autant plus que la diathèse congestive n'a aucun symptôme qui lui soit propre. C'est en effet par l'ensemble des troubles observés chez le malade, par des considérations d'hérédité, qu'on peut acquérir une notion exacte de la diathèse. Il fallait donc joindre, à des connaissances étendues, l'habitude de la clinique pour classer chaque signe à sa place, et en établir la valeur séméiologique. Dans cette circonstance, M. Sénac a été à la hauteur de sa tâche.

L'état de congestivité morbide, avons-nous dit plus haut, joue un rôle de premier ordre dans l'évolution de la diathèse arthritique; il revêt même un caractère primordial, indiscutable. Cette tendance fluxionnaire se retrouve à toutes les périodes de la diathèse et paraît être le procréateur des désordres circulatoires ou autres qui se déclarent dans tous les organes. Ces poussées présentent deux caractères importants : 1° la mobilité; 2° la périodicité; mais à mesure que la diathèse se prononce de plus en plus, les poussées acquièrent plus de durée, de fixité, et leur apparition se fait à des époques moins éloignées.

Quant aux signes diagnostiques fournis par l'appareil de la respiration, ils sont nombreux. D'une façon générale, on peut dire que depuis les fosses nasales jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, aucune partie de la muqueuse respiratoire n'échappe à l'hypérémie. Le coryza rebelle, la pharyngite granuleuse, l'asthme, sont des accidents fréquents de l'arthritisme.

Les troubles nerveux ne sont ni moins fréquents ni moins caractéristiques. Tout le monde connaît ces affreuses migraines qui tourmentent le malheureux arthritique, leur persistance, leur périodicité. Bien qu'un peu plus rares, les névralgies faciale et sciatique ne sont ni moins cruelles ni moins rebelles. En ce qui concerne ces dernières, Garrod a appelé depuis longtemps l'attention sur ce caractère d'opiniâtreté.

Les recherches de Bazin ont mis pleinement en lumière les manifestations pathologiques de l'enveloppe cutanée dans la diathèse congestive. On peut même dire que c'est de cette pathologie spéciale qu'il s'est élevé à la conception de la notion générale de l'arthritis. Inutile d'insister davantage.

La calvitie prématurée est l'apanage de la diathèse congestive. Elle est occasionnée, dit M. Sénac, à des irrégularités de la circulation qui se produisent sur les parties les plus excentriques de l'économie.

L'étude de la conformation des mains et des pieds dans l'arthritis constitue assurément le chapitre le plus intéressant de la brochure de notre confrère. En s'aidant des remarquables travaux de M. Charcot sur le rhumatisme chronique, et de la thèse inaugurale de M. Meillet, il a pu donner une idée exacte de toutes les déviations des doigts qui surviennent dans cette diathèse. Avant lui, la déformation des pieds n'avait pas attiré l'attention du praticien au même titre que celle des mains. On attribuait cette déformation à l'habitude de porter des chaussures trop serrées, il n'en est rien. Elle est due, dit M. Sénac, à l'existence même de la diathèse congestive.

VIII. L'hydrothérapie est, sans contredit, le moyen le plus puissant contre la maladie de Graves, mais à condition, dit M. Greuell, qu'on y ait recours dès l'apparition des symptômes principaux du mal. Dans trois cas, il a obtenu la guérison par ce procédé; dans tous les trois, il se servit de la douche mobile en jet brisé, avec de l'eau à 13 ou 14°, de 45 à 50 secondes de durée, et répétée matin et soir. La plupart du temps, la douche était suivie de l'immersion dans la piscine durant quelques secondes seulement d'abord; puis, au bout d'un certain temps, le bain de piscine avait la même durée que la douche. Les succès de ce genre sont bons à signaler. (*A suivre.*) J. Cornillon.

CORRESPONDANCE

De la Traumaticine.

Nous avons reçu la lettre suivante à propos d'un article sur la traumaticine publié en janvier (p. 74).

Lyon, 30 avril 1884.

M. le Rédacteur,

Depuis 1872, nous employons pour notre compte personnel, la solution de gutta-percha dans le chloroforme, dans le traitement des dents cariées, et à différents degrés de la carie. D'autres l'ont employé avant nous. Nous avions commencé, suivant l'avis de confrères, par essayer la solution de gutta-percha dans l'éther (1). Cette solution pouvait, dans certaines circonstances, et quant la dent était privée de sa pulpe, servir à obturer les canaux radiculaires, mais quand il s'agissait de faire un recouvrement de pulpe, l'opération devenait très douloureuse, par suite de l'évaporation rapide de l'éther. Il arrivait même que le praticien allait ainsi contre le but qu'il se proposait d'atteindre. La pulpe se congestionnait, et une pulpite aiguë en était quelquefois la conséquence. Pour éviter ces non réussites, nous eûmes recours à la solution de gutta chloroformique. Qu'on nous permette, ici, d'entrer dans quelques développements.

Lorsqu'une dent est atteinte d'une carie au troisième degré, et que la pulpe dentaire est en partie dévitalisée, la seule ressource qu'il y ait pour le dentiste, c'est d'extirper cette pulpe qui a des dispositions à se gangrener, et de nettoyer les canaux de la dent de tous les débris de pulpe. Ces canaux doivent être élargis, et après un traitement antiseptique, obturés hermétiquement. Certains procédés consistent à introduire de l'or, de l'étain, dans ces canaux; des fils de plomb ont été préconisés pour cette obturation, ainsi que les ciments à base de zinc. Nous avons essayé ces méthodes. Mais il y a à craindre ceci, c'est que les métaux qui doivent être minutieusement tassés, pour empêcher tout liquide organique de pénétrer par l'apex de la racine, puissent pénétrer à travers cet apex et léser le périoste. Les fils de plomb, paraît-il, ne détermineraient que des lésions inappréciables de cet organe. On s'est basé sur ce que les balles de fusil, en plomb, pouvaient s'enkyster dans l'économie pendant nombre d'années sans danger, pour faire l'application de ce procédé. Nous le croyons abandonné. Les ciments de zinc, chlorures ou phosphates, ne sont pas non plus sans une action caustique assez forte sur le périoste. Aussi, certains praticiens ont-ils employé le bitume de Judée, d'autres, comme nous, le gutta-percha en solution dans le chloroforme; pour ce genre de travail, ces substances paraissant inoffensives.

La dent étant avec la ligne en caoutchouc isolée de l'humidité de la bouche, parfaitement lavée à l'alcool absolu, et séchée avec une poire à air, avec une pipette chargée de solution on introduit dans les canaux, en pressant sur le tube de caoutchouc, une quantité variable du médicament. On laisse évaporer, et au bout d'une ou deux minutes environ, vous aidez à l'opération avec votre poire à air. Puis vous renouvelez l'opération jusqu'à obturation complète. On peut, pour faciliter la pénétration de la solution, introduire un stylet très fin dans les canaux pour aider l'air à en sortir. — La manœuvre consiste à faire des mouvements de tassement.

(1) La gutta doit être absolument pure pour se dissoudre dans l'éther (Hoffmann et W. A. Miller).

© BIU Santé

Là où surtout cette solution nous est d'un grand secours, c'est pour opérer l'encapsulement ou le revêtement des pulpes dentaires, en partie exposées pour une cause traumatique ou carieuse, mais intactes. La dent, étant comme dans le cas précédent, isolée, parfaitement nettoyée et séchée, à l'air chaud, vous badigeonnez légèrement la cavité avec une boulette de ouate chargée de cristaux d'acide phénique. Vous déterminez, par cette manière, un léger précipité d'albumine, suffisant pour modérer une impression extérieure pénible pour la pulpe. Puis avec une autre boulette de ouate, à peine mouillée d'alcool absolu, et à laquelle on a fait subir l'expression, vous essuyez l'acide phénique. Vous resséchez et appliquez alors votre solution de gutta. Pour ces cas spéciaux, elle doit être assez épaisse, afin que l'évaporation soit de courte durée. Quant la couche est sèche, on peut appliquer dessus un ciment quelconque, ou un amalgame, suivant qu'on veuille ou non terminer l'obturation avec l'or. Cette couche de gutta sur la pulpe offre encore un avantage, c'est d'être un corps très mauvais conducteur de la chaleur et du froid.

Traumaticine soit, nous le voulons bien, la solution de gutta-percha dans le chloroforme rend autant de services aux dentistes qu'aux dermatologistes. Nous sommes heureux d'avoir pu apporter ces quelques matériaux et contribuer à l'histoire de la *traumaticine*...

GUILLOT.

THÉRAPEUTIQUE

Les eaux minérales d'Heucheloup

Les sources d'*Heucheloup* font partie du groupe particulier de cette région hydrologique des Vosges comprenant les sources analogues ou à peu près identiques de Saint-Vallier, Vittel, Outrancourt, Contrexéville, Martigny, etc., qui sourdent de terrains d'une constitution géologique uniforme.

Signalées par Bagard en 1763, étudiées par le docteur Poirot en 1834, dans sa thèse inaugurale, approuvées par l'Académie de médecine, en 1875, sur le rapport du regretté professeur Chevallier, fait au nom de la commission des eaux minérales composée de MM. Pidoux, Bouchardat, Moutard-Martin, Empis et J. Lefort, si les eaux d'Heucheloup ne sont pas entrées plus vite dans la thérapeutique hydro-minérale, c'est seulement à cause de la situation géographique des sources.

Aujourd'hui ces sources soigneusement captées ont été amenées d'Heucheloup à Hymont-Mattaincourt, situé à 9 kilomètres, avec une pente de 14 mètres, dans des tuyaux de porcelaine émaillée de 15 centimètres de diamètre, et M. Jules Lefort, le savant hydrologue de l'Académie de médecine, a constaté que, vu leur température constante et leur composition chimique, les eaux n'ont subi aucune altération ni aucun changement pendant le trajet.

Hymont-Mattaincourt est une station de chemin de fer entre Mirecourt et Epinal, à 2 kilomètres de la première de ces villes. Les eaux arrivent à moins de 200 mètres de la gare dans un parc bordé par la rivière le Madon, en face d'une colline où s'élève le tombeau du bienheureux père Fourrier.

Nous avons dit au commencement que les eaux d'Heucheloup appartenaient à la même classe que celles de Contrexéville et Vittel. Elles contiennent deux fois plus de sulfate de chaux que Vittel et 17 centigrammes de plus que Contrexéville ; elles sont deux fois plus riches en sulfates de soude et de magnésie que Contrexéville et Vittel ; enfin elles ont un peu plus d'acide carbonique que cette dernière et un peu moins que la première. On peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le tableau suivant :

	Heucheloup.	Contrexéville. (Pavillon.)	Vittel. (Gde source.)
Sulfate de chaux.	1,338	1,165	0,680
Sulf. de magnésie et de soude.	0,689	0,266	0,328
Acide carbonique.	0,041 (Lefort.)	0,080 (Debray.)	très peu. (Jacquemin.)

Claires, limpides (d'une température de 12°), se conservant indéfiniment en bouteilles sans la moindre altération, ce qui les rend particulièrement précieuses pour la cure à domicile, les eaux d'Heucheloup, dont le débit est de 200 litres par minute, ont une saveur fraîche, acidule, légèrement atramentaire et laissent un arrière goût un peu styptique. Elles ne fatiguent nullement l'estomac qui peut les supporter à hautes doses et les digère facilement. Leur absorption est très rapide et se manifeste par une accélération dans les sécrétions, particulièrement des urines et des selles. Ces dernières sont aqueuses, quelquefois bilieuses, multipliées pendant les heures consacrées à la boisson minérale et ne se reproduisent plus pendant le reste de la journée. Quant à la sécrétion des reins, elle est fortement activée, la quantité des urines rendues est très sensiblement augmentée et dépasse celle de l'eau ingérée.

Comme les eaux sulfatées calciques, les eaux d'Heucheloup possèdent une spécialisation particulière : d'un côté, contre les affections des voies urinaires ; d'un autre, contre les affections du foie. Dans la gravelle urique, lorsqu'il y a des douleurs rénales particulières, des dispositions au retour des coliques néphrétiques, ou lorsque les douleurs persistantes et les urines troubles annoncent un certain degré d'inflammation ou de catarrhe vers le rein, les eaux d'Heucheloup sont tout à fait indiquées. Dans la gravelle phosphatique, elles font merveille aussi. Elles agissent, non pas en désagrégeant les calculs, mais par une sorte de lixiviation, en entraînant les graviers, en déblayant et en lavant les reins, les uretères et la vessie.

Les catarrhes vésicaux sont encore tributaires des eaux d'Heucheloup ; ils sont aussi heureusement influencés par elles que le sont les catarrhes de l'appareil respiratoire par les eaux sulfureuses. Après quelques jours de l'usage d'Heucheloup, ainsi que j'ai pu le constater personnellement sur plusieurs de mes malades, les urines deviennent claires et limpides, de troubles et bourbeuses qu'elles étaient ; les envies d'uriner la nuit sont moins fréquentes ; les malades urinent facilement et avec force.

Fortement laxatives, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les eaux d'Heucheloup donnent des résultats très remarquables dans les engorgements du foie, l'ictère, la lithiase biliaire avec ou sans coliques hépatiques. On pourra aussi les employer dans les constipations symptomatiques d'entérite sèche ou d'atonie intestinale.

J'allais oublier la goutte, « *cette sœur de la gravelle* », comme l'appelait fort justement Erasme. Les eaux sulfatées calciques d'Heucheloup rendent de très grands services aux goutteux, surtout dans l'intervalle des accès. Pour mon compte, je les conseille de préférence aux eaux de Vals ou de Vichy.

Par leur composition chimique et par leur action bienfaisante dans les diverses affections précitées, les eaux d'Heucheloup sont appelées à prendre une des premières places parmi les sources similaires.

(*Union médicale.*) Dr PAUL LABARTHE.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches physiologiques et cliniques sur les modifications du retard du pouls dans les lésions de l'orifice aortique ; par M. le Dr RIVALS. Paris 1883. — A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Normalement, le pouls retarde sur la systole ventriculaire, à l'état pathologique, ce retard subit des variations en plus ou en moins que l'auteur a étudiées. L'athérome, en transformant les artères en tubes rigides, facilite la rapidité de la transmission de l'onde sanguine et diminue le retard du pouls. Dans l'insuffisance aortique, l'énergie de la contraction ventriculaire diminue également le retard du pouls. Au contraire, dans le rétrécissement aortique le retard du pouls est augmenté, à cause de l'obstacle qu'éprouve le ventricule gauche à se vider. — S'il y a à la fois insuffisance et rétrécissement, la compensation se fait, ou bien l'une des deux lésions a une action prédominante qui augmente ou diminue le retard du pouls. Quand l'insuffisance aortique est compliquée d'insuffisance mitrale,

© BIU Santé

le reflux du sang dans l'oreillette gauche au moment de la systole ventriculaire tend à augmenter le retard du pouls. Le retard du pouls est au minimum quand l'insuffisance aortique est accompagnée d'athérome. J. C.

VARIA

La fièvre typhoïde en Suisse.

« Le fait dominant du mois de mars, dit M. le professeur Dunant dans le numéro du 15 avril de la *Revue médicale de la Suisse romande*, a été le développement rapide et intense, puis la diminution de l'épidémie de fièvre typhoïde qui s'était déclarée à Genève vers le milieu de février et qui a atteint son maximum dès le 10 mars avec 65 cas déclarés dans les 24 heures. » Le tableau ci-dessous indique la marche de l'épidémie :

Du 10 au 16 février	11	malades.
— 17 — 23 —	24	—
— 24 février au 1er mars	55	—
— 2 au 8 mars	176	—
— 9 — 15 —	349	—
— 16 — 22 —	257	—
— 23 — 29 —	127	—
— 30 mars au 5 avril	59	—

M. Dunant fait observer que l'épidémie a surtout frappé les quartiers « où se distribue l'eau que la machine hydraulique puise dans le port, accidentellement souillé par des égouts de la banlieue, pour lesquels on construit en ce moment un grand collecteur qui les déversera en aval de la ville. »

La ville de *Zürich* a aussi été éprouvée par une épidémie de fièvre typhoïde, sur laquelle nous trouvons quelques renseignements dans la *Gazette de Lausanne* du 3 mai. Les hôpitaux regorgeaient de malades, quoique, à cette date, on n'y acceptait plus que les personnes étant dans l'impossibilité de se faire traiter à domicile. La maladie semblait avoir diminué dans la ville, mais dans un de ses faubourgs, à Aussersihl, elle avait pris de terribles proportions « et là, plus que partout ailleurs, il est impossible d'obtenir la propreté et les soins préventifs indispensables ». La description de ce faubourg faite par la *Gazette*, ne peut être comparée qu'à celle de certaines cités de Paris. « On a transformé là un manège en hôpital et des médecins ont été nommés d'office pour le service de ce faubourg ». A Zürich la maladie semble avoir revêtu un caractère assez bénin; « il y a peu ou point de délire, pas énormément de fièvre etc. »

Quant à la cause de l'épidémie, les uns l'attribuent à l'eau, d'autres à l'arrosage au purin, etc. Un correspondant du *Journal de Genève* (7 mai 1884) fait remarquer que :

La ville de Zürich n'a ni égouts ni fosses mobiles. Les lieux d'aisance, les eaux ménagères se déversent dans de grandes fosses creusées dans le sol et qui ne peuvent être étanches. De là, une infiltration permanente qui a saturé et sursaturé la terre de matières organiques. J'ajouterai que jamais ces fosses ne sont désinfectées ni par le sulfate de fer, ni par le chlorure de chaux, ou tout autre désinfectant. De plus, en dehors de la ville de Zürich proprement dite, qui constitue une faible partie de l'agglomération zuricoise, les maisons sont bâties isolément et en général entourées de jardins. Ces jardins sont arrosés pendant les trois quarts de l'année par le produit de ces fosses. Donc :

Empoisonnement de l'eau par un sol complètement saturé de matières organiques. Empoisonnement de l'air par les émanations d'un tel arrosage ou par les poussières soulevées dans l'air. Beaucoup de maladies existent à Zürich à l'état endémique ; les épidémies s'y développent avec une énergie et une violence inconnues ailleurs. N'est-ce pas le résultat d'un pareil système ? Cela ne prouve-t-il pas que le *tout à l'égout* est le seul moyen d'assurer la salubrité d'une ville ?

Nous partageons entièrement l'opinion du correspondant du *Journal de Genève* et nous croyons que le système du *tout à l'égout* est destiné à prévenir ou tout au moins à atténuer dans une large proportion les maladies épidémiques et en particulier la fièvre typhoïde, à la condition, toutefois, que les égouts aient une pente convenable, soient lavés avec une grande quantité d'eau, en un mot, tenus avec la plus grande propreté.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Mercredi 21. — M. Riberolles : Contribution à l'étude des phénomènes nerveux de la fièvre typhoïde. — M. Favrel : De la lymphangite dans les maladies de la peau. — Vendredi 23. — M. Chambert : Matériaux pour servir à l'histoire des éclampsies puerpérales. — M. Bastaki : Du bichlorure et du biiodure de mercure en obstétrique. — *Samedi* 24 — M. Beuve : Le sublimé en obstétrique (cinq mois d'observation à la clinique d'accouchement). — M. Bordéremy : Des rémissions dans l'ataxie locomotrice. — M. Rosenblith : Etude sur quatre cas de cirrhose hypertrophique graisseuse. — M. Thomas : Contribution à l'étude du traitement de la teigne tondante. — M. Tétard : Hematome du pavillon de l'oreille. — M. Jaladon : Alcoolisme et cirrhose (rapports et étiologie).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 2 mai au jeudi 8 mai 1884, les naissances ont été au nombre de 1304, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 468; illégitimes, 188. Total, 656. — *Sexe féminin* : legitimes, 477 ; illégitimes, 171. Total, 648.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 2 mai au jeudi 8 mai 1884, les décès ont été au nombre de 1228 savoir : 657 hommes et 571 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 22, F. 21. T. 43. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 22, F. 22, T. 50. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 7, F. 5. T. 12. — Diphthérie, Croup. M. 28, F. 23, T. 51. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 5, F. 4, T. 9. — Infections puerpérales : 7. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 35, F. 29, T. 64. — Phthisie pulmonaire : M. 124, F. 86. T. 210. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 8. T. 28. — Autres affections générales : M. 34, F. 31, T. 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 26, T. 52. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 11, T. 27. — Pneumonie : M. 71, F. 49, T. 120. — Athrepsie : M. 33, F. 19. T. 52. — Autres maladies des divers appareils : M. 181, F. 209, T. 398. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 20, F. 8 T. 28. — Causes non classées M. 4, F. 3, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 87 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35 ; illégitimes, 18. Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 23. illégitimes, 11. Total : 34.

Concours. — (*Bureau central*) : *Chirurgie* : Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Nélaton et Prengrueber.

Nominations. — M. Hans Virchow, privat Docent et assistant de l'institut anatomique de Würzburg, vient d'être appelé à Berlin à la direction du cours d'histologie et d'anatomie en collaboration avec le professeur Waldeyer. — M. Léon Guignard, professeur à la Faculté des sciences de Lyon vient d'être nommé directeur du jardin botanique de la ville.

Herborisations. — M. Bureau, professeur de botanique au muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 18 mai 1884, dans la vallée de Bucq et de Jouy-en-Josas. Départ de Paris (gare Montparnasse), à 11 h. 5 m. pour Versailles. — M. Chatin, professeur de botanique à l'école supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 18 mai, dans la forêt de l'Isle-Adam. Le départ s'effectuera de la gare du Nord à 10 h. 1/4, pour la station de Mériel-sur-Oise.

Excursions géologiques. — M. Stanilas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera dimanche, 18 mai, une excursion géologique publique à la côte Saint-Martin, Pierrefitte, Morigny et Jeurre. Une réduction de moitié sur le prix des places sera accordée aux personnes qui s'inscriront au laboratoire de géologie du Jardin des Plantes avant le 17 mai à 4 heures. Le rendez-vous est à la gare d'Orléans où l'on prendra à 7 heures 30 minutes le train pour Etampes. On sera rentré à Paris à 6 heures 22 minutes.

M. Daubrée, professeur, membre de l'Académie des Sciences, commencera son cours le samedi 24 mai 1884 à 4 h. 1/4 précises dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. M. le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des conséquences de l'activité interne du globe en ce qui concerne les gites métallifères et les phénomènes volcaniques. Il exposera aussi les traits généraux de la géologie de la France. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, docteur ès sciences, à qui est confiée la direction des excursions géologiques, que des affiches spéciales annonceront successivement.

Conseillers municipaux médecins. — Au scrutin de ballotage du 11 mai les médecins suivants ont été nommés conseillers muni-

© BIU Santé

cipaux : MM. Chautemps, Chassaing, Georges Martin, autonomistes; Frère, opportuniste ; Levraud, ex-blanquiste, opportuniste.

Maison nationale de Charenton. — Des places d'interne vont devenir vacantes dans la Maison nationale de Charenton. Les candidats munis de toutes leurs inscriptions et ayant passé un examen de doctorat, doivent transmettre leur demande au Ministre de l'Intérieur. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le directeur de la Maison nationale.

Incendie. — Un incendie vient de détruire complètement l'hôpital central de Pétersborough. Tous les pensionnaires de l'établissement ont été sauvés. Deux personnes qui aidaient à combattre le fléau ont été dangereusement blessées.

Revue philosophique, dirigée par Th. Ribot, paraissant tous les mois. *Numéro de mai* 1884. A. Binet : l'hallucination. — Dr Manouvrier : les fonctions psycho-motrices. — Paulhan, la morale idéale. — Analyses et comptes rendus. — Notices bibliographiques. — Revue des périodiques. — Ancienne librairie Germer Baillière et Cie. *Félix Alcan, éditeur.*

Université de Munich. — La *Berliner klinische Wochenschrift* du 5 mai annonce l'ouverture à Munich, dans l'institut pathologique, d'un laboratoire spécialement destiné aux *recherches de microbiologie*. Ce laboratoire aurait été créé par le professeur Bollinger et serait dirigé par le Dr Fröbenius, assistant de l'institut.

Nécrologie. — Le *journal des Connaissances médicales*, annonce la mort du Dr Beauregard, Gustave, décédé au Havre, à l'âge de 34 ans. — Nous apprenons la mort du Dr Lemoyne d'Illiers (Eure-et-Loir.). — La *St-Pétersburger medicinische Wochenschrift* (14 (26) avril) annonce la mort (31 mars) de M. Alferjew, ancien professeur de pathologie spéciale et directeur de la clinique thérapeutique de la Faculté de Kiew; il était âgé de 68 ans.

BOURNEVILLE et BRICON. **Manuel des injections sous-cutanées.** Un volume in-32 de 210 pages, avec 10 figures dans le texte. Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. Nous avons fait faire un élégant cartonnage Bradel. — Prix du cartonnage, 50 c.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

INSTITUT THERMO-RÉSINEUX

du Dr **CHEVANDIER** de la Drôme. 14, rue des Petits-Hôtels, Paris (lanterne bleue). **RHUMATISMES, GOUTTE, NÉVRALGIES, SCIATIQUE, ARTHRITES, CATARRHES** chroniques de la poitrine et de la vessie, etc., traités avec le plus constant succès. Succursale à **VICHY**, boulevard des Célestins. — Directeur : Dr de la Salzède.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

Gros : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris. — Détail : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

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

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

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles, Lymphatisme, Maladies de la peau et des voies respiratoires, Asthme, Diabète, Fièvres intermittentes.

VALS

Eaux Minérales naturelles. Sources dont l'usage est admis dans les Hôpitaux civils de France.

PRESCRIPTIONS MÉDICALES :

SAINT-JEAN. Affections des voies digestives, pesanteur d'estomac.
PRÉCIEUSE. Appareil biliaire, calculs hépatiques, jaunisse, gastralgies.
RIGOLETTE. Appauvrissement du sang, pâles couleurs, débilité.
DÉSIRÉE. Constipation, incontinence d'urine, calculs, coliques néphrétiques.
MAGDELEINE. Maladies du foie, des reins, de la gravelle et du diabète.
DOMINIQUE. Souveraine contre les maladies de la peau, asthme, catarrhe pulmonaire, chlorose, anémie, débilité.

Détail : dans tous les Dépôts d'eaux minérales et les Pharmacies, au prix de 80 c. la bouteille. Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — Dose : une bouteille par jour.

Le commerce doit adresser ses demandes à
LA SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, A VALS (ARDÈCHE)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin.**

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou. Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca. L'Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de **premier choix**, provenant des plantations de M. Bolivian, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*. — **Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *névralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 19. — 2e *de Doctorat* (N. R. Epreuve pratique) : MM. Trélat, Verneuil, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) 1re *Série* : MM. Béclard, Hayem, Kirmisson ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Guyon, Reynier. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Hanriot, Blanchard. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Potain, Rendu, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Fournier, Tillaux, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 20. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Lefort, Richelot. — 1er *de Doctorat* : MM. Ball, Cornil, Humbert. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Brouardel, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Proust, Raymond. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Panas, Jaccoud, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (N. R. Charité. 1re partie) : MM. Pajot, Gosselin, Peyrot.

Mercredi 21. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Tillaux, Terrillon. — 2e *de Doctorat* N. R. 1re partie.) 1re *Série* : MM. Trélat, Hayem, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Guyon, Farabeuf ; 3e *Série* : MM. Verneuil, Rendu, Remy. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Tarnier, Damaschino, Segond. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard.

Jeudi 22. — Pas d'actes.

Vendredi 23. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Charcot, Farabeuf. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Béclard, Tillaux, Segond ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Guyon, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). MM. Trélat, Hayem, Kirmisson. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Fournier, Damaschino, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Potain, Rendu, Terrillon. — 3e *de Doctorat*. MM. Regnauld, Gariel, Rémy.

Samedi 24. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Cornil, Campenon. 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) 1re *Série* : MM. MM. Robin, Panas, Richelot ; — MM. Richet, Bouchard, Peyrot. 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Gosselin, Lefort, Charpentier.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — M. Diday (de Lyon) fera le samedi 17 mai à 10 heures dans l'amphithéâtre de M. le professeur Hardy à la Charité une leçon sur l'*éradication de la syphilis*.

Hôpital du Midi. — M. le Dr Ch. Mauriac reprendra ses leçons cliniques, sur les maladies vénériennes, le 17 mai à 9 heures du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. Fournier, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, le samedi, à 9 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Fenger (Ch) and Hollister (J. H.)— Opening and drainage of cavities in the lungs. Brochure in-8 de 23 pages.— Philadelphia, 1881, — H. C. Lea's son and Cie.

Jackson (J.-H.) — Discussion of the relation between optic neuritis and intracranial disease. Brochure in-8 de 35 pages. — Printed by I. S. Adlard. Bartholomew-close.

Jackson (J.H) — On a case of temporary left hemiplegia, with foot-clonus and exagerated kneephenomenon after and epileptiform seizure beginning in the left foot. Brochure in-8 de 16 pages. — London, 1881. — Pardon and sons.

Jackson (J.-H.) — On nervous symptoms with ear-Disease, Brochure in-8 de 10 pages. — London, 1877. — Bristisch medical journal.

Jackson (J.-H.) — On eye symptoms in locomotor ataxy. Brochure in-8 de 16 pages. — Printed by J, E. Adlard, Bartholomew-close.

Schulze (B.-S.) — Lehrbuch der hebammenlimft. In-8 de 368 pages, avec 90 figures dans le texte. — Leipzig, 1884. — Verlag von W. Lngelmann.

Stampacchia (R.) — Un caso di pielonefrite suppurativa con altre affezioni secondari. Brochure in-8 de 16 pages. — Napoli, 1883. — Tipografia A. Trani.

Stampacchia (R.) — Un caso di pleurite bilaterale e di peritonite, Brochure in-8 de 8 pages. — Napoli. 1883. — Tipografia A. Trani.

Stampacchia (R.) — Un caso di ernia diaframmatica e di pseudopneumotorace. — Brochure in-8 de 40 pages. — Napoli, 1883. — Tipografia A. Trani.

Tamburini (L. e A.) — Sulle funzionni del cervello. — Ricerche sperimentali. — Seconda comunicazione centri psico-sensori corticoli. — Brochure in-8 de 78 pages. — Reggio-Emilia, 1879. — Tipografia Calderini et Figlio.

Mackenzie (J. N.) — Some remarks on naso-aural catarrh and its rational treatment. Brochure in-8 de 22 pages. — Maryland, 1883. — Medical and chirurgical society.

Mackenzie (J.-N.) — On a hitherto undescribed malformation of the naso-pharynx. Brochure in-8 de 4 pages. — Maryland.

Mackenzie (J.-N.) — On nasal cough and the existence of a sensitive reflex area in the nose. — Brochure in-8 de 11 pages. — Philadelphia, 1883. — Henry C. Lea's son and Cie.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

MEDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0fr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCERINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0fr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RECOMPENSE

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

Trajet direct de Paris à Plombières en 8 heures

EAU EN BOISSON. — BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.
Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — Adresser les demandes directement à la *Cie de Plombières ou au Dépôt Principal*, **Maison ADAM, 31, Boulevard des Italiens, à Paris.**

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

Eau Minérale Gazeuse Naturelle de

BUSSANG

Souveraine contre l'ANÉMIE et les maladies de l'ESTOMAC, des INTESTINS, des REINS et de la VESSIE. — RECONSTITUANTE.

Indiquée dans toutes les convalescences.

S'emploie à **jeun**, ou aux repas avec le **vin**, auquel elle donne une **saveur** très agréable.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 21 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 24 MAI 1884.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE

De la transfusion directe du sang vivant (1).

Par M. le Dr J. ROUSSEL.

I. L'instabilité du sang et les conditions générales qu'elle impose.

Messieurs,

Lorsqu'un médicament est réputé à la fois pour sa grande activité et pour la délicatesse de sa manipulation, délicatesse résultant de nombreuses incomptabilités, ainsi que de l'instabilité de ses combinaisons chimiques ou biologiques, le thérapeutiste recherche tout d'abord le véhicule, le mode d'administration répondant le mieux aux précautions à prendre pour conserver au remède sa pureté et sa puissance curative. Ce n'est qu'après avoir complété cet indispensable examen qu'on étudie les effets les plus constants, qu'on recherche les doses les plus efficaces, et qu'on déduit enfin les indications les mieux justifiées. Il n'en a jamais été de même pour la *transfusion*, et l'on entend dire encore aujourd'hui qu'il est oiseux de poser la question de véhicule, de méthode ou de manuel opératoire, et celle de la conservation des qualités du sang à employer; mais qu'il faut tout d'abord admettre certaines théories préconçues. A deux reprises et à deux siècles de distance, ce sont des professeurs de la Faculté de Paris qui ont émis ces affirmations étonnantes, et leurs élèves se sont inclinés sans autre examen, intéressés qu'ils sont à respecter le vieil adage, toujours utile dans les concours : *Magister dixit*. Et la transfusion toujours mal dirigée n'a jamais eu de succès.

Vous, Messieurs, élevés dans l'étude de l'expérimentation et de l'observation, vous vous efforcez de vous entourer des garanties les plus minutieuses pour que toutes chances d'erreurs soient éloignées par la perfection de procédés thérapeutiques patiemment élucidés. Lorsqu'on vous montre que tel agent produit tel effet dans tel cas, c'est que l'on vous a préalablement éclairés sur la provenance, la qualité, la formule et le véhicule à préférer pour que l'agent à l'étude ressorte avec toutes ses vertus curatives; et lorsque la conclusion s'impose à vos esprits, c'est que : *Magister demonstravit*.

La Nature toujours constante en ses lois, et régulière en ses productions, nous offre dans les veines de l'homme sain, une source inépuisable et toujours pure du précieux médicament que nous cherchons à employer par la *transfusion du sang*.

Le sang est toujours identique dans la même espèce animale, et ses effets thérapeutiques se montreraient toujours constants et identiques, si la partie humaine du traitement, le *procédé de transport* était aussi parfait que l'est le médicament. Mais lorsque l'homme entreprend d'extraire le sang et de l'administrer au patient, c'est alors qu'il l'altère, jusqu'à transformer le médicament en *poison*; puis il le calomnie, en lui déniant des vertus qu'il n'a pas su découvrir, ou en lui attribuant des méfaits dont l'humaine maladresse seule est responsable.

Par le fait même du rôle qu'il a à remplir dans notre organisme, le sang est le plus instable de tous les liquides organisés; il doit, en effet, apporter aux tissus variés qui composent notre corps, les éléments plus variés encore destinés à leur formation, à leur croissance et à leur entretien. Mais, aussi, le sang est chargé d'exporter du sein de nos tissus, toutes les particules usées et dégénérées par la combustion générale qui est la vie. Donc, le sang est en résumé constamment rempli de molécules de nutrition, et de particules de dénutrition intimement mélangées; ces substances, toujours en voie de transformation, sont essentiellement protéiques et altérables.

Le corps que nous connaissons sous le nom de fibrine n'existe pas dans le sang vivant, qui ne contient que les éléments fibrinogènes; et lorsque ceux-ci, par une décombinaison chimique ou biologique, laissent précipiter la fibrine solide, c'est que le sang est altéré et n'a plus sa vitalité normale. C'est ce que j'ai voulu désigner en disant que : « Le sang n'est plus *vivant* lorsque la fibrine solide y apparaît. »

Schmidt croit avoir trouvé une substance indéterminée qu'il nomme le ferment de la fibrine, et M. Hayem vient tout récemment de dire que ce ferment de la fibrine se trouve en quantités des plus considérables dans le sérum extrait du sang par diverses manipulations ; ce professeur en a voulu déduire que l'injection de ce sérum pourrait être thérapeutiquement utile, parce qu'il produit un épaississement marqué dans la masse sanguine, une tendance à la coagulabilité d'autant plus remarquable que la circulation est plus ralentie, et que cette coagulabilité pourra fermer les issues d'où s'échappent certaines hémorrhagies.

Pour moi, ce ferment de la fibrine n'est que l'un des nombreux ferments cadavériques chargés par la nature de dissoudre pour leur ultime transformation les corps organisés qui ont cessé de vivre. La combinaison chimique ou histologique qui produit la solidification de la fibrine, est l'analogue de celle qui produit la rigidité cadavérique. Je puis dire d'une façon plus concise, avec un néologisme, la solidité de la fibrine est l'analogue de la rigidité cadavérique, elle en est peut-être la cause. Après elle, apparaît la dissolution de l'hémoglobine, source du putrilage cadavérique. D'où je conclus qu'avant toutes choses, lorsqu'il s'agit de transfusion, il faut éviter la naissance de ce ferment de la fibrine, parce que, en sa qualité de ferment, il pullule de lui-même, et porte non seulement dans le sang transfusé, mais dans la masse du sang propre du sujet, la fatale prédisposition à la coagulation qui n'est que le commencement de la mort du liquide sanguin.

Ces notions, connues de tous, font pressentir que la manipulation d'un liquide aussi instable et délicat que le sang, doit être elle-même d'une délicatesse extrême, que la médication par le sang ne peut produire les

(1) Le travail que nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs est le développement d'une leçon que M. Charcot a autorisé M. le Dr Roussel à faire dans l'amphithéâtre de la Salpêtrière.

© BIU Santé

résultats espérés, qu'à la condition expresse de conserver tout entières les qualités et la vitalité du sang normal, ainsi que d'éviter même l'apparence de la formation des ferments coagulateurs des éléments fibrinogènes.

Par conséquent, le manuel opératoire de la transfusion doit satisfaire à des exigences bien autrement complexes que celles de l'injection des liquides stables. C'est le moindre des reproches que l'on puisse lui adresser, que d'objecter sa difficulté et sa minutie; de même que c'est le moindre des éloges à donner à une pompe, que de la vanter de ne pas injecter d'air dans les veines.

Un constructeur d'instruments de chirurgie, fût-il même ingénieur hydraulicien, n'arrivera pas à construire un bon transfuseur. Il pourra accumuler d'ingénieux flotteurs, plus légers que le sang, plus lourds que l'air et des tubes obliques plongeant au fond d'un réservoir afin de puiser le sang sans aspirer de l'air; il prouvera facilement que sa pompe est bien close, et qu'elle ne peut injecter la moindre bulle d'air. Cependant, cet instrument ne méritera pas le nom de *transfuseur du sang*, parce qu'aucune précaution spéciale n'a été prise dans le but déterminé d'éviter la perte de la vitalité du sang.

Un physiologiste, qui connait non seulement par théorie les causes chimiques et biologiques des altérations du sang, mais qui, par de longues et minutieuses manipulations de ce liquide si instable, a débrouillé les unes après les autres toutes les raisons effectives de sa coagulation dans divers appareils, peut seul réussir à inventer lentement, et pièce à pièce, chacun des organes instrumentaux aptes à remplir les unes après les autres, chacune des nombreuses conditions spéciales qui doivent pratiquement parer à chacune des causes de coagulation. Seul, un praticien pourra en assemblant ces divers organes, composer enfin un instrument réellement complet, répondant à toutes les diverses et minutieuses exigences de la manipulation du sang vivant. Si le manuel opératoire paraît complexe et difficile à première vue, on admettra nécessairement l'étude préalable qu'il impose lorsqu'on aura vu que pas un de ses temps n'est superflu, que chacun de ses mouvements est raisonné, ainsi que nécessaire pour parer à l'un des faux pas qui ont fait échouer les opérateurs précédents.

La première condition est de ne pas injecter de l'air. Elle est si facile à remplir que je ne m'y arrête pas. Je crois que nul opérateur ne proposera l'ouverture béante des grandes veines du cou, soumises au mouvement aspiratoire du thorax; donc nul transfusé ne court le risque de la mort par pénétration de l'air jusqu'au cœur. Longet et d'autres expérimentateurs ont prouvé que l'on peut injecter progressivement de grandes quantités d'air (un litre) dans les veines des membres d'un cheval sans le tuer; l'air s'absorbe graduellement et disparaît. Mais nul n'a observé l'animal assez longtemps pour dire quels infarctus ont produit les parcelles de fibrine solidifiée au contact des bulles d'air. J'ai vu que chaque bulle d'air enfermée dans le sang s'enveloppe d'une sorte de néo-membrane kystique à la façon de la bulle de savon. Or, la fibrine solide ne se redissout plus, elle reste comme un corps étranger; là est le vrai danger, non pas immédiat mais secondaire, de l'introduction de l'air dans les veines pendant une manœuvre de transfusion.

Seconde condition. Ne pas exposer le sang au contact de l'air. Tous ceux qui ont regardé la *palette* classique pendant une saignée, ont pu remarquer que le sang la vernit immédiatement d'une couche finement grumeleuse, et que, même avant la saignée achevée, c'est un caillot massif qui remplit la palette.

Il y a vingt ans que Brucke (de Vienne) a démontré qu'il faut moins d'une seconde pour observer des filaments fibrineux dans le sang tombant sur une surface de verre ou de métal.

Je ne puis comprendre comment il a pu se trouver en 1875, un comité militaire pour introduire par centaines dans les arsenaux chirurgicaux de l'armée, où il est encore, un instrument composé d'un corps de pompe surmonté d'un entonnoir dans lequel on recueille les gouttes de sang tombées en pluie d'une saignée au bras. La rue Romain Legoff porte le nom d'un donneur de sang qui est mort sans avoir pu, dit-on, réparer une immense perte sanguine nécessitée par une application de cet appareil. Combien Béhier a-t-il tiré de sang au Dr Straus pour en donner 50 gr. à la femme transfusée en 1874; relisez cette opération rendue célèbre par une publicité universelle et de mirobolantes images; elle a été donnée pour un merveilleux succès; mais la lecture des terribles phénomènes de perturbation générale soufferts par cette opérée, montre bien vite aujourd'hui que ce ne fut qu'une détestable injection de sang altéré. Que dire de celle de M. Gibert au Havre puisque deux hommes furent quasi épuisés pour fournir au malade à peine 80 gr. d'un sang qui tout d'abord à produit un délire très grave, bruyant et prolongé, suivi d'un affaissement extrême, et de l'élimination pendant plusieurs jours d'une notable quantité d'albumine par les urines. Et celle de M. Anger, à Cochin, après laquelle les étudiants Bataillard et Lassègue ont reçu des récompenses administratives qui, sans doute, n'ont pas dû réparer à elles seules les immenses pertes d'un sang généreux dont pas une goutte n'a pénétré dans la circulation du blessé.

Du plus au moins, tous les instruments dans lesquels le sang rencontre de l'air, font commettre la même faute opératoire; le sang est coagulé, il est impossible d'oser le pousser chez l'opéré, il faut le jeter, laver l'instrument, et prendre à nouveau au donneur, du sang qui subira le même sort.

Voici donc une *troisième condition* qui s'impose si l'on veut que la transfusion devienne pratique: Il ne faut pas jeter à l'égoût tout ou partie du sang du donneur; il ne faut pas lui en tirer plus que l'on ne peut en injecter utilement, pour cela, *il est nécessaire que le sang ne sorte d'une veine qu'au fur et à mesure qu'il pénètre dans l'autre.*

La perte du sang coagulé n'est pas la seule raison qui oblige à le préserver du nuisible contact de l'air; si l'appareil était plein d'air lorsque le sang y est parvenu, et qu'on se soit servi du sang pour expulser l'air par regorgement, ainsi que l'on fait dans une seringue; le ferment de la fibrine s'est formé dans la couche sanguine qui tenait la tête de la colonne, le ferment a commencé à pulluler et ses effets se propagent dans toute la colonne sanguine. Le ferment s'est aussi formé dans toute l'étendue de la couche qui a verni les parois de l'instrument et le sang qui glissera plus tard, quoique ne trouvant plus d'air devant lui, sera cependant altéré au contact de cette couche coagulée. La preuve en est donnée par l'accroissement incessant de la couche solide, qui bientôt obstrue tout entier un tube de métal ou de verre.

© BIU Santé

Donc ce sang, qui a passé en laissant derrière lui une partie de ses globules, emprisonnés dans le réseau fibrineux adhérent aux parois métalliques, n'est plus du *sang entier* ; il n'est plus qu'un sérum appauvri par une sorte de décantation, incapable de posséder les vertus, et de produire les effets thérapeutiques du sang entier.

Voici donc que surgit, pour faire une transfusion parfaite, une nouvelle nécessité : celle de *transfuser le sang vivant et complet* tel qu'il l'est dans les veines de l'homme sain, sans que sa richesse globulaire soit diminuée, non plus que sa précieuse viscosité résultant de la présence des liquides plastiques, albuminoïdes et fibrinogènes.

Le sang se coagule s'il perd son *mouvement*, incessant déplacement moléculaire entretenu dans le courant circulatoire. Cette notion démontre que la présence de tout réservoir, caisse à flotteurs, ou récipient de verre, est funeste au fonctionnement d'un appareil. Mon transfuseur de 1865 contenait deux poches de caoutchouc ; l'une était une poche élastique à filet devant transformer en jet continu les ondées successives venant du moteur qui était alors un ballon ovale assez grand. Dès ma première opération, j'ai compris la nuisance de ces réservoirs, je les ai supprimés et j'ai diminué le moteur jusqu'à la contenance de 10 cent. cubes seulement, afin qu'il se vide tout entier d'un seul coup.

Ici encore j'ai découvert une nouvelle obligation : *envoyer vers le cœur de l'opéré une série d'ondées sanguines*, se succédant selon le rhythme des battements du cœur, de façon que, à chaque diastole, il ne reçoive qu'une petite dose incapable de le surcharger.

Un cœur bat 90°, je ne lui envoie que quatre doses de 10 gr. par minute, soit un demi-gramme de sang par diastole

Le sang s'altère s'il perd sa compression normale, sa *tension*, en pénétrant dans un tube ne contenant que de l'air. Si une aspiration préalable, produite par un piston dans un cylindre, a raréfié l'air, l'altération sanguine est encore plus rapide, parce que le sang cesse de supporter la pression élastique sous laquelle il circule dans les vaisseaux. Ses gaz tendent alors à s'échapper, et si cette déperdition n'est pas facilement pondérable, l'*odeur* caractéristique de sang que vous percevez, vous prouve que ce liquide a émané une partie de lui-même. Il est donc obligatoire qu'au sortir de la veine, le sang trouve devant lui un *canal plein* et sous *pression élastique*, dans lequel il ne puisse se distendre : de l'eau seule permet d'obtenir ce résultat, en chassant l'air.

Pour la transfusion, l'appareil doit donc être *plein d'eau* avant l'arrivée du sang.

Mais ce serait nuire à l'opéré que de lui injecter cette eau, ou encore du sang dilué par elle ; un transfuseur doit donc porter non seulement un embranchement qui lui amène de l'eau avant que le sang n'y pénètre, mais aussi un autre embranchement qui emporte cette eau et le sang dilué, avant que le sang pur soit transfusé. L'eau a chassé l'air de l'intérieur de l'appareil, elle est elle-même chassée par le sang qui la repousse, sans se mêler notablement à elle dans le tube étroit.

Le sang s'altère s'il subit des *variations dans sa température* normale. Je ne veux pas savoir, si le froid ou le chaud coagule plus ou moins vite, si, comme l'ont fait certains inventeurs, il faut entourer la pompe d'un manchon dans lequel on mettra de l'eau bouillante ou de la glace selon la mode du jour ; je me borne à dire que la température normale du sang ne doit pas varier. C'est donc d'eau à 40° qu'il faudra remplir le transfuseur : celui-ci sera construit d'un corps bon conservateur du calorique ; et le sang devra le traverser si vite qu'il ne perde pas même un dixième de degré.

Il serait tout au moins imprudent et contraire à notre devoir de ne jamais nuire à personne, que de *couper une artère* humaine pour y puiser le sang rutilant ; et d'ailleurs, le sang artériel, quoi qu'on en ait dit, ne saurait avoir en transfusion une efficacité supérieure à celle du sang veineux, car il ne demeure artériel qu'un court instant. Aussitôt que poussé vers le cœur droit, il a pénétré dans le poumon, il est mêlé au sang veineux, et s'artérialise de nouveau avec lui ; tandis que le sang transfusé veineux devient artériel au même instant. Enfin, puisque c'est dans le système veineux que se fait la transfusion, il est légitime de le remplir du liquide pour lequel il a été conformé. Donc la transfusion de sang artériel doit être absolument repoussée. Mais, le sang veineux, une fois la veine ouverte, n'a que pour un instant, une légère impulsion communiquée par l'élasticité vasculaire toujours sous pression. Un transfuseur doit donc comprendre un moteur mesuré, un *cœur artificiel* aspirant et foulant, capable de faire progresser le sang, malgré les résistances que lui oppose la rétraction du système circulatoire comprimé sous le poids des tissus auxquels les veines ne font plus contre-poids, lorsqu'elles viennent d'être vidées par une hémorrhagie.

En résumé, le sang doit sortir d'une veine et pénétrer immédiatement dans l'autre avec une abondance mesurée et une vitesse pondérée, sans repos, sans variation de température, sans perte de sa tension et de ses gaz, sans diminution du chiffre de ses globules, ou de leur fragile vitalité, sans altération de ses instables liquides protéiques au contact du métal et du verre, sans contamination par le ferment de la fibrine, sans avoir été touché par l'air, et sans entrainer de l'air avec lui.

Voici déjà bien des minuties à comprendre, bien des délicatesses à respecter, bien des difficultés pratiques à surmonter. Mais, de plus, l'homme charitable qui offre ce sang précieux, ne doit être exposé, ni à en répandre une quantité plus grande que nécessaire, ni à *subir sur sa veine* des manœuvres dangereuses, dissections ou ligatures, ou ponction hasardeuse qui, tout en ne fournissant pas un assez rapide courant sanguin, deviendrait l'occasion d'une coagulation ou d'une phlébite ainsi que l'est la présence d'un corps étranger fiché dans une veine.

Employer un trocart métallique est une manœuvre mauvaise du côté du donneur de sang, il en est de même du côté du transfusé. S'il est relativement facile de pénétrer sûrement dans la veine rendue turgide d'un homme sain, il est réellement hasardeux et souvent impossible de le faire dans la veine rétractée et exangue d'un blessé, dont la circulation superficielle vient d'être vidée par une hémorrhagie mortelle. En effet, cette veine devenue d'un très petit calibre, est invisible sous une peau normale doublée d'un épais tissu cellulaire.

Il est nécessaire d'inciser la peau selon la position anatomique de la veine ; de chercher celle-ci, de l'ouvrir sûrement afin d'y introduire l'extrémité afférente du transfuseur. Cette extrémité n'a donc plus de motifs pour être formée d'un fin trocart ; elle doit l'être

© BIU Santé

d'une canule de grand calibre. Mais cette canule elle-même est un corps étranger stationnant dans la veine, et capable de coaguler le sang immobile autour d'elle. Il est nécessaire, par conséquent, que cette canule contienne et répande une *petite quantité d'eau*, qui repoussera le sang du sujet ou le diluera, de sorte qu'il n'ait plus de raison de se coaguler.

Une saignée simple et franche peut seule fournir, sans danger, un courant sanguin assez grand pour que le transfuseur, instantanément rempli, soit aussi vite vidé. Elle doit être pratiquée dans l'intérieur de l'appareil, afin que le sang ne soit même pas vu au dehors, puisqu'il est d'une telle délicatesse qu'un seul regard le fait mourir. Le transfuseur doit être plein d'eau, afin que le sang ne rencontre pas d'air et ne se distende point. Cette eau sera chauffée, afin que la température ne varie pas dans l'anastomose parcourue par le sang, elle devra entrer et sortir par deux embranchements faciles à ouvrir et à fermer.

Le transfuseur doit être exempt de toutes pièces de métal et de verre dont le contact tue le sang; il doit être élastique, afin de continuer l'élasticité vasculaire, donc il ne peut être construit que de *caoutchouc* pur, élastique, neutre pour le sang, et bon gardien du calorique. Il doit renfermer une lancette, montée de façon à pratiquer une saignée précise, puis à disparaître hors du courant sanguin. Sa tête doit être fixée au-dessus de la veine, sur la peau, d'une manière qui ne laisse ni pénétrer l'air, ni s'échapper l'eau, dont la colonne ininterrompue remplit tout entière l'anastomose réunissant les deux circulations. Enfin, après avoir satisfait aux nombreuses conditions rendues indispensables par la nature même du sang, le transfuseur, au point de vue instrumental et pratique, doit être d'un maniement précis, qu'on puisse apprendre par une étude d'une heure. Le chirurgien doit pouvoir exécuter à lui seul, une transfusion rapide, sans le secours d'un aide et dans les situations les plus inconfortables, car les cas d'urgence sont les indications ordinaires de l'opération.

L'examen critique des appareils proposés nous dira s'il en existe quelques-uns réellement capables de satisfaire à ces impérieux *désidérata*. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

HÔTEL-DIEU. — M. **G. SÉE.**

Angine ulcéro-tuberculeuse. — Hypertrophie considérable des ganglions lymphatiques. — Tuberculisation généralisée aiguë consécutive;

Par M. **WEBER**, interne des hôpitaux.

Edouard G..., âgé de 18 ans, garçon nourrisseur, est entré le 28 décembre 1883, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, lit n° 21.

Ses antécédents héréditaires sont inconnus. Jusqu'alors bien portant, il s'aperçoit, il y a six mois environ, de la présence d'une tuméfaction assez volumineuse occupant la région parotidienne gauche. Cette tuméfaction ne tarde pas à s'accroître en quelques semaines, au point de dépasser l'angle de la mâchoire. En même temps la déglutition est parfois douloureuse, ses forces l'abandonnent, il perd l'appétit et se sent pris à tout instant d'un invincible besoin de sommeil. Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, une tuméfaction semblable à celle du côté gauche, se développe dans la région parotidienne droite. L'état général s'aggrave de jour en jour. De légers frissons, suivis de fièvre, apparaissent. Le malade est conduit à l'hôpital.

Du 28 décembre, jour de son entrée, au 1er janvier, la température du malade atteint 40° sans aucune rémission matinale.

1er *janvier*. — La présence des deux masses ganglionnaires rétro-maxillaires attire aussitôt l'attention sur l'état de la gorge : langue très saburrale, un peu rouge à la pointe; muqueuse de l'arrière-gorge et du voile du palais tuméfiée et d'un rouge pointillé; ulcération profonde à bords déchiquetés, à fond noirâtre, sur la face antérieure de l'amygdale gauche, se prolongeant, sous forme de simples exulcérations, vers la partie supérieure du pilier gauche et la base de la langue; ulcération semblable, mais moins étendue sur l'amygdale droite, paraissant s'étendre en arrière. Un exsudat grisâtre et très peu adhérent recouvrait toutes ces parties.

Les mouvements respiratoires sont un peu accélérés. A l'auscultation on trouve des râles de bronchite, disséminés dans toute l'étendue de la poitrine, avec une légère prédominance aux sommets. La respiration est un peu plus rude, les bruits du cœur plus fréquents et plus sourds qu'à l'état normal.

Constipation. Ventre légèrement ballonné et douloureux à la pression. A la palpation profonde on constate, sur les limites de l'hypochondre et du flanc gauches, un rebord saillant qu'il est impossible de limiter à la percussion, mais qui paraît être dirigé suivant le bord antérieur de la rate. Pas d'albuminurie, pas d'amaigrissement appréciable. Faciès pâle. Intelligence intacte. — Traitement : Lavage de la gorge à l'acide salicylique. Toniques.

2-3 *janvier*. — Ecoulement séro-sanguinolent par le nez. On constate la présence d'un gros ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche. Ganglions de l'aine volumineux.

4 *janvier*. — Malgré l'abaissement de la température (37°,6 matin, 39° soir), l'état général paraît aggravé. Le malade se couche de préférence dans le décubitus latéral droit. Foie volumineux.

5 *janvier*. — Les ulcérations de la gorge sont plus étendues; elles occupent toute la luette, le bord et les piliers du voile du palais. Le lavage provoque un léger saignement de la muqueuse.

A l'auscultation, la respiration est affaiblie, lointaine, surtout à la base droite (submatité à la percussion). La dyspnée est très marquée. — Selles diarrhéiques peu abondantes.

6 *janvier*. — Subdélirium. Agitation dans la soirée. La diarrhée est beaucoup plus abondante et fétide. Le ventre est moins ballonné. La percussion permet de limiter nettement une tumeur trilobée due aux ganglions mésentériques hypertrophiés, siégeant dans l'hypochondre gauche.

7 *janvier*. — Un amaigrissement rapide s'est emparé du malade depuis l'apparition de la diarrhée. Teint livide. Respiration anxieuse. Délire. Agitation.

8 *janvier*. — Diarrhées profuses. Délire. Respiration bruyante. Température élevée.

Mort le 9 janvier dans le collapsus, à quatres heures du soir.

28	déc.	matin	soir	38°, 4	3	janv.	m. 39°, 2	soir	40°, 2
29	—	38°, 8	—	38°, 6	4	—	37°, 6	—	39°
30	—	39°, 8	—	39°, 8	5	—	38°, 8	—	38°, 4
31	—	40°	—	39°, 6	7	—	38°, 6	—	39°, 8
1er	janv.	m. 39°, 4	soir	39°, 8	6	—	39°, 6	—	40°
2	—	38°, 8	—	39	8	—	39°, 8	—	

AUTOPSIE, 38 heures après la mort. — L'appareil pharyngo-laryngé présente les lésions suivantes : l'amygdale gauche est complètement détruite par une large ulcération qui se prolonge en haut vers l'orifice postérieur des fosses nasales, en dedans, vers la base de la langue, en bas et en arrière vers le repli aryténo-épiglottique gauche. La face postérieure de la partie mobile de l'épiglotte est également le siège d'ulcérations. Enfin l'amygdale droite est le siège

© BIU Santé

d'une ulcération moins étendue que la gauche et envoyant comme celle-ci des prolongements vers la langue et les fosses nasales. La muqueuse qui tapisse toutes les parties environnantes est tuméfiée et bosselée, surtout au niveau de la base de la langue.

Il n'existe aucune ulcération dans le larynx. Aucune lésion macroscopique de la muqueuse des voies aériennes.

Les deux ganglions rétro-pharyngiens sont volumineux, caséeux en partie, et relient le pharynx aux deux masses ganglionnaires qui faisaient saillie dans les deux régions parotidiennes. Les ganglions du côté gauche présentent des lésions plus avancées que ceux du côté droit.

Des masses ganglionnaires semblables entouraient la trachée et les grosses bronches. L'une d'elles comprimait la trachée d'une façon notable. Leur coupe laisse voir toutes les phases d'évolution du tubercule. Elles se continuent en haut avec les ganglions cervicaux, en bas avec les ganglions sus et sous-diaphragmatiques également hypertrophiés.

Les poumons, volumineux, offrent les lésions de la tuberculose miliaire aiguë : granulations grises isolées dans les lobes inférieurs, granulations plus nombreuses et disposées par groupes dans les lobes supérieurs. Dans le lobe supérieur du poumon droit, on trouve deux petites cavernules du volume d'une noisette, entourées d'un groupe de granulations grises. Pas d'adhérences pleurales. Pas d'épanchement dans les plèvres. *Cœur*, petit, flasque, graisseux. *Foie* volumineux (poids : 2,500 grammes) ; sa coupe est parsemée de granulations miliaires, rugueuses au toucher. *Rate* hypertrophiée, renfermant de nombreuses granulations grises. Les *reins* sont volumineux et anémiés. La *séreuse péritonéale* est le siège de nombreuses granulations. Les *ganglions mésentériques* offrent le même aspect que les ganglions cervicaux et péribronchiques. Leur volume est énorme : trois d'entr'eux ont atteint les dimensions d'une petite orange et occupent la région du flanc gauche. Les plus volumineux présentent les phases les plus avancées de la tuberculose ganglionnaire. L'*intestin* est anémié. Le *cerveau* n'a pas été examiné.

Réflexions. — La marche de cette affection peut être divisée, d'après l'observation qui précède, en deux périodes principales :

1° Une première période dans laquelle la maladie évolue, en six mois environ, insidieusement ; période d'infection ganglionnaire. — L'appareil ganglionnaire cervical est atteint le premier, et l'on peut admettre avec quelque apparence de raison, que l'angine ulcéreuse, méconnue au début en raison de son peu d'intensité, ait servi de porte d'entrée au virus tuberculeux.

2° Une seconde période, fébrile et à marche rapide, dans laquelle la tuberculose déjà ancienne des ganglions, détermine une poussée de granulie aiguë généralisée. La *température du malade*, pendant son séjour à l'hôpital, semble diviser cette seconde période elle-même en deux parties ; la première correspondrait à la transformation caséeuse des ganglions déjà hypertrophiés : les symptômes observés sont prédominants du côté de l'appareil digestif. Dans la seconde, qui commence à la rémission matinale du 4 janvier et finit le 9, par la mort, la température suit, d'une façon continue, une marche ascendante. Les phénomènes thoraciques y sont plus intenses. L'état général s'aggrave, l'amaigrissement s'accentue avec une grande rapidité.

Trois faits principaux semblent ressortir de cette observation : 1° Une angine ulcéreuse, facilitant l'infection tuberculeuse méconnue au début ; 2° L'énorme hypertrophie des ganglions cervicaux, péritrachéobronchiques et mésentériques ; 3° Enfin la terminaison par une granulie aiguë consécutive (1).

(1) Communication faite à la *Société anatomique*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'emploi de l'acide sclérotinique dans l'épilepsie.

Renseignés sur les propriétés physiologiques et le mode d'emploi de l'acide sclérotinique par l'examen des travaux publiés jusqu'alors (1882) sur ce nouvel agent thérapeutique (1) et engagés par l'emploi antérieur des préparations ergotées dans l'épilepsie, nous nous sommes décidés à essayer l'acide sclérotinique chez les épileptiques.

Les préparations ergotées ont été déjà employées dans le traitement de l'épilepsie avec plus ou moins de succès apparent, mais l'*acide sclérotinique*, à notre connaissance, n'avait pas encore été utilisé pour combattre le mal comitial lorsque nous avons commencé nos essais. Nous l'avons administré, soit en *injections hypodermiques*, soit en *julep*.

A. *Traitement par les injections hypodermiques.* — Le 1er décembre 1882, quatre enfants épileptiques ont été soumis à des injections hypodermiques de la solution suivante d'acide sclérotinique (2).

Acide sclérotinique . . .	0 gr. 30 à 0 gr. 60 centigr.
Eau distillée	10 gr.
Acide phénique	0 gr. 10 centigr.

La seringue de Pravaz, soit un gr., contient donc de 0 gr. 03 centig. à 0 gr. 06 centigr. d'acide sclérotinique.

Suivant une habitude du service, chaque fois qu'il s'agit de médicaments nouveaux ou peu connus, nous avons débuté par des doses faibles qui ont été peu à peu élevées. Le tableau suivant en indique la progression :

1882 1er déc.	1882 8 déc.	1882 15 déc.	1883 1er janv.
—	—	—	—
0 gr. 015	0 gr. 03	0 gr. 045	0 gr. 06

En injections hypodermiques, la dose de 6 centigr. n'a pas été dépassée. La *durée* du traitement a été de 6 semaines pour l'un des enfants, Bourguignon (du 1er décembre au 11 janvier), mort le 14 janvier ; de 6 mois 1/2 pour deux autres (du 1er décembre au 11 juin) et enfin de 7 mois pour le dernier, Courché (de 1er décembre au 30 juin).

Du 1er janvier au 8 mars 1883, Sch.... Mangin et Courch... ont été à la dose quotidienne de 6 centigr. avec interruption du 7 au 15 février inclusivement. — Les *doses* ont été ensuite :

De 0 gr. 036	à partir	du 9	mars.
0 — 039	—	13	—
0 — 042	—	17	—
0 — 045	—	21	—
0 — 048	—	25	—
0 — 051	—	29	—
0 — 054	—	4	avril.
0 — 057	—	9	—
0 — 060	—	14	—

Cette dernière dose (6 centigr.) a été maintenue jusqu'à la suppression. — Chez aucun de ces enfants nous n'avons eu à noter d'accidents locaux ; l'injection a paru n'être que très peu douloureuse. Les symptômes généraux ont aussi complètement fait défaut.

(1) Voir pour les renseignements historiques et bibliographiques : Bricon. — *De l'emploi de l'acide sclérotinique* (*Progrès médical*, 1882, p. 597).

(2) Cette solution n'est autre que celle employée par M. le professeur Prévost (de Genève).

© BIU Santé

Le tableau ci-dessous indique la marche des accès *avant, pendant* et *après* le traitement :

	Totaux des accès des 7 mois précédents ; — des 7 mois de traitement ; — des 7 mois suivants :						Totaux des accès des 6 premiers mois de l'année 1882, comparés avec les mois corresp. de 1883 et 1884 :					
	Avant.		*Pendant.*		*Après.*		1882		1883		1884	
	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.
Bourguig. (1).	115	589	667	0	»	»	»	»	»	»	»	»
Schadle . . .	158	»	157	»	216	»	136	»	133	»	68 (2)	»
Magnin. . . .	111	»	101	»	134	»	64	»	89	»	113	»

	Du 21 au 25 nov. 1882.		Du 9 au 13 fév. 1883.		Du 20 au 24 juin 1883.	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Courché (3).	143	550	115	750	115	577

Du 20 au 24 avril 1880.

Accès.	Vertiges.
226	963

B. *Traitement par l'acide sclérotinique administré à l'intérieur.* — Le *julep* a toujours été administré en deux fois, le matin et le soir. Huit malades épileptiques ont été traités par l'acide sclérotinique donné en julep à doses progressives. Quatre ont été mis en traitement le 12 novembre 1882 (Maud..., Dur..., Div..., Rob...). Les doses ont été pour eux de 10 centigr. le 12 novembre, de 15 le 8 décembre, de 16 le 9 mars, de 17 le 15 mars, de 18 le 20 mars, etc. Elles ont été augmentées d'un centigr. tous les cinq jours jusqu'à la dose maxima quotidienne de 25 centigr., atteinte le 28 avril. Cette dose a été continuée jusqu'au 11 juin pour deux malades (Dur... et Div...) qui furent alors soumis à un autre traitement, jusqu'au 1er juillet pour un autre, Rob..., qui cessa tout traitement pendant le mois de juillet et fut remis à la même dose dès le 1er août, puis à 26 centigr. du 6 au 31 août, à 27 centigr. durant le mois de septembre et à 30 centigr. à partir du 12 octobre, enfin le quatrième (Maud...) resta à 25 centigr. du 28 avril au 6 août, jour où la dose fut élevée à 27 centigr., puis à 30 centigr. le 12 octobre jusqu'au 31 mars 1884.

Des quatre autres malades, (Dubreuil, Lechesne, Simonet, Bethfort), trois furent mis en traitement le 30 mars 1883 et un (Lechesne) (4) le quatre avril, avec augmentation progressive de 2 centigr. tous les deux jours, de sorte que le 1er mai ils étaient aux doses de 22 et 20 centigr. ils y restèrent jusqu'au 12 juin où la dose fut augmentée de un centigr. chaque 5 jours jusqu'à la dose maxima de 25 centigr. qui fut continuée jusqu'au 6 août. En août la dose fut élevée à 26 centigr., en septembre à 27, et le 12 octobre à 30 centigr. jusqu'au 1er avril 1884, sauf pour Bethfort dont le traitement a été supprimé le 12 octobre 1883. — Nous n'avons eu à constater chez aucun de nos malades de phénomènes anormaux.

Les accès et les vertiges ont eu la marche suivante :

Malades en traitement depuis le 12 novembre 1882 jusqu'au 31 mars 1884 :

Années.	1882		1883		Du 1er avril 1882 au 31 mars 1883.		Du 1er avril 1883 au 31 mars 1884.	
	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.	Accès.	Vertig.
Robin. .	310	1	317	1	284	1	340	1
Mauduit.	30	29	19	10	33	29	15	10

Malades en traitement du 12 novembre 1882 au 11 juin 1883 et au 20 juillet 1883 :

	De janvier au 1er juillet 1882.		De janvier au 1er juillet 1883.	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Dive. . .	27	1	52	21
Duru (1) .	105	2	112	6

Malades en traitement du 30 mars 1883 au 31 mars 1884 et au 12 octobre 1883 : (Bethfort).

	Du 1er avril 1882 au 31 mars 1883.		Du 1er avril 1883 au 31 mars 1884.	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Dubreuil .	177	14	119	1
Le Chesne.	381	1	331	10
Simonet. .	44	2	27	—

	Du 1er avril au 31 octobre 1882.		Du 1er avril au 1er octobre 1883.	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Bethfort. .	41	7	48	2

Le tableau ci-dessous permet de comparer les principales particularités observées chez chaque malade.

Noms.	Doses absorbées.	Durée du traitement.	Poids et Taille. Janv. 1882.		Juin-Janv. 83.		Juin-Janv. 84.		Injections hypodermiques. / Julep.
Bourguignon.	1 gr. 740	42 jours.	»	»	»	»	»	»	Julep.
Schadle. . . .	10 gr. 401	183	»	»	32.100 1m33	»	»	»	Julep.
Mangin. . . .	10 gr. 401	183	35.400 1m36	16	39.300 1m30	12.800	»	»	Julep.
Courché . . .	11 gr. 601	203	»	»	35.700 1m39	30.700 1m30	»	»	Julep.
Duru.	44 gr. 30	212	62.500 1m62	68.100	62.300 1m68	55.200	»	»	Julep.
Dive	44 g. . 30	212	60.400	67.700	61.600	53.300	»	»	Julep.
Mauduit. . . .	122 gr. 04	505	62.700 1m62	67.500	»	56	»	»	Julep.
Robin	113 gr. 97	474	56.600	»	»	55.100	41.200 1m45	36.100 1m50	Julep.
Simonet . . .	99 gr. 56	337	53.600 1m60	57.300 1m70	54.300 1m61	»	39.100 1m30	35.400 1m33	Julep.
Dubreuil. . .	99 gr. 56	337	58.300 1m60	58.100 1m70	57.500 1m70	54.900	55.400 1m60	57.200 1m70	Julep.
Bethfort . . .	46 gr. 96	104	57.500 1m70	»	»	»	41.900 1m47	38.500 1m41	Julep.
Le Chesne. .	101 gr. 75	332	»	»	»	»	»	»	Julep.

(1) Pour ce malade nous n'avons de point de comparaison qu'entre les mois de novembre et décembre 1882. — Le malade était entré à Bicêtre le 11 septembre, mort le 14 janvier de *broncho-pneumonie*. (Voir l'observation complète dans les *Archives de Neurologie*, p. 237 ; T. VI, 1883, sept).

(2) En 1884 le relevé des accès ne comprend que les trois premiers mois de l'année.

(3) Il nous est impossible de donner ici le tableau complet des accès et des vertiges dont il est impossible de faire relevé à cause de leur trop grand nombre ; nous donnons seulement pour Courché le relevé de 5 jours fait de temps à autre par deux personnes spécialement chargées de ce service.

(4) Les doses prises par ce malade ne correspondent pas exactement avec celles des trois autres ; ce n'est qu'à partir du 1er juillet 1883 que les doses furent exactement les mêmes pour tous.

(1) Transféré le 20 juillet 1883.

© BIU Santé

On remarquera, chez la plupart des malades soumis au traitement, par l'acide sclérotinique en julep, une diminution de poids assez considérable pour quelques-uns. Nous ne saurions, pour l'instant, nous en expliquer la cause réelle.

En résumé, sur douze malades traités par l'acide sclérotinique donné soit en injections hypodermiques, soit à l'intérieur, nous n'avons constaté d'amélioration que chez cinq malades. Sur ce nombre, quatre sont en traitement depuis plus d'un an. Ces résultats sont donc peu encourageants ; toutefois nous avons cru utile de les publier afin que notre expérience serve de guide aux auteurs qui voudraient de nouveau employer l'acide sclérotinique (1) dans l'épilepsie.

BOURNEVILLE et BRICON.

Conférence de M. Diday à l'hôpital de la Charité.

Depuis quelques années, divers professeurs ont pris l'habitude, excellente du reste, d'inviter de temps à autre les élèves à venir écouter dans leur amphithéâtre la parole de maîtres spéciaux. C'est ainsi que le 17 mai, avec l'autorisation libérale de M. le professeur Hardy, M. DIDAY, devant un nombreux auditoire, trop nombreux pour l'amphithéâtre, faisait une conférence sur l'*éradication de la syphilis*.

Par ce terme d'éradication, le maître de l'école de Lyon entend le moyen de prévenir l'absorption du virus syphilitique en détruisant tous ses premiers réceptables. Il rappelle les tentatives, le plus souvent infructueuses, faites antérieurement dans ce but, il attribue l'insuccès au procédé opératoire adopté et à ce fait que les opérateurs n'atteignaient qu'exceptionnellement les limites du mal. Puis, abordant la question de l'*excision* chancreuse, remise dernièrement en honneur par plusieurs syphiligraphes allemands, M. Diday passe en revue les travaux récents de Hüter, Auspitz et Unna (2), Th. Kölliker (Rinecker), Augerer, Spillmann (de Nancy), etc., etc. La pratique de l'excision ou de l'éradication pour employer un terme plus général, entraine nécessairement l'idée de la non-infection immédiate, opinion certainement plus rationnelle, plus en accord avec les faits, quoique rejeté jusqu'en ces derniers temps par la plupart des syphiligraphes (3).

Quand doit-on pratiquer l'excision ? Doit-elle être limitée à l'accident primitif ? Il est évident que l'excision doit être faite le plus tôt possible, mais l'induration, quand induration il y a, n'est pas une contre-indication formelle. On ne saurait toutefois suivre certains errements qui ont trouvé des partisans en Allemagne, pratiquer, par exemple, l'extirpation des ganglions inguinaux, et cela pour des raisons faciles à comprendre. Tout au plus pourrait-on, en cas de propagation supposée commençante par les lymphatiques (1), essayer les injections hypodermiques (solut. aqueuse de nitrate de mercure) suivant la méthode de Weisflog (2). Il serait même à désirer que les résultats obtenus par cet auteur se trouvassent confirmés par de nouvelles recherches ; car cette méthode d'éradication serait certainement plus applicable aux cas de syphilis traités dans la clientèle privée, surtout en France, où le malade ne se prêterait que difficilement à la pratique de l'excision, qui, il faut bien l'avouer, n'est pas toujours facile à opérer dans des conditions favorables (frein, etc.). M. Diday estime que M. Leloir dans une *revue générale* fort intéressante, publiée il y a quelques années (3), a été trop loin quand il a prétendu qu'une observation suivie de 4 à 6 mois était insuffisante pour apprécier les résultats obtenus par l'éradication (4).

La pléiade ganglionnaire, la roséole, les croûtes du cuir chevelu, etc., sont tous phénomènes qui apparaissent beaucoup plus rapidement, que le malade ait été traité ou non (5). Que des chancres infectants n'aient pas

(1) Depuis que nous avons commencé nos recherches, nous avons vu que M. Gowers avait déjà prescrit ce médicament. « Parmi d'autres substances que j'ai essayées, dit-il, et dont j'ai constaté l'inutilité sont le benzoate de soude..., l'*ergot de seigle*, l'*acide sclérotique*, le nitrite d'amyle donnés par voie stomacale. (*De l'épilepsie et autres maladies convulsives chroniques*. Paris. 1883). Il est à regretter que M. Gowers n'est pas donné quelques détails sur le nombre des cas traités, sur le mode d'administration, les doses, etc.

(2) Les publications et les recherches faites sur l'excision n'ont de valeur réelle qu'autant que leurs auteurs sont dualistes ; il faut donc se souvenir que l'Allemagne possède encore un certain nombre d'unicistes, parmi lesquels nous pourrions citer Kaposi, Auspitz, P. Vogt, etc. (Hebra était aussi uniciste).

(3) « Pendant la période d'incubation de la syphilis, le virus reste-t-il localisé comme dans l'expérience de Conheim (inoculation tuberculeuse dans la chambre claire de l'œil du lapin), et par conséquent sans danger au point de vue de l'infection générale comme cela a lieu pour le tubercule ? Nous ne le savons pas d'une façon directe et absolue, mais sans être affirmatif sur ce point, nous pouvons penser, à titre d'hypothèse, que le virus syphilitique inséré dans un point de la peau, reste là un certain temps sans autre action que de modifier de proche en proche les cellules qui sont en relation de voisinage avec lui et de les préparer lentement à l'hyperplasie qui constituera le chancre. — Le chancre apparait toujours, en effet, au point primitivement contaminé. Si l'on suppose que le virus syphilitique soit tout d'abord porté partout dans l'économie, il est difficile d'admettre qu'il n'y ait pas pendant un ou deux mois d'accidents ailleurs que dans le point d'entrée de la syphilis. Le chancre, l'accident primitif, se montre constamment dans la partie touchée, jamais ailleurs ; de plus, et consécutivement, un ganglion se tuméfie après son apparition, puis plusieurs ganglions et ces glandes arrêtent pendant un certain temps, comme on le sait, la diffusion, la généralisation des produits morbides et des tumeurs ». (Cornil, *Leç. sur la syphilis*, p. 15.)

L'objection de la non auto-inoculation du chancre tombe d'elle-même si l'on réfléchit à la longue période d'incubation nécessaire pour l'apparition de l'accident primitif. Le non développement d'un deuxième chancre auto-inoculé est dû à ce que son apparition devrait nécessairement avoir lieu au moment de l'infection générale. Aussi la multiplicité du chancre syphilitique n'est-elle observée que dans un laps de temps très court après l'apparition du premier chancre.

(1) La propagation par les lymphatiques est indéniable et constante, mais cette propagation s'opère-t-elle aussi par les vaisseaux sanguins, ce que semblerait indiquer les lésions histologiqus trouvées par Auspitz, Cornil, etc. Nous croyons que l'interprétation donnée par Auspitz à ces lésioons est fausse et ne s'accorde nullement avec les oblitérations, la mort cellulaire, signalées par M. Cornil. Cette sclérose, accompagnement de l'induration, fait du reste sans doute, défaut dans le chancre érosif.

(2) Cet auteur aurait pratiqué ces injections sur le trajet des lymphatiques dans l'espace compris entre l'accident primitif et les ganglions. Peut-être y aurait-il lieu d'essayer ici la méthode employée par différents auteurs dans la pustule maligne, les injections multiples et répétées autour du chancre syphilitique. — M. Diday a rappelé qu'il avait imaginé et pratiqué en 1844 la section sous-cutanée des vaisseaux lymphatiques efférents du chancre.

(3) Leloir. *De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis*. (*Ann. de dermat. et de syph.*, t. II, 1881, p. 69 à 96.)

(4) Parlant des injections de Weisflog, M. Leloir dit (*loc. cit.*, p. 87) : « On peut répéter ici les objections faites à Auspitz et se demander si l'intervalle de six mois est suffisante pour les individus traités par le mercure. »

(5) On sait d'après les travaux de Diday que le mercure donné

© BIU Santé

été suivis exceptionnellement d'accidents secondaires, c'est une opinion soutenable quand on songe à la fréquence relative des syphilis ignorées, mais il n'en reste pas moins évident que tout sujet de ce genre, mis en observation suivie et attentive, n'en présentera pas moins à un œil exercé, ne serait-ce que sous sa forme la plus atténuée, quelques symptômes de syphilis secondaire. Comme par toute autre opération de tumeur maligne, l'extirpation doit être faite largement au bistouri et en dehors des limites malades, limites qui ne peuvent être déterminées que par l' « examen microscopique immédiat. »

M. Diday n'a pas besoin d'être présenté à nos lecteurs qui tous connaissent et apprécient ses remarquables travaux. Il a conservé la même verve, le même esprit que jadis, la voix seule un peu affaiblie n'arrive pas toujours à se faire entendre de toutes les parties de l'amphithéâtre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance annuelle 1884. — Présidence de M. E. Blanchard.

M. le Président prononce l'éloge des membres morts en 1883. Puis M. Bertrand lit l'*éloge de Charles et Henri Sainte-Claire Deville*, éloge rédigé par feu J.-B. Dumas et enfin l'éloge de V. Puiseux.

M. Bouley lit la liste des prix décernés en 1883. Voici la liste de ceux qui ont rapport à la Médecine.

Prix Monthyon, partagé entre M. le Dr Paul Constantin pour son ouvrage intitulé. *Diagnostic et traitement des maladies du cœur;* M. le Dr H. Roger, son volume intitulé: *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance* et M. le Dr E. Vallin, pour son *Traité des désinfectants et de la désinfection.*

Des *Mentions honorables* sont accordées: 1° à MM. les Drs Napias et A. J. Martin, pour leur ouvrage intitulé: L'*Étude et les progrès de l'hygiène en France, de* 1878 à 1882; 1° à MM. les Drs Dubar et Rémy pour leur mémoire sur l'*Absorption par le péritoine;* 3° M. le Dr Denucé (de Bordeaux), pour son ouvrage intitulé : *Traité clinique de l'inversion utérine.*

Des *Citations honorables* sont décernées aux auteurs des ouvrages énumérés ci-après : M. le Dr Berne, *Leçons de pathologie chirurgicale générale;* — M. A. Certes, *Analyse micrographique des eaux;* — M. le Dr Huchard, *Traité des névroses;* — M. le Dr Polaillon, *Statistique de la maternité de Cochin;* — M. le Dr Réal, *Traitement curatif de l'érysipèle spontané;* — M. le Dr Rossignol (de Gaillac), *Traité élémentaire d'hygiène militaire.*

Prix Bréant, décerné à M. le Dr Fauvel, pour ses *Études sur l'étiologie et la prophylaxie du choléra.*

L'Académie partage en outre la somme de 10,000 francs, reliquat provenant du legs Briant, entre MM. Straus, Roux, Nocard et L. Thuillier, élèves du laboratoire de M. Pasteur, qui ont composé la mission scientifique chargée d'aller étudier l'épidémie cholérique d'Alexandrie.

Prix Godard, décerné à M. le Dr Guelliot (de Reims), pour son *Mémoire sur les vésicules séminales.* Une mention honorable est accordée à M. le Dr Desnos, pour son travail sur *La lithrotritie à séances prolongées.*

Prix Chaussier, décerné à M. Legrand du Saulle, pour ses quatre ouvrages de médecine légale : 1° Sur les épileptiques ; 2° Sur les testaments contestés pour cause de folie ; 3° Sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire; 4° Sur les hystériques. Des mentions honorables sont accordées à M. A. Layet, pour un ouvrage intitulé: *Hygiène et maladie des paysans*, et à MM. Luton, pour un ouvrage intitulé: *Études de thérapeutique générale et spéciale, avec applications aux maladies les plus usuelles.* Des encouragements sont accordés, l'un à M. A. Ball pour ses *Leçons sur les maladies mentales;* l'autre à M. Aug. Voisin pour ses *Leçons cliniques sur les maladies nerveuses.*

Physiologie. — Prix Monthyon décerné au Dr Paul Regnard, professeur à l'Institut agronomique, pour son livre intitulé : *Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires.*

Prix Lacaze, décerné à M. Balbiani, professeur au Collège de France.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 mai. — Présidence de M. F. Franck.

M. R. Dubois lit une note sur *l'action des liquides neutres sur la substance organisée.* Il fait connaître le résultat des expériences qu'il a faites au laboratoire de physiologie de la Sorbonne pour étudier l'influence de l'imbibition sur la contractilité et la rigidité musculaires.

M. Grimaux rappelle que, lorsqu'on chauffe une solution d'albumine à 1/200, cette solution ne se coagule pas par la chaleur; pour obtenir la coagulation, il faut ajouter un peu de chlorure de sodium, par exemple. Mais, ainsi que l'avaient déjà vu Chevreul, Scheele et Robin, cette solution chauffée à 80° et qui a déjà bouilli quelques minutes, coagule à froid par l'acide carbonique. Dans ces cas, la matière albuminoïde qui reste dans la solution n'est autre chose qu'une peptone. De ces diverses expériences, il faut conclure que les albumines, une fois sorties des organismes vivants, sont de simples espèces chimiques.

M. Brown-Séquard revient sur sa communication de la dernière séance, dans laquelle il a voulu démontrer qu'il n'existait pas, à proprement parler, de centres moteurs, et que tous les phénomènes observés rentraient dans les états d'*inhibition* ou de *dynamogénie*. Aussi, les paralysies qu'on observe ne doivent-elles pas être attribuées à des altérations des centres dits moteurs, mais bien à des phénomènes d'inhibition. Se fondant sur des expériences variées qu'il considère comme concluantes, il émet l'avis que ces phénomènes d'inhibition peuvent persister aussi longtemps que les phénomènes de paralysie.

M. Ch. Richet, au nom de M. Okorowitz, étudie l'action des aimants sur les individus sains. L'aimant serait un bon révélateur des phénomènes d'hypnose. Plus un individu est sensible à l'action de l'aimant, plus l'hypnose sera facile à provoquer chez lui. Afin d'étudier cette sensibilité, M. Okorowitz a fait construire un aimant de forme cylindrique, auquel il a donné le nom d'*hypnoscope*. Ce manchon d'aimant est placé autour du doigt de l'individu en expérience, et son action subjective ne tarde pas à se révéler par une sensation d'engourdissement, de picotement, voire même par de la contracture. Si cette action doit se manifester, elle est complète au bout de deux minutes; il en est de même des phénomènes objectifs qui consistent surtout en troubles vaso-moteurs et dans la contracture que nous avons signalée. Il y a environ 30 0/0 des individus qui sont sensibles plus ou moins complètement à l'aimant. Il ne s'ensuit pas qu'ils soient tous entièrement hypnotisables : les phénomènes inhérents à ce dernier état se montrent chez eux à différents degrés.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Brown-Séquard et Regnard, M. Okorowitz vient lui-même défendre l'instrument que M. Richet a présenté en son nom. Il ne faut d'abord pas assimiler l'aimant à un

pendant la période du chancre ne retarde que très peu l'apparition des accidents secondaires : « Les accidents se sont déclarés, en moyenne, quarante-trois jours vingt-trois centièmes après le début du chancre, chez les sujets qui n'avaient pas été mercurialisés pendant le chancre et quarante-neuf jours huit centièmes chez ceux qui avaient été mercurialisés pendant le chancre. » (Diday et Doyon, *Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées*, Paris, 1876, p. 265.)

© BIU Santé

métal : il a remarqué qu'il y avait 30 0/0 des individus qui étaient actionnés par l'aimant, tandis qu'il n'y en aurait que 20 0/0 de sensibles à un métal. Encore faut-il que ce métal soit particulier, car le cuivre peut ne pas agir chez les personnes qui sont seulement sensibles à l'argent, par exemple. Quant à la force de l'aimant à employer, il est inutile qu'elle soit considérable, car, il a vu agir des aimants très peu puissants avec la même énergie que des aimants beaucoup plus considérables, fait que vient corroborer M. Regnard.

M. Ch. Richet a été amené à se demander d'où venait la dénomination de *magnétisme*, et pourquoi ce terme était presque encore aujourd'hui complètement synonyme des phénomènes de la série hypnotique. Dès le xve siècle, on pensait que certains corps agissaient à distance à la façon d'un aimant. Paracelse enseignait que les astres agissaient sur les hommes d'une façon magnétique. Cette force constituait le *magnétisme*, nom qui désigna bientôt l'effet et la cause. C'est dans un ouvrage du xvie siècle qu'il a trouvé la seule observation de l'effet d'un aimant. Il est dit dans cet ouvrage, qu'un charlatan avait apporté à la foire de Pavie un aimant, au moyen duquel il prétendait tout guérir. Jérôme Cardan se fit appliquer sur le bras cet aimant et constata que, lorsqu'il eût été enlevé, il sentait à peine la piqûre à l'endroit où il avait été appliqué (1).

M. Mathias Duval complète la communication qu'il a faite précédemment sur le *développement de l'œuf de l'oiseau*; il insiste particulièrement sur la zone la plus périphérique du blastoderme ou zone vitelline, et sur la division de cette zone en deux feuillets, l'un externe, l'autre interne.

M. Malassez fait une intéressante communication au nom de M. *Degagny*, sur *les microbes de la septicémie*. Cet auteur eut à examiner le sang d'un charron qui s'était piqué le doigt en réparant une voiture de boucher, et qui ne tarda pas à succomber. M. Degagny, avant la mort, avait répondu au médecin qui lui avait envoyé le sang à examiner, que ce liquide, ainsi qu'on aurait pu le supposer, ne contenait pas la bactérie charbonneuse, mais bien une quantité d'éléments figurés, en 8 (diplococcus). Quelque temps après, une femme qui avait lavé les linges qui avaient servi à panser les plaies de l'infortuné charron, eut un phlegmon diffus qui la tint longtemps très malade, mais auquel elle ne succomba pas; néanmoins, M. Degagny, qui fit l'examen du sang, y constata de nouveau la présence des organismes en 8. Quelque temps auparavant, il avait été appelé à examiner le sang de moutons qu'on croyait atteints de charbon et chez lesquels on avait constaté à l'autopsie des hémorrhagies viscérales multiples. L'examen du liquide lui avait encore révélé la présence des organismes en 8. Dans ces conditions, M. Degagny conclut que, dans la septicémie, les micro-organismes existent dans le sang longtemps avant la mort, et que, outre le danger de contracter le charbon, les bouchers ou les cultivateurs peuvent prendre la septicémie des animaux malades avec lesquels ils se trouvent en contact journalier.

M. Onimus présente une note dans laquelle il expose que, lorsque l'intoxication par le curare n'est pas poussée assez loin pour que la fonction musculaire ne puisse plus reparaître dans son intégrité, la substance a seulement agi sur les troncs nerveux sans intéresser les plaques motrices terminales.

G. Gilles de la Tourette.

(1) Nous rappelons à nos lecteurs que nous avons fait avec M. Bricon, à Bicêtre, un grand nombre d'expériences sur l'action du magnétisme minéral et que les résultats ont été consignés dans la thèse de M. Bricon (Paris 1882) et dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1882.

Dans ces publications nous avons signalé l'ancienneté du traitement par l'aimant sans toutefois nous étendre sur les auteurs qui l'avaient employé dans d'autres affections que l'épilepsie. — Ceux qui désireraient consulter la bibliographie sur l'emploi de l'aimant en thérapeutique, pourraient consulter entre beaucoup d'autres : Kircher. — *Magnes sive de arte magnetica*, etc., Coloniæ Agrippinæ, 1643, le mémoire d'Andry et Thouret (*Histoire de la société royale de médecine*, année 1779) et l'ouvrage de Schnitzer (*Ueber die rationnelle Anwendung des mineralischer Magnetismus*, Berlin 1837.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mai 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Marc Sée lit un travail sur *les mouvements de l'encéphale* et dans lequel il cherche à combattre les opinions formulées par M. Sappey dans une précédente séance. Voici les conclusions de ce travail : 1° Les grands espaces qu'on trouve quelquefois sur le cadavre entre le cerveau et le crâne, après avoir ouvert la boîte osseuse, n'existent pas, alors que la tête est intacte, et encore moins pendant la vie; 2° A l'état physiologique, l'encéphale remplit la cavité crânienne, à part les petits espaces circonscrits occupés par le liquide céphalo-rachidien; 3° Dans les cas d'atrophie du cerveau, la quantité de ce liquide qui enveloppe l'encéphale peut augmenter, mais nullement dans les proportions qu'ont supposées MM. Sappey et Luys, d'après l'écoulement qui a eu lieu quand on ouvre le crâne; Une grande partie du liquide écoulé provient des ventricules, dilatés dans ces cas, comme l'a très bien démontré M. Constantin Paul ; 4° En toutes circonstances, l'encéphale est maintenu immobile dans la cavité crânienne; il ne peut subir aucun changement de position sous l'influence de la pesanteur et il n'est soumis qu'aux faibles déplacements nécessités par la circulation encéphalique ; 5° Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est toujours en contact parfait avec la dure-mère, revêtue du feuillet pariétal, à moins qu'il ne se soit produit un épanchement dans la cavité de la séreuse, par suite de maladie ; 6° La théorie hydrostatique, si elle est applicable à l'encéphale, n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée ; 7° Enfin, le liquide céphalo-rachidien concourt à la protection de l'encéphale en distendant les cavités closes limitées par la séreuse encéphalique, de manière à former sur toute la surface de l'encéphale un système de coussinets à liquides, analogues aux coussins et matelas à eau fabriqués par l'industrie.

M. Mathias Duval prend la parole pour répondre à certaines parties du discours de M. Marc Sée et notamment au sujet de l'évaluation du poids du cerveau par Broca, évaluation qui avait donné lieu à diverses contestations dans le laboratoire d'anthropologie, et à des appréciations qui ont paru, à M. Marc Sée, injurieuses pour la mémoire de Broca. M. Mathias Duval fait observer à ce propos que des discussions de laboratoire devraient être prises en moins grande considération que ne l'a fait M. Marc Sée ; l'Académie n'a rien à gagner à entendre le récit de conversations particulières diversement interprétées, et que la mémoire de Broca n'en reste ni moins honorée ni moins respectée.

M. Sappey répondra à M. Marc Sée dans la prochaine séance, mais il s'en tiendra aux questions exclusivement scientifiques, ne voulant point faire descendre le débat sur le terrain des personnalités.

M. Pasteur lit, en son nom et au nom de MM. Chamberland et Roux, une note *sur la rage*. Par suite d'inoculations successives d'espèces à espèces, on peut obtenir des virus atténués ou bien, au contraire, des virus ayant acquis leur virulence maximum. En combinant ces divers états de virulence, on obtient des graduations et on peut avoir des virus de forces variables, dont les uns, non mortels, préservent l'économie des effets de virus plus actifs, et ceux-ci, à leur tour, de virus mortels. M. Pasteur, par des séries d'inoculations, est arrivé à procurer au chien l'état réfractaire le plus complet, et bientôt il fera connaître à l'Académie ses expériences sur ce point. Quant à la suppression du développement de la rage à la suite de morsures par des chiens enragés, il espère qu'il ne tardera pas à en voir la réalisation, car ses premières expériences lui donnent la plus grande foi ; mais elles ont besoin d'être multipliées encore. (Voir p. 422.)

M. de Vry lit une note sur *le sulfate de quinine*.

A. Damalix.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 mai 1884. — PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

M. DUCASTEL communique de la part de M. DESPLATS (de Lille), une observation intitulée : *foyers multiples d'apoplexie pulmonaire*, avec obstruction de l'artère et coagulation dans les veines pulmonaires, consécutifs à un rétrécissement mitral. Dans le cas dont il s'agit, l'obstruction de l'artère pulmonaire était ancienne, les foyers apoplectiques récents. L'auteur considère, en conséquence, qu'on ne peut envisager ces derniers comme résultant d'embolies des ramifications de l'artère pulmonaire. Force est d'admettre qu'ils ont été la conséquence d'obstruction des petites branches de l'artère bronchique.

M. JOFFROY apporte un fait intéressant de *paralysie radiale*, qui vient à l'appui de la doctrine formulée naguère par M. Panas, à savoir que la paralysie du nerf radial résulte, non de l'impression du froid, comme on le croyait autrefois, mais de la compression. Le fait dont il s'agit est le suivant : Un homme âgé de trente-six ans, ni alcoolique, ni saturnin, porte pendant vingt minutes, à l'aide d'un crochet, un fardeau sur les épaules. Lorsqu'après ce temps il décharge le fardeau, le radial du côté gauche est paralysé. La paralysie persiste pendant cinq ou six semaines. M. Joffroy se demande quelle a pu être la cause de cette paralysie. Le refroidissement ne pouvait être invoqué. Fallait-il supposer une compression des nerfs du plexus brachial par le crochet à porteur? Des expériences que l'auteur a faites avec M. Farabeuf, lui ont démontré qu'un semblable mécanisme ne saurait être mis en cause. M. Joffroy a pu se convaincre que la paralysie résultait de la compression du radial gauche par la main droite, par suite de la position spéciale qu'avait donné le malade à ses membres supérieurs en portant son fardeau.

De ce fait, l'auteur se croit autorisé à en rapprocher un autre rapporté par Duchenne (de Boulogne) ; et il conclut, que, actuellement, la question de l'étiologie de la paralysie radiale se pose tout autrement qu'il y a dix ans : La réalité des paralysies par compression est bien établie ; au contraire, les paralysies *a frigore* restent à démontrer.

MM. FÉRÉOL et GALLARD admettent le mécanisme de la compression pour le cas rapporté par M. Joffroy. Mais ils croient que l'auteur va trop loin en repoussant les paralysies radiales *a frigore*. M. Féréol, pour sa part, a observé un cas dans lequel la compression, à son avis, ne saurait être invoquée.

M. BUCQUOY admet lui aussi l'ingénieuse interprétation de M. Joffroy, mais il fait à son tour des réserves sur la légitimité de la généralisation de cette interprétation à tous les cas.

M. JOFFROY observe qu'il ne nie pas les paralysies *a frigore*, il pense seulement que leur réalité est à établir.

M. CUFFER, à ce propos, rappelle qu'il a, l'an dernier, communiqué à la Société clinique un cas de paralysie radiale, dans lequel l'intervention du froid était beaucoup mieux acceptable que celle de la compression.

M. LEGROUX demande à la Société si quelques-uns de ses membres ont expérimenté dans le *traitement de la diphtérie* la méthode préconisée récemment par M. le Dr Delthil (de Nogent).

M. d'HEILLY répond que l'expérience a été faite dans son service. Le traitement consiste, on le sait, à faire brûler dans la chambre du malade un mélange de goudron de houille et d'essence de térébentine. Ce traitement a été employé dans 4 cas de croup infantile. Trois des enfants sont morts, deux promptement; un seul a survécu. M. d'Heilly ne considère pas toutefois l'expérience comme concluante. Il s'agissait de malades trachéotomisés chez lesquels les chances de survie étaient minimes. M. Delthil prétend que les vapeurs dégagées du mélange qu'il préconise, ont la propriété de flétrir et de dissoudre les fausses membranes. Une expérience pratiquée par M. d'Heilly sur une fausse membrane placée dans un vase, n'a pas donné les résultats attendus.

M. FÉRÉOL qui, pour son compte, a expérimenté sur une malade de sa famille, le procédé de M. Delthil, a été assez heureux pour voir la guérison survenir. Faut-il mettre cette dernière sur le compte des fumigations? on ne saurait évidemment l'affirmer. M. Féréol croit que la méthode de M. Delthil mérite de fixer l'attention, et qu'il y a lieu d'en étudier à nouveau les effets, en se plaçant dans les conditions voulues pour une bonne observation. G. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 mai 1884. — PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

M. H. GUÉNEAU DE MUSSY, à propos du procès-verbal de la dernière séance dit que, dans son récent voyage à Edimbourg, il a pu constater l'enthousiasme des médecins anglais au sujet de l'*iridin* dans le traitement des *vomissements incoërcibles* de la grossesse. Prenant en considération les modifications histologiques que subit le foie chez les femmes grosses, il pense que, dans la circonstance, cette substance doit ses effets à son action cholagogue. M. Berry-Hart qui, dans dix cas, a obtenu dix succès, donne tous les soirs une pilule ainsi composée :

Iridin	0 gr. 20 cent.
Conserves de roses. . .	q. S.

L'action de l'*iridin* qui n'est pas un évacuant, ne serait pas complète si l'on n'avait soin d'administrer le lendemain matin un purgatif salin, sel de Glauber, ou autre. Comme cholagogue, M. H. G. de Mussy s'est également très bien trouvé de l'administration chaque soir d'une pilule ainsi composée :

Evonymine.	0 gr. 05 à 0 gr. 10 cent.
Podophyllin	0 gr. 02 à 0 gr. 03 —
Extrait de jusquiame ou Extrait de belladone	0 gr. 05 —

L'association de la jusquiame ou de la belladone lui a donné les résultats les plus favorables.

M. C. PAUL dit que cette action associée de la jusquiame est connue depuis longtemps : elle aurait pour effet de supprimer les coliques que cause le podophyllin. L'évonymine ainsi qu'il résulte des expériences entreprises dans son service, ne serait qu'un podophyllin moins actif : ce dernier médicament est des plus précieux s'il est vrai qu'il purge peut-être un peu moins que l'évonymine, il n'en est pas moins certain que son action s'épuise beaucoup moins rapidement et qu'il peut être continué avec succès chez le même individu constipé pendant plusieurs années.

M. H. GUÉNEAU DE MUSSY pense que l'évonymine associée à la jusquiame est véritablement un cholagogue ; l'iridin remplace avantageusement l'évonymine, il a une action cholagogue encore plus accentuée, mais il est nécessaire de lui associer un purgatif salin.

M. C. PAUL croit que les fonctions cholagogues du podophyllin comme de l'évonymine sont surtout cholagogues le premier jour de l'administration ; ils se produisent au moment des selles bilieuses, mais malgré les susceptibilités individuelles, il lui paraît démontré que ces fonctions spéciales cessent rapidement, et c'est surtout en provoquant des selles régulières, bien moulées, quelquefois liquides, qu'ils agissent ultérieurement. Si, depuis les célèbres expériences de Cl. Bernard, on est à peu près fixé sur la fonction glycogénique du foie, il n'en est pas de même de la fonction biliaire, et les médicaments cholagogues sont encore bien incertains. Rien ne vaut pour lui, dans les coliques hépatiques, larvées, le traitement par les pillules de Belloste (mercure, aloès et scammonnée) associé à l'eau de Carlsbad.

M. BLONDEAU, dans les cas de *coliques hépatiques*, n'a eu qu'à se louer de l'emploi de l'évonymine associée à la noix vomique, il formule ainsi une pilule :

Extrait de jusquiame	0 gr. 01 cent.
Extrait de noix vomique	8 gr. 01 —
Podophyllin.	0 gr. 01 cent. 1/2.
Savon	0 gr. 05 cent.

de 1 à 3 pilules par jour.

© BIU Santé

M. H. Guéneau de Mussy insiste sur les susceptibilités individuelles, et dit qu'on agit quelquefois mieux dans les cas d'embarras gastrique, à forme bilieuse par exemple, chez certains individus, en employant 0,01 cent. de calomel ou 15 gr. de sulfate de soude, qu'en administrant à d'autres des quantités plus considérables de médicaments dont l'action cholagogue reste nulle.

M. C. Paul demande à la Société, puisqu'on vient de parler de la noix vomique, s'il est de ses membres qui aient remarqué que son action, ainsi qu'il l'a constaté lui-même, fût défavorable chez les hémorrhoïdaires dont elle paraît augmenter les douleurs.

M. Blondeau répond que chez un hémorrhoïdaire qui, il est vrai, n'avait qu'un flux sanguin sans humeurs hémorrhoïdales, l'association du podophyllin et de la noix vomique ne lui a donné que de bons résultats.

M. Brémond lit un travail sur l'usage des *bains de vapeurs térébenthinées*, dans le traitement de la dysménorrhée et de la leucorrhée. Il a remarqué qu'il se dégageait alors de l'ozone qui ne peut avoir qu'un effet salutaire sur la nutrition générale.

M. C. Paul dit qu'il a remarqué que ces bains produisaient de bons effets emménagogues chez les femmes qui accusent de la tendance à se charger de tissu adipeux, mais, il désirerait que M. Brémond précisât en parlant de leucorrhée qui est bien plutôt un symptôme qu'une maladie. Quant à l'ozone, il est facile d'en fabriquer des quantités considérables au moyen d'appareils relativement peu coûteux.

A ce propos, M. E. Labbé dit qu'il emploie depuis quelque temps l'eau *ozonisante* dont il a constaté, en pulvérisation, les excellentes propriétés désinfectantes. L'expectoration des phtisiques que l'on soumet à des pulvérisations laryngées, se modifie également d'une façon très favorable.

M. Dujardin-Beaumetz expérimente dans son service depuis douze jours les propriétés de l'*eau chargée d'oxygène*, eau qui est livrée en siphons analogues aux siphons d'eau de seltz. L'oxygène a, dans la circonstance, remplacé l'acide carbonique. Ce médicament, qui est un désinfectant tout indiqué pour le lavage des plaies et des fausses membranes diphtériques, paraît en outre être un excitant de la digestion.

G. Gilles de la Tourette.

THÉRAPEUTIQUE

Appareil pour le lavage de l'estomac.

Dans la séance du 29 avril, à l'Académie de médecine, a été présenté un instrument qui intéresse au plus haut point la thérapeutique des maladies de l'estomac. A une époque où ces maladies sont plus fréquentes que jamais, et où la médecine dirige contre elles tous ses efforts, il est important de signaler les perfectionnements qui viennent d'être introduits dans une méthode de traitement mise en honneur depuis trois ans déjà, et qui a fait ses preuves.

Cette méthode est le lavage de l'estomac (1). Jusqu'à aujourd'hui, cette opération faite avec un tube en coutchouc faisant siphon, était en quelque sorte livrée au hasard; et on ne lui attribuait qu'une action purement mécanique, une action de propreté. D'ailleurs, les efforts tentés pour arriver à faire le lavage rapidement, témoignent que les malades ne pouvaient pas supporter l'opération assez longtemps pour qu'elle fût complète; et faisaient en outre pressentir qu'un autre but devait être cherché.

Ces efforts viennent d'être couronnés de succès par l'instrument dont nous nous occupons. L'auteur, le Dr Boisseau du Rocher, dans la note qu'il a lu à l'académie, établit en effet que le lavage, tout en agissant en tant que lavage, mécaniquement, a encore sur la muqueuse de l'estomac, une action spéciale qui doit être cherchée dans les douches, douches stomacales, douches muqueuses. C'est cette action qu'il fallait utiliser; et l'on peut dire que le lavage de l'estomac est aujourd'hui entré dans une phase nouvelle. C'est une opération parfaitement réglementée qui a ses indications précises, qui est devenue rapide, des plus faciles et sûrement efficace.

L'instrument se compose d'un tube en caoutchouc à double courant, sur chacune des parties libres duquel se fixent un appareil à injection, et un appareil d'aspiration.

Le tube à double courant, dont le principe a été posé par Cloquet pour le lavage des cavités, réalise bien le désidératum thérapeutique des maladies de l'estomac. C'est donc ce principe qu'il fallait appliquer au lavage de l'estomac, ce lavage présentant des avantages considérables quand il est fait d'une façon complète et rapide. Le tube, construit par un procédé de fabrication spéciale, est fait de telle sorte que les deux courants aient le même diamètre, le diamètre total extérieur étant cependant inférieur à la somme des deux diamètres intérieurs. Par exemple, le tube ayant un diamètre extérieur de 11 millimètres, le diamètre de chacun des deux courants a 7 millimètres. Ce résultat est obtenu en façonnant le tube de façon que le courant d'aspiration ait dans l'un de ses diamètres 8 millimètres, dans l'autre 6 millimètres. Les diamètres du courant d'injection ont 10 millimètres et 4 millimètres. La paroi du courant de sortie, épaisse de 2 millimètres, est assez forte pour résister à l'aspiration et pour empêcher que le tube ne s'aplatisse aux différentes courbures. La paroi d'injection, très faible, mais cependant suffisante pour résister à une forte pression de l'eau injectée, est assez élastique pour ne pas s'affaisser dans les courbures. L'affaissement qui se produit par l'introduction du tube, et en réduit la grosseur, tout en laissant à la colonne liquide un passage suffisant pour se mouvoir, distendre la paroi, et la ramener à ses dimensions normales, facilite l'introduction, et permet d'employer des tubes beaucoup plus gros que par le passé.

La partie libre du courant d'injection se fixe sur un robinet gradué qui fait suite à deux poires en caoutchouc, l'une dilatable et rétractile, le réservoir, l'autre destinée à puiser le liquide à injecter.

L'appareil d'aspiration fixé sur l'autre partie libre du tube, est constitué, en haut, par un tube en métal à double courant, (de courants inégaux) en forme d'Y, en bas, par un autre tube de même disposition, ces deux tubes étant reliés entre eux par des tubes de caoutchouc, et séparés par une soupape contenue dans un ajustage en verre. Les deux branches de plus petit calibre des tubes en Y sont reliées entre elles par une poire en caoutchouc, destinée à faire le vide depuis la soupape jusqu'à l'extrémité stomacale. La disposition intérieure des tubes en Y permet de faire l'aspiration sur la colonne liquide en mouvement et dans le sens du courant, de sorte que la quantité de liquide qui s'écoule normalement et sans aspiration est augmentée de la quantité aspirée. La vitesse du courant de sortie est donc augmentée au gré de l'opérateur.

Débit. — Courant d'injection. — La quantité de liquide injecté varie au gré de l'opérateur avec une pression variable voulue et déterminée par les indications.

Courant de sortie d'aspiration. — En prenant la minute pour unité du temps, le tube de sortie débite :

Sans aspirations : Deux litres.

Avec aspirations : Deux litres et demi.

Avantages. Le courant de sortie étant établi par la dilatation de la poire comprimée, le liquide s'écoule comme dans le siphon. Si l'on veut augmenter le débit, et par conséquent, la vitesse du courant de sortie, il suffit de faire des aspirations répétées. Et plus grande est la vitesse du courant, plus vite sont entraînés les détritus à l'orifice du tube, plus est complet et

(1) Sans remonter au-delà du XIXe siècle, nous voyons la déplétion mécanique de l'estomac indiquée par plusieurs auteurs, Renault (1802), Dupuytren, Edward Jukes, Physick (de Philadelphie), Astley Cooper, Lafargue (*De la déplétion mécanique de l'estomac au moyen de la pompe stomacale*, *Bull. de thérap.*, t XXII, p. 507), etc.; mais c'est à M. Küssmaul (1867), actuellement professeur de clinique médicale à Strasbourg, que l'on doit l'introduction de la pompe dans le traitement de la dilatation de l'estomac (*Traitement de la dilatation de l'estomac au moyen de la pompe stomacale*, par A. Küssmaul, *Archives générales de médecine*, avril et mai 1870) ; ce mode de traitement a depuis été employé par Niemeyer, Bartels, P. Reich, Liebermeister, etc., etc. Nous ajouterons que M. Küssmaul et à sa suite beaucoup d'autres cliniciens ont depuis cette époque substitué le siphon (tube de caoutchouc) à sa pompe, c'est au moyen du siphon que le lavage de l'estomac était pratiqué en 1878 à la clinique de M. le professeur Revilliod, à Genève, etc.

© BIU Santé

rapide le lavage. La quantité de liquide introduite dans l'estomac, étant la même que celle qui s'écoule au dehors par l'orifice de sortie, situé à dix centimètres en arrière, il en résulte, dans l'estomac, un tourbillon ininterrompu qui entraîne les détritus. Il est évident que ceux-ci s'y présentent d'autant plus vite, que la vitesse du courant est plus grande. Si le courant s'arrête, ou bien des détritus obstruent l'orifice stomacal, ou bien la muqueuse se trouve engagée : dans ce dernier cas, tout en déplaçant le tube de quelques centimètres, on peut faire une forte projection de liquide au moyen du réservoir rempli préalablement ; ces deux manœuvres combinées, en changeant la direction du tube, et en refoulant la muqueuse, sont suffisantes pour la dégager. D'ailleurs l'aspiration se faisant sur un estomac rempli d'eau en tourbillon, il est difficile que la muqueuse s'engage ou soit aspirée. Si ce sont des détritus qui obstruent le tube, une nouvelle aspiration rétablit le courant.

L'instrument construit de la sorte réalise donc les conditions

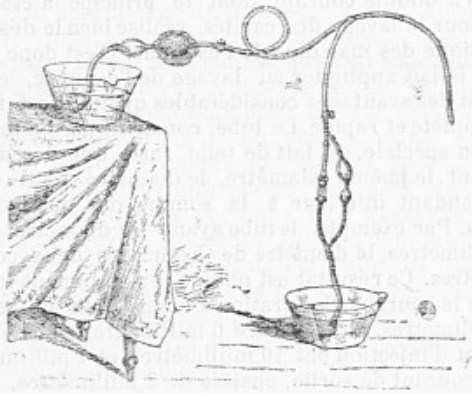


Fig. 31.

nécessaires à un lavage utile : certitude de faire un lavage complet, exempt de dangers et rapide. Il réunit en un mot les avantages du siphon et de la pompe stomacale, sans en avoir les inconvénients et les dangers, tout en permettant une rapidité d'exécution exceptionnelle. Outre qu'elle évite au malade une grande fatigue préjudiciable à son rétablissement, cette rapidité d'exécution permet encore de donner à l'estomac de véritables douches dont on peut graduer la température et la durée d'après les indications, en même temps qu'on fait le lavage.

Alimentation artificielle. — Pour procéder à l'alimentation artificielle, il suffit de fermer le robinet qui se trouve à la partie supérieure de l'appareil d'aspiration. On intercepte ainsi toute communication avec l'extérieur, et on empêche tout retour possible des aliments introduits dans l'estomac par l'appareil à injection.

Dr Boisseau du Rocher.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des déviations utérines ; par M. le Dr B. S. Schultze, traduit de l'allemand par M. F. J. Herrgott. 1 vol. 488 pages avec 120 figures dans le texte. — Paris, O. Doin, éditeur.

« Ce serait, dit le professeur Herrgott, étrangement méconnaître la vérité, que de prétendre que les déplacements utérins n'ont pas été une des préoccupations vives des gynécologues français ; contre cette assertion protesteraient de nombreux travaux, les dénominations des lésions principales qui sont d'origine française, la voix autorisée des maîtres qui ont pris part, il y a un quart de siècle, à la grande discussion sur les déplacements utérins à la tribune de l'Académie de médecine. Aux promesses faites alors, n'ont pas tardé de succéder les déceptions, même des revers, dans le traitement d'affections qui, si elles sont souvent une cause de souffrances continuelles, n'entraînent jamais directement la mort des malades. Après la confiance, le découragement, bientôt l'indifférence, comme cela arrive malheureusement toujours. A quoi faut-il attribuer ce résultat? A deux causes : à l'incertitude de la base de la doctrine, à l'absence d'une détermination exacte de la situation normale de l'utérus chez la femme bien portante, vierge ou mère, de celle des mouvements que l'organe peut exécuter normalement pendant les fonctions d'excrétion des réservoirs intestinal et urinaire, et à l'absence d'un moyen précis et exact de la constatation des déviations pathologiques ». Le professeur Schultze a cherché, dans une série de travaux, à résoudre un certain nombre de ces questions, puis il a réuni dans un volume, en 1881, l'ensemble de ses doctrines ; c'est ce volume qui vient d'être traduit par le professeur Herrgott.

Si les idées du professeur Schultze, après avoir été très discutées en Allemagne, y sont aujourd'hui généralement admises, la situation de l'utérus, ses rapports avec les organes voisins, ses déviations physiologiques et pathologiques sont encore en divers pays, particulièrement en Amérique et à Edimbourg, l'objet de travaux fort intéressants. Cette question si importante reste donc à l'ordre du jour. Schultze, dans son livre, étudie successivement la situation normale de l'utérus, qu'il parvient à déterminer à l'aide de procédés qui lui sont propres ; la définition, les symptômes, le diagnostic, l'anatomie pathologique et l'étiologie des déviations envisagées d'une façon générale. Puis, il décrit spécialement l'élévation, l'antéposition, la rétroposition, les latéropositions, les torsions, l'antéversion et l'antéflexion, la rétroversion et la rétroflexion. Il termine par quelques chapitres sur la descente et le prolapsus, la hernie et l'inversion de l'utérus. Nous ne pouvons, on le comprend, donner en quelques lignes un résumé d'un volume qui a près de 500 pages ; on y verra que le professeur Schultze fait jouer un rôle capital aux ligaments utéro-sacrés ou de Douglas ; ce sont eux surtout qui contribuent à donner à l'utérus sa situation normale. Dès qu'ils subissent une altération, il en résulte nécessairement des modifications de position, l'organe tout entier peut être déplacé, ou bien, ce qui domine, c'est une déviation du corps sur le col. D'autre part, le tissu cellulaire périutérin joue aussi un très grand rôle : lorsqu'il y a des productions inflammatoires, l'utérus peut être refoulé par elles ; plus tard, au contraire, les rétractions cicatricielles entraînent l'organe en sens inverse : toutes ces questions d'anatomie pathologique sont extrêmement intéressantes ; leur solution conduit à des résultats pratiques importants, on pourrait dire à une étude raisonnée et à une grande simplification de la conduite à tenir. Ajoutons qu'on trouve dans ce livre de nombreuses figures ; elles sont la reproduction des dessins originaux de Schultze, presque toutes sont une réduction au tiers de la grandeur naturelle ; elles sont simples, claires et aident beaucoup à la compréhension du texte.

Pour rendre l'étude encore plus facile, le professeur Herrgott a apporté au volume original quelques modifications fort heureuses, qui ont reçu l'approbation de l'auteur. Il a donné, en tête de chaque chapitre, un sommaire des paragraphes dont il se compose ; il l'a fait suivre d'un résumé qui avait été donné par Schultze dans un journal allemand ; enfin, il a mis un en-tête à chaque paragraphe. De la sorte, tout est nettement classé, divisé et, dans chaque résumé, le lecteur trouve bien exposées les idées principales et les conclusions essentielles.

La traduction d'un semblable volume demande beaucoup de temps et de patience ; si le professeur Herrgott y a consacré des moments aussi précieux que les siens, c'est qu'il le jugeait digne d'attirer vivement l'attention ; il ne s'est pas trompé. Nous ne dirons rien de la façon dont la traduction elle-même a été écrite ; ceux qui connaissent les travaux antérieurs du professeur Herrgott savent quel soin minutieux il apporte dans tout ce qu'il fait. « Je souhaite, dit-il, que mes compatriotes éprouvent à lire le Traité de Schultze autant de satisfaction que j'en ai éprouvé à l'étudier et à le traduire. » Ce vœu, qu'il a exprimé dans sa préface, sera certainement exaucé, et tout le monde jugera qu'il a fait œuvre utile.

P. Budin.

© BIU Santé

I. **Sull'endocardite delle valvole sigmoidee dell'arteria polmonare** (*Sur l'endocardite des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire*); par M. le Dr G. Cattani.

II **Embolia della arteria meseraica superiore** (*Embolie de l'artère mésaraïque supérieure*); par M. le Dr Cattani. — Milan 1883.

I. L'auteur insiste sur la rareté de cette variété d'endocardite droite, dont il n'a vu qu'un cas dans sa longue pratique à l'hôpital de Milan. Il en signale pourtant 38 observations empruntées à différents écrivains. Le sujet de son observation personnelle est un homme de 58 ans, atteint de cachexie palustre. A l'autopsie, on trouve une hypertrophie du cœur droit, et des végétations volumineuses obstruant presque complètement la lumière de l'artère pulmonaire. Foie gros et adhérent aux organes voisins; rate volumineuse, dure, entourée d'une capsule et d'un péritoine épaissis (périsplénite).

II. Il s'agit d'un homme de 69 ans, très athéromateux, emphysémateux, et se plaignant de douleurs abdominales qui firent discuter l'hypothèse d'une occlusion intestinale. A l'autopsie, le cœur est gros, l'aorte est semée de plaques calcaires, le tronc de la mésentérique supérieure est oblitéré par un embolus; les parties irriguées par cette artère sont noirâtres et sphacélées (iléon, cœcum, côlon ascendant, mésentère, etc.).

J. C.

VARIA

Ecole d'infirmiers à Gênes.

« Comme nous l'avons annoncé en temps voulu, dans ce journal (1), l'honorable administration de nos hôpitaux, pour mieux pourvoir au bon fonctionnement des services hospitaliers, et pour combler une lacune fréquemment et universellement déplorée, a institué dans ce sage dessein une école théorico-pratique pour les infirmiers, et elle a chargé le Dr G. Michelini, chirurgien en premier de l'hôpital des Chroniques, du soin de l'enseignement correspondant. Le Dr Michelini a commencé le 3 courant ses cours d'exercices théorico-pratiques, et, avant d'entrer en matière, il a lu à ses auditeurs, parmi lesquels, outre les nombreux infirmiers de nos hôpitaux, on remarquait beaucoup de médecins, l'allocution préliminaire suivante, que nous nous faisons un plaisir de publier :

> Consacrer sa propre vie à secourir les maux des hommes, c'est le premier des bienfaits; le second, c'est de les instruire. Chateaubriand.

« L'homme qui souffre de maladie éveille notre compassion, et si, par spéculation, par égoïsme ou par négligence, nous omettons de le secourir de notre mieux, nous manquons ainsi à l'un des devoirs les plus sacrés envers l'humanité. Celui qui se voue à l'assistance des malades, remplit une mission éminemment humanitaire. C'est une noble profession que celle de l'infirmier, qui fait sa maison de l'asile de la douleur et qui s'associe aux misères du pauvre malade.

L'infirmier est dans l'hôpital l'aide le plus fort et le plus puissant du médecin; déjà Hippocrate, que l'on a nommé le père de la médecine, appelait avec raison en son temps (460 ans avant J.-C.) les infirmiers les *coopérateurs de l'art médical*, et il est bien vrai que l'assistance soigneuse et intelligente donnée aux malades aide souvent à assurer et à accélérer leur guérison.

Les fonctions d'infirmier mettent certainement celui qui les remplit beaucoup au-dessus d'un artisan ou d'un homme de métier quelconque, pourvu qu'il ait les qualités nécessaires pour y réussir, et ce sont : une constitution forte et robuste, la bonne volonté pour l'accomplissement de ses devoirs, la patience et l'affabilité envers le malade, et une continuelle abnégation.

Celui qui a une constitution organique délicate, celui qui ne se sent pas disposé à faire constamment le sacrifice de soi-même pour le bien des malades, celui-là ne doit jamais être admis comme serviteur dans l'hôpital. Le malade qui entre a le droit de trouver chez les personnes qui l'entourent et qui le doivent assister, le respect et la compassion pour ses propres souffrances.

Outre son aptitude physique propre et son caractère spécial, l'infirmier doit encore connaître exactement les devoirs inhérents à sa position, et les connaître dans toute leur extension, pour s'y conformer, et pour cela il est nécessaire qu'il possède une instruction spéciale, sans laquelle il ne pourra jamais faire quelque chose de profitable pour les malades.

L'infirmier doit avoir toujours vivant dans son esprit le désir de satisfaire le malade, le médecin et ses supérieurs; avec ce désir, il arrivera à bien remplir toutes ses fonctions, et à s'attacher sincèrement à son propre service. Un devoir important qui incombe tout particulièrement à l'infirmier est la subordination; s'il ne se fait pas scrupule d'être négligent dans une partie quelconque de son service, il en verra certainement souffrir le pauvre malade. Une transgression à l'ordonnance médicale peut être fatale au malade, principalement en ce qui concerne la diététique : il suffit de se rappeler que parfois un convalescent de fièvre typhoïde a succombé par le fait de l'ingestion d'aliments grossiers, administrés à l'insu du médecin traitant, à la suite d'une rupture des parois intestinales où les ulcères typhiques n'étaient pas encore complètement cicatrisés.

L'art d'assister les malades exige, en outre de la capacité et de la moralité de ceux qui s'y consacrent, un ensemble de connaissances et un apprentissage spécial; pour cela un enseignement approprié est nécessaire, qui, en même temps qu'il satisfait aux exigences d'un service hospitalier bien tenu, ennoblit les cœurs de ceux qui se vouent à ces difficiles fonctions. L'infirmier ne s'improvise pas; celui qui abandonne son métier d'agriculteur, d'ouvrier, et se présente dans un hôpital pour y être admis comme infirmier, ne peut être accepté, parce qu'il lui manque les qualités indispensables, parmi lesquelles la charité envers le prochain tient le premier rang.

L'Administration actuelle des hôpitaux civils, si sagement présidée par l'illustrissime Signor Giacomo Falcone, qui a pris l'initiative de cette institution, a voulu qu'une école fût fondée à Pammatone dans le but de former de bons infirmiers pour nos hôpitaux et pour les familles des particuliers, et nous tous, qui apprécions hautement l'importance de cette innovation, nous devons lui en être reconnaissants.

Chargé par l'honorable Administration de vous faire un cours théorico-pratique sur la manière d'assister les malades, je nourris la confiance que nous pourrons, avec ma bonne volonté de vous instruire et avec la ferme résolution que vous devez avoir, d'apprendre tout ce qui peut être utile au malade, obtenir ces féconds résultats qui ont déjà été acquis dans d'autres hôpitaux où existe un enseignement de ce genre.

Le cours pratique sera précédé de notions élémentaires et populaires d'anatomie, de physiologie et d'hygiène. Accueillir le malade, le réconforter au moment de son entrée à l'hôpital, lui donner les premiers secours en l'absence du médecin, l'assister avec charité et affection pendant la maladie, l'aider en tout ce qui peut lui faire recouvrer le plus vite possible la santé, tel est le programme qu'a établi l'honorable Administration, et que je devrai vous développer.

Je vous recommande l'attention à mes enseignements, d'autant plus qu'une fois le programme épuisé, une commission composée du président de l'Administration, de M. le Directeur sanitaire et de votre professeur, vous soumettra à des interrogations et à des exercices pratiques, pour établir votre aptitude au service d'infirmier. »

Trad. Ch. H. P-V.

(1) *La Ricista*, Giornale medico-chirurgico degli Ospedali civili di Genova. 1re année, n° 7 (juillet), p. 326.

Circulaire déterminant la situation des étudiants en médecine aspirant au doctorat (ancien régime).

Monsieur le recteur, le règlement d'administration publique, en date du 28 juin 1878 (1), relatif aux études de doctorat en médecine, décide qu'à partir du 1er novembre 1885 le régime établi par ce décret sera seul en vigueur.

Il convient de déterminer quelle sera la situation des étudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études. Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer :

I. Etudiants qui, ayant subi le premier examen de fin d'année, seront pourvus de quatre à huit inscriptions.

Ces étudiants devront subir le premier examen probatoire avant de poursuivre leurs études.

II. Etudiants qui, ayant subi le deuxième examen de fin d'année, seront pourvus de douze inscriptions, ou de huit à douze inscriptions, sans avoir subi le troisième examen de fin d'année.

Ces étudiants devront, suivant le nombre des inscriptions qu'ils possèdent, subir le premier examen, ou le premier examen et la première partie du deuxième examen, avant d'être admis à continuer leur scolarité.

III. Etudiants pourvus de douze à seize inscriptions et qui auront subi le troisième examen de fin d'année.

Ces étudiants sont autorisés à prendre régulièrement aux époques trimestrielles réglementaires les dernières inscriptions et à passer leurs examens après la seizième.

IV. Etudiants pourvus de seize

Ces étudiants subiront tous

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 28, 13 juillet 1878, p. 547.

© BIU Santé

inscriptions et n'ayant subi aucun examen probatoire.

V. Etudiants pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès un ou plusieurs examens probatoires d'après l'ancien régime.

VI. Etudiants qui, en juillet 1885, auront été ajournés au troisième examen de fin d'année ou à un examen probatoire, ou en général qui seront sous le coup d'un échec à la fin de l'année scolaire 1884-1885.

les examens dans l'ordre prescrit par le décret du 20 juin 1878.

Ces étudiants conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et, pour les autres, seront soumis au nouveau programme dans l'ordre indiqué par le décret du 28 juin 1878.

1° Les étudiants ajournés au troisième examen de fin d'année en juillet 1885 ou qui seraient sous le coup d'un échec à cet examen, à la fin de l'année scolaire 1884-1885, auront la faculté de se présenter de nouveau au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire avant le 1er novembre.

D'après le résultat de l'examen, ils seront rangés soit dans la 2e, soit dans la 3e catégorie.

2° Les élèves ajournés à un examen probatoire au mois de juillet 1885, ou qui seraient sous le coup d'un échec à la fin de l'année 1884-1885, conserveront le bénéfice des examens subis avec succès et seront assimilés aux étudiants de la 5e catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie.

Commission de la rage.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts. Vu la lettre du 17 mai 1884, par laquelle M. Pasteur a demandé la nomination d'une commission spéciale chargée de contrôler ses expériences sur la prophylaxie de la rage, Arrête : Sont nommés membres de la commission chargée de contrôler des expériences de M. Pasteur sur la prophylaxie de la rage : MM. le Dr Béclard, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, doyen de la faculté de médecine de Paris, professeur de physiologie à la même faculté. — Paul Bert, membre de l'Institut, professeur de physiologie générale à la faculté des sciences de Paris ; — Bouley, membre de l'Institut, professeur de pathologie comparée au Muséum d'histoire naturelle ; — Le Dr Villemin, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires de Paris ; — Le Dr Vulpian, membre de l'Institut, professeur de pathologie comparée et expérimentale à la faculté de médecine de Paris ; — Tisserand, conseiller d'Etat, directeur au ministère de l'agriculture.

Corps de santé militaire.

Par décret du 14 mai 1884, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après, les médecins et le pharmacien militaires dont les noms suivent :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe.* — (Choix.) M. Guillemin (Isidore-Frédéric), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Nancy, en remplacement de M. Boulongne, retraité. Est maintenant audit hôpital. — (Choix.) M. Sala (Antoine-Augustin), médecin principal de 2e classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Toulouse, en remplacement de M. Leques, retraité. Est maintenant audit hôpital.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe.* — (Choix.) M. Réech (François-Antoine), médecin-major de 1re classe au 56e régiment d'infanterie, en remplacement de M. de Courtois, retraité. Est affecté à l'hospice mixte d'Amiens comme médecin-chef. — (Choix.) M. Talon (Jean-Emile-Germain), médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires de la division d'Alger, en remplacement de M. Guillemin promu. Est maintenu auxdits hôpitaux. — (Choix.) M. Morisson (Louis-Auguste-Paulin), médecin-major de 1re classe, provisoirement à l'hôpital militaire de Lille, en remplacement de M. Sala, promu. Est désigné pour l'hospice mixte de Nantes comme médecin-chef.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe.* — (Choix.) M. Lubanski (Joseph-Henri-Alfred), médecin-major de 2e classe, professeur agrégé de l'école de médecine et de pharmacie militaire, en remplacement de M. Maratray, retraité. Est maintenu à ladite école. — (Ancienneté.) M. Charier (Joseph-Léon), médecin-major de 2e classe au 58e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Fristo, retraité. Est désigné pour le 16e régiment d'infanterie. — (Non activité.) M. Lacassagne (Jean-Alexandre-Eugène), médecin-major de 1re classe hors cadre, professeur à la faculté de médecine de Lyon, en remplacement de M. André (C.-F.-A.), retraité. Est affecté à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon. — (Choix.) M. Renaud (Vincent-Alfred), médecin-major de 2e classe des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. Réech, promu. Est maintenu auxdits hôpitaux. — (Ancienneté.) M. Anziani (Jean-Marie), médecin-major de 2e classe au 2e régiment de chasseurs à cheval, en remplacement de M. Talon, promu. Est désigné pour le 114e régiment d'infanterie. — (Choix.) M. Plaisant (Ernest-Augustin), médecin-major de 2e classe au 135e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Morisson, promu. Est désigné pour le 19e régiment d'infanterie.

4° *Au grade de médecin-major de 2e classe.* — 2e tour (ancienneté). M. Darde (Flavien-Edouard), médecin aide-major de 1re classe du service de la place de Paris (bataillon du 64e régiment d'infanterie), en remplacement de M. Rumen, démissionnaire. Est maintenu provisoirement dans son emploi actuel. — (Choix.) M. Ballis (Pierre-Jean-Jacques), médecin aide-major de 1re classe au régiment de sapeurs-pompiers de Paris, en remplacement de M. Phisalix, mis en non-activité pour infirmité temporaire. Est désigné pour le 21e régiment d'infanterie. — 1er tour (ancienneté). M. Levêque (Anatole), médecin aide-major de 1re classe au 2e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Capdevielle, mis en non-activité pour infirmité temporaire. Est maintenu provisoirement audit régiment. — 2e tour (ancienneté). M. Riff (Michel-Tony-Camille), médecin aide-major de 1re classe au 42e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Canor, décédé. Est maintenu provisoirement audit régiment. — (Choix.) M. Larroque (Marc-Charles), médecin aide-major de 1re classe du service de la place de Paris (bataillon du 47e régiment d'infanterie), en remplacement de M. Lubanski, promu. Est maintenu provisoirement dans son emploi actuel. — 1er tour (ancienneté). M. Lasserre (Jules-Honoré), médecin aide-major de 1re classe du 24e régiment d'artillerie, détaché à l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin, en remplacement de M. Charier, promu. Est maintenu à son poste actuel au Tonkin. — 2e tour (ancienneté). M. Liron (Louis-Fulcrand-Isaac-Alfred), médecin aide-major de 1re classe au 19e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Renaud, promu. Est désigné provisoirement pour le 55e régiment d'infanterie. — (Choix.) M. Girard (Edouard-Victor-Auguste), médecin aide-major de 1re classe au 3e régiment du génie, en remplacement de M. Anziani, promu. Est placé provisoirement au 84e régiment d'infanterie. — 1er tour (ancienneté). M. Mackiewicz (Henri-Marie-Hubert), médecin aide-major de 1re classe au 23e régiment de dragons, en remplacement de M. Plaisant, promu. Est désigné pour le 93e régiment d'infanterie.

5° *Au grade de pharmacien-major de 1re classe.* — (Non-activité.) M. Figuier (Jean-Pierre-Albin), pharmacien-major de 1re classe hors cadre, professeur à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux (emploi vacant par organisation). Est désigné pour l'hôpital militaire de Bordeaux.

Mission Koch : Récompense et Banquet.

Le 6 mai, le Conseil de santé de l'empire allemand fêtait, à Berlin, le retour de la Mission allemande pour le choléra. Son directeur, M. Struck, entouré de tout le personnel du Conseil, fait l'éloge de Koch et lui offre en présent, au nom du Conseil, un magnifique buste de l'empereur Guillaume ; les autres membres de l'expédition en reçoivent une photographie.

M. R. Koch répond que c'est à l'initiative du Conseil de santé que l'on doit la nomination de l'expédition, qui a été dotée d'une somme de 135,000 marks (le mark vaut 1 fr. 25). Koch a touché 100,000 m., ses assistants, les Drs Fischer et Gaffky, chacun 15,000 m., et le chimiste Treskow (1) 5,000 m. Cette réception a été suivie d'un banquet auquel assistaient 800 personnes.

La présidence a été dévolue à Koch, qui avait à sa droite le professeur Bergmann et à sa gauche le professeur Virchow. Le premier discours a été prononcé par M. Du Bois-Reymond, qui a porté un toast à l'empereur, protecteur des sciences. Plusieurs autres toasts ont été portés par MM. Bergmann, Virchow, Hirsch, Leyden. M. Koch dit ne pouvoir s'attribuer le mérite de la découverte du bacille du choléra (2), mais seulement celui d'avoir perfectionné les méthodes au moyen desquelles tout chercheur attentif eût pu trouver ce bacille. L'orateur fait ensuite ressortir le résultat pratique de l'expédition. Le banquet s'est terminé par la complainte du bacille (de Stettenheim) et par un toast humoristique porté aux dames par le Dr Lassar. (*Wiener Med. Wochenschrift*, 17 mai 1884.)

(1) Celui-ci accompagna la mission jusqu'en Egypte seulement.

(2) Nos lecteurs savent que les travaux de la Mission allemande ont abouti à la découverte du « bacille-virgule » auquel serait dû le choléra.

© BIU Santé

Association générale des étudiants.

Soit avant, soit après la guerre franco-allemande, nous avons dans le *Mouvement Médical*, puis dans le *Progrès Médical*, encouragé les tentatives faites à ces époques par les étudiants pour former entre eux des associations; nous ne saurions donc aujourd'hui que faire des vœux pour la réussite de l'association actuellement projetée.

Cette association a pour but : 1° D'établir entre les étudiants des différentes écoles un lien de parfaite solidarité et un centre de relations amicales et fraternelles; — 2° De leur permettre de s'entr'aider dans les difficultés matérielles de la vie; — De réunir et de défendre les intérêts communs à tous les Etudiants; — 4° D'unir les Etudiants dans l'intérêt de leurs études et dans la recherche des moyens de les perfectionner; — 5° D'élaborer les questions relatives à l'enseignement des Ecoles dont les membres de l'association font partie : Améliorations, créations nouvelles, matières à réformer, etc., enfin tout ce qui a rapport avec l'enseignemen. pratique et théorique des différentes écoles.

Voici la liste des Facultés et Ecoles supérieures pouvant faire partie de l'Association.

LETTRES.

Faculté de Droit.
Faculté des Lettres.
Faculté de Théologie.
Ecole nationale des Chartes.
Ecole spéciale des langues Orientales vivantes.
Ecole pratique des hautes études.

SCIENCES.

Faculté de Médecine.
Faculté des Sciences.
Ecole de Pharmacie.
Ecole centrale des Arts et Manufactures.
Ecole nationale des Mines.
Ecole des Ponts et chaussées.
Institut agronomique.

ART.

Ecole des Beaux-Arts. — Conservatoire.

Le comité a convoqué les Etudiants en Assemblée générale le mercredi 21 mai, dans le grand Amphithéâtre de l'Ecole de Médecine. Nous rendrons compte de cette réunion dans le prochain numéro.

Élèves du service de santé militaire.

Un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 11 août 1884, pour l'épreuve écrite. Les épreuves orales auront lieu : A Paris, le 5 septembre; A Nancy, le 11 septembre; A Lyon, le 15 septembre; A Bordeaux, le 19 septembre.

Sont admis à concourir : Pour les emplois d'élève en médecine : les étudiants ayant 4, 8, 12 et 16 inscriptions pour le doctorat, et ayant satisfait aux examens correspondant à la période de leur scolarité. Pour les emplois d'élève en pharmacie : les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès-lettres ou de celui de bachelier ès-sciences complet, ayant accompli, au 1er novembre prochain, un stage officinal de deux années; ceux ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de 1re classe et ayant subi avec succès les examens de fin d'année ou les examens semestriels. Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les Directeurs du service de santé des corps d'armée où sont situées les villes dans lesquelles se fera la composition écrite. La liste sera close le 31 juillet. Les pièces à produire pour l'inscription sont : 1° L'acte de naissance timbré et légalisé; 2° Le certificat d'aptitude au service militaire; 3° Un certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire; 4° Une déclaration écrite, indiquant les centres de composition et d'examen choisis par le candidat; 5° Les certificats des examens réglementaires correspondant à la période de scolarité.

Jurisprudence médicale.

La *Cour de cassation*, dans son audience du 5 mai, a rejeté le pourvoi formé par M. Camille Raspail contre l'arrêt rendu le 13 février 1883 par la Cour d'appel de Paris, au profit de M. Moulin. La Cour a jugé :

Une Cour d'appel peut, sans violer l'article 144 du code civil et les principes qui régissent la propriété des noms patronomyques, déclarer qu'un médecin qui avait été pendant plusieurs années le collaborateur d'un autre, avait pu annoncer au public par la voie d'annonces, d'affiches et par distribution, même sur la voie publique, de cartes imprimées, la cessation de cette collaboration commune, et le nouveau domicile où il avait transféré son cabinet de consultations. L'arrêt a pu, dans ces conditions, sans violer les textes précités, déduire des conventions pas lui constatées relativement à la collaboration et au partage des honoraires, que le médecin dont s'agit avait eu le droit d'associer son nom à celui de son ancien collaborateur, alors surtout que l'arrêt a déclaré, par une appréciation de faits souverains, que ces mesures de publicité n'avaient fait qu'énoncer un fait vrai et n'avaient causé aucun préjudice à l'autre partie.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Jeudi 29. — M. Faille : Contribution à l'étude d'une complication rare du kyste hydatique du foie. — M. Jaulin : Du traitement des néphrites par la digitale. — M. Thibierge : Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale sans obstacle mécanique. — M. Doit : De la blennorrhée traitée par les eaux sulfureuses de Bagnères-de-Luchon. — M. Gentilhomme : Contribution à l'histoire de la simulation dans le service militaire. — *Vendredi* 30. — M. Bouchut : Etude d'ophthalmoscopie dans la méningite. — M. Moulinet : Des rapports entre la vaccine et certaines maladies de peau (influence réciproque). M. Charles (Georges) : Des pulvérisations antiseptiques prolongées dans le traitement de quelques affections chirurgicales. — M. Folliot : Contribution à l'étude des périostites gommeuses de l'omoplate. — *Samedi* 31. — M. Lallot : Le typhus ou peste d'Athènes. — M. Patino Luna : Etude sur les formes cliniques du cancer rénal.

NOUVELLES

« M. Robert Wurtz et sa famille nous prient de remercier, en leur nom, les Etudiants en médecine de leur sympathique manifestation aux obsèques de M. le professeur Wurtz. »

Natalité a Paris. — Du vendredi 9 mai au jeudi 15 mai 1884, les naissances ont été au nombre de 1378, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 530; illégitimes, 186. Total, 716. — *Sexe féminin* : legitimes, 488; illégitimes, 174. Total, 662.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 9 mai au jeudi 15 mai 1884, les décès ont été au nombre de 1209 savoir : 678 hommes et 531 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 22, F. 17. T. 39. — Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 27, F. 21, T. 48. — Scarlatine : M. ., F. 3, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 3. T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 26, F. 17, T. 43. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 4, F. 5, T. 9. — Infections puerpérales : 9. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 40, F. 26, T. 66. — Phthisie pulmonaire : M. 139, F. 74. T. 213. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 6. T. 15. — Autres affections générales : M. 30, F. 30, T. 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 36, F. 39, T. 75. — Bronchite aiguë : M. 15, F. 13, T. 28. — Pneumonie : M. 61, F. 39, T. 100. — Athrepsie : M. 36, F. 25. T. 61. — Autres maladies des divers appareils : M. 194, F. 185, T. 379. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 30, F. 11 T. 41. — Causes non classées M. 5, F. 5, T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 88 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34; illégitimes, 12. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 26. illégitimes, 16. Total : 42.

Concours (Bureau central, médecine). Le dernier concours vient de se terminer : MM. de Beurmann, Oulmont et Muselier sont nommés médecins du Bureau central des hôpitaux.

Concours (bureau central, médecine). — *Membres du jury* : MM. Guéneau de Mussy, Guibout, Lefort, Duguet, Debove, Legroux, Labadie-Lagrave, Dreyfus-Brisac, Constantin Paul.

Candidats inscrits : MM. Ballet, Barié, Barthélemy, Béclère, Benoit, Béringier, Bourceret, Bourcy, Brault, Brissaud, Brocq, Bruchet, Buzot, Capitan, Chantemesse, Chouppe, Comby, Decaisne, Delpeuch, Derignac, Dreyfous, Eloy, Faisans, Faucher, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (E.), Hirtz (H.), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux, Leduc, Legendre, Leloir, Leroux (C.), Leroux (M.), Liaudier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Mathieu, Merklen, Netter, Petit, Renault, Robert, Robin, Siredey, Stackler, Talamon, Variot.

Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 19 juin

© BIU Santé

1884, à quatre heures, à l'hôtel-Dieu. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 19 mai 1884, et sera clos définitivement le mercredi 4 juin, à trois heures.

Concours pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer. — Le 18 juin 1884, à une heure précise, il sera ouvert dans l'Amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le 19 mai 1884 jusqu'au 4 juin inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre. Seront admis à prendre part à ce concours : Les élèves externes des hôpitaux de Paris ; les élèves en médecine de 3e année, au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux de Paris ; Les étudiants qui réclameront leur inscription et qui ne seront pas attachés en qualité d'externes aux hôpitaux de Paris, devront produire : Un certificat de vaccine ; Un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le Maire de la commune où ils sont domiciliés ; Un certificat des inscriptions prises à la Faculté de médecine.

Les élèves externes des hôpitaux de Paris, comme les étudiants de 3e année, ne pourront être inscrits qu'après avoir pris l'engagement, formulé par écrit, de rester attachés, pendant une année au moins, à l'hôpital de Berck.

Les épreuves pour le concours aux places d'élèves internes à l'hôpital de Berck-sur-Mer sont réglées ainsi qu'il suit : 1° Une épreuve écrite consistant en une composition sur un sujet d'anatomie et sur un sujet soit de petite chirurgie, soit de pathologie interne ou externe. Il sera accordé aux candidats une heure pour faire cette composition. 2° Une épreuve orale sur une question de pathologie interne ou de pathologie externe. Cette question pourra être relative à la pathologie infantile. Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion. L'indemnité annuelle attachée aux fonctions d'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer est fixée à 1,200 francs, indépendamment des avantages en nature du logement, de la nourriture, du chauffauge, de l'éclairage et du blanchissage.

Nota. — Les certificats délivrés par les médecins ou fonctionnaires étrangers à l'Assistance publique devront être légalisés.

— Il est très regrettable que les internes de Berck ne soient pas recrutés par le concours général de l'internat. La situation faite par l'Administration aux internes de Berck la mettent en mesure, si elle le veut, de ne plus recourir au concours spécial qui entraine des dépenses et surcharge inutilement le corps médical des hôpitaux. — Une fois de plus, nous signalerons à l'Administration la nécessité d'exiger des candidats un certificat de *revaccination*.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Dumas, professeur d'accouchements, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1883-84, par M. Léon Dumas, agrégé.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Magnin, docteur ès-sciences naturelles, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1881-84, maitre de conférences de botanique.

Récompenses honorifiques. — Nous relevons dans la liste des personnes habitant l'Algérie, récompensées pour actes de dévouement, les noms suivants :

Médaille d'or. — M. Lafon, médecin de colonisation à Aïn-Bessen, s'est signalé pendant une épidémie d'ophtalmie contagieuse ; frappé à son tour, sa vue est aujourd'hui compromise.

Médailles d'argent. — M. Guérin, interne de l'hôpital de Mustapha, s'est rendu maitre, au péril de ses jours, d'une vache furieuse qui avait pénétré dans l'hôpital et blessé plusieurs malades; M. Chevalier, interne de l'hôpital de Mustapha, s'est signalé pendant une épidémie de variole ; atteint par la maladie, il a failli mourir victime de son dévouement.

Assistance publique. — Le lundi 2 juin, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XVIe arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

— Le jeudi 12 juin, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XIe arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

Nomination. — M. Nuno de Andrade a été nommé professeur d'hygiène et d'histoire à la faculté de médecine de Rio de Janeiro.

Société de médecine légale. — Cette société vient de déclarer la vacance de dix places de membres correspondants nationaux. Les candidats (appartenant aux sciences médicales ou juridiques) sont invités à adresser leurs demandes dans le plus bref délai, au secrétariat général, 7, rue Monsigny, à Paris. La question posée par le syndicat médical du Havre, à propos des certificats demandés par les Compagnies d'assurances sur la vie, après le décès des clients, reste à l'ordre du jour de la Société.

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 25 mai, dans la forêt de Saint-Germain. Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à 11 h. 1/2, pour la station du Pecq. — *Nota* : Retour de Saint-Germain à 4 h, 50.

Maison nationale de Charenton. — Des places d'interne vont devenir vacantes dans la Maison nationale de Charenton. Les candidats munis de toutes leurs inscriptions et ayant passé un examen de doctorat, doivent transmettre leur demande au Ministre de l'Intérieur. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. le directeur de la Maison nationale.

Morphiomanie. — Dans la séance de l'institut d'Alexandrie du 9 mai courant, le Dr Abbate pacha, a parlé de la *morphiomanie* en Egypte, surtout parmi les grandes dames des harems. Il a démontré les inconvénients dès injections sous-cutanées de morphine au point de vue physique et moral. (*Phare d'Alexandrie* du 10 mai.

Piraterie scientifique. — Dans le n° 13 (29 mars 1884, p. 255) du *Progrès médical*, nous avons fait part à nos lecteurs de l'acte de piraterie dont avait été victime un de nos rédacteurs ; aussi sommes nous étonnés que l'*Union médicale* (du 20 mai, p. 894), ait cru devoir donner une analyse d'après la *Gaz. degli ospitali* (16 mars 1884), de l'article pillé par M. P. Weiss.

Nécrologie. — M. Antonio Coarêa de Souza Costa, professeur d'hygiène et vice-directeur de la faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, est mort le 18 février, à l'âge de 48 ans d'une congestion pulmonaire (*Gazeta medica de Bahia*). — Les journaux américains annoncent la mort de M. le professeur Samuel Gross (de Philadelphie). — *El Ensayo Medico* de Caracas, 15 mars 1884, annonce la mort subite du Dr Juan de Dios Monzon, président intérimaire de la république.

Publications du Progrès Médical.

BALLET (G.). **De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal-ataxique.** Brochure in-8 de 30 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 70

FERÉ (Ch.). **La famille névropathique.** Brochure in-8 de 63 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

BOURNEVILLE et BRICON. **Manuel des injections sous-cutanées.** Un volume in-32 de 210 pages, avec 10 figures dans le texte. Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.
Nous avons fait faire un élégant cartonnage Bradel. — Prix du cartonnage, 50 c.

CHANTEMESSE (A.). **Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte ; les formes anormales en particulier.** Un beau volume in-8 de 184 pages avec une planche lithographique hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr, 50

DAGONET (J.). **Contribution à l'étude de la méningo-myélite expérimentale.** Un vol. in-8 de 80 pages. — Prix : 2 fr. Pour nos abonnés 1 fr. 40

FERÉ (Ch.). **Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux et en particulier dans l'ataxie locomotrice.** Brochure in-8 de 26 pages. — Prix 9 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 8 fr. 70

KOJUVNIKOFF (A.). **Cas de sclérose latéral amyotrophique. (Dégénérescence des faisceaux pyramidaux se propageant à travers tout l'encéphale.).** Brochure in-8 de 23 pages avec 3 planches hors texte. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 70

MARIE (P.). **Des manifestions médullaires de l'ergotisme et du lathyrisme.** — Brochure in-8 de 19 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

MARCANO (G.). **Des ulcères des jambes entretenus par une affection du cœur.** Brochure in-8. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. 85 cent.

MARCANO (G.). **De l'étranglement herniaire par les anneaux de l'épiploon.** Paris, 1872. In-8 de 8 pages. — Prix . . . . . 30 cent.

MARCANO (G.). **Dé la psoïte traumatique,** Vol. in-8 de 160 pages. — Prix : 3 f. — Pour nos abonnés. . . . . 2 f.

PHILBERT. **De la cure de l'obésité aux eaux de Brides-les-Bains (Savoie).** — Brochure in-8 de 16 pages. — Prix 0 fr. 60. — Pour nos abonnés . . . . . 0 fr. 40

MARCANO (G.). **Notes pour servir à l'histoire des kystes de la rate.** — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés . . . . . 40 cent.

MARSAT (A.). **Des usages thérapeutiques du nitrite d'amyle.** In-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 85 cent.

MAUNOURY (G.) **Les hôpitaux-baraques et les pansements antiseptiques en Allemagne.** Paris, 1877, in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

COTON IODÉ

Préparé par **J. THOMAS**, pharmacien de 1re classe
Lauréat et ex-préparateur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris
48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc..., ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

Le prix du flacon **3** francs **50**. Se trouve dans toutes les pharmacies.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la Diastase, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS



Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE



VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé*. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré*. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

Médailles de Vermeil et d'Argent — Récompense de 2,000 fr.

PEPTO-FER JAILLET

Ancien Chef du Laboratoire de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris.

FER ASSIMILABLE AU CHLOROPEPTONATE DE FER

Le **PEPTO-FER JAILLET** est le résultat de la combinaison de la **Peptone** et du **Fer**. C'est un aliment ferrugineux, un **Peptogène** par excellence.

DOSE : UN PETIT VERRE A LIQUEUR IMMÉDIATEMENT APRÈS CHAQUE REPAS.

Dépôt général : MAISON DARRASSE & Cie, 21, rue Simon-le-Franc, PARIS.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE
Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

EN DÉTAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — **MIGRAINES**
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général.

CAPSULES BRUEL

PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, faubg Montmartre

POUDRE HÉMATIQUE

du Dr Guerder

SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ

Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants
Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie
Affections organiques des Voies digestives

PRIX DU FLACON : 3 FR. 50

PARIS, Pharmacie DALMON, Faubourg Saint-Denis,

COQUELUCHE

guérie sûrement et promptement par le

SIROP BENZOIQUE

au Bromure d'Ammonium de Ch. SERRES, Phien
Dépôt principal : 61, r. de Seine, Paris.
ET DANS TOUTES BONNES PHARMACIES

L'Eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **CONTREXÉVILLE**

qui soit décrétée d'intérêt public.

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central à Paris, 31, boul. des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 26. — 2e *de Doctorat* (Exercice pratique) : MM. Trélat, Tillaux, Farabeuf. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Béclard, Damaschino, Segond. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Fournier, Joffroy. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Vulpian, Hayem, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (N. R. Charité) 1re partie : MM. Verneuil, Guyon, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R. Charité) : MM. Tarnier, Rendu, Terrillon.

MARDI 27. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Richet, Bouilly. — 2e *de Doctorat* : MM. Panas, Ball, Hutinel. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Proust, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Peter, Quinquaud. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Pajot, Jaccoud, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Le Fort, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (N. R. Charité.) : MM. Bouchard, Cornil, Raymond.

MERCREDI 28. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Trélat, Reynier. — 1re *de Doctorat* : MM. Béclard, Fournier, Segond. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Hanriot, Blanchard. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie.) : MM. Guyon, Tillaux, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Damaschino, Straus. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Charcot, Hayem, Pouchet.

JEUDI 29. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Jaccoud, Cornil, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Le Fort, Hanot. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Sappey, G. Sée, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Robin, Laboulbène, Ch. Richet ; — 3e *Série* : MM. Vulpian, Bouchard, Peyrot. — 3e *de Doctorat*. (N. R. 1re partie). MM. Pajot, Panas, Humbert.

VENDREDI 30. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Tillaux, Remy. — 2e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Hayem, Hanriot, Reynier. — 2e *de Doctorat* : MM. Charcot, Damaschino, Segond. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Trélat, Tarnier, Reclus. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Bouchardat, Guébhard. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Guyon, Potain, Pinard.

SAMEDI 31. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Le Fort, Richelot. — 1re *de Doctorat* : MM. Sappey, Bouchard, Humbert. — 2e *de Doctorat* : MM. Hardy, Jaccoud, Peyrot. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) (N. R. 1re partie) : MM. Pajot, Panas, Campenon. — 5e *de Doctorat* (N. R. 2e partie). 1re *Série* : MM. Peter, Cornil, Hanot ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Ball, Raymond.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. (Clinique des maladies du système nerveuses. — M. le professeur CHARCOT a repris ses leçons du vendredi, le 9 mai.

Hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphylitiques : M. FOURNIER, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. PÉAN, le samedi, à 9 heures. — M. LAILLER : leçons sur les *teignes*, dimanche, 9 h.

Hôpital des Enfants Malades. — Chirurgie. Service de M. de Saint-Germain. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le jeudi à 9 heures. Consultations tous les jours sauf le jeudi. Opérations les mardis, jeudis, samedis. — Salle Saint-Côme (G.) : 1, tumeur blanche du coude ; 2, 13, ostéo-périostite du maxillaire inférieur ; 7, ostéo-myélite aiguë, trépanation ; 8, Pied-bot, tarsotomie double ; 9, arthrite du genou ; 11, 12, 16, 17, ostéo-périostite ; 20, genu valgum, ostéotomie ; 21, Pied-bot, résection du péroné ; 23, fistule urinaire ; 25, hématome ; 26, phlegmon iliaque ; 29, fistule à l'anus ; 27, déviation rachitique des jambes, ostéotomie des tibias. — Salle Sainte-Pauline (F.) : 1, bec-de-lièvre, opéré ; 2, plaie de tête, dénudation du frontal ; 3, 26, ankylose de la hanche, ostéotomie sous trochantérienne, redressement ; 4, luxation congénitale des hanches ; 9, fracture de cuisse ; 15, 19, tumeur blanche du genou ; 17, ostéo-périostite chronique du fémur ; 20, ankylose angulaire du genou, ostéotomie du fémur, redressement ; 29, 31, genu valgum, ostéotomie linéaire supra-condylienne ; 30, spina ventosa, amputation de l'index ; 32, polype du rectum. — Salles Saint-Martin (F.) et Saint-Joseph (G.) : contenant chacune 20 lits affectés aux maladies des yeux.

Service du Dr OLLIVIER. — Leçons cliniques le lundi à 9 h. 1/2. Consultation le jeudi. Policlinique des maladies générales le mardi ; des maladies de peau (salle Sainte-Anne) le samedi et le mercredi. — Salle Sainte-Elisabeth : 1, mal de Pott ; 2, 19, vulvibe ; 3, tuberculose pulmonaire ; 7, 8, fièvre typhoïde ; 10, chorée avec insuffisance mitrale ; 11, paraplégie ; 13, broncho-pneumonie ; 15, ictère ; 16, coqueluche ; 18, eczéma ; 23, 25, méningite tuberculeuse ; 27, paralysie diphthérique ; 28, exostoses symétriques ; 29, rhumatisme articulaire aigu ; 30, albuminurie aiguë ; 32, oreillons. — Salle Sainte-Luce : 1, vulvite ; 2, athrepsie ; 3, 4, broncho-pneumonie ; 5, paralysie infantile ; 8, syphilis ; 9, helminthiase ; 10, rachitisme ; 11, eczéma ; 12, gale ; 13 et 14, coqueluche. — Salle Sainte-Anne : 1, teigne.

Service de M. J. SIMON. — Salle Sainte-Thérèse : Visite à 9 h. Leçon à l'amphithéâtre le mercredi à 9 heures. Consultation le samedi : 1, érythème polymorphe ; 5, endo-péricardite rhumatismale ; 8, péritonite tuberculeuse ; 10, rhumatisme noueux, varicelle ; 11, hydrocéphalie ; 16, tænia solium ; 21, varicelle ; 25, syphilis héréditaire ; 30, pneumonie franche ; 31, fièvre typhoïde ; 33, tuberculose pulmonaire, albuminurie. — Salle Sainte-Marie : 1, scrofuleux, coxalgie, mal de Pott, hydrocéphalie, paralysies infantiles, abcès froids, dégénérescence amyloïde du foie.

Service de M. le Dr LABRIC. — Consultation le vendredi. Visite à 9 heures. 12, purpura hémorrhagica ; 15, chorée rhumatismale compliquée ; 16, rhumatisme, endopéricardite ; 30, endopéricardite ; 31, 32, scarlatine ; 43, tumeur cérébrale.

Service de M. RENDU, agrégé, remplaçant le professeur des maladies des enfants. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Leçons cliniques à l'amphithéâtre les mardis et samedis à 10 heures. — Salles Sainte-Geneviève, Sainte-Catherine (F.), Saint-Thomas (G.) : Pavillon d'isolement (diphtérie).

Service de M. le Dr DESCROIZILLES. — Salle Saint-Augustin : Visite à 9 heures. Consultation le mardi. Leçon clinique le vendredi à 10 heures. 3, tuberculose pulmonaire ; 9, rétrécissement aortique ; 12, coqueluche ; 19, broncho-pneumonie ; 20, aphthes ; 23, hypertrophie cardiaque, asystolie ; 25, scrofulides ; 29, fièvre typhoïde ; 30, méningite tuberculeuse ; 37, pneumonie ; 38, néphrite.

Hôpital du Midi. — Clinique syphilitique : M. Ch. MAURIAC, samedi, 9 h.

Hôpital de Lourcine. — Clinique gynécologique : M. MARTINEAU, mercredi, 9 h.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

MONCORVO. — De la nature de la coqueluche et de son traitement par la résorcine. Broch. in-8 de 97 pages. — Paris, 1883.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

Peptone Catillon
Officiel adoptée dans les hôpit. de Paris.
Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.
Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 *eau*, 3 *gout. laudanum*, 0.30 *bicarb. de soude*.
POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, pas d'équivoque dans le dosage. 1 *cuill. à café représente* 45 *gr. de viande*.
SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 *cuill. contient* 30 *gr. de viande*.
VIN : utile complément de nutrition. 1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande*.
CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en TABLETTES contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner ; en CROQUETTES, 8 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.
Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon
0,20 de créosote du hêtre par cuillerée.
Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs.

Seul vin au quinquina ou quina ferrugineux.
MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878.

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA
Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Maux d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.
Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs non capables de supporter les ferrugineux ordinaires.
PARIS : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 22 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 31 MAI 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

M. CH. MONOD, suppléant.

Le cancer du testicule chez les enfants.

Messieurs,

Vous avez pu voir, il y a quelques jours, dans nos salles, un petit garçon de 4 ans, sur lequel j'ai tenu à attirer en passant votre attention. L'affection dont il est atteint est rare à cette période de la vie. Il n'en importe que davantage de la bien connaître, afin de pouvoir proposer en temps opportun, et au besoin imposer aux parents, l'intervention radicale qui seule peut être utile.

Cet enfant, qui avait toutes les apparences extérieures de la santé, se présentait à nous portant dans la bourse gauche une tuméfaction dont le début remonterait seulement à 6 ou 8 semaines. Elle aurait succédé, au dire de ses parents, à un coup que sa mère lui aurait porté en jouant. Celle-ci tenait l'enfant sur ses genoux, et lui donnait, en manière de caresses, de petites tapes sur les fesses ; elle aurait à un moment frappé plus fort que de raison. Toujours est-il que le petit malade se serait plaint sur l'heure et les jours suivants d'une douleur locale manifeste, et que peu de temps après le père aurait constaté que le testicule gauche était plus volumineux que le droit.

J'insiste sur ces menus détails parce que, dans quelques cas semblables à celui-ci, la circonstance d'un traumatisme, ayant précédé l'apparition de la tumeur, a été expressément notée (Earle, Gauthey, Athol Johnson).

Dans l'observation d'Athol Johnson, en particulier, il est dit que le testicule avait été violemment froissé, que la douleur avait été très vive, la partie noire et enflée. Au bout d'un certain temps, tout semblait rentrer dans l'ordre, lorsque malheureusement l'enfant reçut de nouveau un coup semblable, suivi cette fois encore de douleur et de gonflement. La douleur céda rapidement, mais non le gonflement, celui-ci ne fit qu'augmenter jusqu'au jour où la castration dut être pratiquée.

La précision des détails paraît ici de nature à emporter la conviction ; il semble, à n'en pouvoir douter, que ce coup répété a provoqué le développement du mal. Vous savez, du reste, que l'on est aujourd'hui assez porté à admettre l'origine traumatique de certains néoplasmes, en particulier des sarcomes.

Je ne nie pas qu'il ne puisse en être parfois ainsi. Je demande seulement, pour le cas dont nous nous occupons, à faire quelques réserves. Le testicule de l'enfant en bas âge est de dimension si petite, qu'il doit le plus souvent, lorsqu'il est sain, échapper aux violences extérieures. Il en est autrement lorsqu'il est malade, lorsqu'il est déjà le siège d'un travail néoplasique qui a augmenté son volume. Dans ces conditions, les coups portent plus facilement. Il n'est pas déraisonnable de penser que le traumatisme ne fait alors qu'attirer l'attention sur un état qui jusque-là passait inaperçu. J'accorderai, si l'on veut, que la violence est capable de donner un coup de fouet à un mal qui restait stationnaire, mais non pas qu'elle l'a créé de toutes pièces. J'aurai occasion de vous montrer dans un instant que les faits sont d'accord avec cette manière de voir.

Je reviens après cette digression à notre petit malade. La tumeur est à gauche, vous ai-je dit ; elle siège évidemment dans le testicule. Au-devant d'elle, la peau des bourses glisse intacte ; à peine est-elle d'une coloration un peu plus foncée qu'à l'état normal ; un peu rougeâtre et parcourue par quelques veines légèrement distendues. Son volume est celui d'un petit œuf de poule. Elle en a aussi la forme ; elle est à peu près régulièrement ovoïde ; son extrémité inférieure est cependant plus pointue que la supérieure. Sa consistance est assez ferme, résistante ; elle n'offre en aucun point ni la dureté de l'os ou du cartilage, ni la mollesse d'une collection liquide ; tout au plus pourrait-on songer en la palpant à la sensation de fausse fluctuation que donnent certaines tumeurs solides, ou un liquide contenu dans une poche à paroi épaisse. Elle est, du reste, absolument opaque, et paraît lourde lorsqu'on la soupèse de la main. La vaginale est vide. L'épididyme ne peut être nettement reconnu ; cependant, sur le bord postérieur et supérieur de la tumeur, on distingue une saillie allongée, surajoutée à la masse principale et paraissant se continuer avec le cordon ; par son siège et par ses connexions, cette saillie correspond assez bien à l'épididyme déformé.

La surface de la tumeur est généralement lisse et régulière. Je vous ai fait remarquer cependant qu'en l'explorant avec soin et avec douceur, on découvre vers son extrémité supérieure deux ou trois petites élevures. Elles sont de date très récente ; elles n'existaient pas, en effet, lors d'un premier examen fait par moi il y a une quinzaine de jours.

Le cordon est sain. Les ganglions de l'aine ne sont pas tuméfiés. Il en est de même des ganglions lombaires. On ne constate dans le ventre aucune saillie appréciable. La tumeur est absolument indolente à la pression et n'est le siège d'aucune douleur spontanée. Elle n'a jamais procuré au petit malade le moindre sentiment de gêne.

Son développement a été rapide. Je vous disais que son existence a été constatée pour la première fois il y a environ deux mois. Je puis ajouter que je l'ai vue augmenter de volume pour ainsi dire sous mes yeux ; elle est aujourd'hui notablement plus grosse qu'il y a quinze jours, lorsque l'enfant m'a été présenté pour la première fois.

J'ai recherché si, du côté des parents et des grands parents, il existait quelque antécédent héréditaire digne d'être d'être noté. Le père et la mère vivent et se portent bien. Les grands parents paternels et maternels sont morts très âgés, sans avoir en apparence souffert d'une affection diathésique. Le père de notre malade est l'ainé de 16 frères et sœurs, dont plusieurs sont morts en bas âge ; les survivants jouissent tous d'une bonne santé.

Vous devez déjà, me semble-t-il, d'après le simple exposé de ce fait, entrevoir le diagnostic auquel je me suis arrêté. La tumeur a bien, il est vrai, à première vue, toute l'apparence d'une hydrocèle ; on serait d'autant plus porté à songer à cette affection, que l'on sait sa

© BIU Santé

fréquence relative chez les jeunes enfants. Il n'est cependant pas possible de s'arrêter un instant à cette idée, si l'on considère que la fluctuation est plus que douteuse et que la transparence fait absolument défaut.

On comprendrait mieux qu'il pût s'agir d'une hématocèle, en raison du coup reçu et de l'assurance qui nous a été donnée que la tuméfaction a suivi de près le traumatisme. Je vous ferai remarquer cependant que la tumeur siège évidemment dans le testicule et non dans la vaginale, que l'hématocèle parenchymateuse du testicule est d'une extrême rareté, qu'il faut pour la produire une violence considérable, comme mon ami le Dr Terrillon et moi l'avons expérimentalement démontré; qu'en pareil cas l'épanchement sanguin se fait à la fois dans la glande et dans la tunique vaginale et s'accompagne habituellement d'une forte ecchymose des bourses. Aucune de ces circonstances ne s'est rencontrée ici.

J'ai cependant voulu, comme l'on dit, en avoir le cœur net et, séance tenante, j'ai pratiqué dans la tumeur, avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz, une ponction exploratrice. Cette ponction n'a donné issue qu'à un peu de sang rouge, non altéré. De plus, il était évident que la pointe de l'instrument avait pénétré dans une masse solide, où elle ne jouait pas à l'aise.

C'est donc à une tumeur néoplasique, développée dans la glande séminale, que nous devons avoir affaire. La rapidité avec laquelle l'affection a progressé, et j'ajoute la connaissance de faits absolument semblables au nôtre, me permettent d'affirmer, en dépit du jeune âge du sujet, que cette production doit être de nature maligne.

La conduite à tenir en pareil cas paraît toute tracée. L'ablation du testicule, que commande la nature de la lésion, qu'autorisent pleinement et l'absence de tout engorgement ganglionnaire, et l'intégrité du cordon, ainsi que le bon état général de la maladie, peut seule évidemment débarrasser complètement cet enfant de son mal.

Cette intervention radicale doit, en outre, semble-t-il, le mettre à l'abri de toute récidive et de toute généralisation. Vous verrez tout à l'heure que cet espoir n'est malheureusement pas aussi fondé qu'on le pourrait croire. La tentative cependant est rationnelle. Aucune autre ressource d'ailleurs ne s'offre à nous. Aussi n'ai-je pas hésité à proposer au père une opération qui sera sans doute acceptée (1).

Je désire, à propos de ce fait, vous dire quelques mots du cancer chez les enfants en général, et en particulier du cancer du testicule dans le jeune âge.

Le sujet a été peu étudié, et j'aurai vite fait de vous énumérer les travaux qui ont trait à l'histoire du cancer des enfants en général.

Le Dr Duzan, qui consacrait à cette question sa thèse inaugurale (1876), pouvait dire que jusqu'à lui, ni en France, ni à l'étranger, aucun mémoire semblable au sien n'avait encore paru. On savait cependant que si le cancer était rare dans l'enfance, il n'était pas absolument exceptionnel. Les observations isolées étaient même plus nombreuses qu'on n'aurait pu le penser; après quelques recherches, Duzan put en réunir un chiffre relativement considérable (182), qui lui servirent à édifier son travail. Peu après la thèse de Duzan parut celle de Vieillard (1881), où le même sujet est traité à un point de vue un peu différent.

A ces indications, je joindrai celle d'un article tout récent (1883) du Dr de Saint-Germain sur les tumeurs malignes de l'enfance, paru dans la *Revue mensuelle* des maladies de l'enfance. C'est à l'aide de ces documents que je vous tracerai un court tableau du cancer chez les enfants en général.

C'est dans la première enfance que le cancer est le plus fréquent. Il résulte, en effet, d'un relevé fait par M. Duzan que, sur 100 cas où l'âge a été noté avec soin, 52, soit plus de la moitié, ont été observés de la naissance à 4 ans. Les 48 autres sont répartis entre 4 et 17 ans; et encore 11, parmi ces derniers, concernent des sujets âgés de 15, 16 et 17 ans, c'est-à-dire des adolescents plutôt que des enfants.

Les garçons sont plus souvent atteints que les filles. Sur 92 cas, où le sexe est indiqué, on compte 60 garçons et 32 filles. La proportion en faveur des garçons reste encore la plus forte, bien qu'elle diminue considérablement (41 garçons, 32 filles), si l'on défalque les cas de cancer du testicule et de la prostate.

Le cancer chez les enfants a deux sièges de prédilection — l'œil et le rein — et cela dans une proportion considérable. Sur 184 cas de cancer primitif, ces deux organes ont été pris, le premier 70 fois, le second 45 fois. Immédiatement après vient le cancer du testicule. Duzan n'a pu en réunir que 11 observations; mais nous verrons que beaucoup lui ont échappé.

Citons encore parmi les organes assez souvent atteints, mais à un dégré beaucoup moindre, les os, la langue, l'encéphale, la dure-mère, etc... Le cancer des poumons et de la plèvre, celui du foie sont surtout consécutifs et s'observent dans les cas de généralisation.

Les renseignements que nous possédons sur les formes anatomiques du cancer chez les enfants, sont absolument insuffisants. La plupart des observations appartiennent à une époque où l'examen microscopique n'était pas fait ou se faisait d'une façon imparfaite. La confusion des termes employés est telle qu'il est souvent impossible d'en tirer aucune indication précise. Duzan conclut en effet de l'analyse de 62 observations où la nature histologique du mal a été notée, que « l'encéphaloïde, comprenant l'encéphaloïde proprement dite et le fongus hématoïde, occupe le premier rang par ordre de fréquence (26 cas); les sarcomes viennent ensuite (17 cas); puis le squirrhe (7 cas); l'épithélioma (6 cas); les tumeurs fibro-plastiques (3 cas); le myxo-sarcome (1 cas). »

On conviendra qu'il est difficile de tirer parti d'une énumération pareille dans laquelle il est question de fongus hématoïde et d'encéphaloïde, expressions qui ne désignent à vrai dire que l'aspect extérieur de la production pathologique, où le sarcome est distingué de la tumeur fibro-plastique; alors que l'on s'accorde à reconnaître que ces termes s'appliquent à une seule et même lésion; où enfin il n'est pas même fait mention du carcinome, dans le sens où le mot est pris aujourd'hui.

(1) La castration — qui ne pouvait être faite dans notre service à cause de l'âge de l'enfant — a été pratiquée en ville avec l'aide de mon excellent ami le Dr Jalaguier, quelques jours plus tard. Elle a confirmé le diagnostic qui avait été posé. L'examen de la pièce à l'œil nu montre sur une coupe un tissu homogène gris blanchâtre, un peu mou, avec quelques points hémorrhagiques. L'albuginée était partout intacte; la vaginale ne contenait point de liquide, le cordon était sain. Nulle part on ne pouvait à l'œil nu trouver trace du parenchyme testiculaire. Seul l'épididyme peut être reconnu à la dissection, atrophié et comme étalé à la partie supérieure et postérieure de la tumeur. L'examen microscopique fait par M. Arthaud, dans mon laboratoire à Ivry, a montré qu'il s'agissait d'un carcinome jeune, en pleine voie de développement, paraissant avoir débuté dans l'intérieur des tubes séminifères, dont quelques-uns étaient conservés. Une analyse histologique complète sera publiée dans les *Archives de physiologie*.

© BIU Santé

Le Dr Vieillard, estimant sans doute que les encéphaloïdes, les fongus hématoïdes et les tumeurs fibro-plastiques des anciens auteurs ne sont autres que des sarcomes, admet que dans la grande majorité des cas le cancer des enfants est un sarcome, que le carcinome alvéolaire est d'une rareté extrême. Son affirmation ne repose malheureusement sur aucun examen personnel (1).

A ce point de vue le contrôle des observations anciennes laissera toujours à désirer. Nous ne pouvons donc que formuler le vœu qu'une étude plus rigoureuse des faits permette à l'avenir des conclusions plus précises.

La gravité du cancer chez les enfants est extrême. Sa marche est rapide, il évolue quelquefois en deux à trois mois; sa durée moyenne serait, d'après Duzan, de 9 à 10 mois. La terminaison est toujours la mort, par généralisation et cachexie, soit que l'on abandonne le mal à lui-même, soit que, si la tumeur est ancienne, on intervienne par une opération. Duzan affirme, cependant, que 7 fois la guérison aurait eu lieu, pour des cancers externes, à la suite de l'ablation complète du mal. Mais il ne reproduit pas ces observations, et nous ne pouvons savoir si les malades ont été suivis assez longtemps pour que l'on puisse affirmer que la cure a été vraiment radicale. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

De la transfusion directe du sang vivant (2).

Par M. le Dr J. ROUSSEL.

II. Revue critique des divers instruments de transfusion.

Pour donner à cette étude sur la tranfusion une suite intelligible, je veux jeter de haut un regard d'ensemble sur cette manifestation particulière de l'esprit humain, non pas selon l'ordre chronologique, mais selon la marche des progrès accomplis, quelles que soient d'ailleurs leurs dates ou leurs patries.

Il est intéressant de voir combien de fois la perfection a failli être atteinte, et combien d'étonnants mouvements de recul ont fait oublier les notions acquises et refleurir des pratiques déjà démontrées fausses par de nombreux échecs.

Restituer du sang à un homme menacé par la mort, parce qu'il a perdu trop de sang, est une idée si humaine et si logique, qu'elle naquit dans la pensée des premiers adeptes de l'art de guérir. Nous savons, en effet, par les traditions les plus antiques, que les prêtres-médecins de Syrie, d'Egypte et de Perse, pratiquaient déjà la transfusion, et avec succès certainement, puisque la notion de cette opération se retrouve conservée à chaque époque historique; les Grecs et Ovide la célèbrent dans leurs vers. Le pape Innocent VIII, en avril 1492, s'empare du sang de deux jeunes hommes, qui furent sacrifiés à ce vieillard incurable; ils périrent, car à cette époque où la vie des gens du peuple était à la discrétion des puissants, c'est l'artère carotide que l'on ouvrait pour y adapter un tube de communication avec la veine de l'opéré.

Si la civilisation ne nous avait enseigné le respect de la vie humaine, nous n'étudierions pas aujourd'hui d'autres modes opératoires, car celui-ci est certainement parfait et il nous donne de faciles succès lorsque nous l'employons entre animaux de même espèce.

Transfusion à l'homme du sang d'un animal. Le



Fig. 32.

sang d'un animal ne peut être utilement transmis à l'homme; ce fait, aujourd'hui démontré par la science, fut empiriquement enseigné par les échecs de *Denys* (*Fig.* 33) et *Emmeretz*, de la Faculté de Montpellier

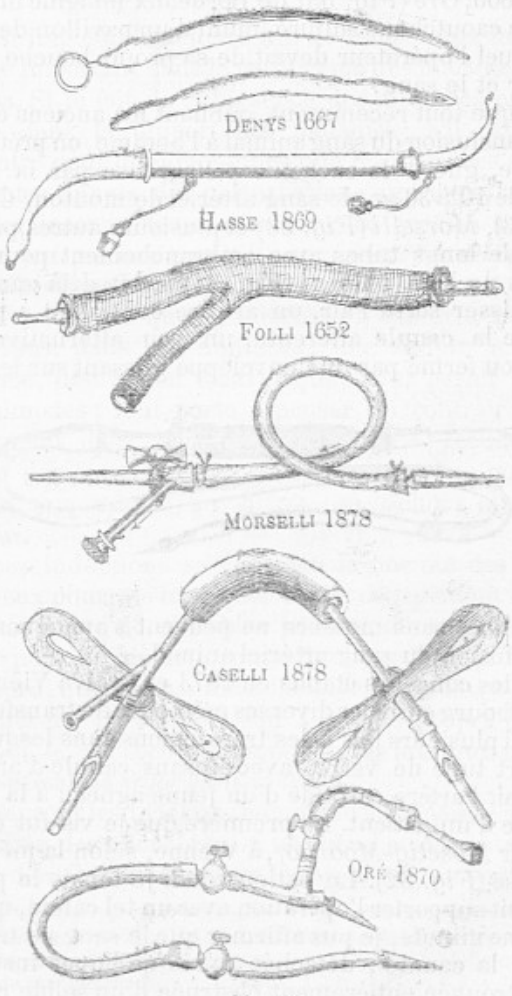


Fig. 33.

(1665). Ces médecins, venus à Paris, y tentèrent à plu-

(1) M. Vieillard annonce la publication d'une observation de la face chez un enfant, où l'examen microscopique fait reconnaître un cancer vrai; c'est le seul cas de ce genre venu à sa connaissance. Je rappelle que la tumeur du testicule dont il a été question au début de cette leçon était un carcinome.

(2) Voir le n° 21.

© BIU Santé

sieurs reprises la transfusion à l'homme du sang de mouton et de veau. A la même époque, *Richard Lower*, professeur d'Oxford, écrivait à *Robert Boyle* la fameuse lettre, qui est le premier document authentique conservé sur cette question ; il y posait des conditions d'expérimentation plus parfaites que ne savent le faire les physiologistes actuels. En Italie, *Riva* et *Manfredi* entreprirent les mêmes expériences avec du sang animal, King et Riva opérèrent sur un aliéné ainsi que l'avait fait Denys. L'instrumention était fort simple, parce qu'on utilisait la force motrice du cœur agissant à très courte distance sur le sang pris à la carotide de l'animal. Les uns employèrent des tubes d'argent, d'autres des tubes de verre, Richard Lower enfin, reconnaissant que le sang se coagule dans un tube de substance inorganique, anastomosait les circulations de ses animaux par une série de tuyaux de plumes d'oie qu'il enchassait les uns dans les autres, lorsque le sang les avait remplis. On connaissait aussi la nécessité de ne pas laisser l'air et le sang se rencontrer dans le tube. *Folli* (*Fig.* 33) réalisait ces deux conditions, lorsqu'il tentait la transfusion directe avec un tube formé d'une carotide de cheval, muni d'une collatérale destinée à l'échappement de l'air et monté sur deux canules d'ivoire. *Hasse* (*Fig.* 33), *Gesellius* et bien d'autres en Allemagne n'ont pas su en 1870 faire aussi bien qu'au moyen-âge, puisqu'ils sont retournés à l'ancien errement du tube simple de métal ou de verre : et lorsque de nos jours, l'utile embranchement de Folli fut réinventé, on négligea l'idée de n'employer que des substances animales.

En 1860, *Oré* (*Fig.* 33) de Bordeaux imagine un long tube de caoutchouc sulfuré, muni d'un pavillon de verre par lequel l'opérateur devait, de sa propre bouche, aspirer l'air et le sang.

Lorsque tout récemment, oubliant les anciens échecs de la transfusion du sang animal à l'homme, on prétendit, en Italie, guérir la cachexie pellagreuse par la transfusion de 10 à 30 gr. de sang artériel de mouton, *Caselli* (*Fig.* 33), *Morselli* (*Fig.* 33) et plusieurs autres, présentèrent de longs tubes avec embranchement pour l'aspiration de l'air. *Albini* (*Fig.* 34) avait déjà employé pour laisser sortir l'air, un artifice consistant à percer près de la canule afférente, un trou alternativement ouvert ou fermé par une enveloppe glissant sur le tube.

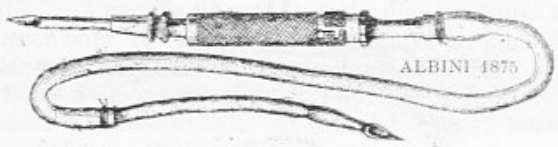


Fig. 34.

Ces tubes sans moteurs ne peuvent s'appliquer qu'à la transfusion du sang artériel animal.

Dans les concours établis en 1873 et 1874, à Vienne et à Pétersbourg entre les diverses méthodes de transfusion, j'assistai plusieurs fois à des transfusions dans lesquelles un court tube de verre, avec ou sans canule d'argent, réunissait l'artère carotide d'un jeune agneau à la veine médiane d'un patient. La première que je vis fut entreprise par *Mosetig-Moorhof*, à Vienne, selon la méthode de Hasse (*Fig.* 32). Le patient dont je tenais le pouls, paraissait supporter l'opération avec un tel calme, qu'à la deuxième minute, je pus affirmer que le sang ne traversait pas la canule ; détachée après quelques instants, elle fut trouvée entièrement obstruée d'un solide caillot se prolongeant dans la veine et formé aux dépens de la première ondée sanguine arrivée dans ce tube plein d'air.

Je vis la seconde à Pétersbourg, dans le grand amphithéâtre de Korzenievsky, professeur de chirurgie. *Gesellius* réussit à faire passer, pendant environ deux minutes, de l'artère carotide d'un fort mouton dans la médiane d'un homme, un courant sanguin qu'il estima à 250 gr. Aucun des nombreux assistants, qui remplissaient l'amphithéâtre, n'oubliera la tumultueuse réprobation manifestée par tous à la vue des épouvantables phénomènes d'asphyxie et de douleur qui accablèrent le patient. Une très violente hémoptysie, de l'hématurie, etc., tentèrent en vain l'élimination des corps étrangers dont la circulation venait d'être brutalement remplie ; et le surlendemain, l'autopsie découvrant des ruptures et des foyers apoplectiques dans tous les organes vasculaires, démontrait qu'il y a tout au moins imprudence, à laisser le cœur d'un vigoureux animal pousser impétueusement dans les veines d'un mourant, du sang à globules trop grands pour pouvoir traverser les capillaires humains et altéré au contact du métal.

Je fus amené à pratiquer à Pétersbourg, deux expériences de transfusion de sang d'agneau à l'homme. La première eut lieu devant l'auditoire qui avait assisté à l'opération de Gésellius ; il s'agissait d'un homme de 40 ans, agonisant de septicémie à la suite d'une carie de toute la surface de l'os iliaque, et d'un immense phlegmon du psoas par lequel s'étaient échappées d'excessives pertes sanguines ; de nombreuses pétéchies hémorrhagiques marbraient le corps entier. L'opération à la dose de 240 gr. de sang *artériel* fut accomplie avec mon transfuseur pour le sang animal. (*Fig.* 35). Cet instrument, au lieu d'être un tube simple, porte un ballon moteur

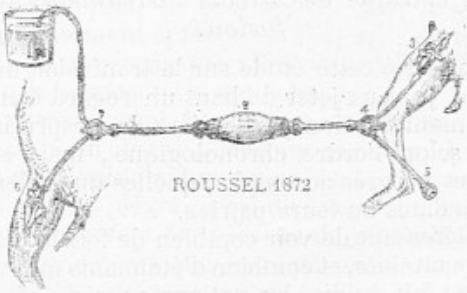


Fig. 35.

qui permet de modérer l'arrivée du sang et d'en compter exactement la dose ; il porte aussi près des deux canules deux tubes branchés, par les quels un courant d'eau purge d'air l'appareil, avant l'arrivée du sang.

Le patient, dont le cœur et le poumon ne furent pas subitement envahis par l'inondation inévitable avec le tube simple, n'offrit aucun des phénomènes d'asphyxie cités plus haut, au contraire, il retrouva la connaissance et la parole qu'il conserva pendant plusieurs heures.

Cependant, les pétéchies augmentèrent sur toute la partie de la peau du bassin décollée par le phlegmon. L'urine se montra albumineuse et fortement chargée d'urée. Peu à peu il retomba dans l'agonie et mourut sans phénomènes particuliers. Tous les os et tous les muscles du bassin étaient en pleine suppuration.

Pour la seconde expérience qui me fut demandée, je voulus me servir du sang *veineux* d'agneau, extrait de veine saphène ; je donnai seulement 60 grammes de sang à une femme idiote, cachectique de l'hôpital des Incurables. Elle supporta très bien le sang de l'animal, et son état d'extrême faiblesse anémique parut amendé ;

© BIU Santé

pendant les premiers jours l'urine fut albumineuse et très légèrement rosée ; mais aucune des *douleurs excessives* à la région du rein, que Hasse et ses imitateurs avouent être inévitables, même après la transfusion des plus faibles doses de sang de mouton, ne se présenta chez ma transfusée. C'est que mon appareil permet d'employer le sang veineux, tandis que le tube simple de Hasse, imité de celui de Denys, ne peut transmettre que du sang artériel plus ou moins altéré par le contact de l'air ou des parois du tube.

S'il n'était pas histologiquement certain que le sang d'un herbivore diffère du sang de l'homme par son essence même, et par sa forme globulaire, ce serait seulement à la transfusion *veinoso-veineuse* que l'on aurait le droit de recourir, parce que seule elle permet la modération indispensable dans le transport du sang.

Transfusion artério-artérielle du sang de mouton à l'homme. — Le sang d'animal poussé à travers une veine, tout droit au cœur, au poumon et au cerveau, produit de fréquentes obstructions, des apoplexies terribles et des morts subites. Ces accidents conduisirent les expérimentateurs à la conception de la transfusion du sang artériel du mouton dans une artère humaine. Cette conception est née de la supposition que le sang dirigé vers l'extrémité d'un membre, serait filtré pour ainsi dire par les capillaires, et que les infarctus limités dans les artérioles de la main seraient moins dangereux, que dans la circulation du poumon ou du cerveau.

Hüter de Greifswald, *Kuster* de Berlin et plusieurs autres, tentèrent cette opération, et envoyèrent de 50 à 150 gr. de sang de mouton dans l'artère tibiale ou dans le radiale de l'homme. Ainsi qu'il était facile de le prédire, des embolies furent fréquentes et suivies de phlegmons et même d'arthrites suppurées.

Transfusion artérielle du sang humain. — Mon ami et collaborateur en Russie, *O. Heyfelder*, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, pratiqua devant moi la transfusion artério-artérielle et artério-veineuse de l'homme à l'homme, avec le transfuseur à deux canules et à courant d'eau que j'emploie sur les animaux. Ses transfusés ne subirent aucun phénomène particulier, la section et la ligature des artères radiales des deux donneurs de sang, ne produisirent que le minimum des suites d'une plaie d'artère. Cependant, nous reconnûmes bien vite tous deux, que le manuel opératoire était loin d'être simplifié, que le sang artériel n'a aucune valeur de plus que le sang veineux, car il n'est artériel que pour un instant ; et qu'il y aurait abus à conseiller la section d'une artère chez le donneur de sang. (*A suivre.*)

Faculté de médecine : Examens

Avis aux candidats ajournés avant le 15 juin 1884. — 1° Les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet ; Les épreuves orales seront renouvelées : Du 15 juin au 1er juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai ; Du 1er au 15 juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 15 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai, consigneront *au plus tard*, le 9 et 10 juin 1884 ; Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 15 juin, consigneront au plus tard, les 16 et 17 juin 1884. Ils sont tenus de déclarer (en consignant, la date exacte de leur échec (Décision de la Commission scolaire, en date du 19 mai 1884.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Mort du Dr A. Blondeau.

Notre ami le Dr A. Blondeau, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, a succombé jeudi aux complications les plus graves et les plus multipliées de la goutte, se succédant sans répit et déterminant les plus vives souffrances.

Nos lecteurs ont pu apprécier le zèle, l'activité, les qualités d'écrivain, l'indépendance de caractère de notre malheureux ami. En rapport plus direct avec lui, nos collaborateurs, témoins de son dévouement pour l'œuvre commune, connaissaient son inépuisable obligeance.

Tous s'associeront à notre affliction, à celle de tous ses collègues du *Progrès médical*, à la douleur de ses amis, au deuil de sa famille.

Du rôle pathogénique des alcaloïdes qui se forment dans le tube digestif.

Il est impossible aujourd'hui de refuser aux microbes un rôle important dans la pathogénie des maladies infectieuses. Si le fait de la présence des microbes est indéniable dans la plupart des maladies ; s'il est même démontré pour quelques-unes que les microbes sont les véritables agents des perturbations morbides, les plus grandes incertitudes règnent encore sur les procédés mis en jeu par ces agents pour réaliser les méfaits que nous n'hésitons plus à leur attribuer.

Il est probable que les microbes n'exercent pas dans nos tissus, dans nos humeurs, une simple action de présence, une action *catalytique*, pour parler comme les chimistes ; tout porte à penser au contraire qu'ils provoquent dans l'organisme certaines réactions de l'ordre des fermentations analogues à celles que nous voyons se produire *in vitro*, en dehors du corps humain.

Si ces inductions se vérifient, la nocuité des agents infectieux pourra s'expliquer par le dégagement de produits toxiques, de véritables poisons, dans l'organisme.

Il se pourrait même, comme l'indique M. le professeur Bouchard, que chaque maladie infectieuse eût, à côté de son microbe particulier, son alcaloïde propre (1). Par exemple, le *micrococcus pyocyaneus* fabrique un alcaloïde spécial, la *pyocyanine* (2).

Telles sont les idées qui commencent à percer au sujet de l'action des microbes. On ne cherche pas seulement à savoir d'où ils viennent pour les prévenir ; on veut savoir

(1) Bouchard. — Sur la présence d'alcaloïdes dans les urines au cours de certaines maladies infectieuses (*Soc. de biol.* 5 août 1882., p. 604 du compte rendu.)

(2) Le cryptococcus xanthogenicus (fièvre jaune), produirait la xantho-ptomaïne ? (Domingos Freire. *Acad. de méd.*, 1884.)

© BIU Santé

aussi comment ils nuisent, pour les combattre plus sûrement.

Nous allons étudier, d'après les travaux récents, une classe de ces produits toxiques qu'élaborent les microbes, c'est-à-dire les alcaloïdes qui, d'après M. Bouchard, prennent naissance dans le tube digestif.

Mais il nous faut, auparavant, dire un mot des recherches plus anciennes qui ont préparé et inspiré les découvertes récentes. C'est à M. le professeur Selmi (de Bologne), que nous devons la connaissance des alcaloïdes cadavérique ou *ptomaïnes*.

En 1870, il avait trouvé à l'autopsie d'un homme qu'on croyait empoisonné, une substance chimiquement analogue aux alcaloïdes végétaux ; il ne tarda pas à retrouver cette substance dans d'autres cadavres, et il comprit bien vite l'importance médico-légale de cette découverte (1). S'il revient à M. Selmi le mérite d'avoir trouvé les ptomaïnes et d'avoir insisté sur le côté toxicologique, c'est à M. Gautier (2), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, qu'appartiennent les premières recherches sur l'origine de ces alcaloïdes. Dès l'année 1872, en effet, M. Gautier observait que la fibrine du sang, abandonnée à la putréfaction sous une couche d'eau, fournissait, entre autres produits très variés, une *petite quantité d'alcaloïdes fixes et volatils* ; il put mentionner le fait dans la première édition de son traité de chimie, et M. Selmi lui-même reconnut que M. Gautier avait le premier découvert que la putréfaction des matières protéiques donne naissance à des alcalis fixes et volatils. Répétant l'expérience de M. Gautier avec de l'albumine pure, il obtint deux alcaloïdes par la putréfaction, l'un fixe, l'autre volatil.

Il était donc établi par les travaux de MM. Selmi et Gautier que des alcaloïdes vénéneux existent dans les matières cadavériques et que ces alcaloïdes proviennent de la putréfaction des matières albumineuses. Poursuivant ses recherches, M. Gautier montre que ces matières alcaloïdiques se forment normalement dans l'économie par le processus ordinaire de la vie des tissus ; il les signale dans la bile, les urines, le suc musculaire ; il pense qu'elles peuvent se produire en quantité considérable dans les cas pathologiques et entraîner des dangers si l'élimination par les reins vient à être enrayée.

M. Pouchet (3), préparateur de M. Gautier, a pu retirer des urines normales, un alcaloïde très toxique pour les animaux.

MM. Brouardel et Boutmy (4) ont rendu à la médecine un signalé service en trouvant un réactif propre à distinguer les ptomaïnes des alcaloïdes végétaux. Des erreurs graves, en effet, pourraient être commises, les ptomaïnes présentant la plupart des propriétés chimiques et physiologiques des alcaloïdes végétaux. Cette réaction est la suivante : les ptomaïnes donnent, avec le ferricyanure de potassium en présence du perchlorure de fer, du bleu de Prusse. Pour opérer la réaction, on convertit en sulfate la base extraite du cadavre, on verse quelques gouttes d'une solution de ce sulfate dans une capsule contenant le ferricyanure de potassium dissous, on ajoute du perchlorure de fer ; s'il se forme du bleu de Prusse, c'est une ptomaïne. MM. Brouardel et Boutmy ont trouvé ensuite que les ptomaïnes réduisaient le bromure d'argent.

Il était réservé à M. Bouchard de poursuivre en clinique l'application de ces données expérimentales et de faire entrevoir les conséquences de l'intervention des alcaloïdes dans les processus pathologiques. C'est sous ce point de vue nouveau que nous allons maintenant envisager la question, en mettant largement à contribution les notes publiées par M. Bouchard et les leçons brillantes que ce professeur fait actuellement à la Faculté de médecine de Paris.

Nous n'ignorons pas que des travaux se poursuivent parallèlement en Allemagne, surtout dans le laboratoire de M. Frerichs (voir le dernier numéro du *Zeitschrift für klinische Medicin*) ; mais, outre que les auteurs auxquels nous faisons allusion se permettent de ne pas citer les français qui les ont précédés dans cette voie, leurs publications ne traitent pas spécialement des alcaloïdes ; pour cette double raison, nous n'en parlerons pas.

M. Bouchard (1) a d'abord cherché les alcaloïdes dans les urines au cours d'un grand nombre de maladies infectieuses : il les a trouvés dans la fièvre typhoïde, dans la pneumonie et la pleurésie infectieuses, dans un cas d'ictère infectieux, etc. Ces alcaloïdes des urines sont en quantité très faible qui ne dépasse pas, pour la fièvre typhoïde, un milligramme par jour. Cherchant, après MM. Gautier et Pouchet, dans les urines physiologiques, M. Bouchard a trouvé des traces d'alcaloïde.

Il est porté à croire que ces alcaloïdes sont formés par la désassimilation des agents infectieux plutôt que par l'élaboration vicieuse de la matière par les cellules animales. Plus tard, il a trouvé ces mêmes alcaloïdes dans les matières fécales (2) ; il a démontré que toutes les matières fécales fraîches renferment des alcaloïdes en quantité beaucoup plus grande que les urines ; parmi ces alcaloïdes, les uns sont solubles dans l'éther, les autres dans le chloroforme ; ils présentent les mêmes réactions que les ptomaïnes de MM. Selmi, Gautier, Brouardel et Boutmy. La richesse des matières fécales en alcaloïdes est proportionnée à l'intensité des fermentations intestinales.

Dans un cas de diarrhée putride, M. Bouchard a pu évaluer la proportion des microbes à un tiers de la masse et celle des alcaloïdes à 15 milligrammes par kilogramme de matière. Dans ce même cas, les urines contenaient 40 à 50 fois plus d'alcaloïdes qu'à l'état normal. Il y a donc généralement des variations parallèles entre les alcaloïdes des matières fécales et des urines.

(1) Tous les travaux de M. Selmi sont condensés dans l'ouvrage publié à Bologne en 1878 sous le titre : *Sur les ptomaïnes ou alcaloïdes cadavériques*.

(2) *Traité de chimie*. Paris, 1873, p. 253. — *Journal de l'anatomie et de la phys.* de Ch. Robin, 1881, p. 333. — *Les alcaloïdes dérivés des matières protéiques sous l'influence de la vie des ferments et des tissus*, par A. Gautier. — *Acad. de médecine*, 19 et 26 juillet 1881.)

(3) Gabriel Pouchet. — *Contribution à la connaissance des matières extractives de l'urine*. (Thèse de Paris, 5 avril 1880.)

(4) Brouardel et Boutmy. — *Sur un réactif propre à distinguer les ptomaïnes des alcaloïdes végétaux*. (Académie de médecine, 10 mai 1881 et 14 juin 1881.).

(1) *Soc. de biol.*, 5 août 1882. — Voir également la thèse de M. Dupard. (Lyon, août 1883)

(2) Bouchard. — *De l'origine intestinale de certains alcaloïdes normaux ou pathologiques*. (*Revue mensuelle de médecine*, 1882, p. 825.)

© BIU Santé

De ces recherches M. Bouchard pouvait légitimement conclure que les alcaloïdes étaient fabriqués dans le tube digestif, et que si on les rencontrait dans les urines, c'est qu'ils avaient été en partie résorbés et livrés au rein par la circulation.

Tout en considérant comme probable que dans certaines maladies infectieuses, les alcaloïdes peuvent avoir pour origine des microbes répandus dans les tissus ou dans les humeurs, il parait certain que, dans la fièvre typhoïde, une partie au moins des alcaloïdes urinaires est de provenance intestinale.

Les applications cliniques de cette découverte sont du plus haut intérêt (1): On sait que dans toute l'étendue du tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus, il existe des quantités inombrables de microbes qui y sont incessamment introduits avec les aliments, la salive, etc. Ces éléments figurés, agents des fermentations et des putréfactions, trouvent dans l'estomac et l'intestin grêle des ferments solubles (pepsine, pancréatine) qui contrarient leur action et compromettent leur existence.

Mais, dans le gros intestin, les ferments solubles n'existent plus et le champ libre est laissé aux ferments figurés. C'est là, en effet, qu'à l'état physiologique, s'élaborent les alcaloïdes. A l'état pathologique, ils peuvent aussi se former dans l'estomac et dans l'intestin grêle: si le suc gastrique devient insuffisant, si son acidité diminue, si le mucus augmente, si les aliments non digérés, si les boissons non absorbées séjournent dans l'estomac, diluant ainsi la pepsine et paralysant son action, alors les ferments figurés pullulent et déterminent dans le tube digestif une véritable putréfaction. Cette putréfaction, cette fermentation pathologique par les agents infectieux, dégage une foule de produits au nombre desquels nous pouvons citer: l'ammoniaque, le gaz des marais, l'acide sulfhydrique, l'acide lactique, l'acide butyrique, l'indol, le phénol, l'excrétine et enfin les alcaloïdes quaternaires. Parmi toutes ces substances si variées, les unes comme l'*acide lactique* sont simplement nuisibles, les autres comme les *alcaloïdes* sont véritablement toxiques. Pour démontrer la puissance toxique de ces matières, M. Bouchard les a introduites dans le corps de certains animaux, soit par la voie digestive, soit par la voie respiratoire, soit par la voie sous-cutanée, soit même par la voie intra-veineuse. Des accidents nerveux d'une haute gravité, convulsions, paralysies et coma, ont succédé à l'absorption de doses un peu fortes. On ne peut répéter chez l'homme ces expériences dangereuses; mais on peut se soumettre à l'action de doses minimes qui, sans être toxiques, déterminent certains troubles subjectifs passagers qui sont comme le prélude des grands accidents cités plus haut: sentiment de fatigue et d'accablement, céphalée, vertiges, surdité, bourdonnements d'oreille, etc.

M. Bouchard a démontré qu'à l'état physiologique, la matière fécale, dans sa partie dialysable et par conséquent absorbable, était éminemment toxique: 6 grammes d'extrait de cette matière donnent des convulsions à 1 kilogramme de lapin. Il s'élabore donc, à l'état normal, dans le tube digestif, une matière toxique qui constitue pour l'homme une menace permanente d'empoisonnement. Pourquoi cette menace ne se réalise-t-elle jamais à l'état physiologique? Si, dans les 24 heures, un homme fabrique dans son intestin, avec la collaboration des microbes, assez de poison pour s'empoisonner, il se soustrait par certains artifices à l'obligation de s'empoisonner. Si ce poison fabriqué en un jour était résorbé tout entier et d'un seul coup, la mort serait inévitable; mais en réalité, la résorption n'est que partielle et échelonnée, si bien que, l'élimination par la voie rénale aidant, tout danger est écarté. Vienne l'état morbide qui, en augmentant le taux de la fabrication du poison, livre à l'absorption 20 ou 30 fois plus de matière toxique qu'à l'état normal, alors le danger sera imminent.

La matière toxique qui se forme normalement dans le gros intestin, c'est-à-dire dans un milieu sec et dans un bol fécal durci, se résorbe faiblement. Une partie du poison emprisonnée dans les matières fécales échappe aux surfaces absorbantes et s'élimine par les garde-robes. L'absorption des alcaloïdes est donc insignifiante, ils passent dans le sang en quantité si faible qu'ils ne peuvent être nuisibles, surtout si le rein les élimine au fur et à mesure de leur résorption. Que va-t-il se passer dans les conditions morbides? Si l'estomac est dilaté, si les glandes sécrètent un suc gastrique insuffisant par la qualité ou par la quantité, les ferments figurés se multipliant fabriqueront et livreront à l'absorption une quantité relativement énorme d'alcaloïdes. Il est très probable que les accidents nerveux, dits sympathiques ou réflexes, observés depuis longtemps dans le cours des états dyspeptiques, ne sont que des accidents toxiques dus à la résorption des alcaloïdes.

S'il y a ralentissement ou arrêt des matières qui circulent dans l'intestin, ces matières maintenues trop longtemps en contact avec les surfaces absorbantes, livreront une quantité excessive de poison, et il faut tenir compte des phénomènes toxiques dans la symptomatologie de l'occlusion intestinale. En pareil cas, M. Bouchard a constaté une augmentation considérable des alcaloïdes dans les urines.

Dans les cas où les matières molles, malléables, cheminent lentement dans l'intestin en présentant incessamment à l'absorption de nouvelles surfaces, on pourra observer des accidents d'intoxication.

A côté de ces conditions pathologiques qui agissent en augmentant la production ou l'absorption, il faut citer celles qui favorisent l'accumulation de la matière toxique dans le sang, en faisant obstacle à l'émonction. S'il survient de l'anurie, si le rein, pour une cause ou pour une autre, devient imperméable ou manque à sa fonction, les alcaloïdes incessamment puisés par le sang à la surface de l'intestin, s'accumuleront et détermineront ces accidents appelés urémiques par Frerichs, quoique la rétention de l'urée ne soit pour rien dans leur production.

La physiologie nous montre, en effet, que pour provoquer des accidents chez les animaux, il faut injecter des doses énormes d'urée. On sait, d'autre part, que l'urine prise en masse et résorbée donne des symptômes tout différents des symptômes dits urémiques. Enfin,

(1) Les détails qui suivent sont rédigés sur des notes prises au cours de M. le professeur Bouchard (mai 1884.)

© BIU Santé

aucun des principes contenus dans l'urine, pris isolément, n'est capable d'amener l'urémie : l'acide urique, la créatine ne sont pas toxiques ; la leucine, la tyrosine sont toxiques, mais ces substances se rencontrent dans les maladies infectieuses et non dans l'urémie ; les acides biliaires sont également toxiques, mais ils s'éliminent par l'intestin et leur présence dans les urines est contestée. Restent donc les alcaloïdes toujours présents dans les urines comme dans les matières fécales, mais en plus grande quantité dans ces dernières.

Il est donc très probable, d'après M. Bouchard, que dans les cas d'insuffisance rénale, ce n'est pas parce que l'urée s'accumule dans le sang qu'il y a des accidents nerveux, c'est parce qu'il y a accumulation des matières toxiques puisées dans l'intestin, si bien que le terme de *stercorémie* conviendrait bien mieux pour désigner ces accidents que celui d'*urémie*.

Pénétré de ces idées, M. Bouchard n'a pas tardé à en tirer des résultats thérapeutiques. Puisque les matières toxiques se forment dans l'intestin en quantité relativement considérable, ne serait-il pas possible de fixer ces substances et de s'opposer à leur résorption ? C'est ce que M. Bouchard a essayé de réaliser à l'aide du charbon ; en donnant aux malades atteints de fièvre typhoïde 100 grammes de charbon dans les 24 heures, on désinfecte complètement les selles diarrhéiques ; toutes les substances fétides qui donnent aux matières des typhyques l'odeur horrible que l'on connaît, paraissent donc se fixer sur le charbon ; il est permis de supposer que ces substances fétides sont en même temps des substances nuisibles, car M. Bouchard a noté la diminution des alcaloïdes dans les selles et les urines, sous l'influence de ce traitement. On comprendra le rôle de fixation que la poudre de charbon doit remplir, si l'on réfléchit que 100 grammes de cette poudre impalpable représentent une surface de 60 mètres carrés. M. Bouchard, voulant aussi s'opposer aux fermentations intestinales, a prescrit successivement la créosote, le borate de soude et enfin l'iodoforme qui, très divisé et à la dose de 40 centigrammes seulement, représente aussi une surface de 60 mètres carrés. A l'aide de ces moyens, on peut dire que l'action fermentative est enrayée, ou tout au moins que les manifestations désobligeantes des fermentations intestinales disparaissent complètement.

On voit tout le parti que M. Bouchard a su tirer de ces découvertes récentes. Grâce à lui, nous commençons à entrevoir le rôle pathogénique des alcaloïdes animaux. Il nous a montré que ces alcaloïdes se formaient normalement dans le tube digestif, qu'ils étaient le produit des putréfactions provoquées par les ferments figurés, qu'ils constituaient une menace permanente d'empoisonnement pour l'organisme, et que la sauvegarde était dans l'intégrité du rein.

Enfin, M. Bouchard nous a enseigné que les maladies infectieuses et plus particulièrement la fièvre typhoïde s'accompagnaient d'une augmentation considérable des alcaloïdes dans l'intestin et dans les urines. Déjà il a su baser sur ces données pathogéniques une thérapeutique rationnelle, ne négligeant jamais, pour la spéculation scientifique, le côté pratique qui intéresse avant tout les médecins.

Dr J. Comby.

Congrès français de chirurgie.

Au mois de mars de cette année, M. Demons (de Bordeaux) adressait à la Société de Chirurgie une lettre dans laquelle l'honorable chirurgien émettait l'idée de créer un *Congrès annuel des chirurgiens français*. M. Demons priait la Société de Chirurgie de juger de l'opportunité de l'idée et de prendre l'initiative de la création de ce congrès, au cas où la création serait agréée.

Une commission composée de MM. Verneuil, Trélat, Horteloup, Chauvel et Pozzi fut nommée pour examiner : 1° l'utilité d'une pareille institution ; 2° le rôle qu'il conviendrait à la Société de Chirurgie de prendre dans son organisation. A la séance du 28 mai, M. Pozzi, rapporteur de la commission, est venu lire son rapport. Le temps et l'espace nous manquent pour reproduire en entier et examiner à fond, comme il conviendrait, ce rapport remarquable à plus d'un titre. Nous nous bornerons aujourd'hui à donner les conclusions de la commission, qui propose à la Société de Chirurgie de voter les propositions suivantes :

1° Accepter en principe le projet d'un Congrès annuel des chirurgiens français, ou mieux d'un Congrès français de chirurgie, ou encore d'un Congrès de chirurgie en langue française ;

2° Accepter la mission de constituer un comité d'organisation chargé de rédiger les statuts et règlements provisoires, de recueillir les adhésions et de présider à l'ouverture du premier congrès ;

3° Transformer la commission d'examen en commission d'organisation par l'adjonction de nouveaux membres ;

4° Adresser des remerciements à M. Demons.

Bien que l'heure fut avancée au moment où a fini la lecture du rapport, la discussion a commencé immédiatement. M. Desprès a demandé la parole pour combattre les conclusions de la commission. L'honorable chirurgien de la Charité ne croit pas à l'utilité des congrès et craint que la Société de Chirurgie ne se compromette fâcheusement en prenant l'initiative de cette création. MM. Trélat et Verneuil ont pris successivement la parole pour défendre, dans un langage très élevé, les conclusions de la commission. Puis, on a voté. *A l'unanimité moins une voix, la création du Congrès annuel de chirurgie a été votée.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mai 1884. — Présidence de M. Rolland.

Analyse cinématique de la marche, par M. Marey. — Grâce à l'installation remarquable qu'il possède à Auteuil, M. Marey a pu recueillir photographiquement les attitudes successives que prend un homme pendant la marche ; pratiquement on ne photographie qu'une bande blanche cousue verticalement sur chaque membre du sujet, on obtient ainsi le tracé de la trajectoire de chaque extrémité et même de chaque articulation.

De l'atténuation des cultures virulentes par l'oxygène comprimé, par M. Chauveau. — L'auteur, reprenant les expériences de M. Paul Bert a pensé que, si une forte tension d'oxygène tuait la bactéridie charbonneuse, une tension moindre l'atténuerait. L'expérience a démontré la réalité de cette conception et même le vaccin obtenu de cette manière est plus certain et plus durable que tous ceux qu'on avait pu produire jusqu'à l'heure actuelle. Le procédé de l'atténuation par l'oxygène comprimé pouvant être très facilement mis en œuvre, il a certainement un grand avenir industriel.

© BIU Santé

Sur la rage, par MM. Pasteur, Chamberland et Roux. — La communication de M. Pasteur sur la rage est d'une importance telle au point de vue de la médecine générale que nous croyons devoir la donner en entier :

Le grand fait de la virulence variable de certains virus et la préservation d'une virulence par une autre de moindre intensité, est aujourd'hui non seulement acquis à la science, mais encore entré dans le domaine de la pratique. Dans une telle direction d'études, on comprend tout l'intérêt qu'offre la recherche de méthodes d'atténuation appropriées à de nouveaux virus. J'ai l'honneur d'apporter aujourd'hui, à l'Académie, un progrès dans ce sens, relatif à la rage.

I. Si l'on passe du chien au singe, et ultérieurement de singe à singe; la virulence du virus rabique s'affaiblit à chaque passage. Lorsque la virulence a été diminuée par ces passages de singe à singe, si le virus est ensuite reporté sur le chien, sur le lapin, sur le cobaye, il reste encore atténué. En d'autres termes, la virulence ne revient pas de prime saut à la virulence du chien à *rage des rues*. L'atténuation, dans ces conditions, peut être amenée facilement par un petit nombre de passages de singe à singe, jusqu'au point de ne jamais donner la rage au chien par des inoculations hypodermiques. L'inoculation par la trépanation, méthode si infaillible pour la communication de la rage, peut même ne produire aucun résultat en créant néanmoins, pour l'animal, un état réfractaire à la rage.

II. La virulence du virus rabique s'exalte quand on passe de lapin à lapin, de cobaye à cobaye. Lorque la virulence est exaltée et fixée au maximum sur le lapin, elle passe exaltée sur le chien et elle s'y montre beaucoup plus intense que la virulence du virus rabique du chien à *rage des rues*. Cette virulence est telle, dans ces conditions, que le virus qui la possède, inoculé dans le système sanguin du chien, lui donne constamment une rage mortelle.

III. Quoique la virulence rabique s'exalte dans son passage de lapin à lapin ou de cobaye à cobaye, il faut plusieurs passages par le corps de ces animaux pour qu'elle récupère son état de virulence maximum, quand elle a été diminuée d'abord chez le singe. De même la virulence du chien à *rage des rues* qui, comme je viens de le dire, n'est pas de virulence maximun a beaucoup près, exige, quand elle est portée sur le lapin, plusieurs passages par des individus de cette espèce, avant d'atteindre son maximum.

Une application raisonnée des résultats que je viens de faire connaitre permet aisément de rendre les chiens réfractaires à la rage. On comprend, en effet, que l'expérimentateur puisse avoir à sa disposition des virus rabiques atténués de diverses forces; les uns, non mortels, préservent l'économie des effets de virus plus actifs et ceux-ci de virus mortels.

Prenons un exemple. On extrait le virus rabique d'un lapin mort par trépanation à la suite d'une durée d'incubation qui dépasse de plusieurs jours l'incubation la plus courte chez le lapin. Celle-ci est invariablement comprise entre sept et huit jours à la suite de l'inoculation, par trépanation, du virus le plus virulent. Le virus du lapin, à plus longue incubation, est inoculé, toujours par trépanation, à un second lapin; le virus de celui-ci à un troisième. A chaque fois, ces virus, qui deviennent de plus en plus forts, sont inoculés à un chien. Ce dernier se trouve être ensuite capable de supporter un virus mortel. Il devient entièrement réfractaire à la rage soit par inoculation intraveineuse, soit par trépanation, du virus de chien à *rage des rues*.

Par des inoculations de sang d'animaux, je suis arrivé à simplifier beaucoup les opérations de la vaccination et à procurer au chien l'état réfractaire le plus décidé. Je ferai connaitre bientôt à l'Académie l'ensemble des expériences sur ce point.

Il y aurait un intérêt considérable, présentement et jusqu'à l'époque éloignée de l'extinction de la rage par la vaccination, à pouvoir supprimer le développement de cette affection à la suite de morsures par des chiens enragés. Sur ce point, les premières tentatives que j'ai entreprises me donnent les plus grandes espérances de succès. Grâce à la durée d'incubation de la rage à la suite de morsures, j'ai tout lieu de croire que l'on peut sûrement déterminer l'état réfractairee des sujets avant que la maladie mortelle éclate à la suite de la morsure.

Les premières expériences sont très favorables à cette manière de voir, mais il faut en multiplier les preuves à l'infini sur des espèces animales diverses avant que la thérapeutique humaine ait la hardiesse de tenter sur l'homme cette prophylaxie.

L'Académie comprendra que, malgré la confiance que m'inspirent mes nombreuses expériences poursuivies depuis quatre années, ce n'est pas sans quelque appréhension que je publie aujourd'hui des faits qui ne tendent à rien moins qu'à une prophylaxie possible de la rage.

Si j'avais eu à ma disposition des moyens matériels suffisants, j'aurais été heureux de ne faire cette communication qu'après avoir sollicité de l'obligeance de quelques-uns de mes confrères de cette Académie et de l'Académie de médecine, le conirôle des conclusions que je viens de faire connaître.

C'est pour obéir à ces scrupules et à ces mobiles que j'ai pris la liberté d'écrire, ces jours derniers, à M. Fallières, ministre de l'instruction publique, en le priant de vouloir bien nommer une commission à laquelle je soumettrais mes chiens réfractaires à la rage. L'expérience maitresse que je tenterais, en premier lieu, consisterait à extraire de mes chenils vingt chiens réfractaires à la rage qu'on placerait en comparaison avec vingt chiens devant servir de témoins. On ferait mordre par des chiens enragés successivement ces quarante chiens. Si les faits que j'ai annoncés sont exacts, les vingt chiens considérés par moi comme réfractaires résisteront tous, pendant que les vingt témoins prendront la rage. Une seconde expérience non moins décisive aurait pour objet quarante chiens, dont vingt vaccinés devant la commission et vingt non vaccinés. Les quarante chiens seront ensuite trépanés par le virus de chien à *rage des rues*. Les vingt chiens vaccinés résisteront; les vingt autres mourront tous de la rage, soit paralytique, soit furieuse. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 mai. — Présidence de M. F. Franck.

M. P. Regnard fait la description d'un *appareil* pour enregistrer les *fermentations*, et des résultats qu'il a obtenus à l'aide de cet appareil. Un petit index spécial détermine des tracés qui reproduisent exactement les différents temps de la fermentation. On constate d'abord un temps perdu, pendant lequel la levure n'agit pas encore sur la substance fermentescible, et qui est représenté sur le tracé par une ligne horizontale; puis, une ligne ascensionnelle indiquant le commencement de la fermentation; enfin, une courbe parabolique. On peut, à l'aide de cet appareil et de ces tracés, faire des expériences comparatives très intéressantes sur les différents ferments.

M. Quinquaud a étudié l'*influence des sections de la moelle épinière sur la composition du sang*; il a constaté une diminution de l'exhalation de l'acide carbonique, d'autant plus considérable que la section remonte plus haut vers la région cervicale. Après une section de la moelle cervico-dorsale, on trouve, au bout de 10 à 15 minutes, que le sang des veines fémorales tend à devenir artériel, il présente une rougeur très intense, l'oxygène augmente. Dans les veines sus-hépatiques, au contraire, l'oxygène diminue. Dans le cœur droit également, il diminue; quelquefois, cependant, il augmente; cette variation tient à ce double apport : d'un sang oxygéné, par les veines fémorales, et d'un sang désoxygéné, par les veines sus-hépatiques. Il y a encore un autre élément, l'asphyxie, qui survient souvent quand on sectionne la moelle cervicale, et qui explique également la variation des gaz du sang.

M. Brown-Séquard fait remarquer à M. Quinquaud que la section de la moelle peut produire deux effets : tantôt l'arrêt des échanges dans tous les tissus, ce qui explique la rougeur du sang veineux; tantôt l'exagération de ces échanges, d'où sang noir dans les artères.

© BIU Santé

M. Quinquaud répond qu'il a observé, lui aussi, ces deux types de l'influence nerveuse.

M. Bloch rapporte le résultat de ses expériences sur la *vitesse du courant nerveux sensitif* chez l'homme. La réaction réflexe motrice est plus ou moins longue à se produire, suivant le point primitivement impressionné. C'est ainsi qu'une excitation reçue à la main serait plus vite transformée en mouvement qu'une excitation reçue à l'épaule : il y a évidemment là un élément psychique qu'il est difficile d'expliquer. Les sensations tactiles et les impressions auditives persistent pendant un certain temps, suivant un synchronisme absolu. Dans une première série d'expériences, M. Bloch arrive à $\frac{36}{250}$ de seconde, comme moyenne de vitesse du courant sensitif, ce qui donne 137 mètres par seconde. Dans une seconde série, il obtient $\frac{42}{250}$ de seconde, ce qui donne 91 mètres par seconde. En 1875, ses expériences sur le même sujet lui avaient donné le chiffre de 132 mètres, qui lui paraît plus exact. La moyenne actuelle serait donc de 114 mètres.

M. Laborde dit qu'il faudrait tenir compte de la sensibilité variable avec les différentes parties du corps. La main, par exemple, présente une sensibité plus délicate que l'épaule. De plus, les impressions tactiles offrent quelques différences avec les sensations auditives.

M. Dastre ajoute que la différence comme force, dans l'intensité des excitations, doit être prise en sérieuse considération.

M. Bloch répond qu'il s'est toujours servi d'une excitation dont l'intensité était la même. D'autre part, plus la partie est sensible, plus la vitesse sera grande, en ce qui concerne les sensations tactiles, à l'inverse de ce qui se passe pour les impressions sensorielles.

M. Gellé demande si les excitations dernières donnaient des résultats différents de ceux obtenus avec les excitations premières, comme cela s'observe chez les sourds ou chez les malades atteints d'affections de l'oreille.

M. Bloch n'a pas fait d'expériences dans ce sens. Il n'a opéré que sur lui-même, et les expériences de cette nature sont difficiles et longues. Il est probable qu'une éducation spéciale peut apporter une certaine influence soit en exagérant, soit en diminuant les intensités sensitives.

M. Malassez apporte à la Société le résultat de nouvelles recherches, faites avec M. Vignal, sur la *tuberculose zooglénique*. Après avoir donné quelques détails de technique qui lui sont particuliers, relativement à la coloration des micro-organismes, M. Malassez dit que les zooglées ne se colorent pas toutes de la même façon. On en trouve d'abord qui se colorent dans leur totalité, d'autres à leur périphérie seulement, d'autres enfin qui résistent complètement aux réactifs colorants. Cette différence tient au siège des zooglées, qui ne se colorent pas au centre et au niveau de la caséification, ce qui semble établir un rapport évident entre leur coloration et la vitalité de ces micro-organismes.

Les portions complètement colorées se montrent sous forme de grains allongés, comme des chapelets. Les parties moyennement colorées se présentent sous forme de grains sphériques, mais non en chaînes comme les précédentes. Enfin, les zooglées non colorées apparaissent comme de petits grains pâles, sphériques, peu visibles. Les procédés de Koch ne colorent pas ces zooglées ; de même que les procédés de M. Malassez ne colorent pas le bacille de Koch.

M. Brown-Séquard, par des *sections antéro-postérieures du cerveau*, a produit de l'inhibition caractérisée par un arrêt dans les échanges, ainsi que par un arrêt du cœur et de la respiration. Si on coupe une moitié du cerveau, d'un côté, chez une grenouille, on observe du côté opposé une faiblesse paralytique (inhibition), tandis que du côté correspondant on note une exagération de la motricité (dynamogénie). Si on pratique alors la même opération sur l'autre moitié du cerveau, on rétablira l'équilibre, et la grenouille pourra sauter.

M. Ch. Richet a reproduit sur huit personnes les expériences de M. Cumberland, qui reposent sur les *mouvements fibrillaires inconscients de la main* du sujet, très appréciables pour l'opérateur, avec un peu d'habitude, et qui le guident parfaitement vers l'objet à trouver. M. Chevreuil, du reste, avait déjà démontré, il y a de nombreuses années, l'influence de la concentration de l'attention dans la production des mouvements inconscients. F. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mai 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Sappey, à l'occasion de la discussion récente sur *les mouvements du cerveau*, se plaint vivement des attaques que M. Marc Sée a dirigées contre lui dans la dernière séance et maintient les propositions qu'il a antérieurement formulées.

M. Luys lit une note relative aux mouvements du cerveau, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° Il y a un espace libre péri-cérébral à l'état normal entre le cerveau et son enveloppe osseuse, et cet espace libre, rempli par le liquide céphalo-rachidien, existant toujours, quoi qu'on dise, sur le cadavre, est susceptible de se déplacer suivant les différentes attitudes de la tête. Les pièces remplies de matière coagulable que j'ai présentées à une des dernières séances en font foi ; 2° C'est aux dépens de cet espace libre que le cerveau est amené nécessairement à se déplacer, dans des limites très restreintes, suivant les différentes attitudes de la tête ; car, d'une part, il est d'un volume moindre que la cavité crânienne dans laquelle il est enserré ; et, d'autre part, la présence de la membrane séreuse, l'arachnoïde, dont on n'apprécie pas suffisamment la destination physiologique, favorise ces mouvements de plissement dans les différents sens. L'expérience de M. Sappey, modifiée dans son dispositif, loin de déposer contre l'exactitude de mes recherches, vient, au contraire, mettre en valeur ce qu'elles ont de bien fondé. Je persiste donc dans mes conclusions du début que je ne trouve nullement ébranlées par les arguments plutôt théoriques que pratiques qui leur ont été généralement opposés. La question de la locomobilité, restreinte à quelques millimètres de la masse cérébrale sous la calotte crânienne, a été posée et résolue au point de vue purement anatomique ; c'est là un fait acquis pour lequel je désire fixer les esprits et prendre date.

M. Verneuil fait une communication sur les *épanchements pleuraux à la suite de l'ablation des tumeurs du sein*. — A l'occasion de deux malades qui, atteintes de squirre de la mamelle, furent opérées de cette tumeur, et succombèrent l'une le quatrième, l'autre le sixième jour, M. Verneuil rapporte, qu'à l'autopsie, on a trouvé des lésions pleurales du côté opéré, en même temps que l'existence d'une ancienne maladie rénale. M. Verneuil, fort disposé à faire jouer un rôle aux lésions viscérales antérieures, dans tout ce qui survient chez les blessés, a recherché les relations possibles entre ces pleurésies et les néphropathies. Broca, dès 1850, avait signalé ces pleurésies en faisant jouer un rôle prédominant au mauvais état général des blessés et en incriminant une complication fréquente, l'érysipèle, M. Verneuil, pense que, chez ses malades, la dyscrasie rénale est le facteur qu'il importe d'invoquer au point de vue de la genèse des complications pleurales. Des deux malades qui motivent la communication de M. Verneuil, l'une a été opérée à la Charité par M. Berger. Ce dernier considère que la pleurésie consécutive était *a frigore* ; M. Duret admet, au contraire, que la propagation d'un phlegmon pectoral s'est effectuée du côté de la plaie. M. Picqué sachant avec quelle facilité suppurent les blessés atteints de lésions rénales anciennes, accorde à cette cause une part dans le développement de la pleurésie. L'observation que M. Verneuil, a recueillie dans son service de la Pitié, confirme entièrement cette manière de voir. — Il faut, de toute nécessité, qu'entre la plaie, l'inflammation traumatique et la pleurésie, s'interpose un facteur qui est l'état général de la malade. Cet état intermédiaire que Broca pensait être l'érysipèle, était une néphrite dans les deux faits rapportés par M. Verneuil. A. Josias.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 16 novembre 1883.— Présidence de M. Cornil.

21. M. Cornil montre des pièces provenant d'un malade mort de *leucocythémie* ; la langue, avec hypertrophie des follicules de la base; les amygdales très tuméfiées; le larynx, qui paraît aussi plus gros que normalement. Dans le grand épiploon, on trouvait de petites tumeurs arrondies, tout à fait semblables à des ganglions lymphatiques; dans le tissu cellulaire sous-sternal, dans la muqueuse intestinale, des tumeurs analogues se voyaient. Ce malade avait une apparence tout à fait spéciale de la face : gonflement énorme du cou, ratatinement de la figure; en outre, par le nez, s'écoulait un liquide transparent qui se condensait, sur ses moustaches, en croûtes jaunâtres. Cet écoulement, assez épais, était constitué essentiellement par des cellules lymphatiques. La muqueuse des fosses nasales montra à l'autopsie des plaques lymphoïdes disséminées.

22. Invagination intestinale. — Entérotomie. Mort; par M. L. Monnier, interne des hôpitaux.

Le nommé L..., âgé de 4 ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Saint-Côme, n° 11, dans le service de M. de Saint-Germain, le 31 octobre 1883.

Cet enfant, délicat, mais qui a cependant toujours joui d'une parfaite santé, a été pris le 26 octobre, à deux heures du soir, d'une douleur vive dans le ventre, douleur accompagnée de vomissements incoercibles et d'absence complète de selles. Un médecin appelé constata la présence, dans la fosse iliaque gauche, d'un long boudin qui lui fit immédiatement songer à une invagination intestinale. Des injections d'air furent employées sans succès.

Le 31 *octobre*, L... entre à l'hôpital avec tous les signes de l'invagination, qu'établit du reste, d'une façon irréfutable, la présence d'une grosse tumeur dans le rectum. Des injections à l'aide d'un siphon d'eau de Seltz, une séance d'électrisation de 15 minutes n'amènent aucun résultat.

1er *novembre*, 3 heures du soir. M. Peyrot (M. de Saint-Germain étant absent) pratique l'entérotomie au-dessus de l'arcade crurale droite, suivant le procédé de Nélaton.

Dans les jours qui suivirent, l'état général s'améliora un peu, les vomissements ne reparurent pas; mais, dans la nuit du 5 au 6, il survint de l'agitation et des vomissements légèrement porracés, en même temps que se produisait un renversement de la muqueuse intestinale et que cédait le point de suture de la commissure interne. Le lendemain, le ballonnement du ventre augmenta sensiblement; les vomissements devinrent plus rares.

10 *novembre*. L'enfant meurt dans le collapsus, avec un tympanisme abdominal très marqué et sans avoir rendu quoi que ce soit par l'anus.

Autopsie. — On trouve une péritonite généralisée, avec très peu d'épanchement. Elle est au maximum près de l'incision abdominale. Toutefois, il ne semble pas qu'il y ait le moindre épanchement au point désuni.

L'incision intestinale porte sur les deux derniers centimètres de l'iléon et sur le premier centimètre du cœcum, dont la valvule a perdu ses propriétés, car l'eau y passe sans peine. L'invagination s'est faite aux dépens du dernier tiers du côlon transverse et d'une grande partie du côlon descendant. Au niveau du collet, en arrière, sur le cylindre interne, est une perforation de 1 centimètre de diamètre, débouchant dans une petite collection purulente, parfaitement limitée du reste. Une autre solution de continuité, beaucoup plus large, s'aperçoit à l'origine du cylindre externe. Mais, en aucun de ces points, il ne semble s'être fait d'épanchement, peut-être par suite de la consistance considérable des matières qui remplissent le côlon ascendant et le côlon transverse. Chose importante à noter, il n'existe que de très faibles et très rares adhérences au niveau du collet.

En fendant de bas en haut le cylindre enveloppant, on trouve un long boudin sphacélé, long de 17 centimètres, sans la moindre adhérence avec la muqueuse qui l'enserre. Le cylindre moyen est fendu sur une longueur de 6 à 7 centimètres. Ajoutons que les deux plèvres et les poumons sont très fortement hyperhémiés, et que 20 à 30 grammes de sérosité roussâtre, où flottent des flocons de pus, baignent le sinus costo-diaphragmatique gauche.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à publier parce qu'elle montre : 1° l'inanité des courants électriques dans l'invagination intestinale; 2° l'absence d'adhérences au niveau du collet après quinze jours d'évolution, de sorte que la chute du boudin aurait amené presque fatalement une péritonite par épanchement, s'il n'en avait existé une auparavant; 3° elle justifie l'opinion qui veut qu'une incision pratiquée suivant le précepte de Nélaton, fasse tomber sur les trente derniers centimètres de l'iléon.

M. Schwartz dit avoir observé une invagination chronique, datant de quatre mois, causée par un épithélioma qu'on constatait par le toucher rectal. Il enleva la tumeur, pensant, en raison des phénomènes inflammatoires qui s'étaient produits à plusieurs reprises, qu'il existait des adhérences suffisantes pour empêcher le décollement des anses. Dès le premier jour, le boudin rectal disparut, et, malgré la longue durée des accidents, la désinvagination se produisit; il survint des phénomènes de péritonite, et le malade succomba. Ainsi, malgré une invagination de quatre mois, il peut ne pas se produire d'adhérences entre les anses invaginées.

M. Kirmisson fait remarquer qu'il faut distinguer entre les invaginations chroniques et les invaginations aiguës. Dans ces dernières, il existe un travail inflammatoire qui doit amener des adhérences. Dans des cas à marche chronique, le mécanisme étant tout différent, il n'y a aucune raison pour qu'une inflammation adhésive se produise.

M. Schwartz répond que, précisément, chez son malade, des accidents aigus s'étaient développés, ce qui l'avait autorisé à croire à la formation d'adhérences qui cependant n'existaient pas.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 mai 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

La Société médicale a repris la discussion sur le *traitement de la diphtérie* par le procédé de M. Delthil, discussion inaugurée, à la séance précédente, comme on se le rappelle, par les communications de MM. d'Heilly et Féréol.

M. Cadet de Gassicourt a expérimenté les vapeurs de goudron et de térébenthine sur un malade qu'il soignait, avec M. Dussaussay, et qui était atteint d'un croup assez grave pour qu'on considérât la trachéotomie comme d'une urgence imminente. Moins de deux heures après l'application du traitement, l'enfant commença à respirer plus aisément, à ressentir une sorte de bien-être relatif, les fausses membranes devinrent moins compactes et moins adhérentes. Au bout de vingt-quatre heures, l'amélioration était telle qu'il n'y avait plus lieu de songer à la trachéotomie. M. Cadet de Gassicourt pense donc que le procédé préconisé par M. Delthil mérite une sérieuse attention. On ne saurait, en l'état des choses, se prononcer d'une façon définitive sur sa valeur vraie; mais il y a lieu de poursuivre les expériences. Au dire de M. Delthil, les vapeurs de térébenthine et de goudron auraient une double action. Elles agiraient à la fois comme agent antiseptique et comme modificateur local des fausses membranes. M. Cadet de Gassicourt ne se croit pas autorisé, jusqu'à présent, à admettre l'action antiseptique de ces vapeurs; quant aux modifications imprimées aux fausses membranes, elles ont été positives dans le cas qu'il a observé.

M. Féréol insiste, comme M. Cadet de Gassicourt, sur la nécessité de tenter de nouveaux essais. M. Delthil a exprimé la crainte que les vapeurs de térébenthine et de goudron auront à la longue une action toxique. D'après M. Fé-

© BIU Santé

réol, cette crainte ne repose, jusqu'à présent, sur aucun fondement. Dans le cas qu'il a rapporté à la précédente séance, l'emploi des vapeurs a été continué pendant huit jours et huit nuits consécutifs, et aucun effet toxique n'a été relevé. Si ces vapeurs créent un danger, c'est en communiquant aux fausses membranes la consistance du vernis, de telle sorte que, chez les enfants trachéotomisés, ces membranes peuvent, si l'on n'y prend garde, obstruer la canule et empêcher le passage de l'air. M. Féréol rappelle en outre, que la méthode de M. Delthil a été employée dans un cas contre la diphtérie des poules, et ce avec succès.

MM. Descroizilles, d'Heilly, Cadet de Gassicourt insistent, de concert avec M. Féréol, pour que les vapeurs de goudron et de térébenthine soient à l'avenir expérimentées, chaque fois que l'occasion s'en présentera.

M. Grancher fait une communication sur les micro-organismes de l'endocardite ulcéreuse. M. Grancher rappelle tout d'abord que c'est à M. Lancereaux que revient le mérite d'avoir signalé le premier, soit à la surface des végétations endocardites, soit dans le sang des malades, des granulations douées de mouvements browniens et susceptibles de résister à l'action des réactifs chimiques même très puissants, comme la solution de potasse. Wirchow, Klebs, M. Netter ont fait des constatations analogues à celles de M. Lancereaux. Ce qui tend un peu à obscurcir la question, et commande quelques réserves sur la valeur spécifique des divers organismes qu'on rencontre dans l'endocardite ulcéreuse, c'est que cette affection n'occupe pas une place bien définie en nosologie. Elle peut survenir, en effet, à titre de complication au cours de maladies générales, fort différentes les unes des autres, des fièvres éruptives, des rhumatismes, par exemple. Dans le cas que M. Grancher a étudié, on ne relevait autre chose qu'une symptomatologie cardiaque des plus prononcées. Le malade entra à l'hôpital en état d'asystolie, avec un œdème léger des jambes, peu de fièvre, mais avec une pâleur très marquée de la face et une dyspnée excessive. De plus, l'auscultation révélait l'existence de souffles très intenses. Les urines renfermaient une petite quantité d'albumine. C'était bien de l'endocardite ulcéreuse, mais non l'endocardite ulcéreuse à forme typhoïde.

Chaque matin, pendant vingt jours consécutifs, M. Grancher recueillit, avec toutes les précautions antiseptiques voulues, un peu de sang sur le doigt de son malade et le plaça dans des flacons contenant du bouillon de Pasteur. Dans tous les flacons, M. Grancher a vu pulluler le même organisme constitué par de petites granulations arrondies et transparentes, réunies au fond des récipients sous forme d'agglomérations zoogloeiques.

Toutes les cultures étaient restées parfaitement transparentes; preuve qu'elles étaient pures.

A la mort du malade, on ne trouva pas d'infarctus. Il existait d'énormes végétations valvulaires. M. Grancher recueillit du sang dans les cavités cardiaques, et le produit de culture obtenu avec ce sang fut tout à fait analogue à celui fourni par le sang extrait du doigt durant la vie. Enfin, à la surface des végétations endocardites, l'examen montra la présence des mêmes granulations que celles développées dans les flacons.

M. Grancher se proposait de tenter l'inoculation de ces proto-organismes à des animaux; mais, par suite d'une erreur de technique, il ne lui a pas été possible de le faire dans de bonnes conditions. L'auteur s'est aperçu, en effet, que les microcoques de ses liquides, qu'il croyait toujours vivants et susceptibles de pullulation, étaient morts et par conséquent inaptes à la reproduction. Aussi, M. Grancher se propose-il de reprendre ses recherches à la première occasion. Tel qu'il est, le fait communiqué n'en présente pas moins un très vif intérêt. G. B.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 mai 1884.— Présidence de M. M. Sée.

M. Delens se demande si dans deux des cas de *fracture du radius* rapportés par M. Bouilly à la précédente séance, le chirurgien n'a pas eu affaire à des décollements épiphysaires. Les sujets étaient jeunes et la séparation de l'épiphyse laisse un fragment diaphysaire à bord plus tranchant que celui de la fracture ordinaire.

M. Bouilly répond que grâce à la bande d'Esmarch, il a pu s'assurer qu'il s'agissait de véritables fractures et pas de décollements.

M. Després a remarqué que les malades de M. Bouilly avaient été traités par l'appareil plâtré; il n'hésite pas à mettre sur le compte de ce mauvais appareil les déformations pour lesquelles on a dû intervenir plus tard. Pour M. Després, le seul appareil qui convienne au traitement de la fracture du radius est l'appareil de Nélaton.

M. Trélat traite les fractures du radius par l'application d'une petite attelle plâtrée et s'en trouve très bien. Il pense qu'il est, dans ces fractures comme dans beaucoup d'autres, telles circonstances dans lesquelles on ne peut guérir sans difformité quelque soit la correction de l'appareil employé. M. Trélat insiste sur la distinction qu'il faut établir entre la fracture du radius chez l'enfant et la même fracture chez le vieillard; chez le premier, une grande violence est nécessaire pour la produire, d'où les écrasements et les déformations; tandis que chez le vieillard, dont l'os a une fragilité spéciale, cette fracture se fait avec une grande facilité, sans grands délabrements, sans grande difformité.

M. Bouilly trouve l'appareil plâtré excellent parce qu'il maintient solidement et permet de surveiller le membre fracturé.

M. Terrier emploie toujours l'appareil plâtré et n'a que de bons résultats. Il insiste sur la nécessité de réduire exactement la fracture, ce qui n'est pas toujours facile, de mettre la main dans une flexion légère pour redresser les fragments, et d'engager les malades à remuer les doigts de temps en temps pour éviter les raideurs.

M. Després préfère l'appareil de Nélaton, que l'on peut serrer et desserrer à volonté à l'appareil plâtré qui souvent maintient fort mal quand, par exemple, le membre gonflé au début est revenu au bout de quelques jours à ses dimensions normales.

M. Verneuil formule ainsi son opinion : réduire la fracture en un ou plusieurs temps si on ne peut y arriver du premier coup; puis la maintenir avec un appareil quelconque *qui permette la surveillance* incessante du membre malade. Les appareils à double attelle, dorsale et palmaire, qui ne permettent pas cette surveillance, ont causé de nombreux accidents, escharres, phlegmons, etc.

M. Tillaux applique l'attelle plâtrée avant la réduction; il réduit ensuite, pendant que l'appareil est encore mou, et maintient la réduction jusqu'à consolidation de l'appareil.

M. Nepveu lit un rapport sur *les fistules sterco-purulentes*, à propos d'une observation de M. Fontan (Nouvelle-Calédonie). Ces fistules diffèrent des fistules stercorales proprement dites, par l'existence d'une cavité spacieuse intermédiaire à l'orifice intestinal et à l'orifice cutané. M. Verneuil a signalé, en 1874, les conséquences physiologiques et thérapeutiques qui en découlent; il a conseillé d'ouvrir largement la cavité purulente et d'en aviver la surface du fond vers la peau afin d'obtenir la réunion primitive ou secondaire du trajet. Dans l'observation de M. Fontan ce double travail s'est produit spontanément et le malade a guéri. M. Nepveu ajoute à cette observation trois observations prises dans le service de M. Verneuil et qui sont confirmatives des faits précédents.

M. Després a eu l'occasion de revoir un de ces malades; une récidive s'était produite; la nouvelle fistule conduisait dans une vaste cavité anfractueuse occupant toute la fosse iliaque. L'état général était mauvais; M. Després ne crut pas devoir intervenir, car il considère ces fistules comme incurables lorsqu'elles ont une certaine profondeur.

M. Berger pense qu'il faut distinguer, comme l'a fait M. Nepveu, entre les fistules stercorales justiciables d'opérations, et les fistules pyo-stercorales, dans lesquelles on doit se borner à simplifier le trajet autant que possible et

© BIU Santé

à en modifier les parois par la cautérisation. Plusieurs autopsies de malades atteints de fistules de la seconde variété ont permis à M. Berger de ne garder aucun doute sur l'impossibilité d'intervenir autrement que de la façon conseillée par M. Verneuil.

M. Verneuil rappelle à la suite de quelles recherches il a été conduit à constater la structure anatomique des fistules sterco-purulentes et pourquoi il a proposé de réséquer les parties superficielles, de façon à les transformer en un véritable entonnoir au fond duquel est la fistule intestinale. En avivant le tout par cautérisation, on court la chance de provoquer un bourgeonnement qui amène quelquefois l'oblitération définitive.

M. Gillette est d'avis que l'ingénieuse opération de M. Verneuil ne peut réussir que dans des cas relativement simples.

M. Verneuil pense aussi qu'il y a des cas incurables, mais que ce n'est pas une raison pour ne pas essayer une opération inoffensive qui, alors même qu'elle ne guérit pas, améliore l'état du malade.

M. Martel présente un malade atteint d'une tumeur pulsatile de la base du cou.

M. Robin (de Lyon) présente un malade atteint de genu valgum double, qu'il se propose de traiter par l'ostéoclasie, à l'aide de son appareil. Il présentera de nouveau ce malade après guérison. P. Poirier.

Séance du 28 mai 1884. — Présidence de M. M. Sée.

Suite de la discussion sur les fistules sterco-purulentes. M. Trélat ne conteste pas que la méthode opératoire conseillée par M. Verneuil ne puisse produire d'excellents résultats, mais il ne la croit applicable qu'à certains cas particuliers, et c'est pourquoi il n'a pas lu sans étonnement au procès-verbal que cette méthode était dite « méthode de choix. »

M. Verneuil est aussi d'avis que l'expression « méthode de choix » a le tort de trop généraliser et traduit mal la pensée de son auteur qui lui avait donné le nom plus modeste de procédé.

M. Desprès présente un malade atteint de fracture du radius, traité par l'*appareil de Nélaton silicaté*; il fait remarquer que le malade, qui est au 22e jour de sa fracture, remue facilement les doigts et la main.

M. Gamgée (Birmingham) présente à la Société une nouvelle éponge chirurgicale. M. Gamgée désireux d'obtenir, à bon marché, une éponge antiseptique et douée de la faculté d'absorber, a combiné le coton hydrophile, absorbant, avec la fibre de coco, élastique. Il a ainsi construit de petites masses spongieuses qui enveloppe une couche de tarlatane et auxquelles on peut donner les dimensions exigées pour le pansement des surfaces suppurantes. Ces éponges sont préparées d'avance et il est facile de les rendre antiseptiques au moment de s'en servir, grâce à l'artifice suivant; au centre de la petite boule de coton est une mince capsule de verre contenant le liquide antiseptique, une légère pression suffit pour briser l'enveloppe, le liquide antiseptique se répand alors dans l'éponge.

M. Pozzi lit un rapport sur une proposition de M. Demons, tendant à la création d'un congrès des chirurgiens français et de langue française.

Une longue discussion s'engage à ce sujet: MM. Verneuil, Trélat, parlent pour; M. Després se déclare vivement contre.

A l'unanimité, moins la voix de M. Després, le projet d'un congrès annuel « de chirurgie française » est adopté. — La discussion sera continuée dans la prochaine séance. (Voir au Bulletin). P. Poirier.

CORRESPONDANCE

Du traitement des hernies irréductibles par l'emploi des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

Monsieur le directeur,

Je vous serais très obligé de vouloir bien insérer dans votre estimable journal les réflexions suivantes, qui m'ont été suggérées par la lecture de l'intéressant manuel que vous avez publié concurremment avec M. le Dr Bricon, sur l'*emploi des injections hypodermiques en médecine*.

Dans la nomenclature nombreuse des médecins que vous citez comme ayant eu recours à ce moyen curatif, vous avez omis de me nommer. C'est un oubli que je viens vous signaler; répondant ainsi à l'appel que vous faites, dans votre livre, à tous les praticiens, dont vous auriez ignoré les travaux, pour leur faire réparation.

Le premier travail que j'ai lu à la *Société de chirurgie* date du 14 février 1877 : il relatait trois observations de hernies irréductibles traitées avec succès par l'usage des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Une commission fut nommée qui désigna M. le Dr Ledentu comme rapporteur. Ce chirurgien distingué lut son rapport à la Société le 28 mars de la même année, en le terminant par des conclusions favorables.

La première opération que j'ai pratiquée à Saint-Mandé date du 11 juillet 1876 : elle a eu pour sujet un garçon boucher, le nommé Londiveau, âgé de 15 ans, atteint de hernie inguinale. Le nombre total des faits que j'ai observés personnellement est de 10, dont 9 avec un plein succès.

J'ai pu en recueillir plus tard 29 venant de sources différentes; en tout 38.

Un grand nombre d'entre eux ont été publiés par les journaux : on les trouvera relatés dans la *Gazette des hôpitaux*, 12 et 14 juin 1877; 25 mars, 27 mai, 23 décembre 1882; 10, 15 février, 26 avril, 10 mai, 7 juin 1883; dans l'*Avenir médical*, 6 mars 1883. On pourra consulter encore le *Mouvement médical*, le *Courrier médical*, et surtout une thèse de la Faculté de Paris du Dr Boussenot, soutenue en 1881. D'autres observations m'ont été communiquées par des confrères.

Après avoir présenté les pièces du procès, j'aborderai le côté pratique de la question. Les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, administrées pour obtenir la réduction des hernies irréductibles, ont pour effet de faire tomber le spasme des organes fibreux et musculaires qui étreignent la tumeur; d'abattre l'éréthisme nerveux ainsi que le processus inflammatoire, et de prévenir les accidents graves consécutifs, dans la plupart des cas.

On voit presque immédiatement, soit après quelques minutes, soit au bout d'une demi-heure, la tumeur s'affaisser, se ramollir; devenir presque insensible; les vomissements s'atténuer ou disparaître entièrement; le pouls reprendre ses allures normales; l'état général s'améliorer. Le malade sent des dispositions au sommeil et finit le plus ordinairement par s'endormir. Il est arrivé même, dans quelques cas, qu'à son réveil, il trouve sa hernie rentrée spontanément.

Chez les 10 malades que j'ai observés, les opérations combinées avec le taxis, excepté pour l'un d'eux, n'ont jamais duré plus d'une heure et demie, une heure, une demi-heure. Un de mes sujets, âgé de 50 ans (voir la *Gazette des hôpitaux*, 27 mai 1882) a vu sa tumeur rentrer à moitié immédiatement après la première injection de 8 milligrammes de morphine; la réduction s'opéra au bout d'une demi-heure : elle était étranglée. Il est des cas où cette réduction n'a lieu que quelques heures après les opérations; d'autres fois, le lendemain.

Dans l'administration de la morphine, lorsque les organes herniés sont trop réfractaires, on peut aller jusqu'à l'anesthésie et l'employer comme succédané du chloroforme. Je l'applique à la dose de 1/50e. La région à choisir peut varier. Je pratique l'injection à la région supéro-interne de la cuisse correspondante au côté malade. Il n'y a pas grand inconvénient à la faire au voisinage des anneaux : elle est peut-être un peu plus douloureuse dans ce dernier point. Je n'ai jamais dépassé la dose de 45 milligrammes dans la même séance : c'est une formule exceptionnelle; la dose moyenne est de 2 à 3 centigrammes. Je n'ai point eu à signaler d'accidents de quelque gravité.

En thèse générale, il faut persister dans l'administration du médicament et ne quitter le malade qu'autant qu'il est réfractaire à son application.

Doit-on l'employer indifféremment, quelle que soit la période d'ancienneté de la maladie? M. le Dr Ledentu, dans son rapport à la Société de chirurgie sur mon travail, bien qu'en conseillant l'usage, ne juge les injections utiles que pour les

© BIU Santé

cas récents de hernie. A cette époque, je n'avais que trois faits à citer et qui étaient de date récente.

Plus tard, d'après mon expérience personnelle et celle d'autres praticiens, la réduction a eu lieu chez des malades anciennement atteints. Ainsi un instituteur de Saint-Mandé, M. T..., était porteur d'une hernie irréductible depuis quinze jours, très volumineuse et qui s'étrangla le treizième jour. Grâce aux injections de morphine, elle fut réduite en une heure et demie, en les portant jusqu'à 45 milligrammes. On dut renouveler les injections quotidiennement pendant huit jours, jusqu'à deux fois dans la journée, à cause de la sortie continuelle des intestins; et chaque fois on parvenait à réduire. L'homme mourut de péritonite au bout de neuf jours. Je pourrais citer d'autres cas de hernies rentrées après plusieurs jours d'étranglement.

On a reproché encore aux injections de morphine de compter dans la catégorie des moyens ordinaires qui font perdre un temps précieux, en retardant outre mesure le moment opportun de pratiquer l'opération de la kélotomie. On ajoute que le chloroforme est préférable à la morphine, parce qu'il sert de critérium pour apprécier l'époque à laquelle on doit opérer.

Cette question est de la plus grande importance et dernièrement elle a occupé plusieurs séances de la *Société de chirurgie* dans le courant du mois d'août 1883. Il y a eu accord entre les chirurgiens pour admettre que le chloroforme seul doit être administré d'abord et que, s'il échoue, il faut opérer le plus promptement possible. En examinant plus largement ce point de vue pratique et s'abstenant de tout parti pris, on peut arriver à un moyen terme et gagner du temps avant d'en venir à l'opération qui est entourée de périls sérieux, malgré l'opinion contraire professée récemment par un certain nombre de chirurgiens distingués

En effet, consultons les faits : Vous êtes appelé auprès d'un malade atteint de hernie avec tous les symptômes de l'étranglement ; il éprouve des douleurs, des angoisses intolérables. Resterez-vous inactif? Il faut soulager le patient à tout prix ; vous avez des devoirs professionnels à remplir. Vous possédez un agent d'un usage facile, d'une action efficace et immédiate : vous faites une ou plusieurs injections de chlorhydrate de morphine ; les douleurs s'apaisent sans retard, ainsi que les vomissements ; la tumeur s'assouplit, s'affaisse ; les symptômes alarmants s'amendent sensiblement.

Opérerez-vous de suite ? Le danger immédiat est passé. Avez-vous perdu du temps ? Bien loin de là, vous en avez gagné. En persévérant dans l'emploi de la morphine, vous pourrez arriver, pour la plupart des cas, à réduire au bout d'une demi-heure, d'une heure et d'une heure et demie : exceptionnellement la rentrée s'opérera le lendemain soit spontanément, soit à l'aide d'un taxi exercé modérément et qui se fera dans les meilleures conditions, à cause de la souplesse des tissus plus maniables et moins résistants.

S'il y a urgence pour l'opération, l'emploi du narcotique a préparé les voies et apporté des chances plus favorables à sa réussite, en faisant tomber les grands accidents : la péritonite, l'inflammation, la gangrène auront été conjurées.

Je puis, sur ce dernier point, citer un exemple très concluant qu'a présenté, il y a trois mois environ, une dame de Saint-Mandé, âgée de 59 ans, atteinte de hernie crurale. Les injections de morphine pratiquées pendant 2 heures, bien qu'ayant amené la rentrée d'une grande partie de la hernie et la disparition des principaux accidents, ne purent faire obtenir la réduction complète. Le lendemain, la malade se refusant au renouvellement des injections, j'eus recours au chloroforme qui échoua, conjointement avec le docteur Foucher de Saint-Mandé. Elle fut envoyée à l'hôpital Saint-Antoine dans la même journée. On l'opéra le jour suivant, après 40 heures d'invasion des accidents, avec un plein succès ; elle occupait les salles de M. le docteur Delens. Les injections morphinées avaient contribué à ce succès, en atténuant d'une manière notable la gravité des symptômes primitifs.

Quant au parallèle à établir entre l'emploi du chloroforme et celui de la morphine, il est facile de prouver que le second moyen offre bien plus d'avantages que le premier : en effet le chloroforme est un agent médicamenteux infidèle et même souvent dangereux; certains sujets y sont réfractaires : il exige fréquemment beaucoup de temps pour agir. Ses plus chauds partisans eux-mêmes conviennent de l'inconstance de ses effets.

Ainsi, dans la séance du 1er août 1883 (Société de Chirurgie), M. le docteur Marc Sée dit que : « jusqu'à présent il n'a jamais » réduit, à l'aide du chloroforme, une hernie reconnue irré- » ductible par d'autres procédés. » M. le docteur Trélat ne cite qu'un fait de réduction avec le chloroforme et « reconnaît lui- « même que les succès de ce genre sont rares. »

Le chlorhydrate de morphine, au contraire, a réussi dans les trois quarts des cas au moins. C'est un moyen facile à se procurer; sans danger à cause de la grande tolérance de l'économie à le supporter; d'une action immédiate et dont les résultats sont toujours utiles, quoi qu'il arrive, car il calme inévitablement les grands accidents et fait tomber l'étranglement d'une manière plus ou moins complète. Il y a encore une autre indication que remplit ce médicament : il jouit d'une action prophylactique. Ainsi, quand on a affaire à une hernie qui a une tendance à se reproduire facilement, il est utile d'avoir recours aux injections, sans attendre son renouvellement ; elles le préviennent. Enfin, si l'usage de la morphine échoue, on peut, en dernière analyse, essayer le chloroforme.

Quant à l'opération de la kélotomie, je tiens ici à ce qu'il soit bien constaté que l'administration des injections morphinées n'exclut nullement l'opération ; qu'au contraire, elle ne fait que la consacrer, en lui servant de critérium, préférablement au chloroforme sur lequel on ne saurait compter. Bien loin d'empiéter sur les droits de la chirurgie, l'emploi de la morphine lui donne encore plus d'éclat, et, prépare même ses succès, soit en gagnant du temps, jusqu'à ce que l'opération soit possible, soit en améliorant l'état inflammatoire et l'éréthisme nerveux des organes herniés.

D'ailleurs, la kélotomie ne peut pas toujours être pratiquée, faute d'opérateur et surtout à la campagne ou dans bien d'autres circonstances. La question de temporisation est des plus importantes en pareille occasion : l'emploi des injections la rend toute puissante, d'autant plus qu'il évite le plus souvent l'usage du bistouri par la rentrée de la tumeur.

Comme je l'ai déjà mentionné, le nombre des hernies traitées par le chlorhydrate de morphine est de 38. Voici les résultats pratiques :

Succès complets	29 cas
Demi-succès	3 —
Insuccès	6 —
Total	38 cas

Par les mots demi-succès, j'entends les cas dans lesquels la réduction de la tumeur n'a eu lieu que le lendemain ou concurremment avec quelque autre méthode de traitement : le chloroforme excepté toutefois.

J'ai présenté, dans ce travail, l'exposé des résultats obtenus par les injections de chlorhydrate de morphine pour la réduction des hernies irréductibles. C'est une pratique comme on a pu le voir, sanctionnée par des faits nombreux, entre les mains de beaucoup de chirurgiens. Je suis loin toutefois de la préconiser en la prétendant infaillible ; mais je crois qu'elle est appelée à rendre à l'art des services, soit pour éviter une opération sanglante, soit comme palliatif puissant et comme le meilleur critérium de l'opportunité de la kélotomie.

Saint-Mandé, le 20 mai 1884

Dr Philippe.

Nous remercions M. le Dr Philippe d'avoir répondu à l'appel que nous avons adressé aux lecteurs du *Manuel des injections sous-cutanées*. Toutefois M. Philippe nous permettra de ne pas accepter le reproche qu'il nous fait de l'avoir omis dans la liste des médecins ayant employé la morphine en injections hypodermiques. C'est à dessein que, pour certaines substances, telles que l'atropine, la morphine, nous n'avons cité que quelques auteurs, généralement ceux qui furent les premiers à les employer. Nous avons même cru devoir, pour la morphine, ne pas parler de son emploi thérapeutique, n'indiquant que les auteurs des formules que nous citions. Nous ne croyons pas devoir nous départir de notre règle à l'avenir ; notre article *Morphine* est déjà relativement long ; nous nous

© BIU Santé

sommes bornés à donner les formules les plus courantes ou celles qui présentent un intérêt historique. Dans une note (page 115), nous-avons renvoyé aux traités spéciaux et nous avons rappelé qu'en 1868 la thèse de A. Denis contenait déjà un tableau de noms d'auteurs, et ce tableau, quoique incomplet, remplissait six pages in-4°. Actuellement, à moins de citer tous les médecins, on serait forcément incomplet, tant l'abus de la morphine, nous ne croyons pas trop dire, s'est généralisé. Nous ne saurions donc prendre en considération que les formules nouvelles, présentant un avantage réel sur les formules anciennes, soit par l'adjuvant, soit par le véhicule auxquels la morphine se trouverait associée. Nous n'en remercions pas moins M. Philippe de nous avoir fait sa communication que nos lecteurs liront sans nul doute avec profit.

B. et P. B.

BIBLIOGRAPHIE

Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose; par A. Ronsin, Thèse de Lille, 1883.

L'auteur soutient que l'urée et l'acide chlorhydrique sont diminués dans la tuberculose et décroissent avec les progrès de la maladie. Les phosphates normaux ou abondants au début, diminueraient à la fin. S'il survient de la fièvre, elle abaisse le chiffre des chlorures et élève momentanément celui des phosphates et de l'urée, pour les faire baisser ensuite. L'élévation soutenue du taux de l'urée, du chlore et du phosphore serait un signe certain d'amélioration ; l'abaissement du taux de ces trois substances indiquerait une aggravation de la maladie. On pourrait ainsi mesurer la *vitalité de l'organisme*. J.C.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Instruction sur les précautions à prendre contre la diphtérie.

Indications générales. — La diphtérie est une affection éminemment contagieuse. Toute relation des enfants avec les diphtéritiques doit être évitée. On ne connaît jusqu'à ce jour aucun médicament qui préserve sûrement de la diphtérie. Il est très important de surveiller attentivement le début de tout mal de gorge. Il importe, surtout en temps d'épidémie, de nourrir les enfants aussi bien que possible, et de ne pas les soumettre à l'action prolongée du froid humide.

Conduite à tenir quand un cas de diphtérie se déclare dans une famille. — 1° Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade, et surtout les enfants.

2° Les personnes qui soignent le malade éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine, et de se tenir exactement en face de sa bouche pendant les quintes de toux. Si ces personnes ont des crevasses ou de petites plaies soit aux mains, soit au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion. Elles se nourriront bien, et devront sortir plusieurs fois dans la journée au grand air. Elles prendront la précaution de se laver préalablement le visage et les mains avec de l'eau renfermant, par litre, 10 grammes d'acide borique ou 1 gramme d'acide thymique. Enfin elles éviteront de séjourner nuit et jour dans la chambre du malade.

3° A Paris, les familles qui désirent faire soigner leurs enfants à l'hôpital s'adresseront le plus tôt possible au poste central de police de leur arrondissement ou au Commissariat de police de leur quartier, et il sera mis gratuitement à leur disposition, sur le vu d'un certificat de médecin, une voiture pour le transport.

Mesures de désinfection. — 1° Les matières rendues à la suite de quintes de toux ou de vomissements seront désinfectées à l'aide d'une solution contenant, par litre d'eau, 50 gr. de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre. Les linges, vêtements, etc., souillés par le malade seront immédiatement lavés avec une de ces solutions, puis plongés dans l'eau maintenue bouillante pendant une heure au moins. Les cuillers, tasses, verres, etc., ayant servi au malade devront, aussitôt après, être plongés dans l'eau bouillante.

2° Quelle que soit l'issue de la maladie, la désinfection de la chambre est indispensable. On fera des fumigations de la manière suivante : Après avoir fermé toutes les ouvertures, on placera sur un lit de sable une terrine contenant des charbons ardents, sur lesquels on mettra une quantité de soufre concassé, proportionnelle à la capacité de la pièce (20 grammes par mètre cube). La chambre restera close pendant 24 heures, puis sera largement aérée. Les vêtements, linges, draps et couvertures ayant servi au malade seront désinfectés, avant d'être envoyés à la lessive, avec une des solutions indiquées précédemment. Les matelas seront ouverts et laissés dans la chambre, pendant la fumigation.

VARIA

La fièvre typhoïde en Suisse.

Nous avons reçu de M. le professeur Horner (de Zürich) au sujet d'une note que nous avons publiée dans le *Progrès médical* du 17 mai 1884 sur la fièvre typhoïde en Suisse, la rectification suivante, insérée dans la *Nouvelle Gazette de Zurich* du 11 mai, par le président de la Commission sanitaire, en réponse à la lettre publiée par le *Journal de Genève* :

Sur 83,000 habitants et environ 5,680 maisons, Zurich possède une longueur de 84 kilomètres de conduits souterrains en ciment, c'est-à-dire 18 lieues d'égouts. Ceux-ci sont destinés à ramasser les eaux ménagères, les eaux des cours et l'urine. 3750 terres se sont adjointes à cette canalisation. Le nombre des fosses mobiles qui sont échangées et vidées régulièrement en état fermé atteint actuellement le nombre de de 3,050. Zurich doit à cette canalisation, construite selon les principes modernes, sa mortalité relativement basse, 21 à 22 p. m. Les désinfections des fossss mobiles ont été ordonnées d'une manière très étendue en vue de l'épidémie. L'arrosage au purin dans les jardins de la ville est *défendu* par la police et ne se fait *pas du tout*. Dans les faubourgs, qui s'étendent de la ville proprement dite, plus de 2 à 3 kilomètres dans la campagne, il est permis d'arroser dans les parties agricoles, mais dans les parties plus habitées, on a fixé des heures de la nuit et même ce n'est permis qu'avec du purin désinfecté. Voilà l'état réel de Zurich.

M. Horner nous apprend que l'épidémie actuellement éteinte a été grave ; qu'elle s'est distinguée par le grand nombre de complications observées : périchondrite du larynx, pneumonies, etc. « Nous ne connaissons pas encore, ajoute-t-il, la cause, vu que nous avions en même temps très peu d'eau dans le lac, que « le Grundwasser (1) » était très bas et très constant, et que l'on exécutait des travaux au bord du lac pour la construction d'un quai. »

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Le présent questionnaire, joint à la circulaire du Conseil Général en date du 20 mai 1884, est adressé en simple exemplaire à chaque Président, et en double exemplaire à chaque Secrétaire de Société locale. Un seul exemplaire devra être renvoyé, après avoir été rempli. Un autre devra être conservé dans les Archives de la Société locale. Les Sociétés qui auraient besoin de quelques exemplaires en plus peuvent en faire la demande à M. le Dr Martineau, 24, rue Cambon, Paris.

L'espace libre laissé à la suite de chaque question a été calculé d'après la longueur probable de chaque réponse. Dans le cas où cet espace ne serait pas suffisant, on est prié de faire la réponse sur une feuille détachée, portant le nom de la Société d'où elle émane et le numéro de la question à laquelle elle se rapporte.

1re *Question.* — Existe-t-il, dans le rayon de la Société un ou plusieurs Syndicats médicaux ?

2e *Question.* — Dans l'affirmative, faire connaître le siège de chaque Syndicat et sa circonscription, et indiquer notamment s'il comprend seulement une ou plusieurs communes, ou s'il s'étend soit à tout un arrondissement, soit même à tout un département.

3e *Question.* — Indiquer, pour chaque Syndicat existant, le nombre des membres et dire combien parmi ces derniers, sont en même temps membres de l'Association générale.

4e *Question.* — Communiquer le texte imprimé des Statuts de

(1) Eau souterraine.

© BIU Santé

chacun des Syndicats existants. Si les statuts ne sont pas imprimés' prière d'en adresser une copie manuscrite.

5e *Question.* — Faire connaitre quel a été, jusqu'à la promulgation de la loi sur les Syndicats, le mode de fonctionnement des Syndicats médicaux existants, et quels ont été les résultats constatés.

6e *Question.* — Faire savoir si les Syndicats existants ont accompli les formalités prescrites par l'art. 4 de la loi pour qu'ils soient régulièrement constitués.

7e *Question.* — Dans le cas où les prescriptions de l'art. 4 auraient été remplies, faire savoir si les Syndicats ont eu occasion de faire officiellement usage des droits conférés par l'art. 6, et de quelle manière.

8e *Question.* — Faire savoir si, jusqu'à ce jour, la Société est restée étrangère aux Syndicats de sa circonscription, ou si elle a établi des rapports avec eux.

9e *Question.* — Dans ce dernier cas expliquer d'une manière précise et détaillée, quelle a été la nature de ces rapports, et quels ont été les résultats constatés.

10e *Question.* — Indiquer avec la même précision, la nature des rapports que la Société serait désireuse de voir établir, pour l'avenir, entre elle et les Syndicats de sa circonscription.

Ostéoclasie.

Le *Lyon médical* (18 mai 1884), publie (p. 95), une lettre de M. X. Delore, dans laquelle nous lisons ce passage : « En 1875, Collin ayant vu M. Tillaux échouer en se servant de ses mains sur un garçon de 16 ans, imagina le *premier ostéoclaste*. Il me le montra en 1880 en me disant qu'il lui avait servi à redresser 150 genu valgum environ ». Nous croyons utile de relever cette phrase qui semblerait donner raison aux critiques et aux protestations qui se sont déjà produites en Italie (1) à propos d'une présentation suivie de discussion faite à la Société de chirurgie (6 et 13 février 1884). Les médecins français connaissent les principaux travaux de Rizzoli (de Bologne), qui certainement était un des plus grands chirurgiens de notre époque. Tous savent que c'est à lui que l'on doit un des premiers ostéoclastes employés en Europe (Bosch, Œsterlen, Blasius, etc., l'avaient déjà précédé dans cette voie); dès 1847, Rizzoli l'employait pour « effacer une claudication, consécutive à une ancienne fracture du fémur »; plus tard il le modifia pour l'appliquer au traitement des ankyloses angulaires du genou. Ces ostéoclastes sont figurés dans la *Clinique chirurgicale* de Rizzoli (trad. Andreini, Paris, 1872, p. 102 et 115), qui se trouve entre les mains de beaucoup de médecins. L'article *Ostéoclasie* du *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre (2), rédigé par A. Hénocque, mentionne au surplus (p. 488),non seulement les ostéoclastes de Rizzoli, mais encore ceux qui lui sont antérieurs.

Nous devons toutefois ajouter que nous ignorons si Rizzoli a jamais utilisé l'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum. Il resterait du reste à discuter si l'ostéotomie ne doit pas en général être préférée à l'ostéoclasie (Billroth, Scheede, Volkmann, Nussbaum, J. Bœckel, etc.), aussi cette question de priorité ne présente-t-elle qu'un intérêt médiocre et nous n'en aurions pas parlé si M. Vincenzo lo Savio n'avait cru devoir profiter de l'occasion qui lui était offerte par la discussion soulevée à la Société de chirurgie pour publier qu'un certain nombre de traités de chirurgie français oubliaient de signaler soit l'ostéoclasie, soit l'appareil de Rizzoli. Que M. Vincenzio se rassure, l'ostéoclaste de Rizzoli est connu en France.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 5 juin. — M. Sagrandi : Contribution à l'étude de l'asthme permanent. — Mlle Coutzaride : De l'hydorrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer de l'utérus. — *Vendredi* 6. — M. Bourred : Contribution à l'étude de la syphilis hépatique. — M. Faure : De l'épithélioma du plancher de la bouche.

Enseignement médical libre.

Hôpital de la Salpétrière. — M. le Dr A. Voisin, a recommencé ses conférences sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 25 mai, à 9 heures 1/2 du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Ces conférences comprendront toute la pathologie nervoso-mentale. Présentation de malades.

Hôpital du Midi. Maladies syphilitiques. — M. Hortelour, dimanche, 8 juin, à 9 h.

(1) Dr Vincenzio lo Savio. — *Una Rivendicazione (a proposito dell' osteoclasia strumentale)*, Napoli, 1884. — Nous lisons en effet, dans la séance du 13 février, les lignes suivantes : « La seule priorité que réclame M. Collin, c'est d'avoir appliqué à la *rupture des membres déviés* un appareil particulier, tandis que jusqu'alors on avait toujours eu recours à l'ostéoclasie manuelle. » On remarquera l'ambiguité des termes de cette phrase qui permet de douter s'il s'agit de l'application de l'ostéoclasie au genu valgum ou de l'ostéoclasie en général. — (2) Voir dans le même dictionnaire les articles *Genou, Ostéotomie.*

NOUVELLES

Obsèques du Dr Blondeau.

Les obsèques civiles se feront demain, samedi, à 4 heures très précises. On se réunit à la maison mortuaire, 38, boulevard Saint-Germain.

Natalité a Paris. — Du vendredi 16 mai au jeudi 22 mai 1884, les naissances ont été au nombre de 1291, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 515; illégitimes, 160. Total, 675 — *Sexe féminin* : legitimes, 453 ; illégitimes, 163. Total, 616.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 16 mai au jeudi 22 mai 1884, les décès ont été au nombre de 1097 savoir : 623 hommes et 474 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 29, F. 20. T. 49. — Variole : M. , F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 22, F. 21, T. 43. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 11, F. 2. T. 13. —Diphthérie, Croup. M. 29, F. 19, T. 48. — Dyssenterie : M. ., F. ., T. .. — Erysipèle : M. ., F. 2, T. 2. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 35, F. 32, T. 67. — Phthisie pulmonaire : M. 141, F. 67. T. 208. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 5. T. 13. — Autres affections générales : M. 29, F. 33, T. 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 24, F. 25, T. 49. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 15. T. 32. — Pneumonie : M. 41, F. 33, T. 74. — Athrepsie : M. 31, F. 22. T. 53. — Autres maladies des divers appareils : M. 176 F. 160, T. 336. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 18 T. 43. — Causes non classées M. 3, F. 4, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 97 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 38 ; illégitimes, 19. Total : 57. — *Sexe féminin :* légitimes, 21. illégitimes, 19. Total : 40.

Faculté de médecine. — *Concours de l'Adjuvat.* — Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination dans l'ordre suivant de MM. Hallé, Clado, Hartmann et Vallin.

L'épreuve écrite comportait : Diaphragme, anatomie et physiologie ; l'épreuve orale : artère sous-clavière gauche et l'épreuve de dissection : nerf maxillaire inférieur.

Nous ferons remarquer que les élèves ont montré peu d'empressement cette année pour le concours de l'adjuvat ; ce qui pouvait tenir à la rémunération tout à fait insuffisante qui leur est allouée eu égard à la somme de travail exigé.

Association française pour l'avancement des sciences. — Nous rappelons à nos lecteurs que le prochain congrès de l'association se réunira à Blois du 4 au 11 septembre prochain. Les médecins qui auraient des communications à faire sont priés de se faire inscrire, 4, rue Antoine Dubois.

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique le 1er juin dans les bois de Clamart-Meudon. Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 11 heures, pour la station de Clamart.

Nécrologie. — La *Wiener Medizinische Presse* du 23 mars, annonce la mort de M. H. Friedberg, professeur de médecine légale à Breslau, de M. Radius, professeur d'hygiène et de pharmacologie à Leipzig, à l'âge de 87 ans, de M. Zwenger, professeur de chimie à Marbourg, à l'âge de 70 ans. Les principaux ouvrages de M. Friedberg sont : *Die angebornen Herzkrankhtn d. Mensch. u. der Blutumlauf d. Menschl. Fötus u. der Amphibien.* gr. 8, Berlin, 1842. — *Die Angebornen Krankhtn. des Herzens u. der grossen Gefässe des Menschen, nebst Untersuchgn. üb. den Blutumlauf des Menschl. Fötus.* gr. 8, Leipzig, 1844. — *Histologie des Blutes m. besond. Rücksicht auf die forensische Diagnostick.* Mit. 2 Taf. Abbildgn. gr. 8, Berlin, 1852. — *Bericht der chirurgischen u. augenärztlichen propädeutischen Klinik in Berlin f. das Wintersemester, 1852/53.* gr. 8. Berlin, 1853. — *Chirurgische Klinik Beobachtungen u. Erläuterungen in dem Gebiete der Chirurgie.* 1. Bd. Mit. 23 Taf. Abbdildgn gr. 8, Jena 1855. — *Gerichtsärzsliche u. Kritische Bemerkungen über Casper's prahtisches Handbuch der gerichtlichen Medicin.* gr. 8. Lahr, 1857. — *Pathologie u. Therapie der Muskellähmung.* Mit 4, Taf. Abbildgn in Steint. 2. Ausg. gr. 8, Leipzig (Weimar 1858), 1862. — *Die Lehre v. den venerischen Krankheiten im Alterthume u. Mittelalter.* gr. 8, Berlin, 1865. — *Die Vergiftung durch Kohlendunst.* Klinisch u. gerichtsärztliche dargestellt. gr. 8, 1866. — *Gerichtsärztliche Praxis*, 1855. — *Pathologie u. Therap. d. Muskellähmungen.* T. (II) 862. — De

© BIU Santé

M. Radius nous possédons : *Diss. de pyrola, et chimophila, Spec. I, botanicum.* Cum 5 tabl. lith et *Spec. II medicum.* 4 maj. Lipsiæ 1821, 29. — *Observationes quaedam de pulsu arteriar. valetudinis signo,* 4 maj. Lipsiæ, 1822. — *Bemerkgn. üb. Salzbrunn — u. Altvasser nebst ein Anhang üb. Charlottenbrunn.* Leipzig, 1830. — *De influentia morboanni* CIↃIↃCCCXXXIII. *Commentatio.* 4 maj. ibid. 1833. — *Auserles. Heilformeln, zum Gebr. für prakt. Aerzte u. Wundärzte. Mit Originalbeiträgen der berühmtesten klinischen Lehrer u. mit Beruchsichtg. der neuest Bereichergn. der Arzneimittelehre* herausgeg. 2. umgearb. Aufl. 16, 1836, 1840. — *Febris ex morborum numero esse eliminandas. Diss. med.* 8. Leipsia, 1843. — L'*Union médicale du Nord-Est* annonce la mort du Dr Benicy, décédé à Guignes-Rabutin (Seine-et-Marne). Selon sa volonté, son enterrement a été civil. — *L'Hôtel de Ville* du 28 mai, annonce la mort du Dr Bouvard. « Il avait été maire de Molinge, près Saint-Claude, après février 1848. Au coup d'Etat, il avait énergiquement organisé la résistance. Arrêté et emprisonné par les complices de Bonaparte, il avait plus tard, sous l'empire, repris bravement sa campagne pour la liberté et pour la république. Le 4 Septembre le replaça à la mairie de Molinges. Depuis 1875, il avait été élu deux fois délégué sénatorial de sa commune. » — M. Bouisson vient de mourir à Montpellier. Né le 14 juin 1813, il avait fait ses études à Montpellier où il passa sa thèse en 1835. Il fut nommé professeur de physiologie à Strasbourg en 1837. En 1840, il retournait à Montpellier où il fut professeur de clinique chirurgicale, puis de médecine opératoire. Il fut doyen de la Faculté de médecine de 1867-1879. Il fit partie de l'Assemblée de Versailles où il vota toujours avec la droite. Nous rappelerons en passant qu'il combattit à l'Assemblée l'établissement d'une Faculté de médecine à Lyon et demanda la création d'une Faculté dans l'Ouest. M. Bouisson a publié un certain nombre de mémoires et d'ouvrages, pour la plupart déjà oubliés. — *De la bile, de ses variétés physiologiques,* etc. ; Montpellier, 1843, in-8. — *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique,* etc. Paris, 1850. — *Des vices de conformation de l'anus et du rectum,* 1851 ; Thèse d'agrégation de la Faculté de Paris. — *Tribut à la chirurgie,* etc., Montpellier, 1857-1861, 2 vol. — *Les statues de Lapeyronie et de Barthez à Montpellier,* 1865, etc., etc. De 1840 à 1848, M. Bouisson a été un des principaux rédacteurs du *Journal de la Société de médecine* de Montpellier.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE **ST-ALBAN** (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

INSTITUT THERMO-RÉSINEUX

du Dr CHEVANDIER de la Drôme, 14, rue des Petits-Hôtels, Paris (lanterne bleue).
RHUMATISMES, GOUTTE, NÉVRALGIES, SCIATIQUE, ARTHRITES, CATARRHES chroniques de la poitrine et de la vessie, etc., traités avec le plus constant succès.
Succursale à VICHY, boulevard des Célestins. — Directeur : Dr DE LA SALZÈDE.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

Gros : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—Détail : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles. Lymphatisme. Maladies de la peau et des « Voies respiratoires, Asthme. Diabète, Fièvres intermittentes.

VALS

Eaux Minérales naturelles. Sources dont l'usage est admis dans les Hôpitaux civils de France.

PRESCRIPTIONS MÉDICALES :

SAINT-JEAN. Affections des voies digestives, pesanteur d'estomac.
PRÉCIEUSE. Appareil biliaire, calculs hépatiques, jaunisse, gastralgies.
RIGOLETTE. Appauvrissement du sang, pâles couleurs, débilité.
DÉSIRÉE. Constipation, incontinence d'urine, calculs, coliques néphrétiques.
MAGDELEINE. Maladies du foie, des reins, de la gravelle et du diabète.
DOMINIQUE. Souveraine contre les maladies de la peau, asthme, catarrhe pulmonaire, chlorose, anémie, débilité.

Détail : dans tous les Dépôts d'eaux minérales et les Pharmacies, au prix de 80 c. la bouteille. Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — Dose, une bouteille par jour.

Le commerce doit adresser ses demandes à
LA SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, A VALS (ARDÈCHE)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou. **Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct,** mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent **thérapeutique** ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses **préparations** de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, **M. J. BAIN a** démontré la supériorité de ses produits à base **de Coca. L'Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, **préparés** avec des feuilles parfaitement authentiques et de **premier choix**, provenant des plantations de M. Bolivian, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produis représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique,* en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées.* **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature.*—**Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 2. — Pas d'actes.

Mardi 3. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Farabeuf, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Sappey, G. Sée, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Robin, Laboulbène, Richelot. — 2e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Cornil, Peyrot — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Raymond. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Panas, Peter, Charpentier ; — 2e *Série* : MM. Pajot, Ball, Humbert.

Mercredi 4. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Tillaux, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Hayem, Remy ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Guyon, Kirmisson. — 2e *de Doctorat*. 2e *Série* : MM. Potain, Rendu, Reclus. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Trélat, Fournier, Landouzy. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnauld, Damaschino, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Hanriot, Blanchard.

Jeudi 5. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Cornil, Richelot. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Hardy, Ball, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Panas, Bouchard, Troisier. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Laboulbène, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Proust, Hanot.

Vendredi 6. — 2e *de Doctorat* (N. R. Epreuve pratique) : MM. Béclard, Trélat, Reclus. — 1re *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Vulpian, Fournier, Segond ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Tillaux, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* : MM. Guyon, Damaschino, Straus. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Remy. — 4e *de Doctorat*. (N. R.) : MM. Hayem, Rendu, Pouchet.

Samedi 7. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique. N. R.) : MM. Sappey, Le Fort, Farabeuf. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Laboulbène, Cornil, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Brouardel, Bouchard, Bouilly. — 2e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Peter, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Ball, Campenon. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Pajot, Proust, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Panas, Charpentier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J. B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Fontaine-Atgier. — Le mobilier scolaire dans ses rapports à l'hygiène de l'œil myope et en particulier. La table-chaise hygiénique à trois inclinaisons fixées automatiquement. Brochure in-8 de 20 pages, avec figures.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Lanessan (J.-L. de). — Flore de Paris (*phanérogames et cryptogames*), contenant la description de toutes les espèces utiles ou nuisibles, avec l'indication de leurs propriétés médicales, industrielles et économiques et des tableaux dichotomiques très détaillés permettant d'arriver facilement à la détermination des familles, des tribus, des genres et des espèces de toutes les phanérogames et cryptogames de la région parisienne ; augmentée d'un tableau donnant les synonymes latins ; les noms vulgaires, l'époque de floraison, l'habitat et les localités de toutes les espèces, d'un vocabulaire des termes. 1 vol. in-18 jésus de 950 pages avec 702 figures dans le texte. — Prix : broché, 8 fr. ; cartonné diamant, 9 fr.

Librairie OLLIER-HENRY, 13, rue de l'Ecole de-Médecine.

Trousseau (A.). — Manuel de thérapeutique oculaire usuelle à l'usage des médecins praticiens. Br. in-8° de 54 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie ASSELIN, place de l'Ecole-de-Médecine.

De Beurmans. — Etudes sur les causes et sur les symptômes du scorbut des prisonniers. Broch. in-8° de 72 pages.

Librairie G. MASSON, 120, boulev. S.-Germain.

Gouguenheim (A.). — Des indications de la trachéotomie. Br. in-8 de 5 pages.

Gouguenheim et Leval-Picquechef. — Etude anatomique et pathologique des ganglions péri-trachéo laryngiens. Broch. in-8 de 13 pages, avec figures.

Servajan. — De l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales de Saint-Alban. Broch. in-8 de 39 pages

---

Laissus (C.). — Les eaux minérales de Salins.-Moutiers (Savoie). Broch. in-8 de 46 pages. — Moutiers, 1881. — Librairie F. Duclos.

Felix (J.). — J. Bougard sa vie et ses œuvres. Broch. in-8 de 16 pages. — Bruxelles, 1881. — Impr. Brogniez et Vande Weghe.

Cantarano (G.). — Iniezioni ipodermiche di ioduro di potassio. Broch. in-8 de 6 pages. — Napoli, 1883. — Tipografia Trani.

Ragazzi (C.). — Recherches anatomiques sur le goitre. Br. in-8 de 73 pages et une planche hors texte.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*

En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. (*Voir nos Mémoires sur la Glycérine.*)

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA OU QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Phthisie — Anémie — Convalescence

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet ELIXIR sont : la viande, l'alcool et les écorces d'oranges amères. Il est d'une excellente conservation et son goût agréable le fait accepter des malades qui ont le plus de répugnance pour les aliments. — Paris, 20, pl. des Vosges et toutes Pharmacies.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

Trajet direct de Paris a Plombières en 8 heures

EAU EN BOISSON. - BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les Eaux de Plombières sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.

Les Bains Concentrés sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — Adresser les demandes directement a la C*ie de Plombières ou au Dépôt Principal, Maison ADAM, 31, Boulevard des Italiens, a Paris.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées

délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :

Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

DRAGÉES MEYNET D'EXTRAIT NATUREL DE FOIE DE MORUE

Pharmacie : 31, rue d'Amsterdam.

Louise Lateau ou la Stigmatisée belge Nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée, par Bourneville. In-8° de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer, 2 fr. 50, — pour nos abonnés, 1 fr. 50.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 23 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 7 JUIN 1884.

Le Progrès Médical

MÉDECINE LÉGALE

De la viabilité du nouveau-né. — A propos de l'hydrocéphalie anencéphalique ;

Par G. RIVET, interne des hôpitaux (1).

La question de la viabilité est parfois difficile à établir, tellement difficile, que les auteurs qui s'en sont occupés, jurisconsultes ou médecins, n'ont pas cru devoir la trancher avec précision et ont dans chaque cas particulier laissé aux gens compétents le soin de décider en dernier ressort. De ce qu'un nouveau-né a vécu pendant un certain temps il ne s'ensuit pas qu'on doive nécessairement le considérer comme ayant été viable.

Chaussier, sentant tout ce que cette indécision a de déplorable, avait en 1826 tenté de faire adopter la proposition suivante : « Est déclaré et reconnu viable, apte à jouir des privilèges de la société, l'enfant dont la tête est bien conformée, qui au plus tôt trente-six heures après la naissance est présenté vivant et vigoureux à l'officier de l'état-civil qui l'inscrit aussitôt sur ses registres avec les prénoms qu'on lui donne et les qualités des parents et des personnes qui le lui présentent. » Cette proposition, quelque admissible qu'elle paraisse, ne peut que servir de guide au médecin légiste sans cependant avoir force de loi ; elle ne semble pas devoir être adoptée.

Il faut reconnaître, en effet, que dans certains cas elle peut se trouver en contradiction avec les faits. Je ne sais s'il existe dans la science un grand nombre d'exemples bien avérés de malformations congénitales, incompatibles avec l'existence et qui ont cependant permis la vie au delà des limites proposées par Chaussier, mais je serais tenté de le croire, si j'en juge par certain fait qu'il m'a été donné d'observer et si j'en rapproche certains autres qu'on trouve dans les auteurs, au sujet d'un vice de conformation qui paraît entre tous incompatible avec l'existence. Je veux parler de l'anencéphalie.

L'anencéphalie, c'est-à-dire l'absence plus ou moins complète d'encéphale, a toujours en effet été placée au premier rang des causes de non viabilité, et cependant il semble que dans quelques cas les sujets atteints de ce vice ont pu vivre au delà du terme proposé par Chaussier.

Nous insisterons à ce propos sur une variété d'anencéphalie tout particulièrement intéressante au point de vue qui nous occupe : l'anencéphalie s'accompagnant d'hydrocéphalie, ou, si on veut, l'hydrocéphalie anencéphalique. Dans ce cas, en effet, l'absence de déformation crânienne est la règle. Rien ne vient en apparence attirer l'attention du côté des centres nerveux. L'erreur est donc alors des plus faciles et tout porte à conclure prématurément à la viabilité du nouveau-né, alors qu'en réalité la vie lui sera absolument impossible. Nous en avons recherché des exemples dans les auteurs, et nous sommes arrivé à en trouver quelques-uns qui montrent combien est délicate toute appréciation en cette difficile question de la viabilité. Nous trouvons dans le *Traité de médecine* légale d'Orfila (1) le passage suivant :

> Les anencéphales ne peuvent être déclarés viables ; toutefois, ils peuvent vivre pendant quelque temps ; on en a vu qui n'ont péri que vingt jours après la naissance, parce que le bulbe supérieur du prolongement rachidien d'où naissent les nerfs qui se distribuent aux appareils digestifs et respiratoires n'était pas détruit chez eux.

Devergie, en 1835, dit également en parlant des anencéphales :

> « Les monstres ne vivent guère au delà de deux jours ; souvent même ils meurent au bout de 3 ou 4 heures, on a vu pourtant des anencéphales vivre 20 jours, cela dépend du degré d'imperfection des bulbes rachidiens (2).

Sans vouloir porter atteinte à des autorités telles que celles d'Orfila ou de Devergie, il sera permis, je pense, de suspecter les faits dans lesquels « on » a vu des anencéphales vivre 20 jours. Nous avons cherché à retrouver les observations indiquées par ce « on » et nous ne les avons rencontrées nulle part. Nous sommes donc amené à penser que ce fait, si différent de tous ceux qui ont été observés avec soin, a été avancé bien plutôt sur la foi d'une tradition que sous le contrôle d'une vérification scientifique. Tout autre est le fait observé par Orfila et relaté dans le traité de Briand et Chaudé.

> Chez un fœtus anencéphale, rien n'annonçait ce vice de conformation ; il respirait assez librement, mais ses mouvements étaient faibles, sa chaleur très basse, son cri peu soutenu. Il vécut trois jours et à l'autopsie on a trouvé la cavité crânienne très bien conformée ; les méninges étaient intactes, mais au lieu du cerveau, elles ne contenaient que des rudiments baignés par un fluide jaune et transparent, qui tenait les membranes distendues.

Ce fait, par sa précision, est des plus probants, nous n'hésitons pas à lui accorder la créance que nous refusions à ceux que nous avions cités tout à l'heure. Briand et Chaudé font à ce sujet les observations suivantes : Si on n'avait pas ouvert le crâne, l'anencéphalie n'eût pas été constatée, le fœtus eût été réputé viable et bien conformé, et comme il y avait une flegmasie très intense du gros intestin on eût attribué la mort survenue au bout de 3 jours à cette inflammation intestinale. Cet exemple prouve avec quelle attention on doit procéder à l'examen des fœtus, en constater l'état de l'appareil cérébro-spinal, avant de prononcer sur leur viabilité.

A côté de ce fait nous en placerons un certain nombre d'autres dans lesquels le nouveau-né a donné pendant un certain temps des signes de vie d'une importance variable. En 1850, le professeur Stoltz (3) a eu à observer un fœtus atteint d'hydrocéphalie anencéphalique en

(1) Ce travail avait été écrit par notre notre pauvre interne et ami Rivet, peu de temps avant sa mort. En le publiant aujourd'hui nous croyons faire une chose utile en même temps que nous remplissons un pieux devoir. P. Budin.

(1) Orfila. — *Traité de médecine légale*, T. I, p. 378, 1823.
(2) Devergie, t. II, p. 40, 1836, 2e édition.
(3) Stoltz.—*Gazette médicale de Strasbourg*, 20 septembre 1851

© BIU Santé

même temps de spina-bifida. Pendant un quart-d'heure ce fœtus a respiré, puis a succombé. L'observation ne porte pas qu'il ait accompli de fonction vitale autre que la respiration.

Plus concluante est l'observation recueillie et publiée en 1875 par M. Budin (1). Il s'agit d'un fœtus également hydrocéphale et anencéphalique. Ce fœtus a pu respirer et pousser des cris. Mis au sein, il n'a pu arriver à produire des mouvements de succion, mais on est parvenu à lui faire prendre un peu de lait à la cuiller et à lui faire exécuter quelques mouvements de déglutition. Il n'a succombé qu'au bout de 48 heures. M. Tarnier (2), en 1879, a pu observer un enfant atteint d'hydrocéphalie anencéphalique, qui a vécu pendant 14 heures.

A ces faits, nous en ajouterons un qu'il nous a été donné d'observer à la Charité, dans le service de M. Budin.

T..., âgée de 28 ans, domestique, bien constituée, a toujours été bien réglée. Elle a eu antérieurement une grossesse suivie d'un accouchement à terme. Elle est accouchée alors d'une fille qui, placée en nourrice, est morte 2 mois après sa naissance de convulsions. Elle avait eu pour la dernière fois ses règles en août 1882. Sa grossesse à partir de ce moment, a évolué normalement sans accidents particuliers. Elle entre à l'hôpital de la Charité le 13 mai 1883 à 5 heures et demie du soir, souffrant depuis le matin.

Au moment où on l'examine, on trouve la poche des eaux rompue, on constate une présentation du sommet en O. I. G. A. Peu de temps après son entrée, vers 6 heures, la dilatation est complète, et le fœtus est expulsé avec la plus grande facilité une-demi-heure après, vers 6 heures et demie.

A 6 h. 55, le placenta est extrait du vagin. Il pèse 500 grammes, et a 37 centimètres de circonférence. Le cordon mesure 58 centimètres de longueur. Les membranes sont entières et présentent une poche amnio-choriale qui persiste après l'expulsion du délivre.

Le fœtus du sexe masculin pèse 2,980 grammes et offre toutes les apparences d'une bonne constitution. Cette expression est celle qui a été employée d'une façon fort impartiale dans le bulletin rédigé au moment de l'accouchement. Sa longueur totale est de 47 centimètres. Les principaux diamètres de la tête, mesurés au moment de la naissance, donnent les dimensions suivantes :

Diamètre occipito-frontal	11 5.
— occipito-mentonnier. . .	15
— bi-pariétal.	9
— s.-occipito-bregmatique.	9 5.

Le volume de la tête semble donc normal. Les fontanelles et les sutures, bien qu'un peu élargies, ne présentent pas de dimensions suffisantes pour provoquer aucun soupçon. L'enfant, au moment de la naissance, respire régulièrement, crie, s'agite et rien n'attire l'attention.

Dans le cours de la journée du 14, il rend du méconium. Mis au sein, il n'exerce aucun mouvement de succion, mais en lui donnant du lait à la cuiller, on parvient à lui faire exécuter quelques mouvements de déglutition. Dans la soirée du même jour, on remarque que ses extrémités qui avaient jusque-là présenté une coloration normale, sont légèrement cyanosées.

Le lendemain matin, vers 5 heures, la malade qui le tenait couché près d'elle dans son lit remarqua qu'il respirait plus péniblement. Observé à ce moment, l'enfant présente en effet des mouvements respiratoires lents et pénibles. Quelques instants après, la respiration s'arrête complètement et il succombe.

(1) Budin. — *Bull. Société anatomique*, 9 avril 1875. Observation reproduite par Poullet, avec figure. Thèse d'agrégation, Paris, 1880. p. 37.

(2) Tarnier. — *Hydrocéphalie anencéphalique*, in Thèse de Poullet, p. 41.

Ce fait de voir mourir d'une façon en quelque sorte imprévue un enfant dont rien autre chose qu'un léger degré de cyanose n'avait fait prévoir la débilité et de le voir succomber pour ainsi dire dans le lit de sa mère, alors que celle-ci avait paru à son égard extrêmement parcimonieuse de sentiments affectueux, fit supposer par quelques personnes de l'entourage que la mère n'avait peut-être pas été sans influence sur la mort de son enfant. Ce soupçon, bien que légitimé par certaines apparences, ne pouvait pas être transformé en certitude. Le chef de service insista sur la nécessité de pratiquer l'autopsie. — L'examen nécroscopique vint démontrer que contrairement aux prévisions, il n'y avait pas besoin d'une intervention active pour expliquer une mort qui trouvait une raison plus que suffisante dans les malformations observées.

L'ouverture de la *cavité abdominale* ne montra rien d'anormal du côté des organes qui y étaient contenus. Le foie, les reins, l'intestin n'offraient rien de particulier.

En ouvrant la *cavité thoracique*, on trouva les poumons parfaitement constitués. Le cœur normalement conformé, quant aux cavités et aux orifices, présentait une persistance du trou de Botal.

Il n'en fut pas de même à l'ouverture de la *cavité crânienne* sur laquelle rien extérieurement n'attirait l'attention. Les premières incisions pratiquées au niveau de la suture sagittale et intéressant à la fois le cuir chevelu et les méninges laissèrent échapper un flot de liquide de coloration jaunâtre. En écartant les deux pariétaux, on fut frappé de trouver la cavité crânienne absolument vide.

Les *méninges* étaient normales ; mais à la place des deux hémisphères cérébraux, il n'existait de chaque côté de la faux du cerveau que deux petits moignons de substance nerveuse de la grosseur d'une noix. Le *cervelet* et le *bulbe* semblaient normaux.

Nous rappellerons en particulier les trois points suivants :

1° Nous avons eu à faire à un défaut de développement du cerveau, à un cas d'anencéphalie qui présentait ce fait intéressant de n'être pas appréciable, la substance cérébrale étant remplacée dans la cavité crânienne par du liquide qui lui laissait, ainsi que l'ont parfaitement établi les dimensions prises, son volume normal.

2° Cette anencéphalie n'a pas été incompatible avec la vie pendant un intervalle de temps qui a été de 36 heures. Pendant ce temps, l'enfant a respiré, crié, s'est agité. Il y a eu évacuation de méconium. Enfin, s'il n'a pas exercé de mouvements de succion on a pu, en lui introduisant dans la bouche un peu de lait à l'aide d'une cuiller, provoquer chez lui des mouvements de déglutition.

On le voit donc, en dehors d'une certaine débilité constitutionnelle et d'une légère cyanose des extrémités constatée 12 heures seulement environ avant la mort, rien n'aurait pu faire pressentir la non-viabilité du nouveau-né.

3° Enfin, on voit qu'en l'absence d'autopsie, on aurait pu dans une certaine mesure (et on a eu quelque tendance à le faire) attribuer à l'incurie de la mère une mort si parfaitement imputable à la lésion encéphalique.

En ce qui concerne le deuxième point, c'est-à-dire la survie de l'enfant pendant 36 heures, nous ferons remarquer qu'il n'y a rien là qui puisse étonner, quand on pense au rôle relativement secondaire que joue à cet âge la partie supérieure des centres nerveux. Nous nous rappelons, en effet, un cas fort intéressant rapporté par M. Budin à la Société de biologie le 25 mai 1883. Il s'agissait d'un fœtus chez lequel avait été pratiquée la craniotomie et la céphalotripsie. Pendant l'opération, alors que le perforateur promené dans toute la cavité crânienne avait, ainsi que l'examen anatomique ulté-

© BIU Santé

rieur le prouva, dilacéré la substance cérébrale et la partie supérieure du bulbe, les mouvements du cœur continuaient à se faire entendre et ce n'est que lorsque les deux branches du céphalotribe furent presque amenées au contact qu'on cessa de les percevoir.

Sans établir de relation entre la persistance pure et simple des mouvements cardiaques et l'accomplissement des différents phénomènes qui constituent la vie, il est bien permis de faire remarquer qu'une destruction presque complète de l'encéphale n'étant pas incompatible avec le fonctionnement du cœur du fœtus, il n'y a rien d'étonnant à ce que les fonctions de la vie chez le nouveau-né puissent s'établir avec un encéphale absolument rudimentaire.

Quoi qu'il en soit, pour en revenir à la question de la la viabilité, nous terminerons par les considérations suivantes :

Dans notre cas, la vie ne s'est pas prolongée au delà de 36 heures et par conséquent la règle proposée par Chaussier ne serait pas en défaut. Mais dans le cas de M. Budin l'enfant a vécu 48 heures; dans celui d'Orfila la durée a été de 3 jours.

Ces différents faits prouvent donc surabondamment que la règle en question n'est pas universellement acceptable et que, par conséquent, elle ne saurait être admise. Il en résulte qu'on a sagement agi en ne cherchant pas à déterminer d'une façon précise les limites de la viabilité : c'est le médecin, éclairé par les données anatomo-pathologiques, qui devra conclure dans chaque cas particulier. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité de pratiquer l'autopsie dans tous les cas douteux.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

M. CH. MONOD, suppléant.

Le cancer du testicule chez les enfants (1).

Messieurs,

J'ai hâte, après ces généralités, d'en venir au sujet qui nous a fourni le prétexte de cet entretien, au cancer du testicule chez les enfants, sur lequel je puis vous donner quelques renseignements plus précis. Ce n'est pas que sur cette variété, pas plus que sur le cancer des enfants en général, les documents abondent. En dehors des observations isolées, disséminées dans divers recueils, il n'a été publié que de rares études d'ensemble sur la question. La première en date est une leçon de Guersant brièvement analysée dans le *Bulletin de thérapeutique* (1865); immédiatement à côté je placerai celle de Giraldès insérée dans ses *Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants*; tout récemment, enfin, le Dr Poinsot (de Bordeaux), à propos d'un fait observé par lui, s'est livré à des recherches personnelles qui sont consignées dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (1878).

Je mentionne encore les quelques lignes consacrées à ce sujet par Curling, par Bryant, par Holmes, par Kocher, l'article, plus étendu mais tout à fait insuffisant, récemment publié par Bokaï dans le *Traité des maladies des enfants*, de Gerhardt, et les remarques dont quelques auteurs ont fait suivre le recit de leurs observations.

(1) Voir le n° 22.

En parcourant ces divers documents, vous serez frappés de leur pauvreté relative. Ils établissent assurément l'existence moins rare qu'on ne le croirait au premier abord du cancer du testicule chez les enfants; mais vous n'y trouverez ni sur l'évolution de la maladie, ni sur la nature anatomique du mal, ni sur les conséquences qu'il entraine aucune donnée précise. Chaque auteur ne disposant que d'un petit nombre de faits ne pouvait présenter sur le sujet, bien restreint d'ailleurs, une bonne étude d'ensemble.

J'ai cherché à éviter cet écueil en réunissant et en comparant entre elles le plus grand nombre possible d'observations pour vous en apporter ici la substance. En ne tenant compte que de celles dont j'ai pu lire le texte original ou une analyse suffisamment étendue, je suis arrivé à une somme de 27 faits, dont je n'écarte qu'un seul, parce qu'il fut établi par l'examen microscopique qu'il s'agissait d'un myome de testicule (1).

Ce n'est pas sans peine et sans d'assez longues recherches que je suis parvenu à ce chiffre. En effet, si l'on a pu parler de la fréquence relative du cancer du testicule chez les enfants, cela signifie simplement que, parmi les divers organes ou régions de corps qui peuvent être atteints, le testicule est loin d'occuper le dernier rang. En fait, et d'une façon absolue, le cancer de la glande séminale chez l'enfant est d'une extrême rareté. Le total que je vous donnai, il y a un instant, représente, à peu de chose près, celui de tous les faits publiés depuis 1816 (2).

Vous m'accorderez que le nombre n'en est pas considérable, surtout si vous tenez compte de cette circonstance, qu'en raison de leur singularité même presque aucun n'est tombé en oubli.

Interrogez du reste à ce sujet les chirurgiens des hôpitaux d'enfants, ou les livres qu'ils ont publiés, et vous verrez combien peu chacun d'eux ont observé de cas de ce genre. Je me suis livré à cette petite enquête et en voici le résultat. A Paris, M. Marjolin m'a répondu que dans sa longue pratique il n'a jamais rencontré de cancer du testicule chez l'enfant; M. Lannelongue n'en a encore vu et opéré qu'un seul; M. de Saint-Germain, un à deux. Giraldès ne rapporte qu'une seule observation personnelle dans la leçon que j'ai déjà mentionnée. Les deux cas cités par M. Bouchut ne lui appartiennent pas en propre, l'un est emprunté à Hutchinson, l'autre à Amussat. En Angleterre, Bryant, dans ses leçons sur les maladies des enfants, dit avoir observé un cas qu'il rapporte. Holmes, qui aurait dû être plus favorisé, puisqu'il fut pendant longtemps chirurgien de l'hôpital des enfants malades à Londres, ne paraît pas en avoir vu un seul; les deux faits qu'il cite dans son livre ont été simplement présentés par lui au nom de leurs auteurs (Faithorn et Athol Johnson), à la *Pathological Society* de Londres. En Allemagne, Bokaï, Kocher ne citent non plus aucun fait personnel. Seul Guersant, beaucoup mieux partagé, en aurait vu, nous dit-il, dans la leçon dont je vous parlais tout à l'heure, au moins six cas. Ces observations

(1) J'avais pensé en rédigeant cette leçon à y joindre, néanmoins en tableaux, toutes les observations connues. Mais je dois attendre pour cette publication les renseignements qui ne me sont point encore parvenus, sur l'état définitif de quelques-uns des opérés. Dès aujourd'hui je tiens à remercier mes excellents confrères Bablon, Carrive, Desprès, Gauthey, Lannelongue, Marjolin, de Saint-Germain et Tachard de l'obligeance avec laquelle ils ont répondu aux questions que je leur ai posées.

(2) Je mets à part deux faits (Blizard et Colson) cités par Curling et Giraldès sans indication bibliographique, dont je n'ai pu retrouver la trace; ainsi que ceux qui ont été cités de mémoire par Guersant (au nombre de 6), par Després, et par quelques autres, et qui pourraient cependant figurer dans ce total.

© BIU Santé

n'ont malheureusement pas été publiées et ne pourront être utilisées par nous. Je tiendrai compte cependant des conclusions tirées par Guersant de son expérience personnelle.

Je n'ai pas besoin d'insister davantage pour vous démontrer que le cancer du testicule chez l'enfant est peu fréquent. C'est le premier point que je désirais établir devant vous.

Le second concerne le très jeune âge des sujets atteints. Dans plus de la moitié des faits, c'est au cours de la première année, et souvent dans les six premiers mois de la vie, que le mal a débuté. Parfois même il paraît remonter à la naissance. De 1 à 2 ans, les cas sont encore relativement nombreux ; de 3 à 4 ans, ils deviennent très rares ; à partir de cet âge, ils sont absolument exceptionnels. Je n'en ai trouvé qu'un seul où l'enfant avait plus de cinq ans, lorsque l'on s'aperçut de l'augmentation du volume de la glande (Spence). Vous lirez des observations où les petits opérés sont âgés de 5, 6 et 7 ans ; mais toujours, lorsqu'on interroge les parents, on apprend que le début de l'affection remonte à la première enfance. Je me demande même si dans l'observation de Spence, la tumeur n'est pas restée longtemps inaperçue, jusqu'au jour où elle a atteint des dimensions telles, qu'il fallut bien recourir au médecin. L'enfant avait 6 ans lorsqu'il fut opéré, les parents affirmaient que le mal ne datait que de six mois.

Il est permis de se demander, en présence de ces faits, si l'affection ne serait pas dans certains cas d'origine congénitale, et ne pourrait être rattachée à quelque vice de développement de la glande séminale. Je ne crois pas qu'il faille s'arrêter à cette hypothèse qui ne repose sur aucune donnée anatomique précise. Je pense qu'il faut bien plutôt s'en prendre, pour expliquer ce travail néoplasique, à la suractivité organique des tissus chez les enfants, d'autant plus considérable que le sujet est plus jeune. On se souviendra d'ailleurs qu'il s'agit d'un organe dont l'évolution n'est complète qu'à la naissance, et qui peut être considéré comme n'atteignant son développement parfait qu'à la puberté.

Ceci nous conduit à rechercher quelle influence l'hérédité peut avoir sur la production de ces néoplasies. Elle paraît être nulle ou de peu d'importance. La question a préoccupé plusieurs observateurs. Mais à l'exception d'un seul, aucun ne semble avoir trouvé dans les ascendants du petit malade trace d'une affection diathésique semblable. Peut-être cependant l'investigation n'a-t-elle pas été toujours poussée assez loin, ce n'est pas seulement l'état de santé des parents de l'enfant qui devra être consigné dans les observations, mais celui des grands parents et des collatéraux directs. Je sais combien cette enquête, difficile à l'hôpital, est délicate en ville ; elle est cependant nécessaire si l'on veut arriver à des conclusions certaines. Je vous disais tout à l'heure que dans un seul cas l'influence héréditaire parut pouvoir être mise en cause. Il a été publié par Hutchinson dans les *Transactions* de la Société pathologique de Londres. Deux tantes paternelles du petit malade avaient succombé à un cancer du sein.

Je vous ai déjà, à propos de notre malade, parlé du rôle que l'on a voulu faire jouer au traumatisme dans le développement de la maladie. Je vous ai fait remarquer qu'il pouvait tout au plus agir comme cause déterminante. Il me semble que ce que je viens de vous dire de l'âge auquel le cancer du testicule apparait, confirme cette manière de voir. Il est difficile d'admettre l'action de violences extérieures, à l'époque où l'enfant est le plus entouré de soins, dans les six ou douze premiers mois de la vie. On comprend mieux qu'elles puissent intervenir plus tard, mais seulement pour activer la progression d'un mal qui jusque-là était plus ou moins latent.

Nous verrons, en effet, dans un instant, que c'est ainsi que les choses paraissent souvent se passer. La tuméfaction du testicule a été constatée dans la toute première enfance, mais ce n'est que dans la 2e, 3e et 4e année, quelquefois plus tard encore, qu'elle en vient au point d'attirer sérieusement l'attention des parents. Je vous rappelle qu'une augmentation même légère du volume de la glande la rend plus accessible aux coups et froissements auxquels elle peut être exposée. — Ce n'est que dans ces limites, je le répète, qu'il peut à mes yeux être question de l'influence du traumatisme sur le développement du cancer du testicule.

Ces quelques points d'étiologie établis, j'en viens aux signes auxquels vous reconnaîtrez la maladie. Vous serez frappés de voir, en parcourant les observations, combien le tableau clinique est uniforme ; c'est presque toujours dans des termes à peu près identiques que l'histoire de chacun des malades est rapportée.

Un jeune garçon vous est présenté ; il a toutes les apparences de la santé la plus parfaite, mais il porte aux bourses une tumeur qui inquiète à vrai dire les parents plus qu'elle ne tourmente l'enfant. Elle est, en effet, et a toujours été indolente, mais elle grossit. Souvent son existence a été constatée depuis longtemps déjà, depuis des mois, quelquefois des années. On affirme même qu'à la naissance on croit avoir remarqué que l'un des testicules était plus volumineux que l'autre. Ce qui est certain, du moins, c'est qu'à dater d'une époque relativement récente, son volume a sensiblement augmenté.

Le petit malade est examiné et l'on trouve, à gauche ou à droite (1), une tuméfaction régulière, ayant habituellement la forme et le volume d'un œuf de poule ; rénitente, plutôt molle que dure, donnant au doigt une sensation de fluctuation qui ne paraît pas douteuse, mais absolument opaque à la lumière transmise, lourde et retombant pesamment sur le lit quand on l'a soulevée. Elle n'est pas sensible à la pression. Sa surface est ordinairement égale, parfois on y découvre quelques bosselures.

Elle paraît siéger dans la glande elle-même ou du moins on peut affirmer qu'elle n'occupe pas exclusivement l'épididyme ; celui-ci, lorsqu'il peut être distingué, ne se reconnaît qu'à une inégalité peu manifeste qui occupe le bord supérieur et postérieur de la tumeur et à laquelle fait suite le canal déférent et les éléments du cordon.

Celui-ci a toujours paru sain ; il en est de même, dans la majorité des cas, des ganglions lombaires et inguinaux. La peau est aussi le plus souvent intacte, non adhérente, parfois très distendue et rougeâtre, parcourue par des veines dilatées.

Toujours aussi on retrouve, à la lecture des observations, les mêmes embarras et les mêmes incertitudes de diagnostic. On ne peut tout d'abord s'arrêter à l'idée de tumeur maligne, tant le fait semblerait étrange chez un enfant et avec des apparences extérieures aussi bonnes. Tout au plus, si la pensée d'une tumeur vient à l'esprit, consent-on, comme Giraldès, à parler de tumeur kystique. Le plus souvent, on songe à une hématocèle. D'ailleurs, un coup a été reçu, ou assurément quelque

(1) Un peu plus souvent à gauche qu'à droite. Une seule fois (Adelmann), la tumeur était bilatérale.

© BIU Santé

froissement subi, et l'on sait si dans l'entourage du malade le moindre traumatisme n'est pas mis complaisamment en relief.

Bref le diagnostic reste hésitant. Une ponction exploratrice lèvera tous les doutes, elle est sans danger. Elle est faite soit immédiatement, soit au moment de procéder à une opération plus radicale. Elle donne toujours le même résultat, du sang s'écoule, mais par gouttes et de belle couleur ; ce n'est pas un liquide qui a longtemps séjourné dans une poche. Au reste, on perçoit manifestement que l'extrémité de l'instrument n'est pas libre dans sa cavité, mais est pris dans une masse plus ou moins résistante. Le diagnostic n'est dès lors plus douteux.

Ces incertitudes et ces hésitations sont-elles bien justifiées ? Je ne le pense pas. Elles l'étaient sans doute alors que l'on considérait le cancer du testicule, chez l'enfant, comme absolument exceptionnel, et qu'on connaissait mal les signes et les allures du mal ; elles ne le seraient plus aujourd'hui que la lumière est faite sur son histoire.

Parmi les tumeurs des bourses, une seule est fréquente dans l'enfance, c'est l'hydrocèle. Ai-je besoin de vous dire que la fluctuation et surtout la transparence si facile à constater à cet âge, au besoin même une ponction exploratrice, empêcheront une erreur, qui du reste n'a jamais été faite.

Je n'insiste pas sur la confusion possible avec l'hématocèle. L'opacité de la tumeur, sa mollesse dans certains cas, le souvenir d'un traumatisme plus ou mois avéré, ont fait que beaucoup d'observateurs y ont songé, oubliant que l'hématocèle vaginale n'existe pour ainsi dire pas dans l'enfance (je n'en connais aucun exemple) et que l'hématocèle parenchymateuse, exclusivement limitée à la glande, est plus rare encore à tout âge.

Le testicule tuberculeux se voit chez les enfants, mais il se présente d'ordinaire avec la même physionomie que chez l'adulte, atteignant de préférence l'épididyme et procédant par poussées, qui aboutissent à la formation d'abcès et de fistules. Cependant dans un cas, celui de Prestat (1), et dans un autre publié par Bryant, précisément à cause de cette circonstance, le corps du testicule était malade. Ces faits sortent absolument de l'ordinaire.

On a signalé aussi quelques exemples de testicule syphilitique dans le jeune âge. C'est tantôt une orchite scléreuse donnant lieu à un gonflement qui pourrait en imposer pour une tumeur de la glande, tantôt des nodosités disséminées dans le parenchyme (Holmes). Le premier cas peut seul prêter à confusion, d'autant que l'affection peut être congénitale ou se développer dans les premiers mois de la vie. Dans le doute, la marche lente et plus ou moins stationnaire du mal, le fait que la tuméfaction peut être bilatérale (Wilks) (2), et enfin l'influence favorable du traitement mercuriel permettront ordinairement la distinction.

En somme, une tumeur solide des bourses, siégeant manifestement dans le testicule, ne s'accompagnant pas d'épanchement vaginal, se développant dans la première enfance, progressant avec rapidité, ne peut guère être autre chose qu'un néoplasme de la glande séminale. Nous verrons tout à l'heure si l'on ne peut pas serrer le diagnostic de plus près et distinguer entre elles certaines variétés anatomiques, que l'examen des pièces a permis de reconnaître.

Cet essai de diagnostic différentiel ne serait pas complet si je ne vous signalais la seule affection qui, dans certains cas, se présente avec tous les caractères que nous avons assignés à un cancer de testicule. Je veux parler de l'inclusion scrotale. Dans le fait si bien étudié par M. le professeur Verneuil, celui qui fut le point de départ de son important mémoire sur l'inclusion scrotale et testiculaire, l'enfant, qui avait deux ans à l'époque où il fut opéré, portait depuis la naissance une tumeur du scrotum qui n'avait cessé de s'accroître ; elle était grosse comme un petit œuf de poule, lisse, ovale, régulière, assez pesante ; elle n'offrait ni fluctuation manifeste, ni transparence ; elle ne présentait ni bosselures, ni inégalités de consistance ; on ne percevait sur aucun point de sa circonférence rien qui rappelât l'épididyme ou le testicule ; les téguments, le cordon, les ganglions lombaires étaient sains ; l'état général excellent ; il n'y avait ni gêne ni douleur.

Vous reconnaissez dans ce tableau, presque trait pour trait, celui que je vous ai tracé du cancer du testicule. Par un point, cependant, les deux affections diffèrent : une ponction exploratrice faite dans la tumeur incluse donna issue à un liquide transparent et limpide ; l'instrument avait pénétré dans une cavité kystique. Jamais rien de pareil ne s'est vu dans nos observations de cancer ; toujours la ponction exploratrice n'amène au dehors que quelques gouttes de sang.

J'insiste sur ce fait, car dans presque tous les cas d'inclusion scrotale, la tumeur offre sur quelques points une fluctuation manifeste qui fait presque toujours défaut dans le cancer ; si bien que c'est avec un hydrocèle simple que l'inclusion pourrait plutôt être confondue (Verneuil). D'autres fois, au contraire, ce sont, avant la ponction ou après évacuation du liquide, les inégalités de la tumeur ou bien encore des points d'une extrême dureté, correspondant à des masses osseuses contenues, qui attireront l'attention. Le cancer du testicule, chez l'enfant du moins, n'a jamais cet aspect.

J'ajoute enfin que l'inclusion scrotale se présentera rarement à vous comme maladie de la première enfance. Je veux dire que si la tumeur est, il est vrai, d'origine congénitale et date par conséquent de la naissance, elle reste souvent pendant longtemps inaperçue ; pendant une longue période d'inobservation, elle progresse lentement et elle ne vous sera souvent signalée que dans la seconde enfance ou même dans l'adolescence.

Il est bien remarquable, du reste, que si l'inclusion scrotale est difficile à reconnaître, à tel point que l'on compte les cas où un diagnostic précis a pu être porté, il ne paraît pas que jamais, chez l'enfant du moins, elle ait été confondue avec le cancer du testicule. Dans un

(1) L'observation de M. Prestat a été donnée par Giraldès, et à sa suite par tous ceux qui ont recopié ses indications sans les contrôler, comme un exemple de cancer de testicule. Si l'on consulte cependant le *Bulletin de la Société de Chirurgie* (1867, p. 462) où le fait est rapporté, on voit que l'auteur faisait de la tumeur qu'il avait enlevée, et dans laquelle on trouva à la coupe deux ou trois tubercules gros comme des pois et encore consistants, un *sarcocèle tuberculeux*. Je dois reconnaître cependant que la marche du mal été celle du cancer du testicule chez l'enfant. Le diagnostic de M. Prestat parut du reste douteux à plusieurs membres de la *Société de la Chirurgie*, qui réclamèrent un examen histologique, non pratiqué, que je sache.

Dans le cas de Bryant (*Transact. of the pathological Society of London*, 1858-59, t. X, p. 191), le doute n'était pas possible ; un trajet fistuleux conduisait dans un abcès occupant le corps de la glande ; l'épididyme était du reste en même temps malade.

(2) Tuméfaction des deux testicules chez un enfant de 5 mois présentant les accidents ordinaires de la syphilis congénitale, disparaissant au bout de 3 mois, à la suite de frictions mercurielles (Wilks. *Transactions of the pathological Society of London*, 1865, t. XVI, p. 189.)

© BIU Santé

seul cas, celui d'Athol Johnson où il s'agissait d'une maladie kystique du testicule, l'erreur pouvait être commise ; la tumeur contenait, en effet, des parties fluctuantes, donnant du liquide à la ponction ; elle offrait de plus à la partie postérieure un épaississement d'une consistance osseuse, qui ajoutait encore aux difficultés du diagnostic. Ce fait est absolument exceptionnel et peut être tenu en dehors de la discussion. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie ;

Par BOURNEVILLE et LEFLAIVE (1).

AUTOPSIE *le 25 août* 1883. — Les viscères (*poumons*, *cœur* (38 gr.), *foie* (280 gr.), *rate* (10 gr.), *estomac*, *intestins*, *reins* (40 gr. chacun), *vessie*) n'offrent rien à signaler si ce n'est le peu de coloration du myocarde et de la substance corticale des reins.

Tête. On enlève la calotte crânienne de façon à ce que le trait de scie s'approche le plus près possible du plan de la base du crâne. — Le *liquide céphalo-rachidien*, qui a été presque en totalité recueilli, pèse 1.650 grammes. — L'*Encéphale* pèse 860 gr.

La *base du crâne* est remarquablement aplatie ; les fosses occipitales sont assez profondes et paraissent symétriques ; mais les fosses sphénoïdales, quoique bien marquées, sont moins profondes qu'à l'état normal et leurs bords sont arrondis et mousses ; les apophyses clinoïdes n'existent pas ; la *fosse pituitaire* est absolument aplatie ; les *fosses sus-orbitaires* sont effacées, et en avant d'elles les *os frontaux* ne se sont pas soudés sur la ligne médiane.

La *calotte crânienne* représente environ les 4/5 d'une sphère irrégulière. Les *bosses frontales* et *pariétales* sont peu accusées ; au sommet de la tête, sur la ligne médiane, se trouve une saillie arrondie. — La *fontanelle antérieure* a la forme d'un Y : la branche inférieure, représentée par la suture médio-frontale, est large de 3 ou 4 centimètres ; la branche droite ne se prolonge qu'à 4 centimètres de la ligne médiane et les deux bords qui la limitent se rencontrent en formant un angle d'environ 40° ; la branche gauche est analogue à la droite, mais les os qui la limitent se prolongent par une suture non ossifiée, limitée en dehors par le frontal et le pariétal, en dedans par un os surnuméraire que nous décrirons plus loin. Cette suture, que l'on pourrait regarder comme la partie droite de la suture sagittale, était facilement appréciable pendant la vie ; maintenant les os chevauchent les uns sur les autres à ce niveau et l'effacent. Cependant, en tendant la membrane suturale, on peut écarter les deux os de près d'un centimètre. Cette branche va rejoindre la fontanelle postérieure ; son bord externe est formé par le frontal pour les 2/3 antérieurs et par le pariétal pour le 1/3 postérieur.

La *fontanelle postérieure* a la forme d'un triangle isocèle dont la base est tournée en haut et dont le sommet tronqué aboutit à l'angle supérieur de l'occipital. La base, longue de 9 centimètres, est formée par l'os surnuméraire, inter-fronto-pariétal ; les autres côtés, assez irréguliers, formés par les pariétaux, ont environ 14 centimètres. L'angle inférieur est occupé par trois *os wormiens* ayant chacun un peu plus d'un centimètre carré de superficie, et quoique indépendants, placés en contact les uns des autres et des os voisins. L'angle supérieur droit se prolonge avec la partie droite de la suture sagittale comme nous l'avons déjà indiqué ; l'angle gauche se prolonge avec une suture membraneuse analogue mais très peu large, longue de cinq centimètres et allant jusqu'à la réunion des os frontal et pariétal.

En outre des trois os wormiens que nous venons de signaler, il en existe deux autres, allongés dans le sens antéro-postérieur et occupant la ligne médiane de l'aire de la fontanelle postérieure. Le plus élevé est blanchâtre, d'aspect cartilagineux ; il a un cent. et demi de long sur un cent. de large. Immédiatement au-dessous se trouve le second, qui a 5 cent. de long sur 3 de large et qui présente les apparences d'une ossification plus avancée. Enfin, au-dessous de l'angle supérieur droit se trouve un triangle d'apparence cartilagineuse, de deux centimètres de long, dépendant du pariétal, mais dont la mobilité montre la réunion incomplète.

Les *sutures fronto-pariétales* ne sont pas ossifiées, mais à ce niveau les os sont contigus. A leur jonction avec les sutures qui représentent la sagittale dédoublée se voit une petite fontanelle. La *suture lambdoïde* est normale : en quelques points on remarque une disposition manifeste à la formation de dentelures. Quant aux *sutures squameuses*, on n'en découvre pas de traces ; le temporal semble faire corps avec le pariétal sans aucune délimitation.

L'*épaisseur des os du crâne* est très faible ; ils sont presque partout translucides, laissant voir çà et là des points opaques ; cette opacité est surtout marquée au niveau de l'os fronto-pariétal où la voûte crânienne paraît avoir son maximum de solidité. — Les os ont une certaine *élasticité* que l'on constate aisément aux points où le trait de scie a divisé le temporal.

Le *frontal*, comme nous l'avons déjà indiqué, est double ; il n'offre rien de bien particulier à signaler, sinon que son angle supérieur, déjeté latéralement, s'insinue entre l'os surnuméraire et le pariétal et qu'il est relativement aigu. — Les *pariétaux*, unis à la portion écailleuse du temporal font partie de la moitié postérieure du crâne ; ils sont larges et minces, et ont environ 15 centimètres de dimensions antéro-postérieures. Leur bord antérieur est en rapport avec le frontal, le postérieur avec l'occipital ; l'inférieur n'existe pas, puisqu'il est soudé au temporal ; le supérieur est arrondi, convexe ; son quart antérieur est en rapport avec l'os surnuméraire que nous appelons inter-fronto-pariétal, ses 3/4 postérieurs forment les côtés de la fontanelle postérieure. - L'écaille de l'*occipital* paraît peu développée relativement au reste de la voûte crânienne ; elle est d'aspect normal sauf un point membraneux qui a persisté de chaque côté, à 4 centimètres de la ligne médiane, au niveau des fosses cérébelleuses.

Il ne nous reste plus à décrire que l'*os surnuméraire inter-fronto-pariétal*. Il occupe exactement le sommet du crâne ; il est à peu près régulièrement circulaire, et son centre est très saillant ; nous avons déjà signalé son épaisseur relativement considérable. Son diamètre est de plus de 15 centimètres si l'on suit sa courbure, et à peine de 13 centimètres si on ne la suit pas. Le centre en est nettement osseux ; la périphérie a un aspect blanchâtre qui rappelle le cartilage. Libre en avant et en arrière où il limite les fontanelles, il l'est encore du côté droit ; à gauche, il est libre dans le tiers postérieur (au niveau du pariétal), mais non dans les 2/3 antérieurs où il est presque complètement uni au frontal dont il semble une dépendance.

En examinant la boîte crânienne par sa face interne, on voit la *dure-mère* peu épaisse, très transparente, laissant apercevoir l'arbre artériel de la méningée moyenne. — La *faux du cerveau* est très peu développée, surtout dans sa moitié antérieure où elle n'a pas plus d'un centimètre de hauteur ; en arrière, au niveau de l'angle supérieur de l'occipital, elle se bifurque pour se continuer avec la tente du cervelet qui forme une sorte de cul-de-sac médian assez aigu, dont le sommet se dirige en haut et s'élève à 5 centimètres au-dessus du plan des parties latérales. — La *faux du cervelet* n'est pas appréciable.

Une *veine* du volume d'une plume de corbeau provenant de la surface de l'hémisphère cérébral gauche et aboutissant au *sinus latéral* du même côté *est oblitérée par une thrombose* ainsi que ce *sinus*. (*Fig.* 37, *v*, *v*).

De chaque côté de la *faux du cerveau* se trouve une membrane qui cloisonne la cavité crânienne de la même façon que cette faux. Ces membranes s'écartent de la ligne médiane au niveau de la partie supérieure de la fontanelle antérieure et viennent se réunir à la tente du cervelet à 4

(1) Voir le n° 17.

© BIU Santé

ou 5 centimètres de la bifurcation de la faux du cerveau. La *poche* qu'elles circonscrivaient atteint 8 à 10 centimètres de large à droite, et seulement 6 à 7 à gauche. Ces membranes sont minces, transparentes, peu résistantes ; à leur voisinage, la dure-mère paraît saine, non épaissie. Elles paraissent formées par le feuillet arachnoïdien viscéral qui, accolé au feuillet pariétal, s'en détacherait un peu plus loin. Ce qui paraît confirmer cette apparence, c'est que : 1° en certains points il est facile de séparer cette membrane de la dure-mère qui semble alors se dédoubler ; 2° tandis que tout le reste de la membrane qui tapisse la cavité crânienne est lisse, unie, sans prolongement de tissu conjonctif, comme la dure-mère normale, au niveau de la poche ainsi circonscrite, cette membrane présente quelques prolongements de tissu conjonctif et forme quelques aréoles analogues à celles du tissu cellulaire insufflé ; 3° cette poche a été trouvée pleine d'un liquide séreux, en tout analogue au liquide céphalo-rachidien avec lequel il paraissait communiquer ; nous devons dire toutefois que, au palper, cette collection donnait la sensation d'un kyste.

En enlevant à la fois la calotte crânienne que nous venons de décrire et le cerveau, on trouve ce dernier nageant dans le *liquide céphalo-rachidien*. En avant, l'extrémité antérieure vient presque au contact des os frontaux ; en arrière, l'extrémité occipitale est assez éloignée de la paroi crânienne. En introduisant la main entre le crâne et le cerveau on constate que celui-ci est comme refoulé en bas et en arrière par une sorte de kyste (la poche décrite ci-dessus) dont on déchire les parois qui s'implantent sur la dure-mère. En palpant la surface du cerveau on la sent se déprimer comme une paroi kystique peu tendue ; on obtient la sensation que l'on aurait en déprimant légèrement la paroi d'un petit ballon de caoutchouc crevé.

Cerveau. — Le cerveau, par suite de la distension de ses parois par le liquide céphalo-rachidien, a une surface très grande ; il est tellement dilaté et ses parois sont tellement amincies que lorsqu'on veut le transvaser du crâne dans une cuvette pour l'examiner, il se rompt dans toute la longueur du corps calleux, quelles que soient les précautions que l'on ait prises dans cette opération. Le cerveau se présente alors sous l'aspect d'une vaste poche formée par la dilatation extrême des ventricules latéraux, et largement ouverte en haut sur la ligne médiane. Cette poche a environ 15 centimètres de longueur ; les parois en sont formées par l'écorce cérébrale très amincie.

On ne retrouve comme vestiges du *corps calleux* que de petits ponts purement membraneux, en avant et à la partie moyenne ; tout à fait en arrière, il a 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Il est également à peu près impossible de retrouver le *trigone* ; le *ventricule moyen* un peu dilaté s'ouvre dans les ventricules latéraux et semble ne former avec eux qu'une seule cavité. — Le *septum lucidum* est cependant bien reconnaissable. Détaché de son insertion supérieure par l'ouverture accidentelle du cerveau, il a la forme d'un triangle allongé à base postérieure, effilé en avant ; il s'étend depuis la partie antérieure des ventricules latéraux jusqu'à la partie antérieure du ventricule moyen, mince et très transparent en avant, il est plus épais en arrière. (*Fig.* 00, ct).

Les *circonvolutions cérébrales* des faces interne et externe sont très multipliées, aplaties, déformées à un tel point qu'elles sont méconnaissables et qu'on ne peut leur appliquer la nomenclature ordinaire. Cependant, il est aisé de voir que la *scissure de Sylvius* naît plus près de l'extrémité postérieure qu'à l'état normal et qu'au lieu de se diriger en arrière et en haut, elle se porte en avant et en haut. Les deux lèvres de la scissure, aussi bien à droite qu'à gauche, sont accolées. (*Fig.* 36 et 37, $\frac{S}{S}$).

A la *base du cerveau* la région de l'hexagone de Willis se trouve à peu près à l'union du 1/3 postérieur de l'encéphale (cervelet compris) avec les 2/3 antérieurs. Ces 2/3 antérieurs sont constitués par l'accollement des deux lobes frontaux qui viennent au contact l'un de l'autre sur une longueur de 11 centimètres et sur une hauteur de plus de 2 cent. En un mot, il semble que la substance des hémisphères ait été, comme le cerveau tout entier refoulée en bas et en avant. Au niveau de l'hexagone, nous devons signaler : 1° la minceur extrême de l'espace interpédonculaire au niveau duquel le sommet du ventricule moyen est réduit à une simple toile membraneuse et transparente ; — 2° l'amincissement et l'élargissement des bandelettes optiques ; — 3° l'absence apparente des tubercules mamillaires ; — 4° l'aplatissement des pédoncules cérébraux qui sont, d'ailleurs, symétriques. — Quant aux *nerfs* et aux *artères* de la base, ils ne nous ont paru présenter rien de particulier.

A la partie postérieure du bord supérieur de l'hémisphère cérébral gauche, dans la région qui correspond au lobe carré, la *substance cérébrale est indurée* et forme un noyau volumineux au niveau duquel les circonvolutions paraissent plus larges que dans le reste du cerveau. La *pie-mère*, par transparence, montre là un *foyer hémorrhagique*, avec du sang coagulé au centre, se continuant à la périphérie par une dégradation insensible (*Fig.* 37, FH). L'ensemble du foyer a 8 cent. de long et envahit les deux faces (interne et externe). En pratiquant, en ce point, une section, on trouve qu'elle a à peu près la consistance du tissu hépatique. Toute l'épaisseur de l'écorce cérébrale est envahie par du sang plutôt infiltré que collecté en foyer. Cependant, à un centimètre environ de la surface, on voit une strie sanguine plus foncée indiquant une sorte de *foyer en nappe*. Une veine du calibre d'une petite plume est obturée par un *caillot*. Elle part de la partie inférieure et antérieure de la face interne du côté gauche ; elle se dirige le long de cette face en passant au milieu de la surface du foyer ; elle gagne ainsi la partie postérieure du bord supérieur du cerveau, s'incline en bas et va se jeter dans le sinus latéral gauche ainsi que nous l'avons vu à la description du crâne. Les veines afférentes au niveau du foyer hémorrhagique sont également thrombosées. (*Fig.* 37, *vv*).

Le *cervelet* pèse 00 gr. ; ses hémisphères sont égaux. — La *protubérance* est bombée, assez dure ; sa moitié droite est un peu moins haute que la gauche. — Les parties qui constituent le *bulbe* sont presque tout à fait confondues ; les *pyramides antérieures* ont une apparence rubanée ; — les *olives*, assez grosses, se confondent avec le reste du bulbe. — Le collet du bulbe, plus accusé que d'habitude, semble étrangler la *moelle* qui est peu volumineuse.

Au niveau de la partie antérieure de la face supérieure du cervelet, il y a des adhérences entre la surface de ce dernier et la toile membraneuse, vestige du corps calleux.

La *pie-mère* paraît s'enlever partout avec facilité ; elle a été laissée en place pour augmenter la résistance de l'écorce cérébrale, et à cause des particularités qu'elle présentait au niveau du corps calleux.

Après cet examen très difficile, ainsi que c'est la règle en pareil cas, l'encéphale a été mis dans l'alcool. Le durcissement s'est opéré assez imparfaitement, aussi le dernier examen, dont nous allons indiquer les résultats, a-t-il été lui-même très laborieux. La décortication de la *pie-mère*, même après cette macération, se fait difficilement, en raison de la ténuité de cette membrane. Il s'ensuit que, par places, on entraîne des lambeaux assez larges de la substance cérébrale.

La face orbitaire des deux *lobes frontaux* est confondue avec la face convexe et, comme nous le dirons tout à l'heure, la face interne est extrêmement réduite.

Hémisphère gauche. Face inférieure. — Toutes les circonvolutions du lobe frontal (*fig.* 36, $\frac{1}{2}$L F.) se dirigent d'avant en arrière vers la lèvre antérieure de la scissure de Sylvius, S S, au niveau de laquelle elles s'enfoncent verticalement. Toutes ces circonvolutions sont assez sinueuses et ont des bords un peu rectangulaires ; elles présentent quelques plis de passage. A son origine, la scissure de Sylvius est séparée de la scissure inter-hémisphérique par un intervalle de trois centimètres, de telle sorte que le lobe frontal est en forme de pointe arrondie.

En arrière de la scissure de Sylvius, entre elle et le bord externe de l'hémisphère cérébelleux, existent six circon-

© BIU Santé

volutions qui convergent toutes vers la lèvre postérieure de la scissure de Sylvius et qui forment deux groupes (L M, L P). Un sillon assez profond, *s s*, sépare les deux groupes, tandis que les circonvolutions qui constituent chaque groupe sont superficiels.

Hémisphère droit. Face inférieure. — Elle offre la même disposition que la face correspondante de l'hémisphère gauche, ainsi qu'on peut aisément s'en rendre compte en comparant les deux moitiés de la *fig.* 36. Toutefois nous devons faire remarquer que, tandis qu'à gauche le groupe L P est plus petit que le groupe L M, on observe, à droite, une disposition inverse.

Des deux côtés, le *lobule de l'insula*, L I, est aplati, très irrégulier. Des deux côtés aussi, les circonvolutions sont tassées, accolées; les sillons ressemblent par conséquent à des lignes ; sauf sur les lobes frontaux où un certain nombre de sillons sont sinueux, la plupart des autres sont rectilignes. Lorsqu'on les écarte, on s'aperçoit qu'ils sont assez profonds. Malgré un séjour prolongé dans l'alcool, les circonvolutions ont conservé une très grande mollesse,

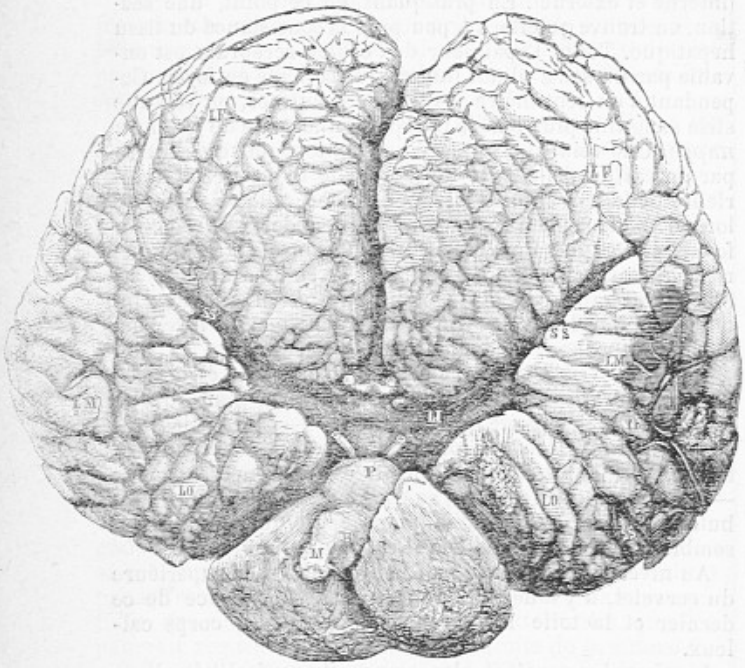


Fig. 36. — L F, lobe frontal. — L M, lobe moyen. — L O, lobe occipital. — S S scissure de Sylvius. — L I, lobule de l'insula. — P, protubérance. — B, bulbe. — M, moelle. — *s s*, scissure qui sépare L M de L O. — *f h*, indique le foyer hémorrhagique placé en dehors.

la plus légère pression suffit pour entraîner la couche superficielle. Ce défaut de consistance établit un contraste frappant avec les lobules de l'insula (L I) qui sont résistants et surtout avec la *protubérance* et le *bulbe* qui sont très durs.

Nous allons décrire maintenant la *face convexe* que nous n'avons pu faire dessiner, et nous commencerons par l'*hémisphère droit*, où l'on observe les particularités les plus intéressantes.

Hémisphère droit. — Les circonvolutions qui répondent au lobe frontal se dirigent horizontalement (l'une d'elles est assez volumineuse et assez épaisse) ; — celles qui répondent au lobe moyen (L M) se dirigent, les antérieures, obliquement en avant, les postérieures verticalement; les premières sont très amincies, presque réduites à l'état de membrane semi-transparente ; les secondes sont relativement assez épaisses. — Enfin, les circonvolutions qui répondent au lobe postérieur de la face inférieure (L P) se dirigent, les plus antérieures verticalement, les postérieures obliquement d'avant en arrière.

Il ressort de cette description que les circonvolutions de la face convexe se développent en forme d'éventail, dont la scissure de Sylvius formerait le manche. — Les *circonvolutions* sont assez sinueuses, mais très élargies et les sillons, au lieu d'être réduits, comme à la base, à de simples lignes, sont, au contraire, très agrandis surtout dans la partie moyenne des deux tiers antérieurs de la face convexe ; en arrière, les sillons sont peu larges, mais profonds. Enfin, le long des deux tiers antérieurs du bord supérieur de l'hémisphère, les sillons sont si effacés et les circonvolutions si aplaties, que cette région de la face convexe est presque unie.

Hémisphère gauche. — D'une façon générale, les circonvolutions ont la même disposition en éventail ; mais elles sont beaucoup moins élargies et ont conservé une épaisseur que l'on peut évaluer à deux ou trois fois celle des circonvolutions correspondantes de l'hémisphère droit.

Nous arrivons maintenant à la description de la *face interne*.

Hémisphère droit. — On voit d'abord une circonvolution

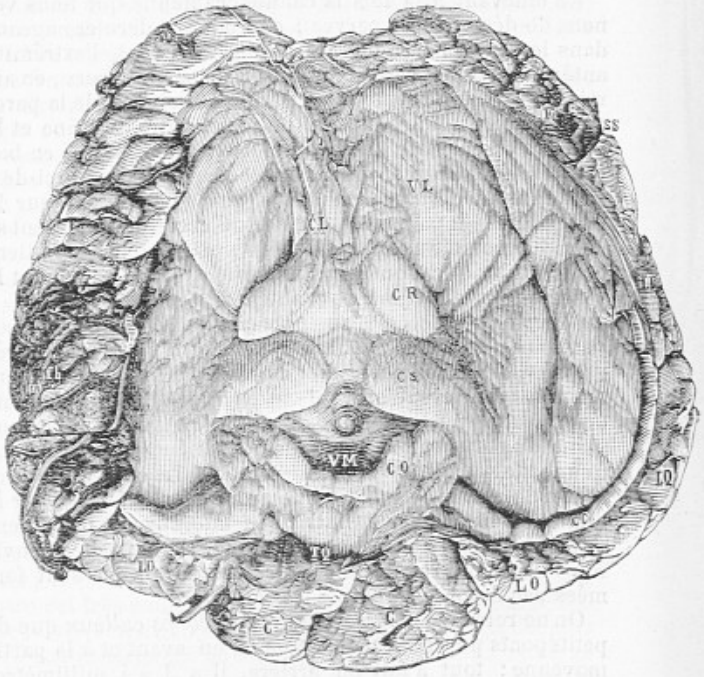


Fig. 37. — V L, ventricule latéral. — C L, cloison transparente. — C R, circonvolution retournée. — C S, corps strié. — C O, couche optique. — V M, ventricule moyen. — T Q, tubercules quadrijumeaux. — C, cervelet. — F, première circonvolution frontale. — *s s*, scissure. — L P, lobe paracentral. — L Q, lobe carré. — C C, corps calleux. — L O, lobe occipital. — *f h*, foyer hémorrhagique.

(Cette figure et la précédente sont de demi grandeur naturelle).

large, amincie, divisée en trois parties par deux larges sillons et qui paraît répondre à la fois à la première circonvolution frontale et à la circonvolution du corps calleux (*fig.* 37, F.). — Nous n'avons pas trouvé d'indice du *sillon calloso marginal*, à moins que l'on ne regarde comme tel, le second sillon vertical (*fig.* 30, *s s.*); dans cette hypothèse, la seconde partie de la circonvolution que nous venons de décrire correspondrait à la circonvolution du corps calleux.

En arrière existe une circonvolution allongée, aplatie, sans sillon, qui est peut-être le *lobe paracentral* (*fig.* 37, L P). Viennent ensuite des circonvolutions moins unies, plus bombées et un peu plus épaisses et sillonnées (L Q) qui semblent répondre au lobe *carré* et au *coin*. — Quant au *lobe occipital* (L O), il est assez épais et paraît faire suite à la région L P de la face inférieure. — La hauteur de la face interne varie entre un et deux centimètres.

Hémisphère gauche. — Les circonvolutions de la face interne sont ici notablement plus épaisses et plus sinueuses. Il est possible d'y distinguer la première frontale et la cir-

© BIU Santé

convolution du corps calleux dont la direction est modifiée (*fig.* 37). Les circonvolutions de la région moyenne sont encore plus épaisses ; c'est là que siège le *foyer hémorrhagique* (*f h*) dont il a été question plus haut et que l'on voit sillonné par la *veine thrombosée* (*v.v.*).

La pie-mère est restée adhérente. A l'état frais, il a été impossible de la détacher et, après macération dans l'alcool, lorsque nous avons essayé de nouveau de l'enlever, malgré les précautions les plus minutieuses, nous avons entraîné un fragment de l'hémisphère (5 à 6 centimètres de long sur 2 à 3 de haut). — La face interne mesure en avant deux centimètres ; à la partie moyenne, trois centimètres et tout à fait en arrière près de deux centimètres.

Voici quelques mensurations qui montrent encore mieux le degré de distension subie par les hémisphères :

Epaisseur.	*A droite.*	*A gauche.*
Au niveau de la corne frontale des ventricules latéraux . .	11 mm.	16 mm.
— de la partie moyenne . .	2 —	24 —
— de l'extrémité occipitale des ventricules latéraux	16 —	20 —

Nous avons dit que lors de l'extraction de l'encéphale de la boîte crânienne, le corps calleux s'était rompu, mettant à découvert les ventricules latéraux : la *figure* 37 représente le cerveau dans cette situation.

Nous n'avons pas à revenir sur le *corps calleux* (C C.) ni sur la *cloison* (C L.).

La *paroi ventriculaire*, d'un côté comme de l'autre, est uniformément blanche, présente des sillons superficiels sur la paroi inférieure et des plis assez rapprochés sur la région convexe et supérieure. On trouve : 1° sur la ligne médiane la *cloison* (C L.), puis une dépression infundibuliforme (*ventricule moyen*, V M.) ; 2° de chaque côté de la ligne médiane, trois saillies : *a*) la plus antérieure, la plus volumineuse semble correspondre à la partie antérieure du lobule de l'insula, faisant hernie (C R.) ; — *b*) la seconde saillie nous paraît être le *corps strié* (C S.) ; — *c*) la troisième, rendue moins nette par des débris des plexus choroïdes, est formée par la couche optique (C O.).

Quant à la cavité V M., elle est limitée en avant par la cloison, C L, sur les côtés par les corps opto-striés C S, C O.

En arrière de cette cavité on distingue, un peu confusément sur la figure, les *tubercules quadrijumeaux*, T Q, qui sont élargis et en partie confondus.

La *colonne vertébrale* qui n'a pu être conservée ne paraissait présenter rien d'anormal. — Les os des membres, du thorax, etc., ne portaient aucune marque de *rachitisme* ; toutefois nous devons mentionner l'existence, le long du quart inférieur du bord externe du cubitus droit, d'une *exostose* d'un centimètre de hauteur, sur cinq millimètres de largeur et deux d'épaisseur. (*A suivre*).

EXCURSION BOTANIQUE DANS LES VALLÉES DE LA LOIRE ET DU CHER. — M. BUREAU, professeur, fera une excursion botanique, du 8 au 11 juin 1884, dans les vallées de la Loire et du Cher. Dimanche 8. — Départ de Paris (Gare d'Orléans), à 9 h. 10 du matin ; arrivée à Blois à 1 heure. Visite au Musée d'histoire naturelle. Lundi 9. — Herborisation aux rochers Saint-Victor et dans la vallée de la Loire. Coucher à Romorantin. Mardi 10. Herborisation à Saint-Aignan, dans les bois de Belleroche. Mercredi 11. — Herborisation à travers la Sologne jusqu'à Salbris, où l'on prendra à 7 h, 33 m. le train arrivant à Paris à minuit 56.

Pour profiter de la réduction de prix demandée à la Compagnie des chemins de fer de Paris à Orléans, on devra se faire inscrire et verser le prix de la place (15 fr. 90 aller et retour) aux galeries de Botanique du Muséum d'histoire naturelle. Les inscriptions seront reçues tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 5 juin inclusivement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Amédée Blondeau.

Toujours lutter et contre la souffrance et contre la fortune ; rester sur la brèche jusqu'au dernier jour, et quand même ; telle fut la vie de BLONDEAU, mort à 37 ans au moment où s'ouvrait peut-être une ère plus prospère bien chèrement achetée par des déboires cruels et des calomnies sans nombre. Blondeau appartenait à la classe des lutteurs dont il avait l'esprit : la force physique triompha chez lui de la force morale : il n'eut pas à se reprocher un instant d'avoir faibli.

Né le 6 février 1848, à Loudun, il s'en fut à Poitiers commencer ses études médicales, et dès la première année obtenait au concours la médaille. Bientôt après il se rendait à Tours, concourait à l'internat des hôpitaux de cette ville, et pendant trois années, de 1868 à 1870, remplissait ses fonctions avec un zèle que devaient bientôt reconnaître ses maîtres dont il avait su gagner l'estime.

On était alors aux dernières années de l'Empire : caractère généreux, ouvert à toutes les aspirations libérales, Blondeau ne tardait pas à rentrer dans l'arène. Sa parole éloquente le désigna bientôt à la vengeance de l'autorité, et c'est à l'énergique amitié de ses chefs de service qu'il dut de ne pas être expulsé de l'Ecole de médecine. D'autres, moins courageux, eussent pensé qu'il était plus profitable de rester en dehors de la lutte : Blondeau comprenait autrement le devoir.

Abandonnant, pour un instant, la bataille politique, qui pour lui devait être semée de tant d'écueils, il s'engageait le 25 juillet 1870, comme aide-major dans la 5e compagnie des francs-tireurs. A ce moment les armées allemandes approchaient du centre de la France : Orléans était sur le point d'être envahi. Blondeau rentre en campagne avec cette héroïque compagnie dans laquelle il était soldat le jour, et médecin pendant la nuit. A Patay, plus de la moitié de ses camarades sont tués : la compagnie se réorganise à la hâte et prend une part active aux batailles du Mans où sa brillante conduite lui vaut d'être cité deux fois à l'ordre du jour. Chargés de soutenir la retraite de l'armée de la Loire, les francs-tireurs de Tours sont cernés et acculés dans les faubourgs du Mans ; Blondeau s'évade, traverse les lignes prussiennes et se rend à Angers. Apprenant que quelques débris de la valeureuse phalange à laquelle il appartenait avaient pu se reformer à Château-Gontier, il les rejoint, reprend du service, et n'est licencié qu'à la fin de mars de 1871.

© BIU Santé

La guerre était finie : Blondeau qui avait fait son devoir vint alors à Paris pour terminer ses études médicales. Mais, poussé par son tempérament ardent, secondé par une éloquence entraînante, il entrait de suite en relations avec les groupes des citoyens militants qui, dès ce moment, travaillaient à réorganiser les forces républicaines. Il gagnait bientôt l'estime de Barodet et de Louis Blanc et rencontrait Bourneville dont il ne tardait pas à devenir le collaborateur au *Progrès Médical*. C'est que la préoccupation constante de toutes les questions qui intéressent la démocratie ne lui avait pas fait négliger les études médicales. S'adonnant particulièrement à l'*hygiène*, il publiait bientôt sur cette branche de la médecine des articles fort appréciés. Se servant des ressources que lui procurait son travail de correcteur d'imprimerie, il subissait ses examens probatoires, et, en 1880, soutenait une thèse inaugurale sur le *Pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes*. Ce travail entrepris à la Salpêtrière sous l'inspiration de MM. Charcot et Bourneville ne tarda pas à obtenir une récompense de la Faculté. Dès lors Blondeau fut attaché au *Progrès Médical* en qualité de *Secrétaire de la Rédaction*. Sa compétence particulière le faisait bientôt nommer professeur d'hygiène aux *Ecoles municipales d'Infirmières ;* de même qu'il devenait membre de la *Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle*.

Blondeau n'avait pas de fortune : il fut nommé, à l'élection, médecin du *Bureau de Bienfaisance* du 5e arrondissement et *médecin-inspecteur des Ecoles* : dans ces fonctions modestes, il sut acquérir l'estime de tous et gagner la reconnaissance des malheureux auxquels il prodiguait ses soins éclairés.

Toutefois, c'est dans ses fonctions de Secrétaire de la Rédaction du *Progrès médical* qu'il avait su particulièrement faire apprécier ses qualités d'esprit et de cœur. Tous ceux, et ils sont nombreux, qui, pendant ces dernières années, ont collaboré à ce journal, diront combien était grande son affabilité, et quel empressement il mettait à se rendre utile à tous.

Mais, il était dit que chez lui la politique tuerait le médecin. Atteint depuis 1871 de fréquentes attaques de goutte, Blondeau, qui ne savait pas ménager ses forces entreprenait, au mois de juillet 1883, une dernière campagne électorale, désireux de continuer, au *Conseil municipal*, cette grande réforme de l'Assistance publique entreprise par M. Bourneville, nommé député en remplacement de Louis Blanc. La lutte fut atroce, sans merci ; Blondeau fut indignement calomnié : il échoua. Cet échec abattit le reste de ses forces usées par tant de fatigues. Dès lors, les attaques succèdent aux attaques : au mois de février 1884, une colique néphrétique marquait le début d'une série d'accidents goutteux qui le conduisirent au tombeau le 28 mai, après trois mois d'horribles souffrances vaillamment supportées.

Fidèle aux convictions de toute sa vie, il voulut que ses obsèques fussent civiles et le grand nombre d'amis médicaux et politiques qui l'ont accompagné à sa dernière demeure prouve une fois de plus toutes les sympathies qu'il avait conquises par une vie toute d'abnégation et de dévouement. GILLES DE LA TOURETTE.

Traitement de la migraine ophthalmique.

Le plus souvent la migraine est considérée par ceux qui en sont atteints comme une affection dont le traitement serait pis que mal. Ces malades s'habituent à leurs soufrances, et ils ne recourent guère aux médecins. Cependant il est une forme de migraine, la migraine ophthalmique, caractérisée par l'existence d'un scotome scintillant ou hémianopsique, une douleur sus-orbitaire, des nausées, des vomissements, qui mérite plus d'égards. Cette migraine, en effet, au lieu de se montrer sous cette forme relativement bénigne, peut s'accompagner de phénomènes surajoutés, tels qu'aphasie, monoplégie, hémiplégie, épilepsie partielle, etc., qui dramatisent singulièrement le tableau de l'accès. Et, en outre, circonstance aggravante, ces phénomènes, après avoir été longtemps transitoires, peuvent s'établir à l'état permanent, de telle sorte que ces migraineux deviennent de véritables infirmes. Parmi ces phénomènes associés susceptibles de devenir définitifs, l'aphasie est un des plus fréquents ; et il faut dire qu'elle peut se présenter, dans certains cas du moins, à l'état d'aphasie complexe ; c'est ainsi qu'un malade présenté par M. Charcot à sa dernière leçon, offrait la combinaison de surdité et de cécité verbales, d'agraphie et de logoplégie.

La migraine ophthalmique, dans ses formes accompagnées au moins, ne doit donc pas être considérée comme une affection bénigne ; elle est au contraire d'un pronostic sérieux, puisqu'elle peut entrainer une infirmité grave par la répétition des accès. Aussi M. Charcot insiste-t-il avec raison sur la nécessité, en pareil cas, de lui opposer un traitement suivi. Dans un certain nombre de cas, il est arrivé à diminuer la fréquence et la gravité des accès par la médication bromurée, qu'il emploie suivant la même méthode que dans le traitement de l'épilepsie. Cette méthode consiste à donner le bromure de potassium ou de préférence les bromures (de potassium, de sodium, d'ammonium mélangés dans la solution) à doses croissantes pendant trois à quatre semaines, puis à revenir à une dose un peu supérieure ou égale à celle du point, suivant le résultat obtenu, et ainsi de suite. Par ce mode d'administration, M. Charcot se propose d'éviter les accidents de l'accumulation du bromure.

Il faut d'ailleurs remarquer que cette thérapeutique n'a chance de succès que tant que l'appareil symptomatique de la migraine ophthalmique n'est point la conséquence d'une lésion matérielle, comme il arrive, par exemple, au début de la paralysie générale (1).

Ch. FÉRÉ.

---

(1) Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, T. III, 1883, p. 74. — Ch. Féré. — *Contrib. à l'ét. de la migraine ophthalmique* (*Revue de médecine* 1881) et *Note sur un cas de migraine ophthalmique à accès répétés et suivis de mort.* (*Rev. de méd.*, 1883). — Raullet. — *Etude sur la migraine ophthalmique*, thèse 1883. — Armangué. — *La jaqueca oftalmica* (*Estudios clinicos de neuropathologia*), Barcelona 1884.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 mai 1884. — PRÉSIDENCE DE M. FR. FRANCK.

M. CORNIL présente au nom de M. AFANASSIEW un mémoire sur les *Microbes de la pneumonie*. Après avoir rappelé les recherches déjà anciennes d'Eberth et de Friedländer, la découverte plus récente de ce dernier auteur d'un micro-organisme composé de 2 à 3 grains entourés d'une capsule ; la description faite par M. Talamon d'un microbe en *grain de blé* ; M. Cornil ajoute qu'au point de vue expérimental M. Afanassiew a fait faire un grand pas à cette question si compliquée. Il a pu, en effet, prendre des microbes dans l'exsudat pneumonique, les cultiver dans la *gélatine peptonifiée* et, après culture, déterminer trois formes de micro-organismes : les uns grands et ronds (n° 1), les autes petits et ronds (n° 2), les troisièmes ovoïdes (n° 3). Avec le liquide de culture n° 1, M. Afanassiew n'a rien obtenu ; avec les n°s 2, 3, injectés simultanément, l'auteur a produit des pneumonies lobaires chez le rat, le cobaye et le chien.

C'est en injectant dans le parenchyme pulmonaire 1/10 à 3/10 de c. c. de liquide de culture, qu'on a obtenu une pneumonie lobaire pouvant se généraliser ; la piqûre simple de la plèvre donne les mêmes résultats. L'injection dans la veine jugulaire ne donne pas lieu à une pneumonie, elle produit une pleurésie ou une péritonite dans le liquide desquelles on retrouve le micro-organisme de culture. Ces pneumonies entrent toujours en résolution spontanément.

M. BROWN-SÉQUARD ne nie pas qu'il y ait des micro-organismes dans l'exsudat pneumonique ; mais, considérant la pneumonie comme une inflammation, il pense que les microbes ne sont là que des effets et non des causes. Le terrain favorable est créé par l'inflammation même, il n'est pas primitif ; l'individu qui sort d'un appartement surchauffé ou qui reçoit une pluie glaciale est-il donc en opportunité pour le développement du micro-organisme ? Il y a là un traumatisme véritable causé par le froid, de même qu'en produisant une lésion des centres nerveux, on peut donner naissance à une inflammation du poumon. A-t-on en outre, jamais observé la contagion de la pneumonie alors qu'il a été souvent si facile de lui trouver une cause extérieure évidente sans avoir à faire intervenir les organismes inférieurs ?

M. CORNIL pense que la proposition de M. Brown-Séquard doit être retournée : le froid dont on parle si souvent cause un traumatisme du poumon et met le parenchyme de cet organe dans un état de réceptivité favorable. Il en est de même dans les cas de lésions des centres nerveux qui occasionnent des troubles circulatoires dans le poumon et font de celui-ci un terrain de culture tout préparé. Les recherches des auteurs précités nous ont permis de reconnaître des formes microbiennes fixes, qu'on peut reproduire dans les liquides de culture et qui, inoculées dans le poumon, reproduisent invariablement la pneumonie ; pourquoi refuser à ces micro-organismes un rôle pathogène vérifié par l'expérimentation ?

M. MALASSEZ constate que M. Afanassiew a isolé trois sortes de microbes. L'inoculation du liquide qui contient le microbe n° 1 ne produit pas la pneumonie ; l'inoculation simultanée des n°s 2 et 3 occasionne celle-ci. Il serait intéressant de savoir si, individuellement, l'inoculation des n°s 2 et 3 pourrait produire l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

M. CHATIN remet, pour être insérée dans les *Bulletins de la Société*, une note sur les œufs d'une variété d'*Œstride*.

M. BURCQ annonce à la Société qu'il prépare une réponse à M. Bochefontaine sur les *conditions sanitaires des ciseleurs sur cuivre*. Il désire, pour le moment, présenter à la Société le résultat de ses expériences sur les conditions favorables à la production de la *suggestion*. Il nie que celle-ci puisse être produite chez les *individus sains* ; il y a toujours, dans le cas de production, un état pathologique actuel ou imminent. Chaque individu possède à ce sujet une aptitude spéciale, et s'il est sensible au cuivre, on peut produire la suggestion chez lui. Pour la faire naître, il n'est pas besoin d'un geste, d'une parole, d'un contact. La *suggestion mentale* existe, et M. Burcq rappelle plusieurs faits plus érotiques qu'expérimentaux qu'on trouvera consignés dans les Bulletins de la Société. Il termine en regrettant de n'avoir pu assister aux expériences intéressantes de M. Cumberland.

A ce propos, M. Ch. RICHET dit qu'il est inutile de rapporter les résultats obtenus par M. Cumberland à des faits de *suggestion mentale*. Il a lui-même, ainsi que d'autres observateurs, reconnu que, dans ces cas, il se produisait dans la main du sujet en expérience, tenue par l'expérimentateur, des tremblements fibrillaires suffisants pour donner une interprétation rationnelle des résultats obtenus. Lorsqu'on analyse les faits de suggestion mentale, on trouve qu'ils sont tous négatifs et que leur pathogénie est assez bien éclairée par la suggestion véritable, que tout le monde peut produire sans qu'on ait besoin de recourir à des procédés plus qu'hypothétiques.

G. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 juin 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. ODIN lit une note sur la *solubilité naturelle de l'arséniate de fer dans les eaux minérales naturelles par l'hydrogène sulfuré qu'elles contiennent*.

M. TRÉLAT fait une communication sur la *septicémie gangréneuse*. Cette communication est motivée par la note récente de MM. Arloing et Chauveau. Il y a longtemps qu'on considère la gangrène traumatique comme une maladie à microbes. Dès 1870, MM. Neveu, Bottini, et plus tard, en 1872, M. Maurice Raynaud, avaient suspecté la nature parasitaire de cette maladie. Aujourd'hui, tout le monde se trouve d'accord pour admettre l'existence de microbes nombreux et différents dans les membres atteints de gangrène foudroyante. Au milieu de tous ces microbes, il importe de s'orienter et de reconnaître le vrai coupable, celui qui engendre la gangrène foudroyante. L'expérimentation seule est capable d'arriver à un semblable résultat. Aussi, M. Trélat regrette-t-il que la note de MM. Arloing et Chauveau ne soit pas plus précise, car elle pèche tout d'abord par une véritable pétition de principe. Il est impossible, en effet, de saisir les caractères qui différencient le microbe de la septicémie et le microbe de la gangrène. Ces expérimentateurs ont eu le tort de ne faire aucune culture, de ne pas cultiver en un mot le microbe présumé de la gangrène.

Les cliniciens ont déclaré que la mort était fatale dans la septicémie gangréneuse ; quelques-uns cependant, moins affirmatifs, admettent que cette maladie n'implique pas toujours une terminaison fatale. Entre ces deux variantes, il est aisé de constater un léger écart. Quoi qu'il en soit, tout le monde reste en présence d'une maladie effroyablement grave. Or cette léthalité épouvantable, nous ne la rencontrerons pas chez les animaux. Bien plus, chez les animaux morts de septicémie gangréneuse, nous n'assisterons pas à cette évolution symptomatique qui définit la même maladie chez l'homme. Les expériences de MM. Arloing et Chauveau sont des moins démonstratives à cet égard. — Chez nous, la septicémie gangréneuse a subi diverses dénominations qui témoignent de la rareté des faits observés. MM. Arloing et Chauveau déclarent que le cheval et l'âne sont les animaux les plus sensibles à contracter la septicémie gangréneuse. Or, après une série d'inoculations (35 centimètres cubes de sang, de sanie septique) bien conduites, l'âne persiste à se bien porter. Il y a là de tels désaccords que M. le professeur Trélat en arrive à se demander si ces habiles expérimentateurs ont eu réellement entre leurs mains le véritable virus de la septicémie gangréneuse.

© BIU Santé

Il est étrange qu'ils aient découvert le microbe de la gangrène traumatique et qu'ils obtiennent des résultats qui ne concordent nullement avec nos faits cliniques !

Si la septicémie gangréneuse est plus fréquente à Lyon qu'à Paris, cela tient à ce que nous employons depuis dix ans les procédés antiseptiques. La pratique a démontré que l'amputation d'un membre, dans le lieu le plus éloigné de la région atteinte, constituait le meilleur mode de prophylaxie contre la septicémie gangréneuse. Autrefois, les chirurgiens pensaient que la septicémie gangréneuse était la conséquence de l'empoisonnement du sang, d'où la contre indication de l'amputation ; aujourd'hui, tous les chirurgiens sont unanimes à regarder l'amputation comme la mesure la plus efficace, la plus salutaire, la plus susceptible de guérir les malades atteints de septicémie gangréneuses. La règle, dans les cas de gangrène traumatique, est d'opérer le plus rapidement possible. Quant aux moyens prophylactiques préconisés à Lyon et rapportés dans la note de MM. Arloing et Chauveau, ils ne sont rien moins qu'étranges. C'est commettre une véritable hérésie lorsqu'on arrive à se persuader que les chirurgiens sont capables d'employer indistinctement les mêmes instruments pour pratiquer des opérations ou des autopsies. Depuis longtemps la chirurgie est à l'abri de semblables reproches, car elle ne cesse d'être essentiellement antiseptique.

M. Bouley fait observer que la phrase relative au choix et à la propreté des instruments s'adresse non aux chirurgiens, mais aux vétérinaires de l'époque où les précautions antiseptiques n'étaient pas aussi minutieuses qu'aujourd'hui. Ce que MM. Arloing, Troisier et Chauveau ont surtout voulu prouver, c'est le grand danger des inoculations septicémiques, à l'aide des instruments employés par le chirurgien, et c'est pour éviter ces inoculations qu'ils proposent de tremper les instruments dont on va se servir dans un bain d'huile à 120°.

M. Verneuil tient à faire une petite réserve sur la portée du travail de MM. Arloing et Chauveau. Ces expérimentateurs auraient dû intituler leur travail : Etude expérimentale sur la septicémie gangréneuse chez les animaux. On ne saurait établir ici un parallèle étroit entre ce qui a été obtenu chez les animaux, et ce qui est observé chez l'homme. Chez les premiers, en effet, on ignore s'ils sont diabétiques, alcooliques, et s'ils sont atteints de cirrhose, de néphrite, etc

Enfin, la septicémie gangréneuse comporte une forme sporadique et une forme épidémique. Une fracture du col du fémur, par exemple, non compliquée de plaie, est parfaitement susceptible de s'accompagner de septicémie gangréneuse. L'argument relatif à l'influence des instruments ne saurait ici être invoqué. Quoi qu'il en soit, nous devons tous persister à envisager le problème étiologique des maladies comme des plus complexes, des plus difficiles.

M. Bouley fait observer à M. Trélat qu'il ne saurait à juste titre tirer argument de l'innocuité relative des inoculations faites dans la veine jugulaire ou à la surface d'une plaie béante. Le vibrion septique est un vibrion anaérobie ; placé au milieu d'un tissu à l'abri du contact de l'air, il se développe à son aise et y détermine des accidents graves. Il n'en est plus ainsi lorsqu'on le place dans un milieu oxygéné, tel que le sang, ou une plaie. Le charbon symptomatique, inoculé dans le tissu cellulaire, engendre un charbon mortel, avec production gazeuse ; ce même virus charbonneux, injecté dans les veines, donnera la fièvre, non la mort, et préservera du charbon. Encore une fois, le microbe du charbon symptomatique ne trouve pas dans le sang un milieu favorable pour se développer ; il le rencontre, au contraire, dans le tissu cellulaire, où il occasionne la septicémie gazeuse.

M. Gautier lit plusieurs *rapports officiels sur les Eaux minérales*.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 novembre 1883. — Présidence de M. Cornil.

23. Epithélioma cylindrique du rectum et du foie. — Purpura. — Examen microscopique de l'éruption ; par M. Jardet, interne des hôpitaux.

B... âgé de 67 ans, chapelier. Ce malade, qui ne peut nous donner de renseignements sur ses antécédents héréditaires, fait remonter à huit mois le début de sa maladie. Au mois de mars de cette année, il était en bonne santé, lorsque, sans raisons, il commença à éprouver de la difficulté à uriner, en même temps que des picotements à l'extrémité de la verge. Quelque temps après, les garderobes devinrent pénibles et difficiles. Le malade avait alors des alternatives de diarrhée et de constipation durant chacune douze à quinze jours. Il n'a jamais eu de selles sanglantes.

Le jour de son entrée à l'hôpital, le malade présente un état général assez mauvais. Le teint est jaune, les traits sont tirés, la langue est sèche et recouverte d'un enduit jaune. Le ventre est volumineux. La région hypogastrique est saillante et mate. Une sonde introduite dans la vessie laisse écouler deux litres environ d'une urine claire et sans odeur ; le malade ne se plaignait cependant pas de rétention d'urine. Il était seulement incommodé par des besoins continuels et infructueux d'aller à la selle.

1er *octobre*. Le lendemain de son entrée, nous examinons le malade qui a rendu quelques matières rougeâtres, peu abondantes. Ces matières sont presque entièrement composées de mucosités sanguinolentes. Au toucher, on sent, à environ 9 à 10 centimètres de l'anus, une ulcération dont on ne peut atteindre l'extrémité supérieure. Cette ulcération siège à la face postérieure du rectum et ne cesse que dans une faible étendue de la face antérieure. En avant, on sent une masse volumineuse et dure, formée probablement par la prostate hypertrophiée.

Depuis six semaines environ, les forces du malade diminuent rapidement, mais il ne se plaint ni de douleurs abdominales ni de troubles du côté de la poitrine. L'appétit est à peu près nul, mais ce qui est pris est assez bien digéré. Comme la soif est assez vive et que l'urine est très abondante, nous recherchons le sucre et l'albumine qui manquent complètement. On sonde chaque jour le malade matin et soir.

27 *octobre*. Le malade s'affaiblit toujours ; on remarque la présence dans l'urine de la coloration biliaire. La peau est d'un teint jaune clair sans ictère vrai. Le foie semble de volume normal. L'amaigrissement augmente ; la langue est sèche et noirâtre.

1er *novembre*. Le malade est toujours dans le même état, la teinte jaune de la peau a augmenté. On commence à remarquer au niveau de la région inguinale des taches rouges de 1 centimètre de diamètre, qui sont le siège d'une démangeaison très vive.

2 *novembre*. Le nombre de ces taches a augmenté, on en voit quelques-unes sur les cuisses et les jambes. La couleur est rouge vif, analogue à la teinte du purpura.

3 *novembre*. Le malade est de plus en plus faible. L'éruption pâlit en certains points, elle présente alors une teinte jaune cuivrée. D'ailleurs, en quelque point qu'on l'observe, on ne trouve pas de saillie. Certains points foncés semblent plus mous, et l'épiderme semble ramolli dans sa couche profonde, comme s'il y avait un léger épanchement sanguin sous l'épiderme. M. Sevestre, à qui on montre l'éruption, en fait du purpura. Le malade meurt le 4 *novembre*, à 10 heures du matin.

Autopsie, faite le 5 novembre, 24 heures après la mort. — Elle montre : 1° que le rectum présente un épithélioma cylindrique ; 2° que le foie est le siège d'une affection analogue ; 3° que les reins présentent de la néphrite interstitielle.

Une plaque éruptive a été enlevée immédiatement après la mort, et, examinée au microscope, elle montre plusieurs particularités intéressantes.

© BIU Santé

La pièce ayant durci dans l'alcool absolu, des coupes furent pratiquées dans toute l'épaisseur de la peau et voici ce qu'elles ont permis de voir. Tout à fait à la superficie, la couche cornée de l'épiderme semble séparée du stratum lucidum et de la couche profonde, ce qui est probablement dû à l'infiltration et à une sorte de soulèvement de l'épiderme par un liquide séreux.

Au-dessous, on trouve le corps muqueux de Malpighi qui semble normal et qui repose sur le derme, dont les papilles présentent à leur base des taches jaunes que l'on voit à un faible grossissement. Si on se sert d'un objectif plus fort, on voit bientôt que ces taches jaunâtres, situées dans l'épaisseur de la couche sous-papillaire, sont des vaisseaux distendus par le sang et remplis de globules sanguins, que l'on peut parfaitement distinguer. En un point de la préparation, il y a plusieurs de ces vaisseaux dilatés. Autour d'eux, le tissu conjonctif est déprimé et semble refoulé par la dilatation, de sorte qu'en ce point l'aspect de la préparation rappelle celui d'un angiome.

Dans l'épaisseur des papilles, on trouve peu de capillaires dilatés, mais ils sont en moins grand nombre et moins dilatés. Les papilles présentent à peu près un volume normal. Entre les travées de fibres conjonctives et dans l'épaisseur des cellules épidermiques, on ne trouve pas de globules sanguins.

Dans ce cas, à l'aspect de la dilatation des capillaires remplis de globules de sang et du tissu conjonctif refoulé et dont les faisceaux semblent comprimés en certains points, on croirait voir une tumeur érectile, ne différant de celles des muqueuses qu'en ce qu'elle a été recueillie dans une partie recouverte d'épiderme. Cette pièce vient fournir une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion admise depuis un certain temps, que les angiomes et le purpura ont une origine identique, la dilatation passive des capillaires; et que cette identité se retrouve non seulement sous les parties recouvertes de muqueuse, mais encore sous la peau.

Nous avons examiné ensuite des morceaux de peau présentant une tache jaune indiquant que l'éruption était en voie de décroissance. Nous avons trouvé les vaisseaux dilatés par des globules sanguins, et le tissu conjonctif pour ainsi dire criblé de cellules lymphatiques sorties par diapedèse des vaisseaux, comme l'indiquait la couche de globules qui entourait chaque vaisseau.

Réflexions. — De ces faits, nous avons conclu d'abord que l'éruption à laquelle nous avons eu affaire était due à une dilatation passive des capillaires, refoulant le tissu conjonctif, et ensuite que les globules blancs se trouvaient en dehors des vaisseaux, surtout à la période de déclin de l'éruption. Quant aux globules rouges du sang, nous n'en avons pas vu hors des vaisseaux.

27. Rapport sur la candidature de M. Richardière; par M. Merklen.

Parmi les communications faites par M. Richardière à la Société anatomique, il en est une qui nous paraît présenter un intérêt particulier. C'est une communication relative à l'étiologie de certains abcès de la paroi abdominale antérieure. M. Richardière a présenté dans le courant de cette année des calculs biliaires provenant de l'autopsie d'une malade âgée de 55 ans et morte dans le service de M. le Dr Bucquoy, à l'hôpital Cochin.

Cette malade était entrée, le 14 janvier 1883, à l'hôpital Cochin, présentant un état typhoïde prononcé. Elle avait de la fièvre, de l'agitation, la langue sèche et les lèvres fuligineuses. Jusque-là très bien portante, n'ayant jamais été malade, elle faisait remonter à trois semaines le début de sa maladie. A cette époque, à la suite d'un effort, disait-elle, elle avait été prise de frissons et de douleurs abdominales. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle présentait un état général sérieux, et du côté de l'abdomen, dans l'hypochondre droit, une tumeur volumineuse, rouge, fluctuante et douloureuse. Cette tumeur fut incisée largement, et l'incision donna issue à plus d'un litre de pus fétide. La plaie fut traitée suivant la méthode de Lister, et à la suite de cette opération, la malade éprouva un soulagement presque complet. La poche était presque cicatrisée et la guérison semblait devoir être complète et prochaine quand, deux mois après l'intervention chirurgicale, la malade mourut brusquement d'une syncope.

Pour expliquer cette mort subite, on trouva à l'autopsie un cœur absolument gras. Les fibres musculaires n'existaient pour ainsi dire plus, remplacées par de la graisse. La paroi charnue du ventricule gauche mesurait à peine 3 millim. d'épaisseur.

Les autres organes étaient atteints de dégénérescence graisseuse à un degré variable. Le foie, de volume normal, ne présentait rien de notable.

La vésicule biliaire, présentant un volume double de l'ordinaire, était pleine de calculs volumineux. L'un d'entre eux était plus gros qu'une noix; les autres, taillés à facettes, de plus petites dimensions, étaient au nombre d'une vingtaine. La cavité de la vésicule était complètement close. Les parois rigides, formées de tissu fibreux condensé, mesuraient près d'un centimètre d'épaisseur. Elles étaient reliées au tissu hépatique par des adhérences résistantes. Les brides fibreuses, assez molles, se laissant déchirer facilement, les fixaient au péritoine pariétal.

L'abcès, dont la cavité était presque oblitérée, ne présentait aucune connexion avec la cavité abdominale. Il était séparé du péritoine par toute l'épaisseur du muscle droit et les couches aponévrotiques sous-jacentes à ce muscle. Cet abcès avait évidemment pour siège le tissu cellulaire situé entre le muscle droit abdominal et les couches superficielles de la paroi.

M. Richardière faisait suivre cette communication des réflexions suivantes : En l'absence de toute cause saisissable permettant d'expliquer la formation de cet abcès d'un siège un peu anormal, il est permis de chercher s'il n'existe pas une relation entre sa production et la présence de calculs biliaires volumineux dans la vésicule; 2° Cette relation semble démontrée par le rapport intime de la vésicule avec l'abcès, dont elle n'était séparée que par l'épaisseur du muscle droit abdominal; 3° La formation de cet abcès semble due à l'irritation répétée des parois abdominales contusionnées sans cesse par la vésicule, pleine d'éléments solides et résistants.

28. M. Ayrolles montre un cas de *thrombose de la veine fémorale* développée le huitième jour après l'ablation d'une tumeur de la jambe. Le malade est mort rapidement avec des symptômes d'oppression, mais sans qu'on ait pu trouver d'embolie dans le cœur droit ou dans l'artère pulmonaire.

Elections. — M. Henriet est nommé membre honoraire; MM. Hirtz et Barbaud sont nommés membres correspondants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 juin 1884. — Présidence de M. M. Sée.

Discussion sur la création d'un congrès de chirurgie (Suite). — Le début de la séance a été consacré à la suite de la discussion sur le rapport de M. Pozzi. Après un court échange d'observations entre MM. Nicaise, Trélat, Verneuil et Heurteloup, les conclusions ont été adoptées à l'unanimité :

1° Accepter en principe le projet d'un congrès annuel des chirurgiens français, ou mieux d'un congrès français de chirurgie, ou encore d'un congrès de chirurgie en langue française; 2° Accepter la mission de constituer un comité d'organisation chargé de rédiger les statuts et règlements provisoires, de recueillir les adhésions et de présider à l'ouverture du premier congrès; 3° Transformer la commission d'examen en commission d'organisation, par l'adjonction de nouveaux membres; 4° Adresser des remerciements à M. Demons.

Sur la proposition de M. Trélat il a été voté que le nombre des membres de la commission serait porté de cinq

© BIU Santé

à sept. La Société a décidé que deux membres nouveaux seraient adjoints à l'ancienne commission d'examen (Verneuil, Trélat, Heurteloup, Chauvel et Pozzi) et que ces deux membres seraient nommés à la prochaine séance.

M. Boeckel (de Strasbourg) lit une très intéressante observation d'*extirpation totale de l'utérus pour cancer, suivie de néphrectomie*. Comme la tumeur carcinomateuse ne paraissait pas dépasser les limites de l'organe et que la malade insistait pour être opérée, M. Bœckel fit l'hystérectomie vaginale; l'utérus put être abaissé sans trop de peine et après que les culs-de-sac antérieur et postérieure eurent été détachés, il devint possible d'abaisser davantage l'organe et de placer des ligatures sur les ligaments larges; cependant, une artère du ligament gauche ne put être liée, il fallut arrêter l'hémorrhagie avec une pince à demeure placée dans la profondeur et qui fut laissée en place. Pendant l'opération, quelques anses intestinales étaient venues faire hernie dans la plaie; on les réduisit facilement et elles ne reparurent plus, bien qu'on n'eût pas fait de sutures. Après l'utérus, M. Bœckel enleva quelques ganglions dégénérés à la base du ligament gauche. Les plus grandes précautions antiseptiques avaient été employées. Les suites immédiates de l'opération furent excellentes, la température ne monta pas sensiblement; le deuxième jour la pince hémostatique fut retirée. Mais, au bout de quelques jours, un suintement d'urine se manifesta par le vagin; la pince hémostatique placée dans le fond de la plaie avait saisi et comprimé un uretère, car on put s'assurer, par l'examen direct, que la vessie était intacte et que l'écoulement prenait sa source dans la profondeur de la plaie.

La malade étant guérie de sa première opération, M. Bœckel lui proposa de la débarrasser de l'écoulement urinaire, en lui faisait la néphrectomie, qui fut acceptée. Cette seconde opération réussit fort bien; dès le jour même l'écoulement d'urine cessa, et vingt jours après la plaie rénale était complètement cicatrisée.

La malade put sortir de l'hôpital, pendant trois mois elle jouit d'une santé excellente et put se croire définitivement guérie. Mais, au bout de ce temps, les douleurs abdominales et lombaires reparurent : c'était la récidive, à laquelle la malade succomba, *sept mois après la première opération*. L'autopsie montra une dégénérescence cancéreuse des ganglions lombaires, iliaques, mésentériques, de la paroi postérieure du vagin et de l'ovaire. Le rein fut trouvé hypertrophié et atteint de néphrite amyloïde.

M. Bœckel examine, en terminant, si l'on doit tenter ces opérations ou s'abstenir, et il conclut que le chirurgien risque le plus souvent de ne faire qu'une opération incomplète, c'est-à-dire inutile, tout en faisant courir un grand danger à la malade, et que l'opération ne peut être tentée qu'exceptionnellement, alors que le col est seul envahi.

M. Verneuil se fait l'interprète de la Société pour remercier M. Bœckel de l'instructive observation qu'il a présentée avec la bonne foi, la loyauté et la franchise qui sont l'honneur de la chirurgie française. Car M. Bœckel s'est bien gardé de publier son observation après que sa malade eut quitté l'hôpital, avec l'orgueilleuse et trompeuse mention : Guérison. Les actes opératoires de M. Bœckel ont été, en cette circonstance, ceux d'un chirurgien hardi et habile; ses conclusions sont celles d'un clinicien et plaisent infiniment à M. Verneuil.

M. Verneuil remarque que cette intéressante observation enrichit la physiologie pathologique de la néphrectomie. Le rein enlevé pendant l'opération était sain et il est probable que l'autre l'était également à ce moment. Et voilà qu'à l'autopsie le rein restant a été trouvé en dégénérescence amyloïde, probablement parce qu'il avait été surmené par l'obligation de suppléer à la fonction de son congénère. De telle sorte que, si la malade n'avait pas succombé à la récidive du cancer, elle eut succombé à l'affection amyloïde du rein.

A propos du traitement du cancer de l'utérus, M. Verneuil affirme que l'on peut faire vivre au moins six mois, par un traitement approprié, une malade dans l'état où était celle de M. Bœckel au moment où il l'a opérée, et on ne lui fait point courir le risque grave d'une opération. M. Verneuil exprime enfin le désir que les chirurgiens qui ont fait ces extirpations de l'utérus transmettent leurs résultats complets et prolongés.

M. Terrier a eu récemment à soigner une femme chez laquelle l'opération pouvait être tentée. Mais l'utérus ne se laissait pas abaisser suffisamment, et M. Terrier craignit de ne pouvoir placer dans de bonnes conditions les ligatures sur les ligaments larges. Souvent, en effet, on est obligé de remplacer ces ligatures impraticables par des pinces hémostatiques. Il pratiqua l'ablation du col avec le galvano-cautère; c'était il y a deux mois; la malade va encore très bien et a repris toutes les apparences de la santé. M. Terrier serait assez d'avis de tenter l'opération, s'il était appelé tout à fait au début de l'affection; mais encore voudrait-il savoir si la survie est suffisante pour légitimer l'opération.

M. Polaillon croit savoir que dans tous les cas opérés, il y a eu récidive. Or, la durée moyenne de l'affection chez les malades qu'on n'opère pas est de deux ans à deux ans et demi, un peu plus même pour le cancer du corps. En opérant, on court le risque d'amener la mort immédiate, et l'opérée, même alors qu'elle guérit de l'opération, meurt encore plus rapidement que si elle n'avait pas été opérée. Car, avec des pansements appropriés, on peut faire vivre ces malades assez longtemps et d'une vie supportable.

Même alors que le col est seul atteint, M. Polaillon croit encore l'opération inutile, car on peut obtenir une guérison assez longtemps prolongée, en détruisant ou enlevant par l'anse galvanique ou le galvano-cautère la partie malade, après quoi on cautérise profondément avec des flèches ou le chlorure de zinc. M. Polaillon cite à l'appui un cas de sa pratique.

M. L. Championnière a vu opérer Billroth, qui a fait un grand nombre de ces opérations. Le cas était extrêmement défavorable, car le vagin et un ligament large étaient envahis. M. Lucas Championnière, après avoir touché la malade, la jugeait inopérable. L'opération fut longue, laborieuse, et il se fit presque sans abaissement de l'organe; il fallut passer les fils au-dessus des ligaments larges à l'aide d'une aiguille courbe; Billroth termina en grattant avec la curette en plein tissu morbide. Les résultats immédiats de l'opération furent bons; la malade reprit ses forces et put marcher pendant quelque temps. Généralement, la récidive se fait vers le sixième mois; mais comme il est difficile, même avec l'aide du microscope, de savoir si l'on a bien affaire à du cancer, M. Lucas Championnière a tendance à croire qu'il y a quelque chose à faire dans la voie opératoire; d'autant que les opérations partielles ne lui ont donné aucune satisfaction.

M. Terrier n'aime pas beaucoup les opérations partielles et pense que, si l'on opère ces cancers, il faut les opérer comme tous les autres, c'est-à-dire en allant aussi loin que possible.

M. Verneuil fait remarquer que, lorsqu'on opère en plein tissu malade, le résultat immédiat est toujours heureux, parce que l'on a supprimé les fongosités suppurentes, source d'écoulements et de douleur. La malade peut alors avoir, pendant quelques mois, l'illusion de la guérison. M. Verneuil présentera, dans la prochaine séance, les résultats des dix-neuf opérations partielles qu'il a pratiquées.

M. Trélat a essayé tontes les opérations partielles et n'a jamais obtenu de résultats d'une durée vraie; tandis qu'en poursuivant les fongosités par des applications caustiques appropriées, modificatrices de leur surface, il lui est toujours arrivé de produire une longue amélioration, qui cependant n'a jamais été la guérison définitive.

Le diagnostic du cancer au début est très difficile; il ne faut donc guère songer à intervenir en ce moment; les malades ne viennent trouver le chirurgien que lorsque l'écoulement sanieux s'est déjà établi; et dès lors, il est trop tard. Assurément, on peut encore intervenir par une opération magnifique, mais qui reste inefficace.

© BIU Santé

Quand une opération a une valeur curative réelle, elle se répand comme une traînée de poudre, et tout le monde y est vite converti; or, il y a sept ans au moins qu'on fait des extirpations de l'utérus, et on ne peut encore dire ce qu'il convient d'en penser; si l'opération était bonne, on le saurait. M. Trélat conclut que le traitement des surfaces ulcérées est le vrai traitement; et que, pour lui, il ne s'est jamais senti en droit de proposer une opération immédiatement mortelle une fois sur trois; dans tous les cas qu'il a vus, ou le diagnostic n'était pas fait, ou il était trop tard.

M. Bouilly a été une fois sur le point de pratiquer l'extirpation de l'utérus, mais, arrêté par l'impossibité d'abaisser l'organe, il se contenta d'une opération partielle. — Désireux de se rendre compte des difficultés de l'abaissement, M. Bouilly a tenté quelques expériences à l'amphithéâtre; quatre fois sur dix il lui fut impossible de faire descendre le col jusqu'au niveau de la vulve. Son impression est donc que l'opération présente de grandes difficultés, mais qu'il est peut-être trop tôt pour prononcer sur sa valeur absolue.

M. Polaillon fait remarquer que l'extirpation de l'utérus donne en moyenne deux cas de mort sur trois, et lui préfère l'ablation du col, suivie de cautérisation.

M. Boeckel présente une malade qu'il a opéré d'un genu valgum par l'ostéotomie; l'opération a été faite il y a trois ans; le résultat est parfait.

M. Boeckel a fait 39 fois l'ostéoclasie et a eu trois accidents, non mortels à la vérité. Le même nombre d'ostéotomies ne lui a donné aucun accident. P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 28 mai 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Petit présente des échantillons d'*Euphorbia pilulifera*. Cette plante est surtout très commune en Australie, dans les environs de Brisbane en particulier: elle rappelle assez bien le vulgaire *réveille-matin* et croît dans les endroits rocailleux; son fruit qui ressemble à des pilules lui a fait donner la qualification de *pilulifera*. Elle a été employée dans le pays où elle pousse, et en Angleterre contre l'asthme et toutes les affections chroniques spasmodiques des bronches. On fait bouillir environ 15 gr. de la plante *fraîche*, dans un litre d'eau: on chauffe jusqu'à réduction à un litre et on prescrit: un verre le matin, un verre le soir. Si la dose était trop forte, il ne tarderait pas à survenir des effets toxiques et narcotiques. M. Petit offre aux membres de la Société, désireux d'expérimenter ses propriétés, de mettre à leur disposition des échantillons de l'*Euphorbia pilulifera* sèche.

M. Boisseau du Rocher présente son siphon à double courant pour le lavage de l'estomac (1).

M. E. Labbé complète l'exposé qu'il a fait dans la dernière séance des propriétés de l'*eau ozonisante*. Cet *hydrate de therpylène* a été découvert par M. Boursier, ingénieur du timbre: c'est un produit entièrement pur, qui peut être extrait du *pinus maritima* en particulier. Sa propriété de produire de l'*ozone* lui assigne un rôle tout spécial dans tous les cas où il est nécessaire de produire de l'oxygène. On l'emploie en pulvérisation, à l'état de vapeur, à l'état liquide. Les pulvérisations faites au-dessus de liquides putrides ou de matières dégageant une mauvaise odeur, annihilent immédiatement la fétidité: c'est un désinfectant de premier ordre. A l'état de vapeur qui a une odeur térébenthinée, son emploi paraît indiqué dans les expectorations odorantes: cette vapeur est certainement absorbée, car son action un peu prolongée cause de l'ivresse chez les sujets en expérience. En lavage dans la diphtérie, l'*eau ozonisante* a paru donner de bons résultats, mais le trop petit nombre d'expériences empêche encore de conclure. Des compresses imbibées d'*eau ozonisante* appliquées à la surface de plaies à mauvaise odeur, sur des fistules laissant écouler des liquides purulents venus des cavités, ont produit tous les résultats désirés de désinfection. C'est un produit qui, par son bas prix, par la faible quantité qu'il est nécessaire d'employer, est appelé à prendre le premier rang parmi les désinfectants, pour ne pas dire plus, si l'on juge des autres qualités par les expériences qui sont en cours d'exécution.

M. Blondeau faisant remarquer l'odeur térébenthinée du produit, demande si l'on ne pourrait pas mettre sur le compte de la térébenthine les propriétés désinfectantes de l'*eau ozonisante*.

M. Labbé répond que le produit agit par l'ozone qu'il contribue à former, ainsi que le prouvent des papiers ozonimétriques, et, qu'ayant employé de l'*eau térébenthinée*, il n'a jamais observé les mêmes résultats.

M. Dujardin-Beaumetz présente des échantillons frais et secs d'un fruit — *la kola, ou noix kola* — que produit le *stercula kola*, arbre de l'Afrique centrale. — Dans ce pays, *la kola* est le remède à tous les maux; les indigènes l'ont presque en vénération: elle atteint des prix élevés, et un marché important ne se scelle jamais sans qu'un présent de kolas n'intervienne. Les indigènes ont reconnu à ce fruit des propriétés toniques, nutritives, excitantes et aphrodisiaques; ils l'emploient soit torréfié en infusion, soit à l'état frais. Des analyses ont prouvé que *la kola* contenait une très grande quantité de *caféine*, du *tannin* et un peu de *théobromine*. Son usage était donc tout indiqué dans les *diarrhées chroniques des pays chauds* — où *la kola* a été employée avec succès par les médecins de marine — dans les *affections cardiaques* et dans les *cachexies*. M. Dujardin-Beaumetz qui a employé ce produit, soit torréfié en infusion (2 tasses à 15 gr. par jour), soit sous forme d'élixir ou de chocolat, a constaté ses bons effets dans les diarrhées chroniques et les affections cardiaques. La kola agit dans tous les cas comme tonique et astringent (tannin et théobromine), et spécialement comme excitant de la fibre cardiaque par la caféine qu'elle contient dans de fortes proportions.

M. Petit, tout en enregistrant les bons effets de la kola, dit qu'il serait intéressant de connaître la quantité de caféine qu'elle possède: car ce dernier produit est obtenu aujourd'hui à si bon marché et à un tel état de pureté, qu'il devient inutile de recourir indirectement à l'emploi d'un fruit qui le renferme.

M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté l'*Hammamelis virginica*: et sans être un partisan fougueux du principe qui veut qu'un médicament pour pouvoir produire des effets thérapeutiques, doive être forcément un toxique, il n'en est pas moins certain que jamais il n'a observé d'*effets physiologiques* de l'Hammamelis employée à haute dose.

M. Campardon, à l'instigation duquel ont été faites les expériences de M. Dujardin-Beaumetz, a retiré des bénéfices de l'*Hammamelis* dans les affections utérines, et même il a eu quelques légers accidents. De plus, chez une femme qui, depuis plus de 20 années, portait à une jambe une large tache pigmentée consécutive à des varices, il a vu la décoloration se produire peu à peu. Du centre sont nées 2 ou 3 taches blanches qui ont bientôt détruit toute l'ancienne coloration. Il observe en ce moment une autre femme chez laquelle il constate la même succession de phénomènes. Il y a là un singulier effet thérapeutique de l'*Hammamelis virginica*. Dans ces deux cas, cette plante a été employée à l'intérieur, en infusion et non comme topique.

M. Blondeau demande à M. Dujardin-Beaumetz s'il s'est servi de l'écorce qui contient le principe actif, paraît-il, ou des feuilles.

M. Dujardin-Beaumetz s'est, de même que M. Campardon, toujours servi des feuilles. A ce propos, il fait remarquer que l'emploi de l'*Hammamelis* qu'on pouvait presque considérer comme une découverte, date de longues années. Il a trouvé cette plante signalée dans le Dictionnaire de *Mérat* et *Delens* de 1831, et a pu constater que déjà au XVIIIe siècle on l'avait expérimentée. G. Gilles de la Tourette.

(1) Voir *Progrès médical*, 24 mai 1884, n° 21.

© BIU Santé

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

II. On puerperal diabetes; par M. Duncan (*Transactions of the obstetrical society of London*, vol. XXIV, 1883, p. 256.)

III. Contribution à l'étude de l'anencéphalie. — Diagnostic pendant la grossesse et l'accouchement; par le Dr J. Laulaigne. Thèse, Paris, 1883.

IV. Spondylizème et spondylolisthésis; par le Dr F.-J. Hergott (*Annales de gynécologie*, mai, 1883.)

V. De la dilation prœfœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée; par le Dr Léon Dumas (*Montpellier medical*, août, 1883.)

VI. The improved cæsarean section; par H.-J. Garrigues (*American Journal of obstetrics*, avril, mai, juin, 1883.)

II. La *glycosurie* qui peut survenir pendant la gestation et celle qu'on observe chez les femmes qui allaitent sont des faits physiologiques bien connus. Tout autre est la question des rapports du diabète véritable avec la grossesse. La pénurie des documents que la science possède sur ce sujet, peu étudié jusqu'à présent, trouve sa raison dans la rareté même du diabète chez la femme, et dans le fait que cette affection entraîne fréquemment la stérilité.

On sait quelles sont les considérations importantes auxquelles donne lieu le diabète au point de vue chirurgical. M. Verneuil a insisté sur les accidents tels que le collapsus, les gangrènes, etc., qui peuvent se montrer à la suite des opérations faites sur des diabétiques. Il était donc intéressant de rechercher aussi quelle est l'influence réciproque de ces deux états l'un sur l'autre : grossesse et diabète. C'est ce qu'a fait M. Duncan dans un remarquable travail lu à la Société obstétricale de Londres. Il a pu réunir un certain nombre d'observations de diabète puerpéral, dont plusieurs lui sont personnelles, et qui présentent un grand intérêt. En voici le résumé : Elles portent sur 22 grossesses survenues chez 15 femmes, dont l'âge a varié entre 21 et 38 ans, et toutes multipares, sauf une.

De l'ensemble de ces faits, ressort immédiatement la gravité exceptionnelle du diabète pendant la gestation pour la mère et pour l'enfant. En effet, sur ces 15 femmes, 4 ont succombé très peu de temps après l'accouchement; une autre est morte à une troisième fausse couche; deux n'ont survécu que quatre mois à leur délivrance; enfin, dans trois autres cas, la mort est survenue 8 mois, 12 mois et 2 ans après l'accouchement. Plusieurs de ces femmes sont mortes dans le collapsus; chez l'une d'entre elles, au moment du travail, il y eut une violente attaque de polyurie; l'écoulement soudain d'une énorme quantité d'urine a dû avoir, dans ce cas, une certaine influence sur la production du collapsus. Quant aux enfants, sur les 22 grossesses, 6 sont morts entre le 6e et le 8e mois, et ont été expulsés macérés; 1 est mort pendant le travail; 2 nés à terme, vivants, mais faibles, ont succombé au bout de quelques heures; enfin, trois grosssesses survenues chez une femme diabétique (obs. de Seegen) ont abouti à un avortement du 4e au 5e mois. Le fœtus a donc succombé 12 fois.

Dans plusieurs cas, il y eut hydramnios. Dans un fait de Husband, on trouva une notable proportion de sucre dans le liquide amniotique, et Reid a signalé, dans une observation, une viscosité particulière de ce liquide, qui devait contenir aussi du sucre. Les fœtus morts ont souvent été trouvés énormes, distendus par une infiltration considérable. Lécorché a rapporté un fait où l'enfant naquit vivant, mais devint diabétique.

M. Duncan pose en terminant les conclusions suivantes : Le diabète peut survenir pendant la grossesse. — Il peut se montrer seulement pendant le cours de la grossesse, sans exister en dehors d'elle. — Il peut cesser avec la grossesse, mais réapparaître un peu plus tard. — Il peut se montrer aussitôt après l'accouchement. — Lorsqu'il a disparu, il peut ne pas récidiver pendant une grossesse consécutive. — La grossesse peut survenir chez une femme diabétique. — Il est possible que la grossesse et la parturition ne soient point influencées par le diabète; mais souvent la gestation est interrompue dans son cours, et probablement toujours par la mort du fœtus.

III. Le Dr J. Laulaigne s'est proposé d'étudier l'*anencéphalie* au point de vue particulier du diagnostic pendant la grossesse et l'accouchement. Se basant sur une observation personnelle intéressante et sur plusieurs faits des Drs Pinard et Guichard (d'Angers), il montre qu'on peut faire ce diagnostic pendant la grossesse. Les signes sont fournis par le palper, l'auscultation et le toucher. Le palper dénote ordinairement une tension manifeste de l'utérus due à de l'hydramnios. Le fœtus est difficile à délimiter, et nulle part on ne trouve les caractères de l'extrémité céphalique. Il y a en outre des modifications dans les mouvements actifs, qui sont intenses, rapides, et comme convulsifs : le fœtus semble animé par moments d'une vibration spasmodique. On conçoit combien l'auscultation est rendue difficile par l'abondance du liquide et la fréquence des déplacements du fœtus : le foyer des battements du cœur varie à chaque instant. Le toucher permet de constater, surtout vers la fin de la grossesse, un ballottement exagéré. Si l'extrémité céphalique vient à se mettre en rapport avec le segment inférieur de l'utérus, on sent une masse mobile, bosselée, inégale, dont tous les points n'ont pas la même consistance.

Pendant le travail, le toucher seul permettra d'affirmer le diagnostic, si l'extrémité céphalique se présente; une exploration attentive permettra en effet de reconnaître les saillies de la base du crâne, apophyses clinoïdes, surface basilaire, rocher et bords de l'échancrure rachidienne; les yeux, enfin, seront facilement accessibles et donneront au doigt la sensation de petites tumeurs molles et sphériques.

IV. Le professeur Hergott (de Nancy), étudiant les *altérations pelviennes* causées directement par les lésions de la colonne lombaire, a distrait de la catégorie des bassins viciés par spondylolisthésis (glissement vertébral), créée par Kilian, les bassins viciés par spondylizème (affaissement vertébral).

A l'occasion de travaux récents sur ce sujet et en particulier de la thèse du Dr Fr. L. Neugebauer (*Zur Entwickelungs Geschichte des spondylolistichen Beckens und seiner Diagnose*. Dorpat, 1881), M. Hergott revient sur cette question, surtout au point de vue de la pathogénie. Dans son premier mémoire, il avait établi que le spondylisème est dû à une altération osseuse portant sur le corps de la vertèbre lombaire, d'où, à un moment donné, affaissement de cette vertèbre et production de la déformation du bassin. Dans les cas de spondylolisthésis, il pensait que la même altération, résultat d'un mal de Pott, attaquait surtout les arcs vertébraux et leurs apophyses articulaires, d'où glissement progressif en avant du corps de la vertèbre, cessant d'être maintenu en place, sous la pression du poids du corps.

Pour le spondylizème, la chose est évidente, et le mécanisme invoqué par M. Hergott est généralement admis. Il n'en est pas tout à fait de même pour la spondylolisthésis, qui est plus difficile à expliquer. Sans parler de la théorie de l'hydrorachis, invoquée par Lambl, et rejetée, preuves en main, par Neugebauer et Hergott, il faut signaler le rôle capital assigné par Neugebauer au traumatisme. Pour cet auteur, en effet, la spondylolisthésis est une déformation qui se produit sans l'intervention d'une inflammation osseuse; elle reconnaîtrait pour cause prédisposante l'action du poids du corps augmentée par de certaines conditions, fatigues, surcharges, grossesses répétées...; la cause efficiente serait quelquefois un défaut d'ossification d'un arc vertébral, mais *le plus souvent une fracture*.

M. Hergott ne partage pas complètement l'opinion de Neugebauer. Sans doute le traumatisme joue un rôle dans la genèse de la spondylolisthésis. On trouve bien dans les antécédents des malades des chutes, des douleurs lombaires, des travaux rudes, des grossesses pénibles..., toutes actions traumatiques ayant leur retentissement maximum dans la région lombo-sacrée. Mais, sous l'influence de ces causes, il se développe une inflammation osseuse chronique; par suite, l'os perd sa résistance et s'allonge, et le

© BIU Santé

corps vertébral, à la fin, glisse et tombe; à ce moment, peut-être avant, l'axe se morcelle, et la fracture n'est qu'un fait secondaire. La difformité ne se produit que lentement, et elle n'arrive à son summum que quand l'inflammation a accompli son œuvre modificatrice de la consistance de la vertèbre, devenue incapable de maintenir la continuité de la colonne lombaire.

V. Un grand nombre de moyens ont été indiqués et mis en pratique pour protéger le périnée pendant la période d'expulsion. M. Dumas, après les avoir passés en revue et montré que quelques-uns ne sont pas sans danger, et que presque tous ont l'inconvénient d'occuper les deux mains de l'accoucheur, décrit un procédé nouveau dont il n'a trouvé l'indication nulle part. Il se base sur cette remarque que, chez les primipares, lorsque la période d'expulsion dure depuis un certain temps, il se forme, au niveau de l'orifice vaginal qui résiste, une bosse séro-sanguine qui le dilate graduellement à la manière d'une poche des eaux; si bien que la tête, précédée d'une sorte de coin moins volumineux qu'elle distend progressivement le périnée et la vulve, et les franchit quelquefois sans déchirure. Or, « la *dilatation prœfœtale de la vulve* a précisément pour but d'exercer cette action dilatatrice en avant de la tête, en soumettant l'orifice vaginal à une distension opérée avec un corps moins volumineux que cette partie fœtale ». Au moment où l'occiput atteint l'extrémité inférieure du vagin, l'auteur conseille d'introduire dans le vagin les trois premiers doigts de la main droite préalablement graissés, et de distendre légèrement avec eux les bords de la vulve. Une fois arrivés sur la tête, ces doigts sont écartés et glissés doucement entre elle et l'orifice vaginal, ce qui n'est point douloureux pour la femme si l'on a soin d'opérer entre deux contractions. C'est là un véritable *trépied digital* qui agit à la manière d'un coin dont la base est appliquée sur la tête; le sommet du coin maintient l'orifice vaginal écarté de la partie fœtale et le distend un peu au-devant d'elle. A chaque contraction nouvelle, l'orifice se dilate davantage; en même temps, les doigts résistent à la pression de la tête et l'empêchent de sortir trop vite. La contraction terminée, on réintroduit plus profondément les doigts et on élargit ainsi la base du cône. Cette manœuvre met le périnée à l'abri de toute pression fâcheuse de la part de la région frontale; on la continue jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une dilatation suffisante de l'orifice vaginal et à l'ampliation complète du périnée. Au moment où le front se dégage, les doigts laissés en place l'accompagnent en résistant doucement pour que le passage du diamètre sous-occipito-frontal s'opère aussi lentement que possible.

Le procédé de M. Dumas, employé par lui avec succès, paraît rationnel et mérite d'être expérimenté. Il favorise en effet la dilation de l'orifice vaginal, si souvent résistant chez les primipares, ainsi que l'a montré M. Budin, et il détermine l'ampliation progressive de la vulve et du périnée, tout en s'opposant à la sortie trop brusque de la tête. Non seulement on prévient ainsi les déchirures du périnée, mais la période d'expulsion se trouve considérablement raccourcie, et l'auteur pense que l'emploi de sa manœuvre suprimera bien des applications de forceps faites pour une prétendue résistance du périnée.

VI. L'opération de Porro doit-elle supplanter définitivement l'ancienne section césarienne et conserver le nom d'opération césarienne moderne que lui a donné Müller? La plupart des accoucheurs allemands, Schröder, Hecker, Franck, Sänger, etc., ne le pensent pas. Tous ces auteurs tendent à réserver l'opération de Porro pour des cas rares et spéciaux, et à revenir à l'opération césarienne simple, qui ne mutile pas les femmes. Garrigues exprime le même avis, et c'est à l'étude du manuel opératoire de cette section césarienne telle qu'elle doit être faite pour offrir les meilleurs chances de succès, qu'il consacre presque exclusivement son intéressant mémoire.

Sans vouloir suivre l'auteur dans tous les détails, nous nous arrêterons surtout à certaines modifications opératoires qu'il considère comme capitales. Ce sont en particulier : l'emploi de la méthode antiseptique, l'application d'un lien constricteur autour du col de l'utérus pendant une partie de l'opération, enfin la pose de sutures pour fermer la plaie utérine.

L'opération césarienne doit d'abord être faite d'après les règles de la méthode antiseptique la plus rigoureuse. C'est à cette condition seule qu'on pourra comparer ses résultats à ceux de l'amputation utéro-ovarique, dont les succès sont dus surtout à l'antisepsie. L'auteur n'a pu réunir que 12 cas où l'opération césarienne a été faite antiseptiquement; mais sur ces 12 cas, il y a eu 8 guérisons, et ce chiffre suffit pour prouver l'efficacité de la méthode antiseptique.

Au cours de l'opération, lorsque la paroi abdominale a été incisée et que l'utérus est mis à nu, c'est alors qu'il faut entourer les ligaments larges et le col d'un lien constricteur. Seulement, au lieu d'attirer pour cela l'utérus gravide hors de l'abdomen, comme le veut Müller, Garrigues conseille de laisser l'organe en place et de passer derrière lui, à l'aide d'une sonde courbe, un tube de caoutchouc dont les deux chefs sont ramenés en avant et fixés l'un à l'autre. Le col se trouve ainsi entouré d'une forte ligature, qu'on peut serrer plus ou moins, et qui va s'opposer à toute hémorrhagie, lorsque la cavité utérine sera ouverte.

L'utérus incisé, le fœtus et le placenta extraits, reste l'application des sutures sur l'utérus. L'auteur y attache une grande importance, et il se base sur les raisons suivantes : Si on ne met pas de sutures, on s'expose à ce que la plaie utérine reste entr'ouverte et que les lochies coulent dans le péritoine. Or, on sait d'une part que le tissu utérin peut se réunir par première intention; et, d'autre part, il est prouvé que des sutures peuvent rester dans la cavité abdominale, sans causer d'accidents (Polin, Baker, Brown, Lungren). De plus, c'est à tort qu'on a accusé les sutures de se relâcher et de devenir inutiles à cause du retrait de l'utérus et de la dégénérescence graisseuse de ses parois; car l'auteur a pu s'assurer, à l'aide du microscope, que cette dégénérescence graisseuse ne commence pas avant le troisième jour, et, à ce moment, la réunion des lèvres de la plaie est un fait accompli. Enfin, quand on ne suture pas l'utérus, la cicatrice qui se produit reste mince et susceptible de se rompre pendant des grossesses ultérieures.

Pour tous ces motifs, la suture de l'utérus est nécessaire. Elle doit être faite avec le plus grand soin et de la façon suivante : On se servira de fils d'argent ou mieux de soie phéniquée, et l'on devra mettre des fils superficiels et des fils profonds, en nombre variable, mais toujours assez considérable. Les sutures profondes comprendront toute l'épaisseur des parois utérines, sauf la muqueuse, qui ne devra point être intéressée; de cette façon, les fils ne pénétrant point dans la cavité utérine, ne pourront servir de trajet à l'infection. Les sutures superficielles ne comprendront que le péritoine et une très petite épaisseur de la musculeuse; les deux lèvres de la séreuse devront être soigneusement adossées l'une à l'autre; si leur accolement est difficile ou impossible, on aura recours au procédé de Sänger, qui consiste à décoller un peu le péritoine de chaque côté de la plaie, et à exciser au-dessous de la partie décollée une petite tranche de tissu musculaire; de cette façon, les deux bords de la séreuse pourront être facilement rapprochés, renversés dans la plaie, adossés et suturés sans tiraillement.

Une fois l'utérus ainsi fermé, on retire le lien constricteur qui entourait le col, et on surveille alors la rétraction de l'organe, en se tenant prêt à agir contre l'hémorrhagie à l'aide des moyens appropriés. La paroi abdominale est suturée à son tour; on ne drainera le péritoine que dans des cas exceptionnels, et on emploira alors le drainage capillaire de Hégar.

Les autres détails opératoires : pansement, drainage utéro-vaginal, soins consécutifs, n'offrent rien de spécial, et nous n'y insisterons pas. Ch. Maygrier.

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

L'Eau oxygénée. Son emploi en chirurgie; par M. le Dr L. Larrivé. Thèse de Paris, 1883. — Coccoz, libraire-éditeur (1).

L'auteur expose d'abord le mode de préparation de l'eau oxygénée, puis les expériences faites sur les propriétés antiseptiques de ce produit par le Dr Baldy et par MM. P. Bert et Regnard. Rappelant ensuite ce qui a été dit relativement à l'action topique de l'oxygène dans le traitement de la gangrène des extrémités et de l'asphyxie locale et dans le pansement des plaies, il montre que l'eau oxygénée offre au chirurgien un moyen commode pour réaliser l'application de ces données, qui étaient restées à peu près stériles jusqu'à présent, en raison des difficultés que présentait dans la pratique l'emploi des bains d'oxygène. Il préconise l'eau oxygénée, non seulement comme un agent excitant, mais encore et surtout comme un agent parasiticide énergique. Il conseille d'employer pour les pansements l'eau oxygénée contenant seulement 6 à 7 volumes d'oxygène pour 1 volume d'eau, et étendue d'une égale quantité d'eau pure; d'ailleurs, on peut, en ajoutant une quantité d'eau plus considérable, faire varier à volonté, suivant la convenance des cas, la teneur du liquide en oxygène. Pour les plaies récentes, l'eau oxygénée doit être employée très diluée, dans la crainte d'une réaction trop vive; le titre du liquide employé doit être alors de 1/2 volume à 1 volume au plus d'oxygène. Au bout de 5 ou 6 jours, on pourra augmenter progressivement la force du liquide jusqu'au titre de 6 volumes d'oxygène. Cette dose peut être considérée comme un maximum qu'on n'aura qu'exceptionnellement besoin de dépasser; cependant l'auteur a utilisé plusieurs fois avec avantage, pour le pansement de plaies anciennes, atones, ou de vieux ulcères, de l'eau oxygénée à 10 volumes. L'eau oxygénée s'emploie comme les autres liquides à pansement; les pièces de pansement doivent être recouvertes d'un large morceau de taffetas gommé et d'une épaisse couche d'ouate plus ou moins serrée par des bandes, afin d'éviter une évaporation trop rapide; les pansements sont renouvelés toutes les 24 heures, sauf dans les cas de suppuration abondante et fétide, où il faut les refaire à intervalles moins éloignés. L'eau oxygénée peut être avantageusement employée en injections dans les cavités suppurantes; mais il faut alors se servir d'un liquide très dilué; l'eau oxygénée subit, en effet, au contact des plaies, ce que l'on a appelé *sa fermentation*, c'est-à-dire qu'elle abandonne rapidement une quantité considérable d'oxygène, et l'on conçoit les inconvénients que ce phénomène pourrait entraîner à sa suite, s'il venait à se produire dans une cavité qui ne fût pas largement et librement en communication avec l'extérieur. Une série d'observations intéressantes, les unes communiquées par le Dr Baldy ou par le Dr Brochin, les autres recueillies par l'auteur dans le service de M. Péan à St-Louis, viennent confirmer ses assertions favorables relatives à ce nouvel agent thérapeutique. La plupart de ces observations ont trait à des plaies récentes ou anciennes, accidentelles ou opératoires, à des phlegmons, à des abcès, à des ulcères anciens; d'autres nous montrent l'eau oxygénée agissant favorablement, ici sous forme d'injections dans une vessie atteinte de catarrhe, là sous forme de badigeonnages et d'injections dans deux cas de diphthérie, et enfin en lavages et en applications dans un cas d'ophthalmie purulente.

Jusqu'à présent, malgré le nombre déjà considérable des expériences faites, l'emploi de l'eau oxygénée n'a donné lieu à aucun accident, et le Dr Larrivé ne manque pas de rappeler, pour les mettre en opposition avec cette innocuité, les cas malheureux dans lesquels l'acide phénique a donné lieu à des phénomènes d'intoxication plus ou moins graves. Considérant, d'autre part, la puissance antiseptique de l'eau oxygénée et l'avantage qu'elle a d'être inodore, il semble vouloir la substituer à l'acide phénique dans tous les cas où celui-ci trouve son application. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer tout ce qu'il y a d'exagéré dans cette conclusion du travail qui nous occupe.

(1) Voir sur ce sujet *Progrès médical* 1883, p. 491.

De l'eau oxygénée. Sa préparation à l'état de pureté. Ses applications à la chirurgie et à la médecine; par M. le Dr Baldy. Paris 1883. Ad. Delahaye et Lecrosnier, libraires-éditeurs.

Quelque temps après la publication de la thèse du Dr Larrivé, le Dr Baldy, auquel revient l'honneur des premières applications de l'eau oxygénée à la thérapeutique chirurgicale, a fait paraître un important mémoire destiné à faire connaître les résultats des recherches qu'il poursuivait patiemment, depuis plusieurs années déjà, sur ce nouvel agent d'antisepsie. Dans la première partie de ce travail, l'auteur expose ses recherches sur la préparation de l'eau oxygénée, et indique sommairement les précautions à la faveur desquelles il est parvenu à obtenir, à un prix relativement modéré, de l'eau oxygénée suffisamment pure et suffisamment stable. Il raconte, chemin faisant, comment il fut amené à étudier l'applicatien de l'eau oxygénée à la thérapeutique et quelles furent les premières observations qui l'encouragèrent dans cette étude. La seconde partie du mémoire est consacrée à un rapide coup d'œil sur la question des germes, et au détail d'un certain nombre d'expériences de laboratoire sur les propriétés antiseptiques de l'eau oxygénée. La troisième partie, la plus étendue et la plus intéressante pour le clinicien, a trait au mode d'emploi et aux diverses applications de l'eau oxygénée en thérapeutique, et comprend 25 observations d'affections très diverses dans le traitement desquelles cette préparation a été employée avec les plus heureux résultats. Nous n'avons pas à revenir sur le mode d'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie, ayant résumé plus haut ce qu'en dit le Dr Larrivé, d'après l'expérience du Dr Baldy et d'après ses observations personnelles.

Le Dr Baldy signale, en terminant son très intéressant et consciencieux travail, quelques applications nouvelles et heureuses du produit qu'il préconise : ainsi l'eau oxygénée a été employée avec avantage par M. Vidal dans le traitement de l'herpès circiné et du pityriasis, par M. De Sinéty dans le traitement de la vaginite, par M. Voisin dans le traitement du diabète. Dans ce dernier cas, l'eau oxygénée a été administrée à l'intérieur (eau oxygénée à 8 volumes), à la dose de 1 à 6 cuillerées par 24 heures, soit de 5 à 30 grammes, en dilution dans un demi-litre d'eau. M. Baldy continue d'ailleurs ses expériences, et il se propose de s'occuper plus spécialement, dans un prochain mémoire, des applications de l'eau oxygénée à la pratique médicale.

Dr Ch. H. Petit Vendol.

Leçons cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose parasitaire, faites à la clinique de la Pitié, par M. le Dr Debove, recueillies par M. le Dr Faisans, chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884, in-8 de 92 pages (1).

M. Debove vient de réunir ces leçons, publiées dans le *Progrès médical*, en un livre qui est un acte de courage. Il ne craint pas de dire tout haut, et dans l'un des amphithéâtres de la Faculté, ce que beaucoup pensent tout bas, mais n'osent proclamer catégoriquement. On craint de céder à l'engouement pour les doctrines nouvelles, on ne voudrait pas s'exposer au reproche de voir partout des bacilles; les médecins du Nord et du Centre ont si longtemps plaisanté les peuples méridionaux qui brûlent les habits des phtisiques et désinfectent à fond la chambre où est mort un tuberculeux, qu'on se borne à laisser entendre que la tuberculose pourrait bien être contagieuse; on se garde de le déclarer et de conformer sa conduite à cette opinion. M. Debove ne connaît ni ces réserves ni ces restrictions; dès la première ligne de son livre, il nous déclare qu'il est *microbien;* pour lui, Villemin a démontré que la tuberculose est une maladie virulente et inoculable, et Koch qu'elle est parasitaire. Il n'hésite pas à aller jusqu'au bout : la

(1) Nous empruntons cet article bibliographique à la *Revue d'hygiène*.

© BIU Santé

tuberculose est une maladie contagieuse, parasitaire, et nul ne devient tuberculeux s'il ne reçoit dans l'intérieur le germe de la maladie; la contagion est facilitée par des conditions qui préparent le terrain et facilitent la pénétration du germe.

Le bacille tuberculeux ne se multiplie qu'à une température de + 30 à 40°; il ne pullule donc que dans le corps de l'homme; mais le germe peut continuer à croître à l'air extérieur, et y conserver longtemps sa vitalité avant de trouver dans l'organisme des conditions favorables à sa culture. M. Debove ne peut pas plus admettre de phtisie spontanée, qu'il ne peut admettre la génération spontanée de son parasite; or, sans parasite, pas de tuberculose.

La contagion se fait surtout par les voies respiratoires, au moyen de l'urine, les matières fécales des phtisiques, le pus des abcès osseux ou ganglionnaires provenant de sujets tuberculeux, mais surtout par les crachats desséchés des phtisiques, formant une poussière que chaque balayage des parquets soulève au voisinage d'un phtisique. La transmission se fait aussi, fort souvent sans doute, par l'ingestion d'aliments provenant d'animaux tuberculeux; dans ces cas, la maladie débute par l'abdomen, de même qu'elle débute le plus souvent par le poumon, parce que la contagion par les voies respiratoires est celle qui nous menace à tout instant. M. Debove ne considère que comme une hypothèse ingénieuse la contagion directe par la voie des organes génitaux (Verneuil), surtout quand la tuberculose a débuté par le testicule. Il cite un certain nombre de cas de contagion matrimoniale observés sur des malades en traitement à l'hôpital; la contamination a pu se faire dans ce cas par des voies très multiples. Parmi beaucoup de cas de contagion qu'il emprunte à divers auteurs, nous relevons celui d'un soldat, réformé pour tuberculose, qui revient au village, meurt dans la famille, et infecte successivement son père, sa mère, ses deux frères, une voisine qui soignait le père et qui contagionne à son tour son mari. Tous meurent phtisiques, après avoir joui d'une bonne santé jusqu'à l'arrivée du fils tuberculeux dans la maison paternelle (Bergeret, d'Arbois).

M. Debove croit que le séjour prolongé à l'hôpital et que le voisinage des phtisiques est une cause fréquente de tuberculose dans les salles des hôpitaux. « La phtisie, dit-il, est d'une fréquence extrême chez les sujets atteints de maladie chronique qui ont dû séjourner longtemps dans les hôpitaux et hospices. C'est elle, d'ordinaire, qui met un terme à des maladies de longue durée, telles que la paraplégie, les hémiplégies, les ataxies locomotrices, les sclérooses en plaque, etc. Nous pouvons affirmer, en nous appuyant sur notre pratique de Bicêtre, que rien n'est plus fréquent que la phtisie des infirmes qui peuplent cet établissement. » Les infirmiers fournissent un chiffre de phtisiques considérable; il y a déjà bien longtemps qu'on le remarque; ils sont doublement exposés à la contagion: par le contact avec les malades et, la nuit, en couchant dans le même dortoir que leurs camarades déjà contagionnés. A Bicêtre, il est non pas frappé, mais effrayé du chiffre de phtisies fournies par le personnel; il y a là, dit-il, un véritable danger qui, un jour, éveillera l'attention et conduira à la suppression des dortoirs pour les infirmiers, et à leur remplacement par des chambres. Notre collègue ne connaît pas de statistiques faites à ce point de vue dans les hôpitaux civils; mais il constate que les infirmiers militaires ont une mortalité phtisique de 4,4 0/0, alors que les autres soldats de l'armée n'ont que la proportion de 2,2 0/0.

Nous sommes frappé du désaccord qui existe entre l'appréciation de M. Debove et les résultats de l'enquête faite récemment par la commission anglaise sur la fréquence de la tuberculose parmi le personnel de l'hôpital des phtisiques de Brompton. Nous avons déjà analysé (*Revue d'hygiène*, 1883, page 260) cette curieuse statistique. L'hôpital existe depuis 1840, le nombre des lits est depuis longtemps de 240 : les trois quarts sont occupés par des tuberculeux, les autres par des pleurétiques, des catarrheux, etc. L'enquête a porté sur les médecins, aides de clinique résidants, sur les surveillants et surveillantes, infirmiers, domestiques et portiers, etc. Sur un total de 377 personnes, dont 64 seulement ne résidaient pas en permanence dans l'hôpital, c'est à peine si l'on peut attribuer à la contagion 2 à 3 cas de phtisie. C'est bien peu, assurément, et bien différent de ce que M. Debove a observé à Bicêtre. Aussi nous semble-t-il nécessaire qu'une enquête sérieuse soit faite en France par les soins du corps médical français, et dans la séance du 25 janvier dernier, nous sollicitions la *Société médicale des hôpitaux* de prendre l'initiative d'une telle enquête, à l'imitation de ce que font en ce moment l'Angleterre et l'Allemagne.

Dans la recherche de l'étiologie, on attribue parfois à l'hérédité ce qui n'est pas autre chose que la transmission par la cohabitation familiale; la vie en commun dans un même appartement, parfois dans la même chambre à coucher, peut expliquer certains cas de tuberculose se succédant dans la famille. En outre, quand on songe que sur 100 décès de jeunes gens et d'adultes, il y en a 30 causés par la tuberculose, il est difficile de faire la part de l'hérédité, puisque sur 10 parents, il doit y en avoir 2 en moyenne qui sont morts tuberculeux. M. Debove discute en outre la question de savoir si les parents transmettent la prédisposition, c'est-à-dire le terrain, ou bien le germe lui-même, c'est-à-dire la maladie; MM. Landouzy et H. Martin viennent de trancher la question dans ce dernier sens. D'ailleurs, les mauvaises conditions hygiéniques, l'inanition, la misère physiologique augmentent la prédisposition et favorisent sans doute la culture du germe tuberculeux.

Mais, ce qui favorise au plus haut point la contagion, ce sont les inflammations simples des voies respiratoires : le préjugé populaire sur l'influence des *rhumes négligés* est tout à fait fondé. Les bronchites simples ou deutéropathiques, la rougeole, la coqueluche produisent des effractions de la muqueuse respiratoire : c'est la porte d'entrée du germe virulent. C'est pour cette catégorie de malades que le séjour à l'hôpital est très dangereux, parce que le germe tuberculeux s'y trouve en permanence. Jamais on ne doit conserver de convalescent de rougeole à l'hôpital; dans la clientèle privée, les médecins voient bien plus rarement que dans les hôpitaux la tuberculisation être provoquée par la rougeole. La bronchite est dangereuse à ce point de vue non seulement pour les sujets exempts encore de tuberculose, mais pour ceux chez lesquels la lésion existe en des points limités de la poitrine; ces poussées bronchitiques favorisent l'auto-inoculation, disséminent la maladie, transportent les bacilles dans des parties jusque-là respectées de l'arbre bronchique. De même, les crachats des phtisiques engendre souvent par inoculation les phtisies laryngées, dès qu'une inflammation banale a détruit la couche épithéliale et permis l'infection par les points dénudés. L'on a depuis longtemps attribué à la déglutition des crachats les ulcérations intestinales chez les phtisiques.

M. Debove, à l'occasion du traitement et de la prophylaxie, aborde la difficile question de l'isolement des tuberculeux dans des salles spéciales des hôpitaux généraux, ou même dans des hôpitaux spéciaux. En définitive, il croit qu'un hôpital de phtisiques aurait bientôt la réputation d'être l'antichambre de l'amphithéâtre et que les malades se refuseraient à y entrer. Il ne semble pas que pareille répugnance se manifeste pour l'hôpital des phtisiques à Brompton. Nous regrettons que M. Debove n'ait pas profité de l'occasion pour préconiser l'établissement sur le littoral méditerranéen, entre Toulon et Vintimille, d'un hospice affecté spécialement aux tuberculeux; ces derniers y trouveraient le bénéfice du climat, de la pureté de l'air, de la distraction même; la différence du prix de la journée d'hôpital couvrirait et bien au delà les frais de transport, et les hôpitaux de Paris, réservés pour des affections à courte échéance, seraient débarrassés d'une source de dangers que nous ne méconnaissons pas, sans pourtant les exagérer.

M. Debove reconnaît d'ailleurs très justement qu'avec des précautions assez simples, on peut écarter ces dangers même en conservant des phtisiques dans les salles com-

© BIU Santé

munes d'un hôpital : désinfection rigoureuse des crachoirs, substitution aux parquets de dallage d'ardoises faciles à laver; suppression des rideaux de lits et de fenêtres; substitution, au balayage qui déplace des poussières dangereuses, de l'enlèvement avec des linges humides, etc. Il aurait pu ajouter : désinfection périodique et fréquente des salles des hôpitaux, des casernes, etc., soit par la combustion du soufre, soit par les agents plus énergiques comme les oxydes nitreux, les vapeurs d'acide chlorhydrique, etc. Les vêtements, la literie, l'ameublement des chambres, ayant servi à des phtisiques, doivent être également l'objet d'une désinfection sérieuse.

M. Debove ne dit qu'un mot du danger de la tuberculisation par le fait de l'alimentation à l'aide de la viande ou du lait des animaux tuberculeux; il insiste sur la nécessité de n'user que de lait bouilli, et les expériences de M. Hipp. Martin que nous analysons plus loin montrent combien nous avions raison de commencer, dès 1878, notre campagne contre le danger du lait au point de vue de la tuberculose (Vallin, *le lait des vaches phtisiques peut-il transmettre la tuberculose? Annales d'hygiène*, 1878, t. 50e, p. 15.). Il est aussi une médication que nous regrettons de ne pas trouver mentionnée et appréciée dans l'excellent livre de M. Debove, ce sont les inhalations antiseptiques, qui tiennent en ce moment une si grande place dans les préoccupations et la pratique des médecins anglais, allemands, italiens. Depuis trois ans, il se fait dans cette direction une sorte de campagne dont l'écho s'est à peine fait sentir en France. On comprend aisément que dans la patrie de Lister, on soit arrivé à considérer la caverne tuberculeuse comme une plaie exposée, qu'il fallait défendre de toute infection par un pansement antiseptique, comme s'il s'agissait d'un abcès ossifluent ou d'une articulation ouverte à l'extérieur. L'idée est séduisante, les inhalateurs et les substances antiseptiques employées varient extraordinairement (créosote, thymol, phénol, iodoforme, etc.), et les résultats annoncés par des observateurs sérieux paraissent satisfaisants. Ajoutons que ces inhalations antiseptiques sont peut-être un moyen de diminuer le danger, quelle qu'en soit la mesure, de propagation de la maladie à l'entourage des tuberculeux, et que, théoriquement du moins, cette médication se justifie par ce que nous soupçonnons de la pathogénie et de la nature de la maladie.

Tel est ce livre, dont la lecture est agréable et facile, et qui représente en quelque sorte les idées avancées en matière de tuberculose. Ces idées ne sont pas loin d'être les nôtres, et nous ne différons de notre savant collègue que par des réserves et une hésitation plus grandes. Comment ne pas être enclin à admettre la contagion, en face d'une maladie que ni le bien-être, ni la civilisation, ni les progrès de l'hygiène ne font reculer, et qui enlève chaque année le tiers de la population à l'âge de la production? Nous n'osons aller jusqu'à dire, avec M. Debove, que la tuberculose étant parasitaire et inoculable, elle ne peut, dans aucun cas, naître autrement que par contagion et par transmission d'un individu malade à un individu sain. Mais, au point de vue de la pratique — et le livre de M. Debove est écrit non moins pour les praticiens que pour les hommes d'études, — ces différences importent peu. Les *leçons sur la tuberculose* sont destinées à vulgariser des idées qui seront probablement classiques dans un petit nombre d'années; on y trouve, en particulier dans les chapitres consacrés à l'anatomie pathologique et à la technique de la recherche des bacilles, l'esprit scientifique et rigoureux de notre distingué collègue, et nous ne saurions conseiller une meilleure lecture à ceux qui n'ont pu suivre attentivement les brillantes découvertes faites en ces dernières années sur la tuberculose.

F. VALLIN.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 8 juin 1884, à Liancourt-le-Vivray et Chaumont-en-Vexin. Rendez-vous à la gare Saint-Lazare, où l'on prendra à 6 h. 5 du matin le train pour Liancourt-Saint-Pierre. Rentrée à Paris, à 5 h. 35. — N. B. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de géologie, avant samedi soir à 4 heures.

THÉRAPEUTIQUE

Médication martiale d'après les travaux scientifiques les plus récents.

« Le fer, dit le professeur Hayem (1), est un des principes les plus importants de l'organisme et le seul métal dont la présence soit indispensable au maintien de la vie. Il existe dans toutes les parties de l'économie, mais nulle part il n'acquiert autant d'importance que dans le sang. » Le sang d'un individu bien portant contient approximativement 3 grammes de fer, et lorsqu'il vient à diminuer, il y a dépérissement, l'appétit disparaît, les forces s'affaiblissent, le sang perd sa belle couleur naturelle et toutes ses qualités.

Dans un grand nombre de maladies telles que l'anémie, la chlorose, les hémorrhagies, la débilité, etc., il arrive parfois que le sang a perdu la moitié de son fer et pour guérir ces maladies, il faut absolument restituer au sang le fer qui lui manque.

Le problème à résoudre était de trouver une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir pour pénétrer dans l'organisme sans fatiguer les voies digestives et sans rien enlever des qualités essentielles du suc gastrique (2). Le Dr Rabuteau (3) a résolu le problème en préparant des dragées contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire.

Ces dragées contiennent chacune, très exactement, vingt-cinq milligrammes de sel ferreux; elles doivent être prises à la dose de 2 à 3, matin et soir aux repas.

Les ingénieux appareils imaginés par les professeurs Potain, Hayem et Malassez, pour l'examen microscopique du sang (4), ont permis aux médecins d'étudier comparativement la valeur des divers ferrugineux. Il résulte de ces études comparatives que le véritable fer Rabuteau est le plus physiologique de tous les ferrugineux, puisqu'il présente le fer sous la forme la plus normale pour pénétrer dans le sang et y être complètement assimilé. En outre, n'étant ni styptique, ni caustique, et ne possédant aucune action coagulante et constrictive sur la muqueuse gastro-intestinale, ce ferrugineux ne provoque ni constipation, ni diarrhée; comme il ne demande pour être absorbé aucun travail, il ne détermine jamais la pesanteur d'estomac, ni les accidents gastralgiques et dyspeptiques inhérents aux autres préparations.

Les effets thérapeutiques sont rapides et énergiques, chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres, atteintes d'un état chloro-anémique persistant depuis longtemps, et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, les dragées de fer Rabuteau, prises à la dose de 4 par jour, ramenèrent en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce fer n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique pour être rendu assimilable. Dans les chloro-anémies graves où le suc gastrique est très pauvre en acide chlorhydrique, les effets sont remarquables.

En résumé, les études comparatives et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris, ont démontré que la médication martiale par le fer Rabuteau est la plus rationnelle de la thérapeutique.

(1) G. Hayem, professeur à la Faculté de Médecine de Paris : *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang*. Paris, 1878. *Leçons de thérapeutique*. Paris, 1880.

(2) Ch. Richet. — *Du suc gastrique chez l'homme et les animaux*. Paris, 1878.

(3) A. Rabuteau. — *Traité de thérapeutique et pharmacologie*. Paris, 1884.

(4) Robert Moriez. — *La Chlorose* (thèse d'agrégation). Paris, 1880.

© BIU Santé

VARIA

Les obsèques du Dr Blondeau.

« Hier, dit la *Justice* du 1er juin, ont eu lieu, au cimetière d'Ivry, les obsèques civiles du docteur Blondeau, ancien candidat aux élections municipales de 1883, dans le cinquième arrondissement.

« Une affluence considérable de citoyens se pressaient autour du char funèbre, littéralement couvert de couronnes, parmi lesquelles on remarquait surtout celle du comité radical socialiste, qui avait soutenu sa candidature dans l'arrondissement.

« Nous avons remarqué les citoyens Bourneville et Talandier, députés de Paris; Collin, Robinet, Pichon, Michelin, conseillers municipaux; Jules Dumesnil, Arthur Mercier, A. Callet, les docteurs Magnan, Bouchereau, Quesneville, Pouillet, Deschamps, Gervais, Garan de Balzan, Deffaux, Montus, etc.; le directeur de Bicêtre, le directeur et l'économe de l'hospice de la Salpêtrière, une délégation des infirmiers et infirmières laïques, le comité radical socialiste de l'arrondissement au grand complet, la Libre-pensée du cinquième arrondissement, l'Alliance radicale socialiste; Mmes Kéva, Cheminat; les citoyens Jeanmaire, Saint-Martin, Avronsart, Cinqualbre, Delcourt, Turin, Bossée, Leclerc, Hamont, Belin, etc.; la rédaction du *Progrès médical* au grand complet.

« Sur la tombe du défunt ont été prononcés divers discours que l'insuffisance de place nous oblige à résumer. Au nom de la *Libre-pensée du Ve arrondissement*, le citoyen Schacre a prononcé les paroles suivantes:

Citoyennes et citoyens,

Au nom du Groupe de la libre-pensée du cinquième arrondissement, nous venons à notre tour rendre hommage à la mémoire du citoyen Blondeau. Il était des nôtres. Depuis sa première jeunesse jusqu'à sa mort si prématurée, il a combattu les préjugés, les superstitions et le fanatisme religieux comme des maladies morales plus terribles et plus funestes à l'humanité que les épidémies physiques les plus meurtrières...

Comme conférencier plein de verve et nourri de faits, comme collaborateur du citoyen Bourneville, qui a tant travaillé à la laïcisation des hôpitaux et auquel les vieillards de Bicêtre doivent l'initiative d'un groupe de la libre-pensée, à l'hospice même; comme professeur des écoles municipales d'infirmières, le citoyen Blondeau a rendu de grands services à la liberté de conscience. — L'homme disparaît; c'est la loi de nature, mais l'œuvre reste et c'est là la seule récompense à laquelle puissent aspirer les hommes sans orgueil et sans illusions qui ne croient ni à la vie future, ni même à la gloire et qui n'ont d'autre culte que le bonheur de l'humanité.

... Quand le savant, le médecin est doublé, comme l'était le citoyen Blondeau, d'un vrai soldat, d'un lutteur toujours mêlé aux agitations du forum, toujours prêt à défendre la République, on peut dire que celui-là est un citoyen et on le regrette comme on regrette les braves qui meurent avant l'âge, alors que l'on comptait sur eux pour de nouveaux combats.

Salut, citoyen Blondeau, toutes tes paroles, tous tes écrits, tous tes actes ont été ceux d'un libre penseur, d'un républicain. C'est le plus bel éloge que l'on puisse faire de toi; c'est le seul digne de la grande cause que tu as servie.

Vive la libre-pensée! Vive la République!

« Le citoyen Deschamps, au nom de l'*Alliance radicale socialiste* du cinquième arrondissement, rappelle les services rendus à la République par Blondeau; il loue son éloquence persuasive, la fermeté de ses convictions, son ardeur dans toutes les campagnes contre les ennemis du radicalisme et de la libre-pensée.

On pouvait le suivre, jamais le précéder. Il était toujours au premier rang, ne considérant pas si l'ardeur qu'il mettait à défendre nos principes pouvait lui être préjudiciable. Le devoir accompli suffisait à cet esprit supérieur. Comme tous les hommes courageux dévoués à leur parti, il avait ses détracteurs. On ne lui pardonnait pas d'avoir organisé le parti radical dans notre quartier, d'avoir défendu pied à pied dans le cinquième les libertés municipales de notre grande cité que nous saurons reconquérir et tous nos adversaires avaient déchaîné leur haine contre lui. Si cette haine doit être reversée sur nous, qui sommes décidés à être ses continuateurs, ce sera notre gloire. Car, comme lui et son maître Louis Blanc, dont il fut l'ami dévoué, nous penserons toujours comme il aimait le répéter: « Que si la République bien comprise est un moyen d'atteindre à la régénération sociale, elle ne vaudrait pas mieux qu'un gouvernement monarchique si elle ne faisait rien pour arracher ses victimes à l'ignorance et à la misère. »

« Notre ami, le citoyen S. Pichon, est venu rendre à son tour un hommage mérité aux vertus républicaines de Blondeau. Nous reproduisons ses paroles émues, qui ont fortement impressionné l'assistance.

Citoyens,

Je ne puis laisser fermer cette tombe sans dire un adieu suprême au citoyen, au républicain, à l'ami que nous pleurons.

J'ai connu Blondeau dans les jours d'épreuves, alors que la République, à peine sortie de la guerre étrangère et de la guerre civile, et imposée par la nation à la majorité du jour de malheur, avait à lutter incessamment contre les menaces des instigateurs de coups d'État. Il était alors tel qu'on l'a toujours connu depuis: démocrate actif, ardent, infatigable, donnant sans compter son temps, prodiguant et sa vigueur et son talent, et sa fière et généreuse éloquence pour la propagande républicaine. Il était du petit nombre de ceux qui, dans le cinquième arrondissement, avaient fait de l'amnistie leur cri de ralliement démocratique. Il pensait qu'à l'heure où la République, en proie à ses pires ennemis, se débattait contre la coalition éhontée des prétentions dynastiques, ce n'était pas trop pour assurer son triomphe de la présence de tous ses défenseurs.

Ceux qui ont entendu Blondeau dans les réunions publiques que daignait autoriser l'administration de cette triste époque; ceux qui ont vu l'ardeur avec laquelle il s'appliquait à la tâche d'union et de pacification de la démocratie; ceux qui ont été les témoins de ses efforts pour favoriser le groupement de toutes les forces républicaines, rendront à sa mémoire le témoignage que, si d'autres ont mis plus de renommée et plus d'éclat au service de la cause du progrès et de la justice, il en est peu qui lui aient consacré plus d'activité et de dévouement.

Plus tard, pendant le 16 Mai, lorsque suivant le mot d'un grand orateur, la France vit reparaître au gouvernement, ces hommes qui ne montrent leurs faces livides qu'aux heures sinistres de notre histoire, Blondeau se joignit aux républicains décidés qui, sans ostentation, ni forfanterie, s'apprêtaient simplement à faire leur devoir, quel que dût être le devoir.

Dans les élections de Louis Blanc, de Lanessan et de Bourneville, la chaude et communicative parole de l'organisateur du Comité radical socialiste du cinquième arrondissement ne fut pas étrangère aux victoires de la politique de principes sur la politique de compromissions et d'expédients. Car Blondeau n'était pas seulement attaché passionnément à la République, il voulait, en outre, qu'elle fût libérale, sociale, démocratique, qu'elle donnât satisfaction à tous les droits des citoyens, qu'elle ne méconnût aucune des revendications qui, après avoir honoré ses partisans dans la défaite, ont été désertées par ses gouvernants le jour du succès.

Il semble que de tels services devaient suffire pour assurer à celui qui les avait rendus la reconnaissance des citoyens qui avaient pu le juger à l'œuvre. Mais qui peut compter sur la justice des partis? Lorsque Blondeau fut désigné par ceux aux côtés desquels il avait si vaillamment combattu, pour aller représenter Paris à l'Hôtel-de-Ville, les jalousies qu'il avait suscitées, les envies qu'il avait fait naître se liguèrent pour empêcher qu'il reçût la récompense dont il avait su se rendre digne. Il fut calomnié par des adversaires qui ne pouvaient lui pardonner l'influence que ses luttes passées lui avaient acquise. Il n'a connu, de la vie publique, que les amertumes et les déboires; mais, je puis l'affirmer, moi qui ai été le témoin intime et attristé de ses déceptions imméritées: sûr de l'approbation de sa conscience, il n'a jamais eu de colère contre ceux qui se sont laissés égarer par les calomnies qui l'ont brisé.

Blondeau était de ceux que la destinée avait armés pour la défense des grands intérêts de l'humanité. Il est arraché à son parti, à ses amis, à sa famille par la fatalité d'une mort prématurée. Fatalité d'autant plus injuste et odieuse, que l'homme qui succombe à la peine, était de ceux qui avaient droit à l'honneur!

Adieu, cher et malheureux ami, si ton œuvre est incomplète et si la noble tâche que tu avais entreprise est inachevée, tu laisseras du moins le fortifiant souvenir d'un citoyen généreux, d'un républicain inflexible, d'un homme intègre, d'un ami solide et dévoué.

« Le citoyen Gérard, ouvrier peintre en bâtiments, est venu ensuite prononcer quelques paroles d'adieu au nom du Comité radical socialiste qui avait soutenu dans l'arrondissement la candidature de Blondeau.

« Puis le Dr Bourneville, député, ami intime du défunt, fait un récit très émouvant des services rendus par Blondeau dans sa carrière médicale, scientifique et politique. Il le montre participant sans relâche à l'organisation de l'enseignement, de l'assistance publique, de l'hygiène publique, appliqué à l'examen des questions sociales, ne cessant de se montrer fermement attaché aux idées démocratiques.

La mort, dit-il, a des brutalités affreuses. Elle frappe en aveugle, sans ménagement; aussi bien que les faibles, les plus vigoureux

© BIU Santé

n'échappent pas à ses coups. Elle nous prend Blondeau, dans la force de l'âge, dans la plénitude de ses facultés intellectuelles, à 37 ans !

C'est durant les luttes électorales de 1877, que nous avons connu Blondeau. Il faisait partie du groupe encore trop peu nombreux des étudiants qui ne se désintéressent pas des affaires publiques et qui, tout en poursuivant leurs études, ont à cœur de remplir leurs devoirs de citoyen, et ne craignent pas de prendre rang parmi les défenseurs de la démocratie républicaine.

La lutte terminée, Blondeau revint à la préparation de ses examens; nous eûmes alors l'occasion de lui être utile. Très sensible aux services qu'on lui rendait, Blondeau vint se mettre à notre disposition pour nous aider dans la rédaction du *Progrès médical*. Ses études achevées, en 1880, sa participation à la rédaction du Journal devint de plus en plus grande. Et, quelques mois après, il fut chargé des fonctions de Secrétaire de la rédaction, fonctions délicates qu'il a gardées jusqu'au commencement de la maladie cruelle qui devait nous l'enlever.

Comment il s'est acquitté de sa laborieuse tâche ? Tous nos amis le savent. Ils l'ont vu à l'œuvre pendant les dernières années ; ils ont été témoins de son zèle, de son activité ; ils savent aussi combien il poussait loin l'obligeance envers eux tous, se mettant tout à leur disposition pour les aider dans leurs recherches ; leur prêtant le concours le plus amical, sans jamais compter ; leur présence à cette triste cérémonie montre qu'ils ont gardé le souvenir de ces bonnes relations et témoigne de leur affection profonde pour notre pauvre ami.

D'ailleurs Blondeau trouvait dans le *Progrès médical* une tribune pour la défense de ses idées politiques. C'est ainsi qu'il a participé sans cesse à la défense des réformes réclamées dans l'organisation de l'enseignement supérieur, de l'Assistance publique, de l'hygiène publique. Dans l'examen de ces importantes questions qui font partie de l'ensemble des questions sociales, il n'a cessé de se montrer fidèle aux idées de progrès, aux idées démocratiques.

. . . . . .

Les revues sur l'hygiène qu'il a publiées soit dans le *Progrès médical*, soit dans l'*Année médicale*, ses bulletins relatifs aux questions d'organisation médicale, mettent en relief ses qualités d'écrivain et montrent combien il était soucieux de ne placer sous les yeux du public que des travaux réfléchis et soigneusement élaborés.

Le citoyen Bourneville achève son discours en ces termes :

Mais ce n'est pas seulement aux qualités de journaliste que possédait Blondeau que nous avons fait appel. Nous avons encore eu recours à lui pour l'enseignement des *Écoles municipales d'infirmières de la Salpêtrière, de Bicêtre, de la Pitié*, c'est-à-dire pour une œuvre à la fois démocratique et sociale. Là encore sans hésiter, il s'est mis généreusement à notre disposition. Et depuis 1878, jusqu'à cette année, il a fait dans les trois écoles son cours d'hygiène avec une habileté d'exposition, un talent de parole, qui lui ont mérité la reconnaissance des nombreuses élèves des trois écoles. . . . . .

Je ne parlerai pas des services exceptionnels qu'il a rendus durant les élections qui ont eu lieu depuis 1876 jusqu'en 1884, des services qu'il a rendus à la Bibliothèque populaire du Ve arrondissement, de ses discours dans les réunions publiques, de ses nombreuses conférences empreintes des sentiments républicains les plus sincères, du souffle patriotique le plus ardent, des amis viennent de vous en parler, — car c'est surtout au nom du *Progrès médical* que je viens te dire un dernier adieu. Mais en toi, ce n'est pas seulement un collaborateur actif, infatigable que je perds, c'est encore un ami fidèle qui, dans toutes les circonstances de ma carrière s'est montré prêt à tous les sacrifices.

Ces sacrifices, tu les faisais de tout cœur parce qu'il s'agissait en même temps de la défense des idées qui constituent le programme de la démocratie radicale, des idées qui ont inspiré toute ta vie. Tu les faisais en faveur du développement de la *Libre pensée*, dont tu étais l'un des adeptes les plus fervents.

Ton existence tout entière montre que tu as toujours été fidèle aux idées politiques qui nous sont communes, que tu n'as abandonné aucune des revendications d'autrefois; ta mort montre que, jusqu'à la fin, tu as été fidèle à tes opinions de libre-penseur.

Puisse le souvenir de ta mémoire, des services si nombreux que tu as rendus, inspirer de semblables dévouements.

Mon pauvre ami, adieu !

« Très fortement ému, le docteur a recueilli sur son passage les nombreuses marques de sympathie des assistants. A six heures, la triste cérémonie était terminée. »

Congrès international d'hygiène et de démographie.

5e Session. — La Haye, 21-27 août 1884.

Par suite du décès de son président, M. G. Kleijck, le comité d'organisation a nommé à la présidence M. W. H. de Beaufort, docteur en droit. Les Gouvernements étrangers ont été invités officiellement par le gouvernement des Pays-Bas à envoyer des délégués au Congrès, et plusieurs délégués ont déjà été nommés. — Des Comités se sont constitués dans plusieurs pays pour assurer la participation de leurs compatriotes au Congrès. La Compagnie pour l'exploitation des chemins de fer de l'Etat Néerlandais a bien voulu accorder une remise de 1/2 place (tarif plein à l'aller; retour gratuit) aux membres du Congrès. A cet effet, la Compagnie fera délivrer au titulaire une carte d'inscription du Congrès un billet d'aller et de retour spécial *essentiellement personnel* et valable du 17 au 31 août 1884. Les chemins de fer de l'Etat Belges et le Chemin de fer du Nord Français accorderont probablement la même faveur aux membres *inscrits* du Congrès. Il est spécialement recommandé aux membres étrangers du Congrès de ne pas trop tarder à se faire réserver un appartement dans un bon hôtel à La Haye. Messieurs les membres du Congrès, qui n'auront pas réussi à trouver un hôtel à leur gré avant le 1er juillet, pourront s'adresser au *Comité de logement* qui se mettra volontiers à leur disposition, mais qui ne saurait garantir le succès à une époque si tardive (1). Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées au secrétaire général, à Utrecht.

Organisation du Congrès. Président d'honneur : M. J. Heemskerk Az., Ministre de l'Intérieur des Pays-Bas.

Comité d'organisation : MM. W.-H. de Beaufort, docteur en droit, membre de la 1re Chambre des Etats-Généraux, *Président*. — T.-H. Blom Coster, docteur en médecine, La Haye, *Vice-président*. — H. van Cappelle, docteur en médecine, référendaire pour les affaires de police sanitaire au Ministère de l'Intérieur des Pays-Bas, La Haye, *Vice-président*. — Le Jhr. G. de Bosch Kemper, docteur en droit, Secrétaire général du Ministère du Waterstaat, du Commerce et de l'Industrie, La Haye, *Trésorier*. — G. van Overbeek de Meijer, professeur d'hygiène à l'Université d'Utrecht, *Secrétaire-général*. — L. van der Hoeven, docteur en médecine, La Haye, *Secrétaire*. — W.-J. de Meijer, docteur en médecine, médecin-principal de 3e classe de l'armée, Deventer, *Secrétaire*. W.-F.-U. Steyn Parvé, docteur en médecine, La Haye, *Secrétaire*.

Membres : MM. B. Carsten, docteur en médecine, inspecteur médical adjoint, pour la Hollande méridionale, La Haye. — J.-F. W. Conrad, inspecteur du Waterstaat président de l'Institut Royal des Ingénieurs, La Haye. — F.-C. Donders, professeur de physiologie à l'Université d'Utrecht. — F.-J. Dupont, docteur en médecine, Rotterdam — L.-J. Egeling, docteur en médecine, inspecteur médical pour la Hollande méridionale, La Haye. — A.-P. Fokker, professeur d'hygiène à l'Université de Groningue. — J. Forster, professeur d'hygiène à l'Université d'Amsterdam — Th. H. Mac Gillavry, professeur d'hygiène à l'Université de Leyde. — A.-A.-G. Guye, docteur en médecine, Amsterdam. — J. Menno Huizinga, médecin, Harlingue. — J. van Breda Kolff, docteur en médecine, médecin principal de 1re classe de l'armée des Pays-Bas, — F.-J. van Leent, docteur en médecine, médecin principal de 1re classe de la marine des Pays-Bas, Amsterdam. — J.-Th. Mouton, docteur en sciences naturelles, chimiste, La Haye. — Lodewijk Mulder, ancien inspecteur de l'enseignement primaire, La Haye. — J.-G. Patijn, docteur en droit, bourguemestre de La Haye. — W.-P. Ruijsch, médecin, inspecteur médical adjoint pour le Brabant et le Limbourg, Maastricht. — H. Snellen, professeur d'ophthalmologie à l'Université d'Utrecht. — J.-A. Snijders CJz., professeur de physique à l'Ecole polytechnique de Delft. — G.-P. van Tienhoven, docteur en médecine, médecin directeur de l'hôpital civil de La Haye. — G.-Th.-A. Wolterbeek Muller, docteur en médecine, La Haye.

Comité des fêtes. MM. J.-G. Patijn, B. Carsten et G.-Th.-A. Wolterbeek Muller.

Comité de réception. MM. J.-G. Patijn, bourguemestre de La Haye. *Président d'honneur*. — W.-H. de Beaufort. *Président*. — T.-H. Blom Coster et H. van Cappelle. *Vice-présidents*. — Le Jhr. G. de Bosch Kemper. *Trésorier*. — G. van Overbeek de Meijer et F.-A. Ingenhousz. *Secrétaires*.

Membres : MM. le Comte C.-J.-E. van Bylandt, docteur en droit, membre député des états provinciaux de la Hollande méridionale. — B. Carsten, membre du Comité d'organisation. — J. Coert, docteur en médecine, La Haye. — N.-B. Donkersloot, docteur en médecine, Rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, La Haye. — J. van Dooremaal, docteur en médecine, La Haye. —

(1) Des Hôtels très recommandables sont : *à la Haye*, l'Hôtel des Indes, l'Hôtel Vieux Doelen, l'Hôtel Toelast, l'Hôtel de Bellevue, l'Hôtel Paulez, l'Hôtel Bossche Veerhuis. — *à Scheveningue*, l'Hôtel des Bains, l'Hôtel des Galeries, l'Hotel Rauch, l'Hôtel de la Promenade, l'Hôtel d'Orange, l'Hôtel Zeerust, l'Hôtel Continental.

© BIU Santé

C.-W. Eikendal, docteur en médecine, La Haye. — E. Evers, Secrétaire de la Ville de La Haye. — Le baron K.-J.-G. van Hardenbroek van Bergambacht, colonel de la garde civique de La Haye. — H. F. Praag Heymans, docteur en médecine, La Haye. C.-P. Pous Koolhaas, docteur en médecine, Secrétaire du Conseil médical de la Hollande méridionale, La Haye. — P.-M. Mess, docteur en médecine, directeur des bains de mer à Scheveningue. — M.-L. Oudenhoven, contre-amiral, inspecteur du service médical de la marine des Pays-Bas, La Haye. — J.-N. Ramaer, docteur en médecine, inspecteur des Maisons de santé des Pays-Bas. La Haye. — Le comte R.-J. Schimmelpenninck tot Nyenhuis, Grand-maître de la Maison de S. M. le Roi des Pays-Bas, La Haye. — J. van Stralen, échevin de la Ville de La Haye. — G.-P. van Tienhoven, membre du Comité d'organisation — G.-Th.-A. Wolterbeek Muller, membre du Comité d'organisation.

Comité de logement. MM. T.-H. Blom Coster, J.-F.-W. Conrad, G.-P. van Tienhoven.

Règlement général du cinquième congrès international d'hygiène et de démographie. — *Art.* 1. Le cinquième Congrès international d'hygiène et de démographie se réunira à La Haye, du 21 au 27 Août 1884, sous la Présidence d'honneur de Son Excellence M.-J. Heemskerk Az., Ministre de l'Intérieur du Royaume des Pays-Bas.

Art. 2. Le but de ce Congrès est de réunir tous ceux qui voudront discuter les questions se rattachant aux progrès de l'hygiène et de la démographie et aux intérêts de la santé publique. Les gouvernements, les municipalités, les administrations, les Universités, les Académies, les Sociétés scientifiques, les Conseils de santé et autres autorités sanitaires sont invités à prêter leur concours à cette œuvre et à s'y faire représenter par des délégués.

Art. 3. Comme membres du Congrès seront admis tous ceux qui se seront fait inscrire et auront versé une cotisation de 10 florins des Pays-Bas. Ils recevront un exemplaire du compte rendu des travaux de la session. Cette cotisation sera versée par Messieurs les adhérents en même temps qu'ils enverront leur adhésion. Le secrétariat reçoit dès à présent ces adhésions (avec mention des titres et l'adresse aussi exacte que possible), afin d'être à même d'envoyer les publications du Congrès. Les inscriptions seront aussi reçues dans les locaux du Congrès qui seront indiqués ultérieurement ; le 20 août 1884 de 10 h. du matin à midi, et de 1 heure à 4 heures du soir ; le 21 août 1884 de 9 h. du matin à midi, et les autres jours (jusqu'au 28 août 1884) de 8 à 9 heures du matin.

Art. 4. — Les travaux du Congrès embrasseront l'hygiène individuelle, l'hygiène générale, la police sanitaire, la démographie et la statistique médicale. Ils seront répartis entre cinq sections, savoir : 1re Section. *Hygiène générale et internationale.* Prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses ; etc. — 2e Section. *Hygiène des villes et des campagnes.* Assainissement. — Voies de communication ; distribution des rues ; pavage ; etc. Approvisionnement d'eau. Evacuation des matières de rebut. Eclairage. Edifices publics ; hôpitaux ; hospices ; prisons ; bains, etc. — Drainage. Irrigation. Déboisement ; etc. — Moyens publics de transport ; chemins de fer ; etc. — Inhumation et cimetières. Crémation. — 3e Section. *Hygiène individuelle.* Acclimatement ; acclimatation. — Alimentation, Vêtements. Habitations. Education ; enseignement ; gymnastique ; etc. — Enfants trouvés. Orphelins. — 4e Section. *Hygiène professionnelle.* — Economie sociale. Etablissements insalubres. Accidents professionnels. Maisons et cités ouvrières. Garnis, Crèches ; etc. — Hygiène navale. — Hygiène militaire. — 5e Section. *Démographie.*

Art. 5. Un certain nombre de sujets de discussion dans les Sections seront choisis par le Comité d'organisation du Congrès, et ce Comité invitera à les traiter les savants qui lui sembleront préparés à cette tâche par leurs travaux antérieurs. L'exposé de chaque question se terminera par un résumé qui servira de base à la discussion et qui sera communiqué d'avance aux membres du Congrès.

Art. 6. Chaque section du Congrès disposera du temps qui lui restera pour recevoir des communications en dehors du programme officiel. Cependant, les membres qui désireront profiter de cette occasion, devront en donner connaissance au Comité, avant le 1er juillet 1884. Le Comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Art. 7. Le Comité d'organisation du Congrès invitera un certain nombre de savants à vouloir bien traiter des questions d'intérêt général en assemblée générale. Ces conférences ne seront pas suivies de discussions, mais celles-ci pourront être renvoyées à l'une des sections du Congrès.

Art. 8. Bien que la langue française soit celle dans laquelle seront conduites les séances, les membres seront également admis à s'exprimer en d'autres langues ; lorsque le désir en sera exprimé, les communications ainsi faites seront résumées en français par l'un des membres présents à la réunion. Les programmes et les conclusions des rapports seront publiés en français et en allemand.

Art. 9. Le Congrès se réunira deux fois par jour : une première fois pour les travaux des sections, une seconde fois pour ceux de l'Assemblée générale.

Art. 10. Les séances de l'Assemblée générale seront consacrées d'abord, à la communication des procès-verbaux, rapports, etc., qui doivent être soumis à son approbation ; ensuite aux conférences désignées dans l'article 7.

Art. 11. Dans la séance générale d'ouverture, le Congrès nommera son bureau définitif qui se composera d'un président, de deux vice-présidents, d'un nombre indéterminé de présidents honoraires, d'un secrétaire général et de trois secrétaires de séances. — Les sections auront des bureaux provisoires constitués par le Comité d'organisation du Congrès, mais elles éliront leurs bureaux définitifs (un président, deux vice-présidents, un nombre indéterminé de présidents honoraires et deux secrétaires).

Art. 12. Les séances des quatre premières sections alterneront deux par deux de la manière suivante : les 22, 23, 25, 26 et 27 août 1884 se réuniront chaque matin de 9 à 11 h. les sections I et IV, et de 11 h. du matin à 1 h. du soir les sections II, III et V. Les séances générales commenceront à 3 h. du soir.

Art. 13. Sauf autorisation de l'assemblée, le même orateur ne pourra parler plus de deux fois sur le même sujet, et la durée des discours ne dépassera pas 15 minutes. Cette disposition n'est pas applicable aux rapporteurs, ni aux conférenciers.

Art. 14. Tous les travaux lus, et toutes les communications faites au Congrès, seront immédiatement remis par écrit aux secrétaires ; de même chaque orateur, qui prendra part à la discussion, déposera aussitôt après un résumé de son discours au bureau. Le Comité d'organisation qui reprendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du Congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale, ou de la non-insertion, dans le compte rendu.

Art. 15. Le Président dirigera les séances et les débats suivant le mode adopté dans les assemblées délibérantes en général. Il ne sera mis aux voix que des questions d'ordre intérieur, à moins que l'assemblée n'en décide autrement.

Programme provisoire des travaux. Séances générales. — Jeudi, 21 août 1884. — Discours d'ouverture. — Rapport du jury nommé pour l'adjudication du prix de 2,000 francs fondé par la Société « for the prevention of blindness » (de Londres), à l'auteur du meilleur mémoire écrit en allemand, anglais, français ou italien, sur « les causes de la cécité et les moyens pratiques de la prévenir.

Vendredi, 22 août 1884. — Conférences : 1° M. L. Pasteur, de Paris. L'atténuation des virus : 2° M. H. Pacchiotti, de Turin. L'hygiène publique à présent et à l'avenir.

Samedi, 23 août 1884. — Conférences : 1° M. Finkelnburg, de Bonn. Les applications pratiques des progrès récents de la doctrine des virus, à l'hygiène publique ; 2° M. Jules Rochard, de Paris. La valeur économique de la vie humaine et sa comptabilité.

Dimanche, 24 août 1884. — Une excursion à Rotterdam, Fyenoord, etc.

Lundi, 25 août 1884. — Conférences : 1° M. Stephen Smith, de New-York. Le service sanitaire maritime des Etats-Unis de l'Amérique du Nord ; 2° M. E. J. Marey, de Paris. Les forces utiles dans la locomotion.

Mardi, 26 août 1884. — Conférences : 1° M. W. H. Corfield, de Londres. La science, l'ennemi de la maladie : 2° M. Emile Trélat, de Paris. Régime de la *température* de la maison et de *l'air* qu'on y respire.

Mercredi, 27 août 1884. — 1° Conférence : M. J. Crocq, de Bruxelles. Les eaux potables ; 2° Choix du siège du sixième Congrès international d'hygiène et de démographie ; 3° Discours de clôture.

Travaux des sections. — 1re Section : *Bureau provisoire.* MM. L. J. Egeling, président ; F. J. Dupont, vice-président ; G. P. van Tienhoven et G. Th. A. Wolterbeek Muller, secrétaires. — 1re question. Réservée à M. le professeur Robert Koch, de Berlin. — 2e question. Le rapport de la Commission chargée d'examiner les propositions de M. le prof. van den Corput, de Bruxelles, au sujet de la fondation d'une Ligue médicale internationale ayant pour but de s'instruire mutuellement du développement épidémique des maladies infectieuses et d'instituer les mesures les plus propres à en prévenir ou à en limiter l'extension. Cette Commission a été nommée dans une séance générale du premier Congrès international des médecins des colonies, à Amsterdam, en septembre 1883. Elle se compose de MM. van den Corput, de Bruxelles ; Le Roy de Méricourt, de Paris ; de Chaumont et Lewis, de Netley (Southampton) ; da Silvia Amado, de Lisbonne. — 3e question. L'utilité et la nécessité de la création de chaires d'hygiène et de laboratoires ou d'instituts d'hygiène à toutes les universités. Rapporteur : M. Jos. Fodor, de Budapest. — 4e question. Quelles mesures au point de vue de l'hygiène doivent accompagner le traitement médical du premier cas de maladie contagieuse épidémique

© BIU Santé

qui se manifeste dans un centre de population? Rapporteur : M. G. L. van Tienhoven, de La Haye. — 5e question. Les chiffons infectés un danger national et international. Rapporteur : M. W. P. Ruijsch, de Maastricht.

2e section : *Bureau provisoire*. MM. Th. H. Mac Gillavry, président; B. Carsten, vice-président; W. P. Ruysch et C. G. van Mansvelt, secrétaires. — 1re question. Le déboisement est dangereux dans les climats tempérés de l'Europe ; il est utile d'y garnir les dunes de plantations. Rapporteur : M. le prof. Dr A. Schwappach, de Giessen. — 2e question. La crémation peut rendre des services importants à la science et à la santé publique, même dans les pays où les cimetières sont organisés et administrés d'après les préceptes de l'hygiène. Rapporteur : M. Th. H. Mac Gillavry, de Leyde. — 3e question. Quels sont les derniers résultats obtenus par l'application et l'étude continuée du système différenciateur (Liernur)? Rapporteur : M. A.-J.-C.-J.-S. Bergsma, d'Amsterdam.

3e Section : *Bureau provisoire*. MM. H. van Cappelle, président; J. Forster, vice-président; Lodewijk Mulder et J. Menno Huizinga, secrétaires. — 1re question. Des falsifications alimentaires. De l'influence sur la santé de l'ingestion de substances diverses journellement ingérées, qui peuvent être absorbées sans inconvénient à doses beaucoup plus considérables en une fois. Rapporteur : M. P. Brouardel, de Paris. — 2e question. Le danger de l'alimentation avec la viande et le lait des animaux tuberculeux. Rapporteur : M. E. Vallin, de Paris. — 3e question. Des divers modes adoptés en Angleterre pour élever les enfants que la misère laisse aux seuls soins de l'Etat. Rapporteur : Mme E. Bovell Sturge, de Nice et de Londres. — 4e question. Les maisons maritimes pour les sujets débiles, lymphatiques, scrofuleux, rachitiques et pour les maladies chroniques en général (enfants et adultes). Rapporteur : M. A. Armaingaud, de Bordeaux. — 5e question. Quels sont les dangers auxquels est exposé le système nerveux des écoliers et des étudiants, par l'application qu'exigent les études et les examens? Si ces dangers existent, comment peut-on y remédier? Rapporteur : M. J. Menno Huizingua, de Harlingue.

4e section : *Bureau provisoire*. MM. A.-P. Fokker, président; F. J. van Leent, vice-président; A. Post, d'Arnhem, et W. Schutter, de Groningue, secrétaires. — 1re question. C'est un droit et un devoir pour l'Etat de prendre des mesures pour la salubrité du travail et la sécurité des travailleurs. Le soin de la santé des ouvries appartient aux fabricants pour autant qu'elle subit l'influence du travail. Il ne servirait à rien d'assurer l'hygiène du travail, si on n'assurait en même temps l'hygiène des habitations ouvrières. La sécurité du travail doit être assurée aussi bien que la salubrité. Rapporteur : M. H. Napias, de Paris. — 2e question. Des différences fonctionnelles des yeux. Rapporteur : F. C. Dunders d'Utrecht. — 3e question. La restriction volontaire apportée dans la procréation au point de vue de ses conséquences humanitaires et sociales. Rapporteur : M. A. Layet, de Bordeaux. — 4e question. De l'influence que les caisses d'assurances, dites Sociétés d'enterrement, exercent sur la mortalité des enfants en bas âge. Rapporteur : M. C.-J. Snijders, de 'sGravenzande.

5e section : *Bureau provisoire*. MM. A. Beaujon, président; Arthur Chervin, vice-président; le baron E.-R. van Welderen Rengers et le Jhr. R.-A Klerck, secrétaires. — 1re question. La mortalité en Suisse. Rapporteur : M. Kummer, de Berne. — 2e question. Rapport sur les travaux de statistique démographique en Italie. Rapporteur : M. L. Bodio, de Rome. — 3e question. Méthode de calcul de la mortalité d'après les causes de décès. Rapporteur : M. Richard Bockh, de Berlin. — 4e question. La mortalité par maladies épidémiques à Paris, depuis 1865. Les enfants illégitimes. Rapporteur : M. Jacques Bertillon, de Paris. — 5e question. Méthode de groupement rationnel par catégories, des moyennes proportionnelles. De l'influence de la division de la propreté sur le peuplement. Rapporteur : M. Arthur Chervin, de Paris. — 6e question. La publication des données statistiques et la formation des tables de mortalité. Rapporteur ; M. A.-J. van Pesch, d'Amsterdam. — 7e question. Population et vivres. Rapporteur : M. A. Beaujon, d'Amsterdam.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 12. — M. Bellangé : Etude sur la cirrhose graisseuse. — M. Tétard : De l'hématome du pavillon de l'oreille. — *Vendredi* 13. — M. Mercier : De l'étiologie du scorbut dans les prisons. — M. Boissard : De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical. — *Samedi* 14. — M. Humbert : Etude sur quelques cas de malformations utérines considérées surtout au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. — M. Lambert : Etude sur un nouveau procédé de chloroformisation par les solutions titrées. — M. Houel : De l'alimentation artificielle. — M. Sourice : Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire compliquant les traumatismes cérébraux.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 23 mai au jeudi 29 mai 1884, les naissances ont été au nombre de 1158 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 394; illégitimes, 177. Total, 571. — *Sexe féminin* : legitimes, 442 ; illégitimes, 145. Total, 587.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 23 mai au jeudi 29 mai 1884, les décès ont été au nombre de 102, savoir : 571 hommes et 458 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18, F. 8. T. 26. — Variole : M. 9 F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 18, F. 14, T. 32. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 6. F. 4. T. 10. — Diphthérie, Croup. M. 32, F. 23, T. 55. — Dyssenterie : M. .. F. .., T. .. — Erysipèle : M. 1, F. 2, T. 3. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 31, F. 34, T. 65. — Phthisie pulmonaire : M. 126, F. 87. T. 213. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 3. T. 11. — Autres affections générales : M. 18, F. 22, T. 40. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 27, F. 30. T. 57. — Bronchite aiguë : M. 12, F. 10, T. 22. — Pneumonie : M. 44, F. 33, T. 77. — Athrepsie : M. 38, F. 26. T. 64. — Autres maladies des divers appareils : M. 164 F. 143, T. 307. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 26, F. 7 T. 33. — Causes non classées M. 1, F. 1, T. 2.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 108 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34 ; illégitimes, 24. Total : 58. — *Sexe féminin* : légitimes, 40. illégitimes, 10. Total : 108.

Nominations. — L'*Osservatore* du 20 mai annonce la nomination comme professeurs ordinaires de MM. D'Antona, à la chaire de pathologie chirurgicale de Naples, Delfino, à la chaire de botanique de Bologne, Mangiagalli, à la chaire d'obstétrique de Catane, Marfuni, à la chaire d'anatomie pathologique de Turin, Sanquirico, à la chaire de pathologie générale de Sienne, Foa, à la chaire d'anatomie pathologique de Turin. Sont en outre promus de professeurs extraordinaires professeurs ordinaires : MM. Paladino, (histologie, Naples), Ferrari (dermatologie, Catane), Devimenti (ophthalmologie, Palerme), Tartuferi (ophthalmologie, Messine).

— Par décision du 1er juin 1884, M. Laveran (Charles-Louis-Alphonse), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a été nommé professeur d'hygiène et de médecine légale militaire à l'école du Val-de-Grâce, pour entrer en fonctions le 10 novembre 1884.

Choléra. — Le délégué des Pays-Bas ayant communiqué à la présidence du Conseil d'Alexandrie la dépêche ci-après : Batavia, 22 mai 1884. « Choléra épidémique à Grand-Atjeh », le règlement contre le choléra a été appliqué en Egypte aux provenances de ce district. (*Phare d'Alexandrie.*)

Herborisation. — M. Chatin, professeur de Botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'académie des sciences, fera une herborisatien publique le dimanche 8 juin, aux environs de Mantes. Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à 8 h. 10, pour la station de Mantes.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 9 juin 1884, à 4 h. très précises, au Palais de justice (salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : Suite de la discussion sur les certificats demandés par les Compagnies d'assurances, après la mort des clients. Rapport de M. Rocher. — Les pharmaciens sont-ils autorisés à exécuter plusieurs fois la même prescription sur le vu d'une ancienne ordonnance? Rapport de M. Mayet. — Communication de M. le Dr Berlingeri, membre correspondant à Bastia. (Autopsie du sieur S..., E...). — Communication de M. Motet.

Nécrologie. — Mort du Dr Quissac, professeur agrégé de la faculté de médecine de Montpellier.—Le 18 mai est mort à Mombaruzzo, M. G.-N. Delponte, professeur de botanique à l'université de Turin. (*L'Osservatore*).

Remplacement. — On demande un interne ou un jeune docteur pour faire un remplacement pendant plusieurs semaines, dans une ville à 15 lieues de Paris. S'adresser au bureau du journal.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. - Goudron Frèyssinge. Liqueur concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

BAGNÈRES DE BIGORRE

Est une des Stations Thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr Durand Fardel)

EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES

L'EAU SULFUREUSE DE LABASSÈRE

Est la plus richement minéralisée des Sulfureuses Sodiques (Petrequin et Socquet). — *Se place en tête des Eaux Sulfureuses propres à l'exportation* (Filhol). — *A une supériorité incontestable sur toutes les Eaux Sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des Sources* (Cazalas). — *Trois ans d'embouteillage sans altération* (Ossian Henry).

Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX MONTYON A O. HENRY

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'Ossian Henry

Composition : 1 gr. d'alcaloïdes, 12 gr. d'extractifs pour 1000 gr. de vin d'Espagne diastasé. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'Ossian Henry

Composition : 10 centigr. de sel ferreux pour 30 gr. de vin de quinquina titré. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

PEPTO-FER JAILLET

ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Pepto-Fer Jaillet est le résultat de la **combinaison** de la ***Viande*** et du ***Fer;*** c'est un ***Aliment ferrugineux*** par excellence. — Il résulte des expériences faites dans plusieurs *Hôpitaux de Paris* et notamment à **SAINT-ANTOINE**, à **BEAUJON**, à **COCHIN**, à **TENON** et autres, que c'est la préparation martiale qui donne les effets les plus **rapides** sans avoir **aucun** des inconvénients de tous les autres ferrugineux.

DOSE : Le PEPTO-FER, *d'un goût très agréable, se prend comme une liqueur, une cuillerée à bouche après chaque repas.*

DARRASSE & Cie, 21, rue Simon-le-Franc, PARIS. — ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Dr CH. NEIDERT

Médecin-Consultant.

MALADIES DU LARYNX ET DE LA POITRINE.

(BADEN-BADEN)

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE
Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie et Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

EN DÉTAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — MIGRAINES
SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général.
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, Faubg Montmartre
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

POUDRE HÉMATIQUE
du Dr Guerder
SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ

Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants
Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie
Affections organiques des Voies digestives

PRIX DU FLACON : 3 FR. 50

PARIS, Pharmacie DALMON, Faubourg Saint-Denis,

COQUELUCHE

guérie sûrement et promptement par le

SIROP BENZOIQUE

41 Brevets d'Amérique de Ch. SERRES, Pharm.
Dépôt principal : 61, r. de Seine, Paris.
ET DANS TOUTES BONNES PHARMACIES

L'Eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **CONTREXÉVILLE**

qui soit décrétée d'intérêt public.

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central à Paris, 31, boul. des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 9. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Tillaux, Kirmisson. — 1re *de Doctorat* : MM. Charcot, Fournier, Terrillon. — 2e *de Doctorat*. (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Verneuil, Rendu, Segond ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Guyon, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Béclard, Hanriot, Remy. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Hayem, Damaschino, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Tarnier, Reclus.

MARDI 10. — 2e *de Doctorat*. (N. R. Epreuve pratique) : MM. Richet, Cornil, Campenon. — 1re *de Doctorat* : MM. Sappey, Ball, Humbert. — 2e *de Doctorat*. — MM. Hardy, Jaccoud, Richelot. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Robin, Laboulbène, Peyrot. — 5e *de Doctorat* : MM. Pajot, G. Sée, Bouilly. — 5e *de Doctorat* (N. R 1re partie) : MM. Le Fort, Panas, Charpentier. — 5e *de Doctorat* N. R. 2e partie) : MM. Bouchard, Peter, Raymond.

MERCREDI 11. — 2e *de Doctorat* (N. R. Epreuve pratique) : MM. Béclard, Charcot, Terrillon. — 2e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Hayem, Hanriot, Reynier. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Bouchardat, Guebhard. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Potain, Rendu, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (N. R. 1re partie), (Charité). 1re *Série* : MM. Trélat, Guyon, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Tillaux, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Verneuil, Damaschino, Pinard.

JEUDI 12. — 1re *de Doctorat* : MM. Sappey, Laboulbène, Campenon. — 2e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Peter, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Robin, Vulpian, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Cornil, Ch. Richet ; — 3e *Série* : MM. Richet, Panas, Bouilly. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Hardy, Brouardel, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Bouchard, Debove.

VENDREDI 13. — 2e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Tillaux, A. Robin. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie). 1re *Série* : MM. Verneuil, Rendu, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Fournier, Segond ; — 3e *Série* : MM. Charcot, Guyon, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Hayem, Pouchet. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Hanriot, Remy. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Potain, Damaschino, Hallopeau.

SAMEDI 14. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Hardy, Peter, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Robin, Richet, Humbert. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. Ball, Panas, Charpentier.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. (Clinique des maladies du système nerveuses. — M. le professeur CHARCOT a repris ses leçons du vendredi, le 9 mai.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* : M. FOURNIER, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. PÉAN, le samedi, à 9 heures. — M. LAILLER : leçons sur les *teignes*, dimanche, 9 h.

Hôpital du Midi. — Clinique syphilitique : M. Ch. MAURIAC, samedi, 9 h.

Hôpital de Lourcine. — Clinique gynécologique : M. MARTINEAU, mercredi, 9 h.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, place de l'École-de-Médecine.

GOUILLOUD (P.). — Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement. Broch. in-8 de 130 pages et 1 pl. hors texte. — Prix : 3 fr. 50 c.

GRANET (J.). — Contribution clinique à l'étude des aphasies (cécité et surdité verbales). Broch. in-8 de 24 pages et 1 pl. hors texte.

GRÉGOIRE (Th.). — Considérations sur quelques ponts de la paralysie générale. Broch. in-8 de 136 pages. Prix : 3 fr.

NORSTROM (G.). — Traité théorique et pratique du massage (Méthode de Mezger en particulier.) 1 vol. in-8 de 340 pages. — Pr. : 7 fr.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

SAINT-GERMAIN (L.-A. de). — Chirurgie des enfants. — Leçons cliniques professées à l'hôpital des enfants malades. — Un volume in-8 de 800 pages, avec 100 figures dans le texte. — Prix 15 fr.

SAINT-GERMAIN (L. A. de) et MERCIER (P.-J.) — Opération de l'empyème chez les enfants. — Historique, comparaison et application à l'enfance. Des divers moyens d'évacuation de la plèvre. — Brochure in-8 de 28 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

COTON IODÉ

Préparé par *J. THOMAS*, pharmacien de 1re classe
Lauréat et ex-préparateur de l'École supérieure de pharmacie de Paris
48, AVENUE D'ITALIE, 48, PARIS

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *Coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut garantir les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc..., ont été guéris sans lésions de la peau, en un court espace de temps.
Le prix du flacon 3 francs 50. Se trouve dans toutes les pharmacies.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie et l'Hystérie, compte rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, de 1872 à 1875, par BOURNEVILLE. — Vol. in-8° de 200 pages, avec 8 figures dans le texte et trois planches. Prix : 4 fr Pour les abonnés du *Progrès médical* 3 fr.

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. MIOT, in-8° de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix ; 1 fr. 50, Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Peptone Catillon

Officiel adoptée dans les hôpit. de Paris.
Solution contenant 3 parties de viande, assimilable par le rectum comme par la bouche.
Lavement nutritif : 2 *cuillerées*, 125 *eau*, 3 *gout. laudanum*, 0.30 *bicarb. de soude*.
POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, pas d'équivoque dans le dosage. 1 *cuill. à café représente* 45 *gr. de viande*.
SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche. 1 *cuill. contient* 30 *gr. de viande*.
VIN : utile complément de nutrition. 1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande*.
CHOCOLAT : aliment complet très agréable, en TABLETTES contenant 20 grammes de viande pour 1 déjeuner ; en CROQUETTES, 8 grammes viande et 0,25 phosphate chaux.
Maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, enfants débiles, convalescents.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles sucrées.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Glycérine créosotée de Catillon

0,20 *de créosote du hêtre par cuillerée*.
Il est essentiel de diluer la créosote pour éviter son action caustique et utiliser ses bons effets dans les maladies de poitrine. La glycérine, succédané de l'huile de morue, offre sur celle-ci l'avantage de permettre cette dilution et celui d'être tolérée par tous les estomacs même pendant les chaleurs.

Seul vin au quinquina ou quina ferrugineux.
MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878.

Vin de Catillon à la Glycérine ET AU QUINQUINA

Puissant tonique reconstituant, agréable au goût, produit les effets de l'huile de foie de morue et ceux des meilleurs quinquinas dont la glycérine dissout tous les principes. *Maux d'estomac, Débilité, Consomption, Anémie, Diabète*, etc.

Le même, additionné de fer (0 gr. 25 par cuillerée). **Vin ferrugineux de Catillon** offre, en outre, le *fer* à haute dose sans constipation, et le fait tolérer par les estomacs non capables de supporter les ferrugineux ordinaires.

PARIS : rue Fontaine-Saint-Georges, 1.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 24. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 14 JUIN 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

M. CH. MONOD, suppléant.

Le cancer du testicule chez les enfants (1).

Messieurs,

Il me reste peu de chose à vous dire pour en finir avec l'histoire clinique du cancer du testicule chez l'enfant.

Sa marche vous est déjà connue. Vous avez vu qu'elle est toujours rapide, au moins à une certaine période de son évolution. J'entends par là que si même la tumeur a paru pendant un temps rester stationnaire, elle subit toujours à un certain moment une poussée qui double ou triple son volume.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle acquiert un volume considérable ; dans le cas de Spence, elle est comparée à un melon, dans celui de Faithorn son poids et la place qu'elle occupe sont tels qu'elle gêne la marche du petit malade. Habituellement une intervention active arrête plus tôt ses progrès.

Lorsque le mal est abandonné à lui-même la peau peut être envahie et s'ulcère. Il en fut ainsi dans le cas de Depaul, c'est le seul fait de ce genre que nous ayons rencontré.

A la longue aussi les ganglions lombaires se prennent, le ventre se tuméfie, la cachexie survient et l'enfant meurt avec tous les signes d'une généralisation ordinairement abdominale. Les deux malades dont M. Després parlait à la Société de chirurgie en étaient arrivés à ce point où toute intervention doit être et fut en effet refusée.

Ordinairement les choses ne se passent pas ainsi. Dans tous les cas que j'ai réunis, à l'exception de ceux que je viens de citer, la castration a été pratiquée, alors que le mal était encore local et limité au testicule.

Le résultat final n'en est pas pour cela meilleur. Toujours, lorsque le malade a été revu et suivi assez longtemps, on apprend qu'il a succombé à la généralisation du néoplasme. Les tumeurs secondaires se développent le plus souvent dans les ganglions lombaires ; quelquefois dans ceux-ci et dans le poumon ; les viscères abdominaux sont rarement envahis. Dans l'observation de M. Lannelongue, la propagation s'était faite dans la branche pubienne de l'os iliaque ; ce cas est exceptionnel.

La survie est toujours courte ; c'est dans l'année, et souvent dans les six mois qui suivent l'opération que la mort survient (2).

Je ne saurais donc trop insister sur la gravité du pronostic. Ce fait n'avait pas échappé à Guersant, qui avait été éclairé à ce sujet par sa pratique. Sur six malades opérés par lui l'un était mort de convulsions trois jours après l'opération ; un autre avait été perdu de vue ; les quatre autres étaient morts avec généralisation ganglionnaire.

Tous les faits que j'ai recueillis parlent dans le même sens. Pour moi, tout enfant atteint de cancer du testicule est voué à une mort certaine.

Peut-être un pronostic aussi sombre pourrait-il être atténué, s'il était établi que parmi les diverses formes anatomiques des tumeurs malignes du testicule, il en est qui sont moins graves, dont la généralisation est moins fatale, et qui, opérées à temps, peuvent ne pas récidiver.

Je n'ai malheureusement pas en main les documents nécessaires pour répondre à cette question d'une façon précise. Je ne puis que vous répéter à ce sujet ce que je vous disais à propos du cancer des enfants en général. Les examens anatomiques des pièces dans les observations que j'ai eues sous les yeux sont, à peu d'exceptions près, tout à fait insuffisants. Les mots de cancer encéphaloïde, de cancer médullaire, de sarcome, de cysto-sarcome, etc., qui y sont habituellement employés, signifient que les tumeurs ainsi désignées étaient molles, abondantes en suc, riches en cellules, souvent ramollies par places. On en a conclu que la plupart étaient des sarcomes. Le fait a été anatomiquement démontré dans quelques cas (Bablon, Frusci). Mais pour d'autres, où l'aspect extérieur était semblable, il fut établi qu'il s'agissait de carcinome véritable. Il en était ainsi dans le cas rapporté par Howard Marsh, dans le nôtre, peut-être dans celui de Giraldès, examiné par Hayem.

Toute conclusion générale serait donc pour le moment prématurée.

Il n'est pas possible, par exemple, de dire avec Bokaï que le pronostic du sarcome du testicule chez l'enfant est favorable, lorsque par la castration on peut enlever tout le mal. Cette affirmation sans preuves, qui ne s'appuie que sur les données fournies par la marche habituelle du sarcome développé en d'autres régions, est pour le testicule absolument démentie par l'observation.

Il est certain cependant que dans la grande majorité des cas la tumeur est un sarcome ou un carcinome. Je ne puis vous citer que quatre cas où il fut établi qu'elle était de tout autre nature.

Deux fois (O. Weber, Poinsot), il s'agissait d'un enchondrome vrai du testicule. Vous pourriez croire qu'en pareil cas le pronostic devrait être meilleur ; l'observation de M. Poinsot montre qu'il n'en est rien. Son petit opéré mourut par généralisation lombaire et pulmonaire six mois après la castration. Au reste, aucun signe particulier n'aurait pu faire songer à une tumeur cartilagineuse. La marche du mal avait été singulièrement rapide ; il paraissait s'être développé en trois semaines. Les caractères extérieurs de la tuméfaction étaient ceux que nous avons rencontrés dans la plupart des cas des tumeurs du testicule chez l'enfant.

Dans deux autres cas (Athol Johnson, Tachard), on se trouva en présence de kystes multiples ; ce sont les deux seuls exemples connus de maladie kystique du testicule chez l'enfant. Le diagnostic pourrait à la rigueur être fait avant l'opération. La tumeur présente, en effet, des points vraiment fluctuants ; ce signe, nous l'avons vu, est absolument rare dans les tumeurs malignes de l'enfance ; de plus, la ponction donne issue à un liquide et

(1) Voir les nos 22, 23.

(2) Une nouvelle observation que je reçois, au cours de la publication de cette leçon, de mon ancien élève et ami le Dr Girou (d'Aurillac), confirme ce que je dis ici du pronostic de cancer du testicule chez les enfants. Le petit malade de M. Girou, opéré le 21 janvier de cette année (1884), et qui avait alors toutes les apparences de la santé, succombe 4 mois plus tard avec une généralisation abdominale.

© BIU Santé

non point à du sang ; enfin, on pourrait au microscope retrouver dans ce liquide les cellules caractéristiques qui tapissent la paroi interne des kystes. Ce dernier caractère, sur lequel insiste M. Tachard, dans les réflexions dont il fait suivre son intéressante observation, serait pour lui pathognomonique.

Ce fait, s'il était vérifié, aurait une grande valeur. Il établirait entre les inclusions scrotales, qui s'accompagnent souvent de collections liquides, et la maladie kystique une distinction importante.

Les observations ne disent pas ce que sont devenus après l'opération les deux malades d'Athol Johnson et de M. Tachard. Je fais donc au sujet du pronostic de la maladie kystique du testicule chez l'enfant les plus expresses réserves. Vous n'ignorez pas, en effet, que cette affection est fort loin d'avoir toujours la bénignité qu'on a cru longtemps pouvoir lui attribuer.

De toutes les tumeurs du testicule qui peuvent survenir dans l'enfance, celle-ci est la seule, pour laquelle on puisse espérer de l'intervention chirurgicale un résultat favorable. Il a été dans quelques cas obtenu chez l'adulte, *a fortiori*, dirons-nous, peut-il l'être chez l'enfant.

L'ablation de la tumeur, quelle que soit sa nature, me paraît au reste toujours et formellement indiquée, à condition toutefois qu'il n'y ait encore aucun retentissement ganglionnaire ni aucun signe de cachexie. C'est le seul précepte thérapeutique que j'aie à formuler devant vous en terminant cette conférence.

L'opération est sans danger ; je ne connais que deux ou trois cas, où des convulsions survenant le lendemain ou le surlendemain emportèrent rapidement le petit malade. Cette complication, malheureusement trop fréquente chez les enfants, est loin d'appartenir en propre à la castration. Dans la grande majorité des cas, la guérison est facile et rapide.

Vous me rappelleriez bien plutôt que, comme je vous le disais il y a un instant, jamais la castration ne paraît avoir pu s'opposer à la marche du mal.

Cette considération ne me semble pas de nature à vous arrêter. Et d'abord, comme vous venez de le voir, il peut se faire que la production soit de nature telle que la récidive et la généralisation ne soient pas absolument fatales. D'autre part, alors même qu'il s'agirait d'un cancer vrai, est-il absolument certain que l'intervention, se produisant dans des conditions favorables, sera toujours inefficace ?

Pour moi, comme je vous le disais l'autre jour à propos du pronostic des tumeurs du sein, je suis de ceux qui ne veulent pas admettre que l'action chirurgicale dans le cancer, à condition qu'elle soit opportune, c'est-à-dire précoce, soit fatalement vouée à l'impuissance. Je crois que la même thèse peut être soutenue à propos des tumeurs du testicule de l'enfance.

Je ne saurais donc trop vous engager à vous pénétrer de la pensée que toute tuméfaction du scrotum dans l'enfance, et tout particulièrement dans la première enfance, reconnue pour n'être ni une hernie, ni une hydrocèle, doit à bon droit être tenue pour suspecte ; assurez-vous qu'elle siège bien dans la glande elle-même, et que loin de rétrocéder, elle paraît augmenter de volume ; décidez-vous alors, sans plus tarder, à une castration qui, faite de bonne heure, pourra sauver la vie de votre petit malade.

C'est dans ces conditions et avec cet espoir que j'ai opéré l'enfant que vous avez pu observer avec moi, un avenir prochain nous dira si, cette fois encore, il doit être déçu.

THÉRAPEUTIQUE

De la transfusion directe du sang vivant (1).

Par M. le Dr J. ROUSSEL.

Injection de sang additionné de substances fluidifiantes. — La constante fatalité de la coagulation du sang hors de ses vaisseaux, avait conduit déjà, en 1667, *Jean Mayor* de Kiel à mélanger le sang avec une solution ammoniacale (sel de corne de cerf, esprit de sel), substances qu'il croyait propres à rendre le sang incoagulable. Aujourd'hui encore, plusieurs auteurs *Kocher*, *Roux*, proposent comme nouvelle et ingénieuse, cette ancienne erreur, et, successivement, ils en viennent à diminuer la dose de sang en augmentant celle de leurs solutions hétéroclites. *Jennings*, membre de la Société obstétricale de Londres, vient de publier (1883, Baillière) un volume qu'il intitule « Transfusion », dans lequel il prône l'emploi du sel de cuisine au lieu de sang.

Je profite de cette circonstance pour demander aux auteurs, et aux compilateurs des diverses opérations faites dans les veines de l'homme, de bien vouloir parler

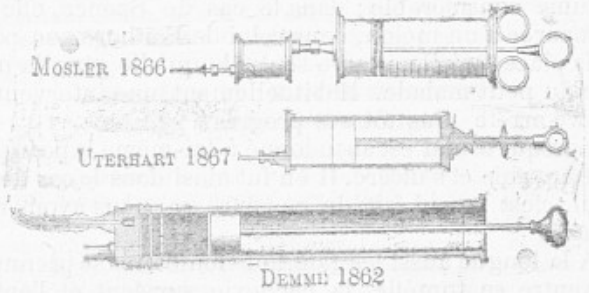


Fig. 38, 39 et 40.

correctement et de ne mettre ni au profit, ni à la charge de la transfusion, ce qui appartient aux injections intra-veineuses de liquides pharmaceutiques. Il en est de même de l'injection sanguine intra-cellulaire ou intra-péritonéale, qu'il est absurde de nommer « transfusion ». Ce n'est point ici le lieu de discuter de la valeur de ces opérations, nous savons tous que le sang d'une ecchymose, d'une suffusion sous-cutanée, d'une hématocèle péritonéale ou d'une hémorrhagie intra-abdominale, peut quelquefois se résorber, à moins qu'il ne devienne l'occasion d'un grave phlegmon ou d'une péritonite. Que cette résorption soit un remède contre l'anémie, on a le droit d'en douter. Ces opérations n'ont pas plus le droit d'usurper le nom de transfusion que ne l'a cette conception singulière nommée par Gesellius : *Transfusion de sang capillaire*. Le dessin original de l'auteur montre une grosse ventouse de verre, dont l'air est aspiré par une pompe ; un grand scarificateur à 12 lames taillade la peau du donneur, et le sang doit, s'il est encore liquide, descendre dans un flacon de Belina, duquel au moyen d'un long tube, il sera conduit dans un fin trocart et injecté dans les capillaires d'un malade. C'est de la haute fantaisie, mais on en a fait bien d'autres en transfusion.

Injection de sang défibriné. — Lorsque les expérimentateurs furent convaincus de leur radicale incapacité à s'opposer à la décombinaison moléculaire productrice de la fibrine solide, ils tentèrent de tourner la difficulté qu'ils ne pouvaient vaincre. Comme l'âne de La Fontaine, la fibrine fut accusée de tous les méfaits, déclarée inutile,

(1) Voir les nos 21, 22.

© BIU Santé

gênante, malsaine, digne seulement d'une expulsion immédiate. *Panum*, de Copenhague, a attaché son nom à cette méthode, mais il déclare n'avoir jamais tenté sur

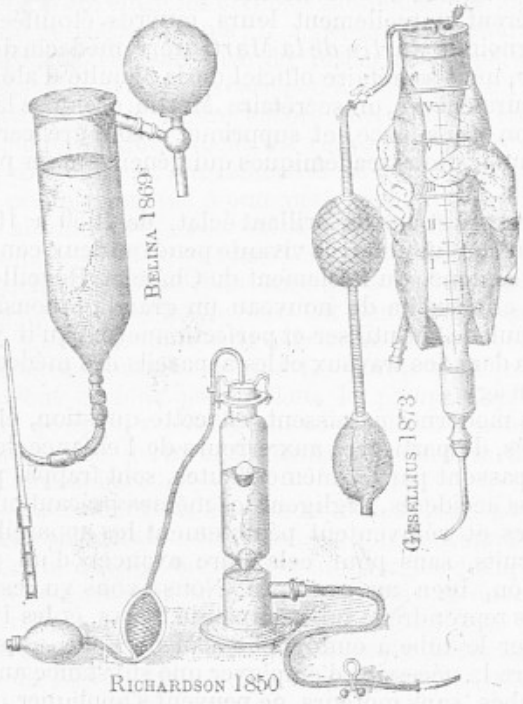


Fig. 41, 42 et 43.

l'homme l'opération que de moins sages que lui n'ont pas craint d'accomplir. Cette méthode consiste à tirer de la veine du donneur le double de la quantité de sang que l'on se propose d'injecter (première faute), de battre ce sang à l'air libre avec un balai de bois de bouleau, aux brins duquel s'attachent les filaments fibrineux, de filtrer à plusieurs reprises le résidu additionné d'un

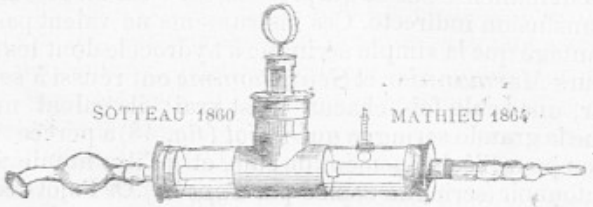


Fig. 45.

sel alcalin, de le réchauffer ou refroidir selon la théorie du moment, et enfin de l'injecter.

Si le liquide obtenu par ces manipulations était enfin devenu stable, l'injection aurait pu s'accomplir avec la première seringue venue, et cependant, maints appareils ont été proposés. *Demme*, de Berne, a employé une se-

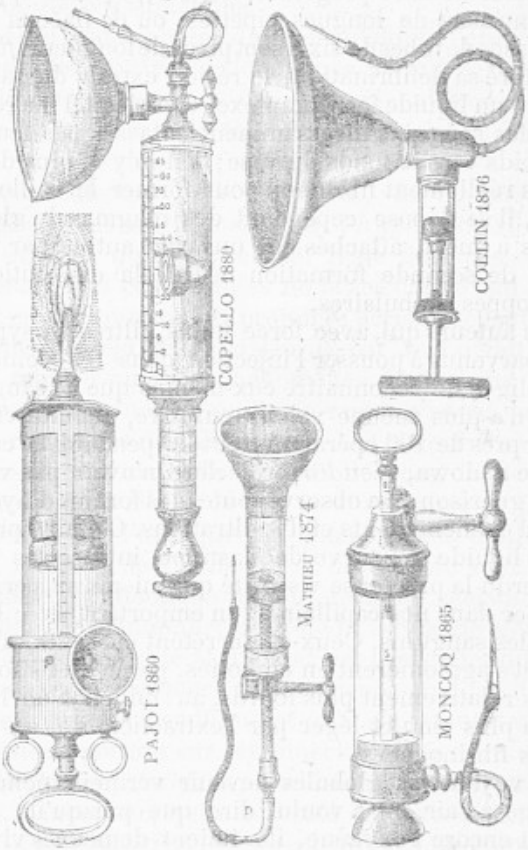


Fig. 46, 47, 48, 49 et 50.

ringue (*fig.* 46), munie d'un tamis métallique, pour retenir les derniers caillots, *Mosler et Uterhart*, de Berlin (*fig.* 38

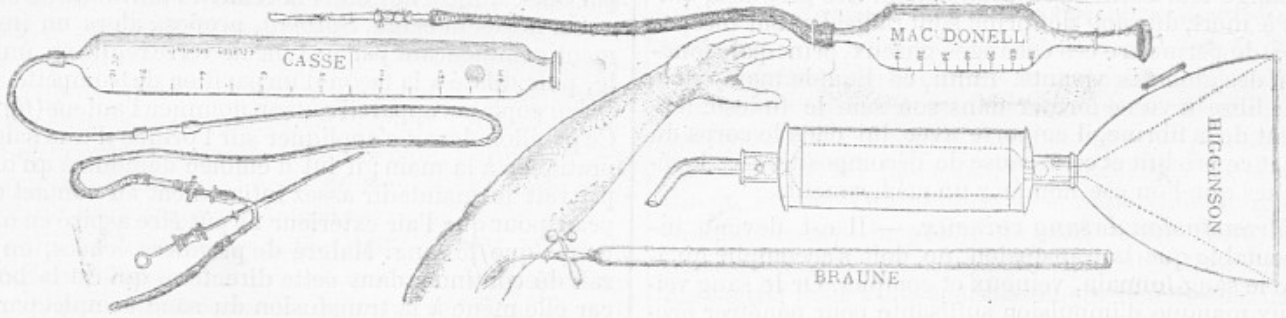


Fig. 44.

et 39), une seringue horizontale au bout de laquelle est un récipient destiné à emprisonner les bulles d'air ; la canule est placée à la partie inférieure pour que l'air ne puisse s'y insinuer. *Richardson*, de Londres, a imaginé un flacon vertical divisé en deux loges par un rétrécissement sur lequel s'adapte une boule creuse plus légère que le sang, et plus lourde que l'air (*fig.* 43). Elle doit laisser passer l'un et retenir l'autre (c'est cette boule flotteur que *Colin* a copiée dans son instrument pour la transfusion indirecte). Le flacon de Richardson est fermé par le haut, et le sang en est chassé vers la canule par de l'air comprimé par le jeu de deux ballons de caoutchouc, dits *Ballons de Richardson*. *Belina Swiontowsky* emploie une grosse pipette verticale dans laquelle le sang est chassé par de l'air comprimé. *Belina* et plus tard *Gesellius* (*fig.* 41 et 42) ont cru utile d'envelopper cette pipette d'un manchon, pour de l'eau chaude ou de la glace, au choix.

© BIU Santé

Braun, de Vienne, *Casse*, de Bruxelles, *Higginson* et *Mac Donnel* d'Edimbourg, ont simplement chargé la pesanteur de faire progresser le sang, et leurs appareils se composent de longues pipettes, ou de flacons élevés au-dessus de tubes de six à sept pieds de longueur (*fig.* 44).

Malgré sa défibrination, le résidu extrait du sang est encore un liquide fort complexe, dans lequel nagent les globules sanguins incessamment entassés par leur propre poids vers le fonds du vase; s'il n'y a plus de filaments réellement fibrineux pour former le caillot classique, il se dépose cependant des magmas de globules battus à mort, attachés les uns aux autres par une fibrine de seconde formation née de la dissolution des enveloppes globulaires.

Les auteurs qui, avec force tamis, filtres et syphons, sont parvenus à pousser l'injection dans les veines ont été obligés de reconnaitre eux-mêmes que ce sang défibriné n'a plus aucune valeur curative, aucune vitalité.

Sur près de 100 opérations tentées pendant la campagne de Sadowa, *Neudörfer* déclare n'avoir pas vu une seule guérison, il a observé toutes les formes d'hydropisies, d'épanchements et d'infiltrations. C'était à prévoir, car le liquide dépourvu de plasmine, infiltre les tissus, il a perdu la précieuse viscosité qui lui aurait permis de circuler dans nos capillaires, en emportant avec lui les globules sanguins. Ceux-ci s'arrêtent en route, s'entassent et s'agglomèrent en embolies, parce qu'ils sont devenus relativement plus lourds, au milieu d'un liquide rendu plus ténu et léger par l'extraction de ses substances fibrinogènes.

En voyant les globules devenir vermeils pendant le battage à l'air, on a voulu dire que puisqu'ils absorbaient encore l'oxygène, ils étaient demeurés vivants; on n'oubliait qu'une chose, c'est que la vie physiologique du globule consiste non seulement à se charger d'oxygène, et à le transporter, mais aussi, et surtout, à céder cet oxygène aux tissus pour leur prendre en échange leur carbone de combustion. Les globules, battus à mort, du sang défibriné sont radicalement incapables de permettre ces échanges gazeux, principale fonction des globules vivants. Enfin, ce liquide manipulé à l'air libre a vu se former dans son sein le funeste ferment de la fibrine, il emporte avec lui dans le corps du sujet ce produit et cette cause de décomposition cadavériques que l'on ose nommer un médicament.

Transfusion de sang veineux. — Il est devenu indiscutable que la transfusion ne doit s'accomplir qu'avec le sang humain, veineux et complet. Or le sang veineux manque d'impulsion suffisante pour pénétrer profondément dans une circulation étrangère, en surmontant la résistance que lui opposent la rétraction et l'écrasement automatique de ce système vasculaire vidé par une hémorrhagie. L'instrument doit donc posséder un moteur, cœur artificiel de la circulation anastomotique. En 1653, dom *Robert des Gabets* et *Eloi Pichot* de Mâcon venaient de composer un appareil avec un petit ballon de cuir muni de soupapes, monté entre deux tubes. Cet instrument fut incapable de remplir son but, parce que le sang, barbottant avec l'air contenu dans le ballon, n'arrivait que coagulé à l'extrémité du tube. D'autre part, *Folli*, en 1652, avait imaginé de disséquer sur un cheval un long tronçon d'artère carotide, muni d'une collatérale, d'adapter les deux extrémités de l'artère entre les deux sujets, et de laisser sortir l'air par la collatérale.

Il aurait suffi que Folli et Robert des Gabets combinassent ensemble leurs deux instruments, pour que dès le XVIIe siècle la transfusion devint rapidement parfaite, par la création d'un transfuseur composé de substances organisées, muni d'un moteur et d'un embranchement destiné à l'issue de l'air.

Mais, au lieu de se rencontrer, ces laborieux savants ignorèrent mutuellement leurs œuvres étouffées sous l'éteignoir de *Martin de la Martinière*, médecin de nulle valeur, mais secrétaire officiel de la Faculté d'alors. De nos jours encore, un secrétaire Martin, organise la conspiration du silence, et supprime à son gré certaines communications académiques qui gêneraient ses patrons officiels.

Après vingt ans de brillant éclat, de 1650 à 1670, la transfusion fut enterrée vivante pendant deux cents ans, par la sentence du Parlement du Châtelet. Réveillée vers 1820, elle excita de nouveau un grand enthousiasme. Mais nul ne sut utiliser et perfectionner ce qu'il y avait de bon dans les travaux et les appareils des médecins du moyen âge.

Les modernes paraissent, en cette question, être retournés, de parti-pris, aux erreurs de l'enfance de l'art. Ils repassent par les mêmes fautes, sont frappés par les mêmes accidents, négligent les mêmes précautions opératoires et réinventent péniblement les appareils déjà construits, sans pour cela faire avancer d'un pas la question, bien au contraire. Nous avons vu les Allemands reprendre le tube simple de Denys, et les Italiens rééditer le tube à embranchement de Folli, sans comprendre la nécessité d'employer une substance animale. Ces tubes, sans moteurs, ne peuvent s'appliquer qu'à la transfusion de sang artériel animal et tous ces auteurs s'y cantonnèrent faute de savoir faire mieux.

Le ballon de cuir, de dom Robert des Gabets, avait été un premier jalon planté sur la route en 1653. Quelques auteurs modernes, entre autres le chirurgien *Maisonneuve*, cherchèrent à suivre cette direction, mais leurs instruments échouèrent, par ce fait qu'ils commençaient par une canule à lier dans la veine du *donneur de sang*.

Un médecin belge, *Sotteau*, proposa alors un instrument commençant par un tube de verre renflé en ampoule, puis dilaté à la façon d'un pavillon de trompette. *Mathieu* copia cet appareil sans en nommer l'auteur (*fig.* 45). Ce pavillon devait s'appliquer sur l'orifice d'une saignée pratiquée à la main; il fut d'emblée démontré qu'on ne pouvait le maintenir assez intimement au contact de la peau, pour que l'air extérieur ne pût être aspiré en même temps que le sang. Malgré de premiers échecs, on aurait dû continuer dans cette direction, qui est la bonne, car elle mène à la transfusion du sang complet par une anastomose directe, mais en 1863, la Faculté s'éprit soudainement d'admiration pour les instruments que *Moncoq* nomma *hématophores* (*fig.* 50) : et cependant la conception sur laquelle sont basés ces appareils, n'est qu'un recul immense sur ce qui précède, car c'est un retour à la transfusion indirecte. Ces instruments ne valent pas davantage que la simple seringue à hydrocèle dont les docteurs *Marmonnier* et *Gentilhomme* ont réussi à se servir, une seule fois chacun il est vrai; ils valent moins que la grande seringue que *Pajot* (*fig.* 48) a percée d'un trou pour l'échappement de l'air, et qu'il a munie d'un entonnoir (seringue copiée par *Copello*). Or Pajot déclare que sa seringue est incapable de manœuvrer du sang.

Les hématophores de Moncoq sont de grands corps de pompe debout sur un bâti, avec piston muni d'un ressort à la façon des irrigateurs Eguisier, et additionnés d'un vaste entonnoir. Ces instruments ont été plusieurs fois copiés, contrefaits, dénaturés, on s'est ingénié à

© BIU Santé

supprimer le bâti, à changer la forme du ressort, du piston, des soupapes, à agrandir ou diminuer l'entonnoir, et à le placer à gauche ou à droite, en dessus ou en dessous du corps de pompe.

Enfin M. le fabricant *Collin* a réussi, en 1873, à éviter tout concours entre les diverses méthodes, et tout examen de gens compétents; il a persuadé au pharmacien chef du matériel sanitaire de placer son appareil dans les magasins et dans les caisses d'ambulance de l'armée. Cet instrument y figure encore sans pouvoir être remplacé, quelles que soient les réclamations des chirurgiens parfaitement convaincus de sa radicale incapacité. Tous ces instruments à entonnoir répondent à une méthode absolument fausse. On ne cherche plus à créer une anastomose directe, et l'on opère non plus une transfusion, mais l'injection d'un sang qui a été largement exposé à l'air. En effet, le bras du donneur de sang est saigné à la lancette, le sang décrit une courbe et retombe en pluie de gouttelettes que les parois de l'entonnoir réunissent et font passer dans la pompe, après que chaque goutte a recueilli tout ce qu'elle a rencontré de poussières, de germes, ferments et microbes flottants dans l'atmosphère.

Ces instruments à entonnoir ont à leur passif un nombre considérable de désastres, soigneusement tenus dans l'ombre, et je ne saurais admirer les quelques cas donnés comme succès, lorsque je relis la description des terribles phénomènes congestifs produits par les faibles doses de 30 ou 60 gr. injectées aux patients; (opérations de *Béhier*, *Gibert*, *Th. Anger*, etc.) (1). (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des paralysies alcooliques.

Magnus Huss avait déjà mentionné l'existence de *paralysies* dans l'*alcoolisme chronique*; mais les faits de ce genre n'avaient guère frappé l'attention. Dans son article *Alcoolisme* du *Dictionnaire encyclopédique* (1864), M. Lancereaux signale d'une manière plus explicite cette complication; et il fait remarquer que, comme dans la paralysie saturnine, l'impotence frappe surtout les *muscles extenseurs*. Ce travail renferme en outre une note de M. Leudet, l'éminent professeur de clinique de l'école de Rouen, indiquant qu'il s'agit de *paralysies douloureuses*.

En 1872, de nouveaux faits publiés par MM. Wilks (2) et Lockart Clarke montrèrent que ces paralysies sont décidément *plus fréquentes chez les femmes*, et qu'il n'est pas rare, en Angleterre, de les observer chez les femmes du monde : plusieurs observations citées par M. Charcot nous montrent qu'il en est de même sur le continent. Ces différents auteurs ont fait remarquer que l'impotence d'origine alcoolique s'accompagne de douleurs vives, lancinantes, formicantes, siégeant surtout aux extrémités, particulièrement aux pieds; et dans son enseignement M. Charcot a insisté à différentes reprises sur l'analogie qui existe entre ces douleurs et celles de l'ataxie locomotrice. Et il est bon de rappeler que ce n'est pas seulement dans l'alcoolisme que l'on peut rencontrer des phénomènes douloureux se rapprochant de ceux du tabes; on les retrouve encore dans le diabète (1); c'est un point qu'il n'est pas sans intérêt de relever au point de vue de l'étude séméiologique de ces affections.

Mais, il faut bien le dire jusqu'alors, l'étude nosologique des paralysies alcooliques n'avait pas été tirée au clair. Ce n'est que dans un récent travail de M. Lancereaux (2) que l'on trouve une description véritablement caractéristique. Cet observateur relève en outre des particularités déjà signalées, la *symétrie* des troubles moteurs, et il insiste sur l'*hyperesthésie* suivie d'*anesthésie* qui les précède. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que ces troubles de la sensibilité qui constituent en quelque sorte la première période de l'affection, avaient été déjà fort bien décrits par M. Leudet (3) qui avait montré que ces phénomènes douloureux étaient surtout *nocturnes* et qu'ils se rapprochaient par certains caractères des névralgies. Cet auteur était arrivé à penser que, dans la plupart des cas, la névralgie générale de Valleix devait être attribuée à l'alcoolisme : aujourd'hui que les phénomènes douloureux de la maladie de Duchenne et du diabète sont mieux connus, ces affections ont le droit de réclamer leur part dans le démembrement de la névralgie générale.

Il faut ajouter que M. Leudet est le premier qui ait eu l'occasion de pratiquer l'examen nécroscopique dans un cas de paralysie alcoolique et qu'il n'a pu constater que des lésions portant sur les muscles et les nerfs surtout des membres inférieurs; ces lésions ont été retrouvées par M. Lancereaux qui a constaté à nouveau l'*intégrité de la moelle épinière*. Ces caractères anatomiques, qui se rapprochent de ceux que l'on constate à la suite des sections nerveuses, constituent une analogie de plus avec la paralysie saturnine (Lancereaux, Charcot et Gombault, etc.).

Dans sa dernière leçon, M. Charcot a montré deux malades, deux femmes qui offrent à des degrés divers les symptômes déjà indiqués de la paralysie alcoolique. Toutes les deux présentent aux quatre membres une paralysie des extenseurs : les poignets ne peuvent pas être relevés, les deux pieds ont la forme de l'équin direct, et, chez l'une d'elles, il est impossible de relever mécaniquement la pointe du pied. Cette fixité de la position vicieuse ne tient pas à la contracture des fléchisseurs, mais à un épaississement des tissus articulaires dû à la longue durée de l'attitude pathologique. Il s'agit, en effet, d'une *paralysie flasque* avec *abolition des réflexes tendineux*, abolition qui avait été déjà constatée par M. Glynn, de Liverpool (4). Les deux malades de M. Charcot offrent, en outre, des troubles que l'on retrouve dans plusieurs observations de MM. Leudet, Lancereaux et Glynn, à savoir une infiltration

(1) Inutile de dire que pour les Leçons de M. Roussel, de même que pour les autres Leçons, nous laissons aux auteurs toute la responsabilité de ce qu'ils écrivent. (*La Rédaction.*)

(2) S. Wilks. — *On diseases of the nervous system*. London, 1883.

(1) D. Bernard et Ch. Féré. — *Des troubles nerveux observés chez les diabétiques* (*Arch. de neurologie*, 1882, t. IV, p. 336. — T. Dreyfous. — *Pathogénie et accidents nerveux du diabète* (Th. d'agrég., 1883.)

(2) Lancereaux. — *De la paralysie alcoolique*. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1881, p. 119, etc.

(3) E. Leudet. — *Etude clinique de la forme hyperesthésique de l'alcoolisme chronique et de sa relation avec les maladies de la moelle* (*Arch. gén. de méd.*, 1867, t. I, p. 1).

(4) T. R. Glynn. — *Cases of alcoolic paraplegia* (*Liverpool me . chir. Journ.*, Juillet 1883.

© BIU Santé

œdémateuse des extrémités inférieures avec coloration rouge bleuâtre, due à une *paralysie vaso-motrice*, susceptible d'amener des troubles trophiques plus ou moins prononcés.

En résumé, la paralysie alcoolique généralement précédée de troubles sensitifs, à caractères hyperesthésique ou névralgique suivis d'anesthésie, est caractérisée, par une impotence généralement symétrique s'étendant aux quatre membres où elle atteint à peu près exclusivement les extenseurs, tandis que la face paraît toujours respectée. C'est une paralysie flasque avec abolition des réflexes tendineux, susceptible de s'accompagner de troubles vaso-moteurs et trophiques.

D'après la description des auteurs, cette paralysie ne paraît pas capable de retrocéder ; cependant M. Charcot a cité un malade observé dans sa pratique privée qui, sous l'influence de l'abstinence d'alcooliques et de l'hydrothérapie guérit d'une paralysie datant de trois mois ; mais il fut repris à la suite de nouveaux excès. Une dame, que nous avons eu l'occasion de voir avec M. Charcot, a de même guéri de sa paralysie, mais elle a succombé à la phtisie quelques mois plus tard.

Pour établir le diagnostic de ces paralysies, il est indispensable d'avoir bien présent à l'esprit leurs caractères cliniques, car il ne faut pas compter sur les renseignements fournis par l'anamnèse. Il ne s'agit pas en effet toujours d'ivrognes officiels, ayant présenté déjà d'autres troubles somatiques ou psychiques de l'intoxication alcoolique, le tremblement peut manquer. Si on a affaire à un homme on peut espérer qu'il avouera ses habitudes vicieuses ; mais il ne faut pas faire fond sur la sincérité des femmes, qui mettent tout en jeu pour dissimuler l'origine de leur affection. D'ailleurs, il faut retenir qu'un certain nombre de femmes s'alcoolisent inconsciemment avec des préparations qu'elles croient anodines, le vulnéraire, l'alcool de menthe, l'eau de mélisse (2), etc., etc. Et il y a une autre cause d'erreur, qui résulte de ce que l'intoxication alcoolique détermine dans un certain nombre de cas, une véritable *amnésie* ; et ces paralytiques peuvent avoir oublié non seulement leurs excès, mais encore les principales circonstances de leur vie. L'origine des paralysies alcooliques doit donc être dépistée par les seuls caractères cliniques exactement comme celle du délire alcoolique éveillé par certaines affections aiguës.

Il est une particularité étiologique de paralysies qui mérite de fixer l'attention : pourquoi les femmes sont-elles plus souvent atteintes que les hommes ? Une des malades de M. Charcot nous montre dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels, des accidents névropathiques bien caractérisés ; on peut se demander si ce n'est point en raison de la prédominance du tempérament nerveux que la femme est plus souvent atteinte. Il n'est pas douteux, en effet, que toutes « les affections aiguës ou chroniques, lorsqu'elles déterminent des troubles psychiques sensoriels ou moteurs, ne font que mettre en relief une prédisposition individuelle héréditaire ou congénitale » (1).

(1) Lancereaux. — *Intoxication par le vulnéraire et l'eau de mélisse*, etc. (*Union méd.*, 1882, p. 673.)
(2) Ch. Féré. — *La famille névropathique*. (*Arch. de neurologie*, 1884, t. VII, p. 190.)

Nous ne terminerons pas sans faire remarquer que si en général la paralysie alcoolique a une marche chronique, elle peut aussi se présenter sous la *forme aiguë*. M. Broadbent a en effet communiqué à la Société Royale de médecine et de chirurgie de Londres (Février 1884) l'histoire d'un homme, âgé de 42 ans, qui, passant son temps à lire et à boire dans son lit, fut pris de paralysie des extenseurs, le diaphragme se prit et le malade succomba et on ne trouva aucune lésion médullaire. CH. FÉRÉ.

L'origine ancienne de la vérole.

On a beaucoup écrit sur l'origine de la vérole, et, c'est là un des sujets les plus récemment et les plus complètement fouillés de l'histoire médicale, car lorsque, vers le milieu du XIXe siècle, la syphilis fut nettement différenciée des autres affections vénériennes, on songea, connaissant désormais la maladie, à s'enquérir de son passé, et l'on se mit à l'œuvre pour reconstituer son histoire.

Bien avant cette époque, du reste, de nombreux auteurs avaient étudié l'historique de la question et deux camps s'étaient formés, émettant deux opinions différentes, lesquelles ont encore cours aujourd'hui : dans l'un, se trouvaient les partisans de l'origine moderne de la syphilis, qui, considérant que celle-ci s'était surtout montrée en Europe, à la fin du XVe siècle, faisaient honneur à Christophe Colomb de son importation du nouveau continent, où il pensaient qu'elle avait pris naissance, sur l'ancien, où ils la constataient désormais. Ils se déclaraient partisans de l'*origine américaine*.

Dans le second camp, se trouvaient les auteurs qui ne voyaient d'autre rapport, entre le voyage de Christophe Colomb et l'apparition présumée de la syphilis en Europe à la même date, qu'une question de coïncidence, et qui, partisans de l'*origine ancienne*, c'est-à-dire de l'existence de la maladie, à l'exemple de toutes les autres, de toute antiquité, faisaient observer qu'à cette époque de Renaissance le monde entier avait semblé se réveiller ; que les communications étaient devenues plus actives ; que les guerres avaient favorisé éminemment la diffusion de cette maladie contagieuse au premier chef, et, qu'enfin, il avait été permis à des auteurs instruits de décrire une affection que l'Eglise déclarait « impure et indigne de toute description. »

Parmi les premiers, pour ne citer que les plus illustres, se trouvaient Astruc et Van Swieten ; parmi les seconds : Ribeiro Sanchez dont la « *Dissertation sur la maladie vénérienne dans laquelle on prouve qu'elle n'a point été apportée d'Amérique* (1750), » avait fait époque dans la question.

Ce qui semble étonnant, c'est, qu'à partir du milieu de notre siècle, alors qu'on eût définitivement classé la syphilis, l'origine américaine eut un redoublement de faveur. Disons que, de nos jours, il se produit un revirement complet à ce sujet. On se demande, en effet, à mesure qu'on étudie mieux les causes pathogéniques et qu'on rejette toute idée d'origine spontanée des maladies, pourquoi, à l'instar des autres affections, la vérole n'aurait pas existé de toute antiquité ? Et si, en particulier, on se rejette sur l'importation américaine, on se demande encore pourquoi la vérole aurait pris spécialement naissance en Amérique et s'il existait dans ce pays des conditions particulières favorables à son éclosion, de même qu'il en existe pour la fièvre jaune ou le choléra indien dans une autre partie du monde.

© BIU Santé

Ce chapitre de pathologie générale n'étant guère soutenable par l'affirmative, on se reporte aux textes, et, on s'efforce d'établir qu'avant 1493 la syphilis n'existait pas en Europe. Cependant, il est notoire que les « *bubas* », que les Espagnols appelaient déjà *mal Français*, existaient en Espagne avant 1493, date du premier retour de Christophe Colomb, et avant, par conséquent, les expéditions de Charles VIII en Italie et de Gonzalve de Cordoue à Naples (1), époque à laquelle, suivant les partisans de la théorie américaine, la syphilis aurait fait son apparition sur l'ancien continent.

Et pour preuve, nous citerons les documents suivants empruntés à Pierre Martyr :

« Batiste Fulgosi, dans son ouvrage imprimé à Paris, en 1578 (in 8°), dit, chap. IV, page 29 : « Deux ans avant que le roi Charles VIII fît son expédition en Italie, on découvrit une maladie dont les anciens n'avaient connu ni le nom, ni les remèdes. Elle portait des noms différents suivant les pays ; en France on l'appelait mal napolitain, en Italie mal français. Or, Charles VIII arriva à Rome à la fin de décembre 1494, comme le dit Mariana dans son histoire d'Espagne, livre 16, ch. 6. La date donnée par Fulgosi, 1492, est donc antérieure au retour de Colomb d'Amérique.

« Colomb avait dans son premier voyage en Amérique, 90 hommes en tout, il en laissa 38 à l'île espagnole, plusieurs moururent pendant l'aller et le retour. De sorte qu'à son débarquement il lui en restait à peine 30 à 40 ; c'eût été un singulier secours pour Ferdinand V contre Charles VIII, à moins qu'il ne les ait envoyés à Gonzalve de Cordoue pour infecter le pays de Naples et par contre-coup toute la péninsule et toute la France ! »

Aussi, au lieu, ainsi que cela se fait encore, d'appeler la vérole : mal français, mal napolitain, mal espagnol, mal américain, il est plus simple, croyons-nous, de ne voir, dans ces différentes dénominations, qu'une preuve de plus en faveur de l'existence simultanée et de longue date de la maladie chez tous ces peuples.

Tous les jours, du reste, se multiplient les documents en faveur de cette ancienneté d'origine, et, résultat forcé, aujourd'hui qu'on connaît mieux la syphilis, on tend à la reconnaître de plus en plus dans les livres anciens. Et, s'il est difficile d'en trouver des traces palpables dans les descriptions des auteurs grecs et latins et de lui assimiler comme ont voulu le faire des partisans trop zélés de l'origine ancienne, la peste d'Athènes et la maladie inguinaire du VIIe siècle, il est des peuples qui nous ont laissé dans leurs écrits connus depuis peu, tout au moins en Europe, une symptomatologie assez précise pour ne laisser aucune prise au doute.

En 1863, le capitaine P. Dabry, consul de France en Chine, publiait un livre intitulé : « *La médecine chez les Chinois*, » dans lequel on trouvait nettement la description de la vérole d'après des manuscrits datant de plus de 2500 ans avant Jésus-Christ. Les syphiliographes partisans de l'origine américaine attaquèrent vivement les conclusions de ce volume se fondant, peut-être avec raison, sur ce que son auteur n'était pas médecin, et que partant, il avait pu laisser surprendre sa bonne foi.

Aujourd'hui, on n'adressera pas les mêmes reproches à un manuscrit japonais publié par M. le Dr Scheube (de Leipzig) (2), manuscrit jusqu'à présent totalement inconnu en Europe, qui contient des renseignements précieux, au point de vue particulier de la vérole. Ce manuscrit, intitulé « *Dai-do-rui-shiu-ho* » ou *Assemblage de recettes rangées par classes*, de la *période Dai-Do*, fut composé vers l'année 808 de notre ère, et, pour cette raison, mérite donc toute notre attention.

(1) Voir une remarquable étude sur ce sujet de M. le Dr L. Thomas, dans les premiers numéros de l'*Abeille Médicale* de 1883.

(2) In. *Archiv. für Path. de R. Virchow*, mars 1883, p. 418.

Quelques années auparavant, l'empereur Heizei-Tenno, voyant son pays envahi de plus en plus par la civilisation et la science médicale chinoises, résolut de rassembler en un livre tous les éléments de médecine propres au Japon. Il chargea de ce faire, ses deux médecins, A-be Ma-nao et Idzu-mo Hiro-sada qui, bientôt, mirent ce manuscrit au jour. Celui-ci, s'égara, et, c'est seulement en 1827 qu'un certain personnage, nommé Bude, le retrouva dans le temple d'une île de la province Bungo. Bude édita ce manuscrit dont la lecture est des plus difficiles vu qu'il est écrit en vieux langage japonais, ce qui fait qu'il resta presque complètement inconnu du monde savant.

C'est un Japonais, ancien élève du Dr Scheube, M. Kayama (de Kioto), qui a envoyé à celui-ci la traduction des chapitres relatifs à la syphilis : comme interprétation, cette traduction ne laisse donc rien à désirer, d'autant que M. Kayama s'est assuré, pour les passages difficiles, le concours de savants japonais ses compatriotes. Le chapitre 94 est ainsi conçu :

Kata-shine-Kasa, c'est-à-dire *éruption d'une des aines*. Dans le pli transversal situé entre la cuisse et l'abdomen se montrent de la rougeur et du gonflement accompagnés de violentes douleurs et de fièvre. Après quelques jours survient la suppuration : l'abcès s'ouvre et il s'écoule beaucoup de pus.

Mara-Kasa-hyami, c'est-à-dire *maladie éruptive du pénis*. Au début, gonflement gros comme un grain de millet et douleurs. Après quelques jours ulcération et écoulement de pus.

Fuse-Kasa (?). La peau du pénis, siège de l'éruption, contient de l'eau, phénomène qui se montre surtout en été. Le pénis est enflé et très augmenté de volume. Le gonflement s'étend à tout le pénis et on ne peut voir le gland de l'extérieur. De la peau s'écoule du pus.

Shiri-mara-Kasa c'est-à-dire 2e *éruption du Pénis*. Au début se montre l'éruption comme ci-dessus (*mara-Kasa-yami*). Puis, surviennent l'ulcération et les douleurs. Après quelques jours, l'ulcération s'étend et le gland tombe. Puis, l'ulcération, gagne peu à peu en arrière, le pénis tombe tout entier et les testicules sont également envahis par l'ulcération.

Kashiri-Kasa, c'est-à-dire *Eruption courante*. Le poison du pénis ou d'une des aines s'élève et l'éruption devient envahissante. Chaleur et froid s'établissent et les os des extrémités deviennent douloureux. Après quelques mois se montre sur le dos et sur le visage une petite éruption sans douleurs ni démangeaisons. De celle-ci s'écoule un liquide jaunâtre. Après quelques mois le visage se gangrène, prend une odeur fétide et il s'en écoule du pus.

A ceci se joint le chapitre 95 :

Hone-no-hari-kasa, c'est-à-dire *Eruption et gonflement des os*. Après la guérison de l'éruption du pénis, les articulations des membres deviennent douloureuses de telle sorte qu'on ne peut ni les plier ni les étendre. Il existe en général de la fièvre. Cela se nomme *hone-no-hari-kasa*. Alors le poison s'élève et il survient divers phénomènes fâcheux. Les os sont douloureux. Le malade a de la fièvre, celle-ci dure tout le jour et l'appétit est supprimé. Il existe de la constipation. L'urine est rouge et s'écoule difficilement au dehors.

Nondo-fuki-kasa, c'est-à-dire *Eruption de la gorge*. Le reste du poison gagne les régions supérieures, la muqueuse de la gorge gonfle et le malade a des douleurs. Après quelques jours se montre la gangrène, il s'écoule beaucoup de pus et peu à peu survient la gangrène qui ne guérit pas pendant plusieurs années.

Ana-Kasa, c'est-à-dire *formation de trous, et hi-kasa ?* Le reste du poison de l'éruption du prépuce gagne les régions supérieures et détruit le visage ou la tête. Pendant de longues années, il n'y a pas de guérison. Ce qui reste de poison détruit la tête, la peau, la chair et les os. Alors les oreilles sont détruites, ou il survient une éruption du nez ou la cécité. Ou encore, les extrémités inférieures gonflent et sont douloureuses pendant plusieurs années. Alors les malades tombent en pourriture. Le poison détruit tout le corps, ou les testicules se couvrent de pustules, gonflent et se gangrènent, et il se forme de nombreux trous. Ensuite toute la surface du corps se détruit.

Mimi-no-hi-kasa, c'est-à-dire *éruption des oreilles*. Le reste du poison gagne les parties supérieures, il existe des bourdonnements d'oreilles et de la difficulté de l'audition. Après quelques mois surviennent de violentes douleurs, et il s'écoule un liquide jaunâtre. Les bourdonnements d'oreilles disparaissent, mais les malades n'entendent plus.

© BIU Santé

Telles sont les notions de syphilis contenues dans le vieux manuscrit japonnais. Evidemment, l'auteur a commis une confusion presque inévitable entre toutes les affections vénériennes. Mais, dans cette confusion même, il est facile de reconnaître, en dehors des ulcérations du pénis fort trompeuses, les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis, ulcérations de la gorge, douleurs osseuses, carie des os du nez et gommes de la face et du cuir chevelu.

Nous sommes donc autorisé à dire que, au commencement du IXe siècle, la syphilis existait au Japon : et, ce qui, outre les phénomènes ci-dessus rapportés semblerait le prouver encore, c'est, qu'aujourd'hui même, dans ce pays, on emploie communément pour désigner cette affection désormais bien connue, le terme de *Kasa* qui marche en tête de tous les chapitres que nous avons rapportés.

Certainement, les partisans de la théorie moderne pourront dire que l'on trouve mélangés dans cette description tous les signes et caractères de la chaudepisse, du chancre mou et du bubon suppuré consécutif, et même du phagédénisme qui accompagne, comme on le sait, beaucoup plus souvent que le chancre induré, le chancre simple qui, suivant eux, aurait existé de toute antiquité. A cela, nous répondrons que les écrits postérieurs de trois siècles à la découverte de l'Amérique nous semblent erronés, même ceux dans lesquels la syphilis est le mieux et le plus indubitablement décrite, attendu que ce n'est guère qu'à partir de 1850 que la gonorrhée et le chancre mou furent nettement différenciés de la vérole.

Peut-être, dira-t-on que les Chinois et les Japonais possesseurs de cette affection avant les Européens, connurent avant nous l'Amérique et, entr'autres bienfaits, y importèrent la syphilis que le Nouveau-Monde nous transmit. Nous croyons qu'il serait, en fin de compte, plus facile de prouver qu'elle existait en Europe avant le XVe siècle.

G. GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 juin 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. LABORDE, revenant sur une précédente communication, se croit en mesure d'affirmer que le poumon doit l'élasticité dont il est pourvu et qu'il peut conserver plus de huit jours encore après la mort, au tissu élastique qui rentre dans sa structure et non au tissu musculaire. Les expériences qu'il a faites sur les poumons de Campi ne lui laissent aucun doute à cet égard.

M. P. BERT constate que les expériences de M. Laborde ne font que corroborer les résultats qu'il avait déjà obtenus et publiés. Dans l'expiration ordinaire, l'élasticité propre du poumon intervient seule. Cette élasticité est une propriété physique de l'organe, qui persiste encore après que la putréfaction a détruit les autres éléments constitutifs du parenchyme pulmonaire.

M. DASTRE dit que par un procédé expérimental particulier, il est facile de rendre visibles les phénomènes rapportés par MM. P. Bert et Laborde. Si, sur une tortue vivante, on enlève au moyen du trépan une couronne du plastron dorsal et du plastron ventral, on peut, au moyen de la lumière transmise, étudier le jeu des poumons; la lenteur de la respiration chez cet animal rend encore l'expérience plus facile. On peut constater que, même après la section du pneumo-gastrique, le poumon en expérience conserve une élasticité qui ne saurait être attribuée qu'à la constitution même du parenchyme.

M. DE VARIGNY rapporte des cas de *suggestion mentale* dans lesquels, à propos des expériences récentes de M. Cumberland, il a pu, ainsi que l'a fait voir M. Richet en particulier, se rendre compte des tremblements fibrillaires qui animent la main du sujet en expérience. La *perception de la pensée* doit donc rentrer dans le domaine des faits expérimentaux.

M. POUCHET communique le résultat de ses recherches sur le développement des *péridiniens*. Certains corps qui sont implantés, dans leurs premières périodes, sur une variété de *tuniciers*, les *appendiculaires*, et qui, jusqu'à présent avaient été pris pour des parasites, ne sont que des péridiniens à leur première phase de développement. C'est par scissiparité que ces organismes suivent les diverses périodes de leur évolution organique.

M. VIGNAL a étudié la *formation de la substance grise embryonnaire*, dans la moelle épinière des mammifères. Il n'a jamais observé dans cette substance ou à son voisinage les figures kariokinétiques qui sont données comme la marque unique de la division cellulaire par presque tous les auteurs qui se sont occupés de la reproduction des cellules. Il en conclut que, quoiqu'on observe ces figures en grande abondance dans la rangée des cellules bordant le canal de l'épendyme, la substance grise embryonnaire doit se former par un autre mode de reproduction que celui connu sous le nom de division directe ou *karyokinèse*.

Dans une seconde communication, M. VIGNAL, après avoir rappelé que, pour Kölliker et Hensen, la substance embryonnaire est formée par de fines fibrilles se croisant à angle droit et par des noyaux; que, pour Renaut, ces cellules possèdent déjà une partie différenciée, émet l'opinion que toutes les cellules qui forment cette substance ont un protoplasma très mou, émettant de longs prolongements qui forment la substance blanche, et que ces prolongements ont la même structure que le protoplasma. Il ne croit pas, ainsi que l'a avancé Boll, que ces cellules soient de deux ordres : les unes, qui doivent former les cellules nerveuses; les autres, les cellules de la névroglie. Dans les premiers stades du développement, toutes ces cellules sont semblables, la différenciation qui se produit entre elles ne s'effectuant que plus tard. Quant à l'exoplasme décrit par Renaut, il n'existe pas; il n'en apparaîtra un qu'à la fin de l'évolution, lorsque les cellules de la névroglie et les cellules nerveuses seront déjà presque à la fin de leur processus évolutif.

M. GELLÉ dit qu'il y a une grande différence, au point de vue de la transmission, entre les *sons au contact* et ceux qui sont apportés par l'air (*sons par influence*). Expérimentant au moyen d'un téléphone à ficelle de 0,50 cent. de longueur, il a remarqué qu'il fallait une tension suffisante (1 à 5 gr.) pour assurer le passage du son, de même qu'une tension plus forte (20 gr.) amenait le silence subit. Pendant cette première série d'expériences, le diapason est tenu à *distance* du cornet récepteur. Si, au contraire, le diapason est mis *en contact* avec le cornet, le son passe toujours et s'atténue à peine, quelle que soit la charge que porte le fil. Il y a donc une opposition complète entre les deux transmissions, aérienne et solidienne.

M. LABORDE, à propos de la locomobilité du cerveau dont on s'est récemment occupé, a pu constater sur la tête du supplicié Campi que les mouvements qu'on a décrits devaient être rapportés à des phénomènes purement cadavériques.

Expérimentant sur les canaux excréteurs de la bile du même supplicié, il a cru voir un léger rétrécissement se produire sur le canal cholédoque, en particulier, à la suite de l'excitation. Existe-t-il là un appareil musculaire? c'est ce que démontreront les recherches histologiques qui sont en cours d'exécution.

M. GRANCHER rappelle qu'en 1870 il a décrit des muscles lisses dans les parois des canaux excréteurs de la bile.

M. DASTRE insiste sur le rôle que joue la pression interne dans les phénomènes d'excrétion biliaire.

G. GILLES DE LA TOURETTE.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 juin 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. le PRÉSIDENT annonce à l'Académie le malheur qui vient de frapper M. Richet, en la personne de Mme Richet, et propose d'adresser à M. Richet, au nom de l'Académie, l'expression de tous ses regrets. Cette proposition est unanimement approuvée.

M. FOURNIER lit un travail sur le *microbe du bouton de Biskra*. A l'occasion d'un malade, atteint d'un bouton de Biskra contracté en Tunisie, et actuellement soigné à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, M. Duclaux eut l'idée de rechercher si cette maladie ne serait pas microbienne. Ayant étudié le sang de ce malade, et les liquides pris dans l'épaisseur des tissus lésés, M. Duclaux a constaté l'existence d'un coccus spécial. Cultivé dans du bouillon de veau et inoculé ensuite à un lapin, ce microbe détermine une plaque gangréneuse dont les caractères objectifs rappellent ceux du bouton de Biskra ; bien plus, il provoque l'explosion d'une série d'abcès dans le pus desquels on retrouve le coccus déjà signalé. Comme il ne s'agit que d'un seul fait, MM. Duclaux et Fournier n'hésitent pas à faire quelques réserves sur l'identité de ces deux maladies, observées chez l'homme et le lapin. M. Duclaux a également fait une remarque importante au sujet de la variabilité des formes nosologiques de la maladie inoculée, suivant le degré d'atténuation du virus ou son mode d'inoculation. L'ensemencement de ce microbe, dans un bouillon de culture stérilisé, a permis d'établir une série d'expériences des plus intéressantes. L'inoculation de vingt gouttes de ce bouillon dans le tissu cellulaire, a donné des résultats différents, suivant le temps qui s'est écoulé entre l'ensemencement et l'inoculation. Plus le bouillon de culture est ancien, et moins virulentes se révèlent les inoculations. Il en est de même des injections intra-veineuses qui tuent rapidement dans les premiers temps, pour atténuer plus tard leurs effets, au point de devenir complètement inoffensives. Enfin, lorsqu'on prend du bouillon de veau inoffensif et qu'on le place dans du bouillon stérilisé, ce dernier devient également virulent. Resterait à savoir si l'inoculation du bouillon devenu inoffensif peut conférer l'inocuité vaccinale à l'animal inoculé.

M. LEGOUEST doute que le microbe découvert par M. Duclaux soit celui du bouton de Biska, car les descriptions des symptômes observés chez les animaux inoculés ne répondent nullement à ce qu'on a coutume d'observer chez l'homme.

M. COLLIN (d'Alfort) ne trouve pas que le lapin soit un excellent réactif dans les expériences visées par MM. Duclaux et Fournier, et pense que les grands animaux exposent à des résultats plus précis.

M. LABBÉ fait une communication sur le *traitement de l'hydarthrose par les lavages antiseptiques*. Le traitement des vieilles hydarthroses a donné lieu à de nombreuses méthodes thérapeutiques. Récemment Schœde a proposé de remplacer les injections de teinture d'iode par des lavages avec une solution antiseptique au 3 centièmes. M. Labbé a appliqué le traitement de Schœde à deux de ses malades, qui ont complètement guéri.

M. J. GUÉRIN est d'avis que la méthode des cautérisations ponctuées peut rendre des services signalés contre les hydarthroses essentielles ; ces cautérisations augmentent la vitalité des tissus et provoquent une sorte de contraction de la peau éminemment favorable au retrait de la poche liquide.

M. DUMÉNIL (de Rouen) lit, en son nom et au nom de M. Petel (de Rouen), un travail ayant pour titre : *Commotion de la moelle épinière, sclérose des cordons latéraux et dégénération des cellules de la substance grise consécutives*. Ce travail se trouve résumé dans les conclusions suivantes : 1° La commotion de la moelle épinière doit être maintenue dans l'état actuel de la science ; 2° Elle peut être l'origine de lésions inflammatoires consécutives ; 3° Ces lésions inflammatoires peuvent revêtir la forme de myélites systématiques.

M. CONSTANTIN PAUL lit un *rapport* sur les mémoires envoyés pour le *concours* du prix Desportes. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 novembre 1883. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

25. Abcès des glandes de Cooper, simulant un rétrécissement de l'urèthre. — Orchite par cathétérisme. — Autopsie. — Examen microscopique; par M. TUFFIER, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Cotte, 62 ans, charretier, entré à la Pitié, service de M. VERNEUIL, le 19 juin 1883, salle Michon, lit n° 48. C'est un vieillard un peu cachectisé, mais cependant encore bien musclé, qui nous est envoyé pour des phénomènes de dysurie.

Dans les antécédents morbides, nous relevons plusieurs blennorrhagies dans sa jeunesse (le malade ne peut préciser ni le nombre ni la date exacte). Pas de syphilis, pas d'accidents scrofuleux. Dès l'âge de 24 ans, il s'aperçut que la miction était un peu douloureuse, depuis cette époque, il avait de temps en temps une sensation de brûlure dans le canal, sans écoulement purulent par l'urèthre. Jamais il n'a eu de rétention complète, mais depuis deux ou trois ans, il urinait plus souvent et le jet était lent à venir. Ces phénomènes s'accentuaient après des excès de boisson ou des fatigues prolongées.

A la fin d'avril dernier, ces phénomènes de dysurie s'étant accentués et surtout les douleurs pendant la miction devenant plus violentes, le malade entra à l'hôpital. Nous trouvons un homme qui accuse des mictions fréquentes aussi bien le jour que la nuit. Le début de la miction est douloureux ; cette douleur ne persiste pas après l'expulsion de l'urine.

Les urines sont un peu hautes en couleur, mais ne contiennent pas de pus. Aucun trouble du côté du rectum. L'état général est excellent ; pas de douleurs rénales. L'exploration du canal permet de constater un rétrécissement de la portion membraneuse. Les premières explorations ne permettent pas de franchir l'obstacle.

M. Verneuil diagnostique : retrécissement de l'urèthre. On donne au malade un bain et un purgatif. Le surlendemain on peut passer une bougie n° 3, qu'on place à demeure. Tous les deux jours on change la bougie, et on arrive en quelques jours au n° 9.

12 *juillet*. — Le traitement est entravé par le fait suivant : le matin à la visite, le malade se plaint d'une douleur testiculaire. On trouve le scrotum volumineux et un peu rouge, l'épididyme et le testicule indurés, volumineux, et très douloureux. On porte le diagnostic, orchite par cathétérisme ; on applique des cataplasmes et de l'onguent napolitain. Les jours suivants, on trouve qu'il s'est fait un épanchement assez notable dans la tunique vaginale. Après une dizaine de jours, les phénomènes inflammatoires tombent, et il ne reste qu'un épanchement enkysté de la vaginale, et une tuméfaction considérable du testicule, qui est lisse, adhérent à la vaginale, si bien qu'on ne peut savoir si c'est le testicule hypertrophié ou des fausses membranes qui donnent lieu à cette tumeur. On reprend la dilatation progressive et le malade sort portant un n° 15 le 2 août.

19 *septembre*. — Le malade entre de nouveau à l'hôpital ; il n'a pas continué le passage des sondes, il urine de nouveau difficilement. Les urines sont chargées d'urée, mais sans albumine et sans sucre, ni pus. La région lombaire n'est point douloureuse, Malgré sa dysurie, il aurait pu continuer son travail, mais il en a été empêché par des accès de suffocation continuels. Nous trouvons de nouveau un rétrécissement permettant le passage d'un n° 5, mais on laisse le malade en repos, à cause de son oppression extrême. Emphysème pulmonaire : ventouses sèches.

Mais ce qui nous frappe surtout, c'est l'aspect des bourses. On trouve le scrotum du côté droit volumineux,

© BIU Santé

rouge ; il est soulevé par une tuméfaction du volume d'une petite noix. Cette tuméfaction est sous-cutanée, franchement fluctuante. Derrière elle, le testicule, adhérent à ses enveloppes, forme une masse dure assez régulière, où on ne reconnaît ni épididyme ni glande.

Cinq jours après, cet abcès s'ouvre ; il en sort un pus séreux et la tuméfaction s'affaisse. Enfin, huit jours après son entrée, le malade succombe à son asphyxie croissante, sans avoir présenté aucun phénomène intéressant du côté des voies urinaires.

Autopsie. — Les *poumons* présentent les lésions de l'emphysème au sommet et au bord antérieur. Le *cœur* est volumineux, un peu surchargé de graisse. La capsule des *reins* est adhérente ; le parenchyme est légèrement granuleux ; il ne présente pas à la coupe de dilatation bien notable des tubuli. Les *uretères* sont dilatés, du volume du petit doigt.

La *vessie* est petite, rétractée ; ses parois sont épaisses ; la muqueuse ne paraît pas ulcérée. On peut passer une sonde n° 7 dans l'urèthre, sans constriction bien notable. L'urèthre est fendu sur la partie inférieure ; on ne trouve en aucun point de retrécissement notable. En arrivant au niveau de la prostate, on voit sourdre une gouteletto de pus. On arrête alors la dissection. On trouve une cavité du volume d'une noix remplie d'un pus phlegmoneux, verdâtre. Les parois de cette cavité sont peu épaisses, membraneuses, 3 millimètres d'épaisseur, entourées d'un tissu lardacé.

Elle siège sur la partie postérieure de l'urèthre, et se prolonge en continuant l'urèthre à droite. Cette cavité est en rapport, en avant avec la portion membraneuse de l'urèthre qu'elle laisse intacte, en arrière avec le bulbe de l'urèthre et les muscles du périnée ; en haut avec la prostate, et en bas elle est complètement recouverte par le bulbe.

En explorant sa cavité on trouve des parois grisâtres sur lesquelles s'étale un pus concret. Nulle part on ne trouve l'orifice faisant communiquer cette cavité avec l'urèthre. Si on examine la partie rétrécie du canal, on trouve la muqueuse saine, mais toute la région postérieure et latérale droite est repoussée par la paroi de la cavité distendue. La prostate est saine, de volume normal pour l'âge du malade.

M. Verneuil pense qu'il s'agit là d'un abcès de la glande de Cooper ; c'est également l'opinion de M. Cornil. Les bourses présentent un abcès du volume d'une petite noix. Cet abcès est enkysté sans rapport avec le testicule proprement dit.

L'épididyme est volumineux et présente à la coupe un aspect fibroïde. On trouve au milieu trois foyers. Ces foyers sont d'une jaune pâle, un peu marbrés de violet, sans parties plus foncées, l'un plus volumineux, inférieur ; les deux autres, situés au-dessus, du volume d'un noyau de cerise. Ils sont irréguliers ; en aucun point on ne trouve de ramollissement.

Examen microscopique. L'épididyme a été durci par l'alcool, et les coupes pratiquées sur les divers points de l'organe ont été colorées par le picrocarmin. A un faible grossissement on voit que les conduits glandulaires sont bien moins nombreux qu'à l'état normal, que le tissu qui les sépare est très épaissi, présentant une coloration rose dans la plus grande partie de son étendue et grisâtre par places, enfin que les vaisseaux sanguins sont très dilatés. A un plus fort grossissement on distingue les particularités suivantes : 1° en ce qui concerne les conduits glandulaires, on observe qu'ils présentent des différences entre eux ; les uns ont des dimensions normales, les autres sont rétrécis et quelques-uns sont presque complètement oblitérés, on reconnaît dans ce dernier cas qu'on a affaire à des tubes glandulaires, par ce fait qu'ils sont entourés par des fibres musculaires lisses, car les cellules cylindriques de la paroi interne ne se retrouvent pas toujours ; en même temps on voit que les tubes rétrécis et oblitérés ont une paroi externe bien plus riche en tissu conjonctif qu'en tissu musculaire ; 2° le tissu interstitiel, dans les points où il est coloré en rose, est constitué par du tissu conjonctif, fibreux par places, embryonnaire dans d'autres régions, et dans les points où il a une coloration grisâtre par des cellules embryonnaires en dégénérescence granulo-graisseuse ; 3° les vaisseaux artériels ont des parois épaisses, enflammées et sont dilatés.

26. Persistance du trou de Botal. — Communication des deux ventricules avec une artère unique, donnant ultérieurement naissance aux branches pulmonaires et aux branches périphériques ; par MM. le Dr Charles Barbaud, Barry et Rachet, internes à l'hôpital du Havre.

La nommée Quéret Louise, âgée de 6 ans et 8 mois, entre à l'hôpital du Havre le 19 février 1883, avec le diagnostic : cyanose.

Les symptômes présentés par la malade, à son arrivée dans le service, sont les suivants : Cyanose généralisée, très manifeste surtout au niveau des muqueuses buccale et nasale et de la conjonctive, qui présente une coloration d'un bleu rougeâtre.

Les extrémités des mains et des pieds, en forme de massues, sont aussi notablement cyanosées.

La température est toujours très basse. Les accès de dyspnée fréquents, les battements de cœur répétés forcent la malade à garder presque constamment le lit : le repos lui procure d'ailleurs, dit-elle, un grand soulagement. L'auscultation du cœur dénote l'existence, à la base, d'un souffle assez fort qui se fait entendre aux 2 temps. La main, appliquée sur la région précordiale, perçoit un frémissement des plus nets. — Le pouls est petit et régulier.

Nous devons ajouter que la cyanose, plus accusée à certains moments qu'à d'autres, semble suivre, dans son intensité, les variations atmosphériques : elle est, par exemple, bien plus prononcée par les temps de pluie et de basse pression.

La malade succombe le 1er *novembre*, à la suite d'un effort fait par elle pour courir au-devant d'un de ses parents qui venait la visiter, et qu'elle attendait avec une vive impatience. L'asphyxie a amené ce dénouement en quelques minutes.

Autopsie. — Elle permet de constater les anomalies suivantes : Persistance du trou de Botal. Absence de l'artère pulmonaire. Communication des deux ventricules avec un tronc artériel unique, donnant ultérieurement naissance aux branches pulmonaires et aux branches périphériques.

34. Rapport sur la candidature de M. Charrin à la place de membre-adjoint de la Société anatomique ; par M. Babinski, membre de la Société.

Parmi les présentations faites par M. Charrin à la Société anatomique, les unes ont pour objet des pièces recueillies dans les services d'hôpitaux, les autres ont trait à des expériences de laboratoire.

Dans les premières, je signalerai surtout une tumeur du cervelet observée dans les conditions suivantes : Il s'agissait d'un malade qui, en dehors des signes habituels de tumeur des centres nerveux, avait, de la façon la plus nette, la démarche ébrieuse. En s'appuyant sur les faits rapportés par Nothnagel, on pensa à un néoplasme intéressant le lobe moyen du cervelet. L'autopsie vérifia le diagnostic. On trouva un sarcome kystique, dont la poche kystique, en se développant, avait détruit par refoulement le lobe moyen du cervelet dans ses deux tiers antérieurs. Ce fait, je crois, est utile à enregistrer, car il peut servir à éclairer la physiologie mal connue encore du cervelet et de ses diverses parties.

Dans la seconde catégorie des communications faites par M. Charrin, nous en trouvons une à propos du pus bleu. En ensemençant des ballons Pasteur, contenant soit du bouillon Liebig, soit du bouillon de bœuf, avec un très mince fragment de ouate imbibée de pus bleu et pris dans le pansement d'un cancer du sein, M. Charrin a obtenu le développement d'un organisme mobile, arrondi ou quelquefois légèrement ovoïde, très aérobie, mesurant 1 à 2 μ et fixant, comme la plupart des microbes, le violet et le bleu d'aniline.

© BIU Santé

En ensemençant de nouveaux ballons avec cet organisme, on a toujours obtenu dans les bouillons, en même temps que le développement du microbe, la production d'une substance bleue, soluble dans le chloroforme, rougissant par les acides, etc., réactions qui caractérisent chimiquement la pyocyanine de Fordos. Bien que la nature parasitaire du pus bleu fût connue depuis longtemps, bien que l'on eût fait antérieurement des cultures plus ou moins grossières, dans de la ouate en particulier, ou dans d'autres pièces de pansement, il était intéressant cependant d'isoler, avec les procédés de rigueur aujourd'hui connus, un organisme, de le colorer, de le cultiver dans des milieux nouveaux et de reproduire à volonté en l'ensemençant la pyocyanine ou principe du pus bleu.

Je ne ferai qu'indiquer une intéressante présentation de pièces de tuberculose expérimentale. Dans une série de six cobayes, la virulence était allée croissante, la survie était de moins en moins considérable et, en même temps, la rate augmentait de volume jusqu'à devenir neuf fois plus volumineuse qu'à l'état normal.

Récemment, M. Charrin a fait à la Société une présentation sur la morve. On sait qu'il a étudié cette question en collaboration avec MM. Bouchard et Capitan, et que ces auteurs ont fait à l'Académie une communication sur le microbe, qu'ils considèrent comme spécifique de cette maladie. Je n'ai pas à revenir sur ce point fondamental de la question, car la présentation de M. Charrin n'a trait qu'à la partie anatomique de leurs recherches. Sur les pièces qu'il a montrées, on put voir que la morve, comme la tuberculose, peut, au point de vue expérimental, être introduite par plusieurs voies : la voie sous-cutanée, la voie digestive, la voie péritonéale, la voie respiratoire étant d'ailleurs anciennement connue. Sur les mêmes pièces, on peut voir encore, en dehors des lésions viscérales, des chancres à divers degrés de développement. Enfin, un cobaye présenté portait des chancres en des points différents, et deux de ces points avaient été inoculés à un moment où les premiers chancres étaient à la période d'ulcération, ce qui tendrait à démontrer ce fait important de pathologie générale, à savoir que la morve, à l'inverse de la syphilis, au moins dans la forme aiguë, ne confère pas l'immunité.

30. M. Neugebauer fait une communication sur le *spondylolistesis*, la *scoliose* et différentes *déformations de la colonne vertébrale*. Il montre, à l'appui de ses idées, de nombreuses pièces accompagnées de dessins et de photographies.

31. M. Charrin présente en son nom et au nom de M. Capitan les pièces de *cobayes* morts à la suite d'*inoculation du microbe de la morve*, pièces qui montrent les différentes lésions produites suivant le point de pénétration du microbe.

32. M. Richardière montre un cas de *rétrécissement urétral* avec *hypertrophie du cœur*, qui pesait 540 grammes. Le malade est mort de gangrène de la jambe par embolie de l'artère poplitée.

33. M. Revillod présente un énorme *polype utérin* ayant déterminé une mort subite.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 juin 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Brame lit un travail sur le *traitement de la Leucorrhée*, basé sur l'emploi des moyens hygiéniques. L'auteur repousse les emménagogues, l'armoise, la vue, la sabine en particulier, qui, suivant lui, peuvent occasionner des accidents fâcheux.

M. Dally fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *De la valeur intellectuelle et sociale des examens des baccalauréats*. Il insiste sur le travail exagéré imposé aux collégiens, surmenage qui produit la *céphalie des adolescents*. A ce propos, M. Blachez dit avoir constaté cette céphalie plus souvent chez les filles que les garçons : l'établissement de la fonction menstruelle joue peut-être là un rôle prépondérant.

M. Dujardin-Beaumetz montre à la Société des siphons entièrement analogues aux siphons d'eau de seltz usuels, qui renferment divers liquides chargés d'*oxygène*. Il a expérimenté dans son service l'eau chargée de ce gaz, qu'il ne faut pas confondre avec l'*eau oxygénée*, sur trois catégories de malades. Chez les premiers, qui *manquaient d'appétit*, l'emploi de ce liquide a donné des résultats peu satisfaisants. Toutefois, même après un emploi prolongé, il n'a jamais observé de phénomènes gastralgiques. Chez une femme *polydipsique*, qui rend par jour jusqu'à 28 litres d'urine, l'absorption de 4 siphons par jour a diminué considérablement la soif. Par contre, les malades *diabétiques* de son service n'ont retiré aucun bénéfice de l'emploi du liquide oxygéné. M. Dujardin-Beaumetz s'est demandé comment pouvait agir l'oxygène dans ces circonstances. Rappelant les idées émises par M. Bouchard sur la *stercorémie* et le rôle que jouent les microbes sur la production des alcaloïdes excrémentitiels, auxquels MM. Brouardel et Boutreux ont dont donné le nom de *ptomaïnes*, l'auteur pense que l'oxygène peut jouer un rôle favorable en régularisant certaines fermentations anormales. Il mentionne en outre les expériences de Marié-Davy, qui, faisant l'autopsie d'un cobaye vivant, place les différents organes dans des liquides de culture et remarque que les liquides qui ont reçu des fragments de poumon ou d'intestin sont seuls ensemencés.

Répondant à M. Moutard-Martin, qui demande de quelle façon on administre cette eau chargée d'oxygène, M. Dujardin-Beaumetz dit que, vu le goût fade et nauséeux de ce liquide, il y a tout avantage à l'employer mêlée à d'autres liquides, le vin, en particulier.

M. Delpech considérant que le liquide doit exister en quantité bien minime dans le gros intestin, siège de prédilection des fermentations, demande s'il n'y aurait pas avantage à l'administrer sous forme de lavements.

M. Dujardin-Beaumetz croit en effet que ce mode d'administration ne saurait donner que de bons résultats.

M. Moutard-Martin communique à la Société le résultat de ses recherches sur l'*action diurétique de la macération de digitale*. Il a pu remarquer, à différentes reprises, que cette excellente préparation était généralement très mal tolérée par l'estomac et que l'intolérance survenait très rapidement, au bout de trois ou quatre jours, au moment même où l'action du médicament était la plus complète.

Pour remédier à cet inconvénient on a essayé de procéder par doses massives progressivement diminuées. On donne d'emblée 0,30 cent. de feuilles en macération, puis 25, 20, 15, 10 cent., sauf à recommencer dans le même ordre. La tolérance cependant n'est guère mieux obtenue. C'est pourquoi il n'emploie plus désormais la macération à dose ordinaire de 20 à 25 cent. qu'en lavement, comprenant 200 gr. d'eau. Dans ces conditions, l'absorption est complète, l'intolérance ne se montre pas, l'effet diurétique apparaît surtout dans son entier vers le troisième jour, et on peut continuer sans crainte l'administration des médicaments jusqu'à ce que l'état du cœur vienne apporter une contre-indication à son emploi.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle que cependant, sur de semblables considérations d'intolérance, on a autrefois préconisé les *cataplasmes de digitale*. Il a pu remarquer que l'effet produit, toujours médiocre, était très inconstant car, s'il est vrai que les peaux fines absorbent facilement, les épidermes épais ne laissent pas passer l'agent médicamenteux.

G. Gilles de la Tourette.

CORRESPONDANCE

Quelques remarques à propos du rapport du chirurgien général Hunter, sur l'épidémie de choléra de 1883 en Egypte.

Alexandrie, le 1er mars 1884.

En lisant le résumé du rapport que M. Hunter a envoyé du Caire, à la date du 19 août, à sir Ed. Malet, on a de la peine à comprendre qu'un homme de la valeur du savant chirurgien

© BIU Santé

anglais ait pu faire entrer dans quelques lignes tant d'hérésies scientifiques.

Nous n'avions pas l'envie de réfuter les théories du docteur anglais, et cela parce que les arguments qu'il apporte à l'appui de sa doctrine ne modifieront les idées d'aucun de ses confrères du continent, tant ils sont faibles. L'inutilité d'une réponse nous paraissait donc évidente ; la provocation pourtant du journal anglais, « *l'Egyptian Gazette* » nous a décidé à écrire ces quelques lignes, qui n'ont pas certainement la prétention du rapport du docteur anglais.

Dans les premières lignes de ce résumé, nous lisons que le Dr Hunter, avant de commencer sa tournée d'inspection dans l'intérieur de l'Egypte, avait quelques idées préconçues sur l'existence du choléra en état endémique dans le pays. A bon entendeur salut ; c'est la seule réponse que nous pouvons faire à cette entrée en matière, qui n'a d'autre mérite que celui de la franchise.

Pour pouvoir transformer cette idée préconçue, en réalité, le général Hunter aurait besoin de deux preuves surtout : 1° que des cas de cholérine ou choléra nostras ont été observés de tout temps en Egypte, depuis l'épidémie de 1865, et 2° que la diarrhée qui y est fort commune et fatale n'est, dans bien des cas, qu'une forme de choléra.

Un de ses premiers soins a donc été de se mettre en communication avec les médecins qui avaient exercé pendant quelques années au moins en Egypte ; son grand désir était de ramasser quelques cas de choléra nostras ayant eu lieu pendant les années qui s'étaient écoulées depuis 1865-83. Ceux de nos confrères à qui il a fait l'honneur de s'adresser pour avoir des renseignements sur ce sujet, après avoir fouillé dans leur mémoire, ont trouvé quelques cas de choléra nostras et ils les lui ont présentés, en tenant pourtant à lui signifier que, d'après eux, il s'agissait tout simplement de cas de gastro-entérite aiguë (cholérine, choléra nostras).

Soit dit en passant que le Dr Hunter ne s'est pas donné la peine de réfuter leur opinion : injustice qui s'explique d'autant moins que ces médecins, ayant exercé depuis longtemps dans le pays, sont les seuls compétents dans la question et peuvent savoir si le choléra existait en Egypte avant cet été.

Et maintenant nous demandons au Dr Hunter qu'est-ce que cela prouve si quelques cas isolés de choléra nostras ont été observés en Egypte de 1865 à 1883 ?

Mais il sait mieux que nous qu'en Europe, chaque été, les cas de choléra nostras ne sont pas très rares ; et il doit savoir que cette maladie n'a rien de commun avec la maladie spécifique qui s'appelle choléra asiatique. Dernièrement encore, un ministre de la reine, interpellé à la Chambre des communes, à propos des bruits répandus que le choléra existait en Angleterre, a répondu qu'il ne s'agissait que de trois cas mortels de choléra nostras, comme on en observe chaque été en Angleterre. Nous-même, il y a trois ans, nous avons eu une attaque de choléra nostras, en plein Paris, où nous résidions depuis trois ans ; et c'était une attaque complète : diarrhée copieuse — une vingtaine de selles aqueuses en quelques heures — vomissements, crampes, refroidissement des extrémités, etc. Nous n'avons pas eu le choléra pour cela, ni l'avons communiqué à d'autres. Enfin, nous sommes persuadé que, presque tout médecin ayant exercé pendant quelques années en Europe, pourrait fournir deux ou trois cas de choléra nostras de sa clientèle.

Quant à la diarrhée cholériforme chez les enfants, tous les médecins qui s'occupent des maladies des enfants, savent qu'elle n'est pas rare dans les grandes villes en Europe.

Pour conclure, nous trouvons que l'argument n'est pas sérieux, excepté si le général Hunter admet que le choléra est endémique dans tout le monde.

Quant à l'existence endémique de la diarrhée en Egypte et de la conclusion que le Dr Hunter en tire, c'est-à-dire que cette diarrhée est une forme atténuée du choléra, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'insister beaucoup. Nous ne nous donnerons pas la peine de prouver que les affections du tube gastro-intestinal sont endémiques dans tous les pays chauds du monde connu et même dans des contrées où peut-être le choléra n'a jamais fait son apparition. C'est un fait qui a été établi par tous les médecins qui se sont occupés des maladies des pays chauds et qui est dû à des raisons climatologiques que nous croyons inutile de développer ici. Dans le premier ouvrage venu sur les maladies des pays chauds on les trouvera exposées tout au long ; mais ce que nous tenons à constater, c'est que jamais, dans le cerveau de ces auteurs, n'est entrée l'idée que cette diarrhée a quelque relation avec le choléra. Un autre point sur lequel nous tenons à insister, c'est la gravité de cette diarrhée qui, selon le Dr Hunter, est si fatale en Egypte. Nous ne savons pas qui a pu induire en erreur le général Hunter, mais nous pouvons affirmer, d'accord en cela avec les vieux praticiens du pays, qu'on ne meurt pas beaucoup de diarrhée, pas plus peut-être que dans d'autres pays ; et d'abord, par catarrhe intestinal aigu, on ne meurt jamais ; ce n'est que le catarrhe chronique qui est quelquefois mortel, et cela, ou par des ulcérations intestinales, dyssenterie chronique, ou par des complications du côté du foie. C'est cela que nous ont prouvé les nombreuses autopsies que nous avons pratiquées quand nous étions médecin-interne de l'hôpital grec d'Alexandrie. Mais, pour l'amour de la vérité, quelle relation y a-t-il entre ces affections et le choléra ?

Et nous nous permettrons, à présent, de demander au Dr Hunter quels sont les motifs pour lesquels il a identifié la cholérine et la diarrhée simple, même mortelle, avec le choléra asiatique ? Sont-ce les examens nécroscopiques ou microscopiques, ou tout simplement parce qu'il y a diarrhée dans l'une et dans l'autre maladie ? Mais, si toutes les maladies de poitrine, dans lesquelles il y a de la toux, nous les caractérisions comme tuberculose, tout simplement parce qu'il y a de la toux et qu'elles sont mortelles, ah ! nous serions allé loin ! A-t-il trouvé des cas de contagion ? De tout cela il ne dit rien, malheureusement, dans son rapport.

Et puis, croit-il que si le germe du choléra existait en Egypte depuis 1865, les conditions nécessaires pour le développement d'une épidémie de choléra ne se sont pas présenté depuis lors ? La description qu'il fait dans son rapport du triste état hygiénique dans lequel il a trouvé le pays, nous autorise à admettre que depuis 1865 il ne manquait que le virus spécifique pour le développement du choléra asiatique.

Mais, savez-vous qu'avec les arguments du Dr Hunter nous pouvons, sans nous donner la peine de faire un voyage en Angleterre, prouver que le choléra y est endémique ? Voici nos arguments :

Je tiens de la bouche d'un ministre que trois cas de choléra nostras ou cholérine y ont eu lieu cet été. J'ouvre ensuite le *Lancet* du 22 septembre 1883 où je trouve la statistique officielle d'une de ces dernières semaines (page 519, chap. Vital statities), j'y vois donc que dans 28 villes de l'Angleterre, pendant une semaine, il y a eu 647 morts de maladies zymotiques, dont 314 de diarrhée. Et plus bas « les morts attribuées à la diarrhée, qui avaient été de 273, 407 et 463 pendant les trois semaines précédentes, sont tombées à 314 pendant la semaine dernière ; cette maladie (la diarrhée) a été trois fois plus fatale dans les villes de province qu'à Londres et *a fourni le plus grand nombre des morts*, à Brigton, Blac-Kburn et Preston ». Et la même disproportion plus bas à propos des villes écossaises et de la ville de Dublin.

Eh bien ! nous pouvons affirmer que nous n'avons pas une mortalité pareille de diarrhée en Egypte. Soit dit en passant que pour nous le terme diarrhée ne signifie pas une entité morbide, mais tout simplement un symptôme ; nous avons été obligé de nous tenir sur ce terme générique, parce que le Dr Hunter n'emploie que celui-ci dans son rapport. — Nous pouvons affirmer aussi que la diarrhée, en Egypte, se présente avec les mêmes phénomènes que partout ailleurs, excepté celle qui est due à quelque parasite, comme l'anchylostome, mais nous aimons à croire que le général Hunter ne veut pas faire entrer dans le compte du choléra la diarrhée produite par l'anchylostome.

Ayant prouvé, nous le croyons au moins, que le choléra n'existait pas en Egypte à l'état endémique, comme le prétend le Dr Hunter, abordons maintenant le sujet épineux de l'existence du choléra confirmé à Damiette avant le 22 juin. Nous avouons que nous ne touchons à ce point qu'avec une certaine répugnance. Notre humble opinion est que le choléra a été importé, quand même on ne trouverait pas celui qui en est la

© BIU Santé

cause. Le célèbre Griesinger dit (*Maladies infectieuses*, page 567) : « Le développement spontané a contre lui toute l'histoire du choléra, sa propagation des Indes, sa disparition pour des nombreuses années, etc. Il est non seulement invraisemblable mais encore tout à fait inadmissible... » Et plus bas : « Dans des centaines et des milliers des cas particulièrement signalés dans les rapports, on prétend que l'importation du miasme n'a pas eu lieu : tous ces faits nous semblent aujourd'hui dénués de valeur en raison du manque de contrôle au sujet du transport par des malades atteints uniquement de diarrhée (cholérique). »

Si nous empruntons ces quelques lignes à l'auteur des maladies infectieuses, c'est pour montrer que la question de l'importation du choléra n'est pas une chose nouvelle et que des discussions sans fin ont été élevées très souvent à propos de cette question ; mais, comme le dit bien Guésinger et avec lui la plupart des épidémologistes, tous ces faits tendant à démontrer le développement spontané du choléra, hors de la vallée du Gange, sont aujourd'hui inadmissibles.

Si, par conséquent, nous avons la ferme conviction que le choléra a été importé, il nous importe peu de savoir si c'est Halifa qui l'a importé ou les marchands indiens qui se trouvaient à cette époque à la foire de Damiette ; il nous importe peu aussi de savoir si le premier cas de choléra s'est déclaré le 17 ou le 22 juin. Nous ne pouvons pas pourtant laisser passer sous silence les moyens que le général Hunter emploie pour prouver que le choléra confirmé existait à Damiette avant le 22 juin. Il va dans cette localité et s'adresse à deux prêtres (croyant peut-être que ces vénérables personnes ressemblent aux anciens prêtres égyptiens), desquels il apprend que deux enfants sont morts à Damiette, l'un le 17 juin et l'autre au mois de mai dernier, et que tous les deux avaient présenté les symptômes du choléra. Est-ce vraiment sérieux ce mode d'investigation ? Nous ne le croyons pas. Peut-on vraiment avoir confiance à des gens du peuple, ignorants et à qui on fait dire tout ce qu'on veut ? Et puis qui vous dit que ces deux cas n'étaient que des cas de fièvre intermittente pernicieuse, comme il en existe à Damiette à cette époque, les conditions de leur développement s'y trouvant en abondance ? Et puis le manque de diarrhée ne fait que nous fortifier dans cette idée ; de même, trois de cinq cas du Dr Dutrieux n'ont présenté ni diarrhée ni vomissement.

Nous croyons fermement à la spécificité du choléra et par conséquent, selon nous, le choléra ne peut provenir que du virus cholérique et jamais de celui de la fièvre typhoïde.

Quand, enfin, au ciel jaune et à la disparition des moineaux, nous laissons toute la valeur de l'observation à l'auteur, et comme cela n'entre pas dans notre sujet, nous nous abstenons de commentaires.

Telles sont, Monsieur le Rédacteur, les réflexions que la lecture du rapport du général Hunter nous a suggérées. Nous croyons avoir prouvé que les grands arguments que le chirurgien anglais a mis en avant pour démontrer l'existence endémique du choléra en Egypte, sont insoutenables. Nous avouons pourtant que nous aurions préféré que le Dr Hunter se donnât plus de peine à tirer des conclusions qui sentent le cabinet et pas le lit du malade. Et s'il n'avait pas le temps d'étudier les maladies du pays, il aurait dû se conformer à l'opinion des médecins qui exercent depuis des années dans le pays ; l'unanimité presque de ces derniers à repousser ses théories devrait au moins le faire réfléchir un peu et non pas dire que leurs opinions sur la question ne supportent pas l'examen.

Nous nous sommes borné à des généralités dans cet article, imitant en cela l'argumentation du docteur anglais ; mais s'il désire que nous lui présentions des chiffres, nous sommes prêt à lui démontrer, par des statistiques officielles, que dans les années précédentes les cas de choléra nostras ont été bien rares et que la mortalité par diarrhée n'a pas été excessive.

Quant à la recherche de celui qui a importé le choléra en Egypte, cette année-ci, ce n'est pas nous qui avons le pouvoir de le faire, c'est une tâche qui incombe aux membres des commissions sanitaires des diverses puissances européennes.

Dr VALASSAPOULOS.

THÉRAPEUTIQUE

Conséquences des découvertes physiologiques.

Les études récentes faites en physiologie sur l'assimilation et la digestion ont montré que les aliments se présentent à l'économie sous forme de peptones. Il a été démontré par le professeur Hayem, dans sa remarquable leçon sur les ferrugineux, que les métaux subissaient la même transformation ou du moins formaient avec les peptones une combinaison intime, un sel organique, autrement dit un *Peptonate*, (le *Peptonate de fer* par exemple), représentant le dernier terme de la transformation chimique des métaux avant leur assimilation directe. La découverte de ce produit a été obtenu par un savant et chimiste distingué, M. *Robin*, ancien interne des Hôpitaux de Paris, etc., au moyen d'une *digestion artificielle*. Ce produit très agréable au goût, s'emploie sous forme de *vin*, *gouttes* et *cachets*. Son assimilation est tellement prompte, qu'employé en injections hypodermiques, par exemple, on peut constater au bout de quelques minutes au microscope, déjà un changement d'état des *hématies*. La combinaison de ce sel est si parfaite, qu'il ne peut donner les réactions ordinaires avec le ferro-cyanure de potassium, ce qui pourrait faire croire à la non-présence du fer. Il suffit d'ajouter de l'acide chlorhydrique pur, qui, formant du chlorure de fer, donne immédiatement une magnifique coloration *bleu de Prusse*.

Ce fait pourrait peut-être expliquer la non action du ferro-cyanure de potassium sur le sang (expériences du professeur Regnauld).

Les résultats remarquables obtenus contre l'anémie avec ce produit, surnommé (aliment ferrugineux) et sa promptitude d'action sans aucun travail pour l'estomac, en font un produit de *premier ordre* et un *hématogène* par excellence.

BIBLIOGRAPHIE

Saint Bartholomew's hospital Reports ; vol. XIX. — London, 1883. Smith, Elder et Cie, 15, Waterloo Place.

Parmi les articles les plus intéressants contenus dans cet ouvrage, figurent : une note sur la responsabilité criminelle des aliénés (Dr Claye Shaw), plusieurs observations concernant un engourdissement particulier avec parésie des mains (Dr Ormerod), un article sur la grossesse extra-utérine (Matthews Duncan et J. Mason), un autre sur les réactifs de l'albumine (Dr Vincent Harris), etc. Le Dr Bowlby décrit cinq cas de tétanos et rappelle les analogies que plusieurs auteurs ont signalées entre le tétanos et la rage. Le Dr John Mason rapporte deux cas d'extirpation de l'utérus et des ovaires pour cancer de ces organes. Mentionnons les chapitres sur les vomissements incoercibles de la grossesse (M. Duncan), sur la trépanation du crâne dans l'épilepsie traumatique (Walsham), sur le purpura rhumatismal (Wickham Legg), sur le pemphigus congénital (id.), sur un cas de sclérose latérale amyotrophique (R. Collyns). J. COMBY.

Introduction et premier chapitre du traité inédit d'anatomie pathologique de Laënnec, avec 2 portraits de l'auteur et une préface du professeur ; publiée par CORNIL. Paris, 1884, Alcan éditeur.

Tous ceux qui ont lu le *Traité d'auscultation médiate* savent que Laënnec était aussi grand anatomo-pathologiste que grand clinicien. Mais peu de médecins pouvaient se douter qu'il existât un véritable *Traité inédit d'anatomie pathologique*, écrit tout entier de la main de Laënnec. Publié 60 ans plus tôt, ce traité eût fait bonne figure parmi les ouvrages de l'époque. Aujourd'hui, il n'a plus qu'un intérêt historique. Aussi, M. le professeur Cornil a-t-il été bien avisé en ne donnant au public et aux admirateurs de Laënnec qu'un échantillon de cette œuvre ignorée. C'est à ce titre surtout que la brochure de M. Cornil mérite un bon accueil dans le monde des médecins. J. C.

© BIU Santé

VARIA

Les internes de la Maison nationale de Charenton.

Bien des fois nos lecteurs nous ont vu insister pour que les internes de la maison de Charenton soient nommés au concours. Rien, jusqu'ici, n'a été changé et, dernièrement, le *Progrès médical* a inséré un avis déclarant qu'il y avait des places vacantes d'internes et invitant les candidats à se présenter.

Nous espérons que ces nominations ne seront faites qu'à titre provisoire et que le concours sera bientôt établi. L'administration dispose d'ailleurs d'un moyen très simple pour la réalisation de cette réforme : Il lui suffit de mettre au concours de l'internat des asiles de la Seine un plus grand nombre de places, suivant les besoins de la maison de Charenton. Pour assurer encore un meilleur recrutement, il serait bon d'établir un roulement entre les internes des asiles de la Seine et ceux de la Maison de Charenton.

Congrès périodique international des sciences médicales.

8e session. Copenhague, du 10 au 16 août 1884.

Le Comité d'organisation de la 8e session du Congrès international périodique des sciences médicales composé de MM. les prof. P.-L. Panum, président ; C. Lange, secrétaire général ; les Dr O. Bloch, J.-C. Moller, C. Salomonsen, secrétaires ; les prof. J. Chievitz, C. Reisz, F. Trier, V. Holmer, A. Stadfeldt, F. Howitz, E. Hansen Grut, Hirschsprung, Haslund, Steenberg, les Dr V. Meyer, E. Hornemann, Salomon, prend la liberté de vous adresser le règlement de la session et le programme de ses travaux. Les résumés et les conclusions des communications prévues ou annoncées seront publiés le plus tôt possible et distribués aux adhérents du congrès. Le secrétaire général acceptera encore, jusqu'au 1er juillet, des annonces concernant des communications à faire dans les séances des sections.

Le Comité de réception de la session composé de : MM. les Drs H.-V. Berg, G. Borch ; les prof. E. Hansen Grut, E. Ipsen ; les Drs C. Jacobsen, propriétaire de la brasserie de Carlsberg ; Kayser, président du conseil municipal de Copenhague ; le prof. C. Lange, président ; les Drs C. Lunding, A. Paulsen, secrétaire ; les prof. Studsgaard, C.-F. Tietgen, directeur de la banque privée de Copenhague ; Dr L.-F. Toft, fait observer à MM. les membres qu'il faudra à temps prendre soin d'avoir des logements pour le séjour à Copenhague. Le Comité offre son assistance à cet égard, si MM. les membres veulent bien s'adresser là-dessus, avant le 20 juillet, au secrétaire général avec indication de la classe d'hôtel et du nombre des chambres qu'ils désirent.

De Paris on arrive à Copenhague en passant par Cologne, Hambourg en 36 heures (*viâ* Kiel, Korsör, 6 heures sur mer) ou en 48 heures (*viâ* Fredericia, Nyborg, Korsör, 2 heures sur mer). En quittant Paris le 7 août à 10 h. 45 du soir, on sera donc à Copenhague le 9 août, à 10 h. 30 du matin, par Kiel, ou à 10 h. 30 du soir, par Fredericia, Nyborg.

Le gouvernement danois et la Compagnie générale des bateaux à vapeur ont accordé aux membres du congrès des billets de retour gratis de Copenhague jusqu'aux fontières du Danemark (Kiel, Fredericia). A la station d'arrivée du chemin de fer Korsör-Copenhague, il sera établi un bureau où MM. les membres sont engagés à s'adresser à leur arrivée à Copenhague pour des renseignements sur leurs logements. Pour toutes autres informations, s'adresser au bureau central du congrès à l'université, place Notre-Dame Frue Plads).

RÈGLEMENT.

Art. 1. La 8e session du Congrès périodique international de médecine s'ouvrira à Copenhague le dimanche 10 août 1884 et sera close le 16 du même mois.

Art. 2. Les médecins approuvés qui se seront fait inscrire et auront retiré leur carte d'inscription, feront partie du congrès comme membres ordinaires. D'autres savants, s'intéressant aux travaux du congrès, pourront y être admis en qualité de membres extraordinaires. Au moment de leur inscription, les membres du congrès verseront une somme de 20 couronnes), en échange de laquelle ils recevront un exemplaire du compte-rendu des travaux de la session. On pourra se faire inscrire au bureau du congrès (bâtiment de l'Université) le 9 août, de 9 à 10 heures, le 10 août, de 9 à 11 heures du matin, et les jours suivants, de 8 à 9 heures du matin. On est également admis à se faire inscrire d'avance en envoyant sa cotisation au secrétaire général avec l'indication de ses noms, profession et domicile.

Art. 3. Les travaux du congrès auront un caractère exclusivement scientifique.

(1) 27 Fr. 80 Ctms.

Art. 4. Les travaux du congrès seront répartis en 14 sections. Au moment de leur inscription, MM. les membres indiqueront la section, ou les sections dont ils désirent faire partie de préférence.

Art. 5. A la séance d'ouverture du congrès, le comité d'organisation fera procéder à la nomination du bureau définitif qui comprendra : Un président et trois vice-présidents effectifs, un nombre indéterminé de présidents honoraires, et des secrétaires. De même, chaque section, à sa 1re séance, élira un président et un nombre indéterminé de présidents honoraires qui dirigeront les débats alternativement avec le président effectif. Eu égard à la diversité des langues, on nommera aussi des secrétaires étrangers en nombre convenable. Les fonctions de ces secrétaires étrangers sont restreintes aux séances du Congrès. Après la clôture du Congrès, le compte-rendu de ses travaux sera rédigé par le secrétaire général avec le concours du Comité d'organisation.

Art. 6. Le Congrès se réunira tous les jours en sections et en séances générales. Les séances des sections auront lieu de 10 h. du matin à midi et de 1 à 3 heures de l'après midi. Pour la discussion des sujets similaires ou identiques figurant aux programmes de sections différentes, ces sections pourront se réunir en séance commune après entente préalable. Les séances générales se tiendront de 4 à 5 h. 1/2 de l'après-midi. Quelques réunions extraordinaires consacrées à des conférences sur des sujets d'un intérêt général auront lieu de 8 à 9 h. 1/2 du soir.

Art. 7. Les séances générales seront consacrées : 1. A des discussions sur l'œuvre et les intérêts du congrès en général ; — 2. A des discours et à des communications d'un intérêt général.

Art. 8. Dans les sections, les questions et sujets déterminés par le Comité d'organisation seront exposés par des rapporteurs qui ont bien voulu accepter cette mission sur l'invitation du Comité. Les conclusions des rapporteurs seront discutées conjointement avec les communications annoncées sur le même sujet ou des sujets connexes. En outre, des communications sur d'autres sujets, annoncées par des membres de la section et acceptées par le comité d'organisation pourront être mises en discussion, si le temps le permet. Le bureau de la section décidera de l'admission et du rang d'inscription à l'ordre du jour des propositions dont il s'agit.

Art. 9. Les conférences à faire dans les séances générales ou dans les réunions extraordinaires du soir sont réservées aux membres qui y seront invités par le Comité d'organisation. Les propositions concernant les futurs travaux du Congrès devront être déposées avant le 1er juin 1884. Le comité prononcera sur leur opportunité.

Art. 10. Tous les travaux lus dans les séances générales ou dans les sections devront être déposés sur le bureau avant la levée de la séance. Le comité d'orginisation décidera de leur insertion totale ou partielle ou de leur élimination du compte-rendu officiel. Quant aux discussions, elles seront reproduites dans le compte-rendu, à la condition que les membres qui y auront pris part remettent, avant la fin du jour, un résumé de leurs discours à MM. les secrétaires.

Art. 11. Le français, l'allemand et l'anglais sont les langues officielles du Congrès. Les règlements, programmes et résumés des rapports qui paraîtront avant l'ouverture de la session seront publiés en ces trois langues. Les communications du Comité qui ne pourraient être faites dans les trois langues, auront lieu en français. Les débats, dans les séances générales et les sections, seront dirigés dans une des trois langues officielles. Les membres pourront se servir d'autres langues pour formuler des remarques très courtes à la condition qu'un des membres présents pourra rendre sommairement le sens de leurs paroles dans une des langues officielles.

Art. 12. Dans les sections, la durée de chaque communication sera ordinairement limitée à un maximum de 20 minutes. Dans les discussions, les orateurs ne pourront garder la parole pendant plus de 10 minutes consécutives.

Art. 13. Le président qui occupera le fauteuil dirigera les débats conformément aux règles généralement adoptées dans les assemblées délibérantes.

Art. 14. Les étudiants en médecine et les personnes, Dames ou Messieurs, qui, sans faire partie du corps médical, s'intéressent aux travaux de quelque séance, pourront être invitées ou admises, sur leur demande, par le bureau de la séance en question, à prendre part en qualité d'auditeurs.

Art. 15. Les communications ou demandes de renseignements relatives aux travaux des différents sections, devront être adressées au président du comité d'organisation de la section qu'elles concernent. Toutes autres communications ou questions doivent être adressées au secrétaire général du congrès, M. le professeur *Lange*, Kronprinsessegade 22, à Copenhague.

Programme. A. Conférences dans les séances générales.

1) Sur la Metaplasie. Prof., Dr *R. Virchow* de Berlin. — 2) Microbes pathogènes et vaccins. Prof., Dr *L. Pasteur* de Paris. — 3) Recherches internationales collectives des maladies. Sir *William Gull*, Bart. de Londres, de la part du Collective Investigation

© BIU Santé

Committee de la British Medical Association. » — 4) La production naturelle de la malaria et les assainissements des terrains malariques. Prof., Dr. *Tommasi Crudeli* de Rome. — 5) La diathèse néoplastique. Prof., Dr. *Verneuil*, Paris. — 6) Sur les recherches des rations alimentaires des hommes sains et malades, surtout dans les hôpitaux, les infirmeries et les prisons des différents pays. Prof., Dr *P.-L. Panum* de Copenhague.

Médecins militaires.

Par décision ministérielle du 14 mai 1884, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir : M. Madamet (Alfred), médecin principal de 2e classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes, pour l'hôpital militaire de Bordeaux. — M. Tachard (François-Caprais-Elie), médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires de la division d'Alger, pour le 14e régiment d'infanterie (provisoire).—M. Vieusse (Marie-Joseph-François), médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires de la division d'Oran, pour l'hôpital militaire de Perpignan. — M. Vigenaud (Ernest-Charles-Ange-Norbert), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Perpignan, pour le 56e régiment d'infanterie. — M. Billet (Jacques-Victor), médecin-major de 1re classe au 61e régiment d'infanterie, pour le 133e régiment de même arme.—M. Sedan (Auguste-Frédéric), médecin-major de 1re classe au 133e régiment d'infanterie, pour le 61e régiment de même arme. — M. Sériziat (Charles-Victor-Emile), médecin-major de 2e classe au 5e régiment de hussards, pour le 3e régiment de tirailleurs algériens (provisoire).— M. Gaubert (Fortuné), médecin-major de 2e classe au dépôt du 101e régiment d'infanterie pour le 2e régiment de chasseurs à cheval. — M. Kleinpetter (Georges-Philippe), médecin-major de 2e classe au bataillon du 31e régiment d'infanterie détaché à Epinal, pour le 58e régiment d'infanterie. — M. Dubois (Henri-Georges-Léonard), médecin-major de 2e classe au 27e régiment d'infanterie, détaché à l'hôpital thermal de Bourbonne-les-Bains, pour le 5e régiment de hussards. — M. Julié (Jean-Marie-Henri), médecin-major de 2e classe au 1er régiment de tirailleurs algériens, pour le 2e régiment de hussards. — M. Brindel (Louis-Napoléon-Oswald), médecin-major de 2e classe au 33e régiment d'infanterie, pour le 135e régiment de même arme. — M. Pitot (Jules-Charles-Louis), médecin-major de 2e classe au 21e régiment d'infanterie, pour le 10e régiment de cuirassiers. — M. Bassompierre (Gaston-Pierre-Marc), médecin-major de 2e classe au 2e régiment de hussards, pour le dépôt du 101e régiment d'infanterie. — M. Chenu (Jean-Baptiste-Raoul), médecin aide-major de 1re classe au dépôt du 29e bataillon de chasseurs à pied, pour le régiment de sapeurs-pompiers de Paris. — M. Moreau (Georges-Marie-Anne), médecin-aide-major de 1re classe au 10e régiment de dragons, pour le 19e régiment d'artillerie. — M. Ferra (Albert), médecin aide-major de 1re classe au 48e régiment d'infanterie, pour le dépôt du 29e bataillon de chasseurs à pied. — M. Evesque (François-Louis-Joseph), médecin aide-major de 1re classe au 120e régiment d'infanterie, pour le 3e régiment du génie. — M. Verdau (Théodore), médecin aide-major de 2e classe au 55e régiment d'infanterie pour le 1er régiment de tirailleurs algériens (provisoire). — M. Barillé (Auguste-Eloi), pharmacien-major de 1re classe des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, pour l'hôpital militaire de Rennes. — M. Prestat (Emile-Josué), pharmacien-major de 2e classe des hôpitaux militaire de la division d'Alger, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

FORMULES

21. De la paraldéhyde.

Dans un travail récent M. le Dr Keraval (séance de la Société médico-psychologique, 26 mai 1884) signale des résultats hypnotiques obtenus à l'aide des formules suivantes, chez les aliénés.

1° Ingestion buccale { Paraldéhyde. . . . . 4 gr. ; Eau distillée. . . . . ; Sp. de gros. framb. } aa 30 gr.

Nota. On peut remplacer le sirop de groseilles framboisées par un sirop aromatique quelconque (menthe, vanille, etc.). De même, avec la même quantité de véhicule on peut élever la dose de paraldéhyde à 5 ou 6 grammes.

2° Voie rectale . . . { Paraldéhyde. . . . . 4 gr. ; Eau de guimauve. . 150 gr. ; Jaune d'œuf . . . . n° 1.

3° En injections sous-cutanées. { Eau distillée. . . . . 16 gr. ; Eau de laurier-cerise . . . 4 gr. ; Paraldéhyde . . . . . 4 gr.

Nota. Il faut avoir soin avant de se servir de cette solution, de la plonger dans l'eau tiède, non pas que la chaleur augmente le degré de sensibilité, loin de là, mais parce qu'en s'opposant à la cristallisation de la paraldéhyde, elle assure son maintien à l'état liquide et par suite, son immixtion au véhicule. Par ce subterfuge on injecte facilement 20 centigr. par seringue de Pravaz, de paraldéhyde.

Nous avons déjà signalé l'action de la paraldéhyde dans le *Progrès médical* du 5 janvier 1884. Employé depuis par plusieurs médecins, ce nouvel agent hypnotique est toujours à l'étude. Voici quelques nouvelles formules que nous croyons utile de signaler à nos lecteurs.

Paraldéhyde.	25 gr.
Essence de menthe poivrée	V gouttes.
Huile d'olives q. s. pour faire. . . .	50 gr.

Chaque centimètre cube de cette mixture contient 0 gr. 50 centigrammes de paraldéhyde. LANGREUTER.

Paraldéhyde.	2 à 5 gr.
Eau distillée.	125 gr.
Teinture d'écorces d'orang. amères .	5 à 10 gr. GUGL.

Paraldéhyde.	20 gr.
Alcool à 90°.	100 gr.
Sirop simple	75 gr.
Teinture de Vanille	5 gr.

Chaque dix grammes contient un gramme de paraldéhyde. YVON.

Paraldéhyde	1 à 4 gr.
Eau bouillante.	30 gr.
Sirop simple.	70 gr.
Teinture de vanille	q. s.

A prendre en une fois. YVON.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 17. M. Humbert : De l'alimentation artificielle. — M. Houel : Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire compliquant les traumatismes cérébraux. — M. Motel : Etude sur un cas de mort subite par embolie pulmonaire. — *Mercredi* 18. M. Verchère : Des portes d'entrée de la tuberculose. — M. Hermandez : Hémorrhagies successives. Hémophilie. — M. Bonnet : Du sublimé en obstétrique, et en particulier dans la putréfaction fœtale. — *Jeudi* 19. M. Valette : Application de la loi Roussel dans le Calvados. Ses résultats. M. Testelin : Des œdèmes dans la diathèse arthritique. — *Vendredi* 20. M. Benoit : Des formes cliniques de la fièvre intermittente chez les enfants. — M. Bouchet : De la folliculite blennorrhagique chez la femme et de son traitement. — M. Coudray : Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose. — M. Portafax : Quelques considérations sur la dissolution de la pierre dans la vessie.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 30 mai au jeudi 5 juin 1884, les naissances ont été au nombre de 1094, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 397; illégitimes, 146. Total, 543. — *Sexe féminin* : legitimes, 403 ; illégitimes, 148. Total, 551.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 30 mai au jeudi 5 juin 1884, les décès ont été au nombre de 1022, savoir : 554 hommes et 468 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18, F. 15. T. 33. — Variole : M. ., F. ., T. .. — Rougeole : M. 17, F. 16, T. 33. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 5, F. 4. T. 9. — Diphthérie, Croup. M. 20, F. 22, T. 42. — Dyssenterie : M. 1, F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 3, F. 2, T. 5. — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 19, F. 29, T. 48. — Phthisie pulmonaire : M. 122, F. 9. T. 213. — Autres tuberculoses : M. 3, F. 10. T. 13. — Autres affections générales : M. 32, F. 32, T. 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 22, F. 21, T. 43. — Bronchite aiguë : M. 15, F. 12, T. 27. — Pneumonie : M. 35, F. 32, T. 67. — Athrepsie : M. 47, F. 33. T. 80. — Autres maladies des divers appareils : M. 129, F. 285, T. 414. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 32, F. 10 T. 42. — Causes non classées M. 6, F. 2, T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 86 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33 ; illégitimes, 13. Total : 46. — *Sexe féminin :* légitimes, 23. illégitimes, 17. Total : 40.

Faculté de médecine de paris. — M. le professeur Gosselin, vient de donner sa démission de la chaire qu'il a occupée si longtemps. Depuis quelques années il se faisait remplacer dans son service de la Charité. Il abandonne également les examens. Nous n'avons pas toujours eu à louer les actes de M. Gosselin; mais, aujourd'hui, nous n'hésitons pas à dire qu'il a donné un bon exemple, bien entendu sans apprécier ses motifs. — Le doyen de la faculté

© BIU Santé

recevra désormais les élèves le *mercredi* à trois heures au lieu du samedi.

Services d'accouchements des hopitaux de Paris. — La nomination du Dr Champetier de Ribes comme accoucheur du Bureau central, a donné lieu le 1er juin 1884, aux mutations suivantes : le Dr Ribemont passe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Beaujon (service de création nouvelle) ; Le Dr Maygrier passe du Bureau central à l'hôpital Tenon. — Nous sommes heureux de voir que, sur l'importante réforme des services d'accouchements dans les hôpitaux, l'Administration de l'Assistance publique se conforme aux votes du Conseil municipal.

Récompense honorifique. — Le Dr Royer, ancien membre du Conseil municipal de Paris, vient de recevoir une médaille d'argent pour sa belle conduite lors de la catastrophe qui a lieu le 18 mars dernier dans la rue Saint-Denis. — Par arrêté du 1er juin, le Dr Alexis Millardet, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux, a été décoré de l'ordre du Mérite agricole.

Ecole de médecine de nantes. — Deux concours pour deux emplois de professeur suppléant s'ouvriront : le premier pour la chaire de pathologie et clinique internes, le samedi 15 novembre 1884, le second, pour la chaire d'anatomie et physiologie, le mercredi 10 décembre 1884. Les professeurs seront nommés pour une période de dix ans et toucheront un traitement annuel de 2,000 francs. Les candidats devront se faire inscrire au moins un mois avant l'ouverture du concours.

Académie des sciences. — M. Jamin a été élu secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Dumas, par 39 voix sur 53 votants ; 12 suffrages se sont portés sur M. Vulpian.

Assistance publique. — Par délibération du 11 avril 1884, le Conseil municipal a autorisé le directeur de l'Assistance publique à accepter deux legs : l'un de 5,750 fr. de rente en pleine propriété, l'autre de 3,000 fr. de rente en nue propriété, faits par M. Beaudemoulin, au profit des bureaux de bienfaisance de Paris.

Médecins députés. — Les élections législatives qui ont eu lieu dimanche dernier, 8 juin, se sont terminées par la nomination de M. le Dr Félix Martin (circonscription d'Autun) et de M. le Dr Guillemaut (circonscription de Louhans).

Conseil municipal. — Le Conseil municipal de Paris a décidé que des travaux importants allaient être entrepris à *l'hospice des Enfants-Assistés*, pour la construction d'une seconde nourricerie, et de trois pavillons d'isolement pour les diphthéritiques, les enfants atteints d'affections contagieuses et les rubéoleux convalescents. Le Conseil a décidé de continuer l'expropriation des immeubles nécessaires pour le *complet isolement* de l'*hôpital de la Pitié*. De la sorte se trouvera réalisée, pour cet établissement, la réforme si souvent réclamée par le *Progrès médical*, de l'*isolement des hôpitaux*, réforme qui serait beaucoup plus avancée, si tous les journaux de médecine s'en étaient occupés.

Missions scientifiques. — Le Ministre de l'instruction publique vient de donner les missions scientifiques suivantes : M. Poussié, médecin de la Compagnie des Messageries maritimes, membre de la Société d'anthropologie, est chargé d'une mission dans l'Australie et dans l'Inde, à l'effet d'y entreprendre diverses études d'ethnographie et d'histoire naturelle et d'y recueillir des spécimens scientifiques destinés à l'Etat. M. le Dr Gustave le Bon, est chargé d'une mission dans l'Inde, pour y relever, étudier et décrire les principaux monuments architectoniques depuis les époques primitives jusques et y compris la période mongole.

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique le dimanche 15 juin, dans la forêt de Montmorency. Le départ s'effectuera de la gare du Nord à 7 h. 55 m., pour la station de Montmorency.

Un prince docteur. — Le prince de Bavière Louis Ferdinand a obtenu le titre de docteur en médecine, sa thèse avait pour sujet : *De l'anatomie de la langue, étude d'anatomie comparée.* Elle représente 14 feuilles de texte avec 104 chromo-lithographies ; les recherches ont eu lieu sous la direction du professeur Rüdinger.

Société protectrice de l'enfance de lyon. — *Prix à décerner en 1885.* La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante : *De l'influence de la profession de la mère* : 1° *Sur la marche de la grossesse (avortement, mort-natalité) ; 2° Sur la morbidité et la mortalité des nouveau-nés.* Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1885, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés, *franco*, avant le 31 janvier 1885, à M. le Dr V. Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20. Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus. La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

Société des sauveteurs de la seine. — Le dimanche 1er juin a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, la séance générale, annuelle de la Société des sauveteurs de la Seine. Parmi les lauréats proclamés dans cette séance, nous trouvons les noms de MM. les Drs Reinwiller, Godefroy fils, Claude, Loubrieu et Le Pautonnier.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'Histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 15 juin 1884, à Lagny-Thorigny, Carnetin et Annet. Rendez-vous à la gare de l'Est, où l'on prendra à 10 h. 20 le train pour Lagny-Thorigny. Rentrée à Paris, à 5 h. 45. — N. B. Pour profiter de la réduction, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de géologie avant samedi soir à 4 heures.

Concours. — Le ministre de l'intérieur du royaume d'Italie a mis au concours les sujets suivants : 1° (Prix de 2,000 fr.). Exposer les progrès faits dans ce siècle (en Italie et à l'étranger), dans l'étude anthropologique criminelle, et les théories soutenues par les auteurs les plus autorisés. Passer en revue les faits et les statistiques sur lesquels ces théories s'appuient et les confirmer ou les combattre à l'aide d'autres faits et d'autres statistiques. 2° (Prix de 1,000 fr.) Exposer la règle et le critérium sur lesquels se sont basés les législateurs anciens et modernes pour définir et prévenir la récidive. Examiner surtout à l'aide des faits, quelles sont les causes principales de la récidive et par quels moyens on peut la combattre. 3° (Prix de 1,000 fr.) Déterminer ce qu'est la volonté ; quelle est la genèse psycho-physiologique des actes dits volontaires. Quels faits psycho-physiques ont précédé généralement l'acte volontaire ; indiquer de quelle façon, à quelle époque de la vie et sous quelles conditions (internes ou externes) se développe normalement chez l'homme la faculté de la volonté ; quels rapports existent entre les modalités diverses de cette faculté et les autres facultés mentales ; indiquer quels sont les moyens les plus efficaces pour augmenter l'énergie de la volonté, etc. Pour le premier sujet seul, le concours est international, mais les mémoires doivent être écrits en français ou en italien. Le terme fixé pour le dépôt des mémoires est : le 31 décembre 1884 pour le 1er sujet et le 30 septembre pour les 2 autres. — Avis aux amateurs de métaphysique.

Nominations. — Le professeur extraordinaire Eichhorst (de Göttingen) a été appelé comme professeur ordinaire à la direction de la clinique médicale de la faculté de Zurich en remplacement de M. Huguenin. — Les docteurs Bayer et Csokor ont été nommés professeurs de l'école vétérinaire de Vienne. — Le Privat-Docent Dr Emerich Maixner, a été nommé professeur de médecine interne à l'université de Prague. — Le Dr Benedickt Raicez Dybowski (de Russie), a été nommé professeur ordinaire de zoologie à l'université de Lemberg. — Le professeur Toldt (de Prague) a été désigné comme directeur de la deuxième chaire d'anatomie de la faculté de Vienne. — Le Privat-Docent de Balnéologie Dr E. Kisch a obtenu le titre de professeur extraordinaire à la faculté de Prague. — M. Sonnenburg, privat-docent et premier assistant de la clinique chirurgicale de Berlin, et le privat-docent R. Pott (de Halle) (clinique des enfants), sont nommés professeurs extraordinaires. — M. Glück, privat-docent et premier assistant de policlinique (de Berlin), a obtenu le titre de professeur. — M. Albrecht Bunge, privat-docent (pansements et recherches histologiques) à l'université de Greifswald a été nommé professeur extraordinaire à la faculté de Vienne et M. Weber-Liel, privat-Docent à Berlin, a été appelé à Iéna, comme professeur des maladies des oreilles. — M. Alois Epstein, privat-docent de maladies des nouveau-nés à Prague, a été nommé professeur extraordinaire à la même faculté. — Le privat-Docent Dr Zuzer et le Dr Tobold (de Berlin) (Laryngologie), ont été nommés professeurs extraordinaires. — Le privat-docent d'ophthalmologie, J. Stilling (de Strasbourg), est nommé professeur extraordinaire. — A la suite de concours M. Sonnié-Moret, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé par arrêté du 15 mai, pharmacien de l'hôpital Beaujon.

Dotations. — Les privat-Docents Dr Joseph Arkovy (maladies des dents) et Dr Sigmond Purjesy (histoire de la médecine), ont reçu cette année sur le fonds de dotation de la faculté de Pesth, l'un 500 florins et l'autre 300 florins.

Démission. — M. le professeur d'ophthalmologie Hasner (de Prague), par suite de la réduction de sa clinique, a donné sa démission.

Congrès international d'hygiène de la haye. — Le conseil d'hygiène du département de la Seine a, dans sa séance du 6 juin, nommé pour le représenter au Congrès, MM. Brouardel, Hardy et Bezançon.

Legs. — Par délibération du 26 avril, le Conseil municipal de Paris a autorisé le directeur de l'Assistance publique à accepter le legs de 500 francs fait par Mme Mathias, aux pauvres de Paris,

© BIU Santé

Nouveaux journaux. — Nous recevons les deux premiers numéros du *The American journal of ophthalmology* (15 avril et 15 mai 1884), revue mensuelle paraissant à Saint-Louis. — Nous avons reçu les premiers numéros (février et mars 1884) de la *Cronica medica, organo de la sociedad « Union ferdinandina, »* revue mensuelle paraissant à Lima.

Nécrologie. — M. Simonet, médecin de l'hôpital du Midi, vient de mourir à l'âge de 60 ans. — Mort de M. Göppert, professeur de botanique à Breslau. — Un terrible malheur vient de frapper M. le professeur Bichet. Mme Richet, atteinte par une pierre violemment projetée par la rupture d'un barrage en réparation dans sa propriété de Carqueranne (Var), a été tuée sur le coup (*France médicale*, 10 juin 1884).

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)
BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE
Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.
L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

INSTITUT THERMO-RÉSINEUX
du Dr CHEVANDIER de la Drôme. 14, rue des Petits-Hôtels, Paris (lanterne bleue).
RHUMATISMES, GOUTTE, NÉVRALGIES, SCIATIQUE, ARTHRITES, CATARRHES chroniques de la poitrine et de la vessie, etc., traités avec le plus constant succès.
Succursale à VICHY, boulevard des Célestins. — Directeur : Dr de la Salzède.

Capsules Mathey-Caylus
au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.
Et à d'autres médicaments ayant une odeur et une saveur désagréables.
« Les Capsules Mathey-Caylus, à enveloppe mince de Gluten, constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.
« L'Essence de Santal, associée au Copahu et à d'autres balsamiques, possède une efficacité incontestable et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du col, l'Uréthrite et dans toutes les affections des organes génito-urinaires.
« Les Capsules Mathey-Caylus sont digérées très rapidement, même par les estomacs les plus délicats. » (*Gazette des Hôpitaux.*)
Nota. — En prescrivant les Capsules Mathey-Caylus, MM les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et très exactement dosés.
Gros : chez Clin et Cie, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—Détail : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
« Les Capsules et les Dragées du Dr Clin « au Bromure de Camphre, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.
« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. »
(*Gaz. des Hôpitaux.*)
« Les Capsules et les Dragées du Dr Clin « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)
Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par
Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
Gros : chez Clin & Cie, 20, rue des Fossés-St.-Jacques.

LA BOURBOULE
EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE
Enfants débiles, Lymphatisme, Maladies de la peau et des voies respiratoires, Asthme, Diabète, Fièvres intermittentes.

VALS
Eaux Minérales naturelles. Sources dont l'usage est admis dans les Hôpitaux civils de France.
PRESCRIPTIONS MÉDICALES :
SAINT-JEAN. Affections des voies digestives, pesanteur d'estomac.
PRÉCIEUSE. Appareil biliaire, calculs hépatiques, jaunisse, gastralgies.
RIGOLETTE. Appauvrissement du sang, pâles couleurs, débilité.
DÉSIRÉE. Constipation, incontinence d'urine, calculs, coliques néphrétiques.
MAGDELEINE. Maladies du foie, des reins, de la gravelle et du diabète.
DOMINIQUE. Souveraine contre les maladies de la peau, asthme, catarrhe pulmonaire, chlorose, anémie, débilité.
Détail : dans tous les Dépôts d'eaux minérales et les Pharmacies, au prix de 80 c. la bouteille.
Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — Dose, une bouteille par jour.
Le commerce doit adresser ses demandes à
LA SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, A VALS (ARDÈCHE)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau
Lauréat de l'Institut de France.
Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les Dragées et l'Elixir au Protochlorure de Fer du Dr Rabuteau régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.
Ces résultats ont été constatés au moyen des divers Compte-Globules.
Les Préparations du Dr Rabuteau ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.
Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants
Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
Gros : chez Clin & Cie, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les Capsules au *bromure de camphre* du Dr Clin.

Dr CH. NEIDERT
Médecin-Consultant.
MALADIES DU LARYNX ET DE LA POITRINE.
(BADEN-BADEN)

GERARDMER-HYDROTHERAPIE
VOSGES, Altitude 670 mètres.
Appareils perfectionnés pour tous les genres de Douches. — Bains de vapeur térébenthinés. — Bains de Bourgeons de Sapin. — Cures de Lait et petit Lait.
Du 1er mai au 1er octobre.
Ligne de l'Est, par Epinal.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.
Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la Coca envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de Coca. L'Elixir, le Vin et les Pastilles de Coca de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. Bolivian, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produis représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'Elixir de Coca de J. Bain est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—Le Vin de Coca de J. Bain est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *névralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 55, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 16. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Reynier; — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard; — 2e *Série* : MM. Baillon, Hanriot, Henninger. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Potain, Rendu, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Vulpian, Hayem, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité). 1re *Série* : MM. Guyon, Terrillon, Pinard; — 2e *Série* : MM. Trélat, Tillaux, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 17. — 4e *de Doctorat*. 1re *Serie* : MM. G. Sée, Bouchard, Hutinel; — 2e *Série* : MM. Brouardel, Laboulbène, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Ball, Humbert; — 2e *Série* : MM. Panas, Peter, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) (Charité) : MM. Hardy, Cornil, Raymond.

Mercredi 18. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Gariel, Hanriot, Blanchard; — 2e *Série* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Charcot, Fournier, Landouzy. — 4e *de Doctorat* : MM. Tillaux, Rendu, Straus. — 1re *de Doctorat* (N. R.) : MM. Potain, Hayem, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Terrillon, Pinard.

Jeudi 19. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Vulpian, Bouchard, Troisier. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Ball, Campenon; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Cornil, Hanot; — 3e *Série* : MM. Hardy, Laboulbène, Quinquaud.

Vendredi 20. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard, — 2e *Série* : MM. Baillon, Hanriot, Guébhard. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Charcot, Hayem, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (Charité). (1re *Série* : MM. Fournier, Tillaux, Pinard; — 2e *Série* : MM. Verneuil, Rendu, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (Charité) N. R., 1re partie) : MM. Tarnier, Terrillon, Reclus.

Samedi 21. — 3e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) : MM. Jaccoud, Bouchard, Quinquaud. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Cornil, Raymond; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Peter, Troisier. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Pajot, Ball, Humbert; — 2e *Série* : MM. Hardy, Panas, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) (N. R., 1re partie) : MM. Richet, Le Fort, Peyrot.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Siredey. — Consultation lundi. — Salle Saint Jérôme : 1 *bis*, rhumatisme chez un blennorrhagique; 9, pleuro-pneumonie droite; 8, néphrite interstitielle; 15 *bis*, tabes, crises gastriques; 17, néphrite aiguë; 30, troubles psychiques dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Claire : 17, insuffisance et rétrécissement mitral; 22, pneumonie du sommet droit; 23, cancer de l'estomac; 21, rhumatisme articulaire aigu.

Service de M. Proust. — Consultation le mardi. Laryngoscope tous les jours excepté le mercredi. — Salle Saint-Charles : 1, 6, 13, 14, 15, 26, 31, fièvre typhoïde; 5, empoisonnement par le sulfate de cuivre; 12, pachy-méningite cervicale; 16, péri-encéphalite syphilitique; 19, purpura; 20, rhumatisme déformant; 21, ataxie locotrice; 22, insuffisance mitrale; 23, rhumatisme articulaire aigu. — Salle Sainte-Marie : 1, embarras gastrique; 4, endo-péricardite rhumatismale; 7, insuffisance mitrale et aortique; 12, 18, avortement; 20, hystérie; 23, métrite; 27, fièvre continue; 26, scarlatine et néphrite; 28, chlorose; 29, pneumonie; 33 *bis*, scrofulides.

Service de M. le Dr Constantin Paul. — Visite à 9 heures. Consultation le mercredi. — Salle Saint-Henri : 1, ataxie locomotrice; 13 *bis*, lésion mitrale et insuffisance aortique; 18, anévrysme de la crosse de l'aorte; 19, maladie de Hogdson. — Salle Sainte-Elisabeth : 7, chloro-anémie; 19 *bis*, rhumatisme blennorrhagique; 31, fièvre typhoïde ataxique; 33, phlegmon du ligament large.

Service de M. Bouchard. — Consultation le jeudi. — Salle Saint-Landry : 1, emphysème, bronchorrée; 4, fièvre typhoïde; 6, cardiopathie, apoplexie pulmonaire; 10, fièvre typhoïde; 20, rougeole; 21, sclérose en plaques; 23, goutte. — Salle Sainte-Mathilde : 2, érysipèle de la face : 3, fièvre typhoïde (rechute); 4, fièvre typhoïde (rechute); 13, ataxie locomotrice; 31, cirrhose hypertrophique, dilatation de l'estomac, nodosités des doigts.

Service de M. Duguet. — Consultations le vendredi. Spéculum le mercredi. — Salle Saint-Vincent de Paul (H.) : 3, fièvre continue; 5 *bis*, chancre de l'amygdale, roséole; 14, oreillons; 17, pleurésie, thoracentèse. — Salle Sainte-Joséphine (F.) : 1, fièvre typhoïde; 14, pleurésie tuberculeuse; 19, syphilis; 26, scarlatine.

Service de M. Gérin-Roze. — Consultation le samedi. — Salle Sainte-Geneviève : 5, fièvre continue; 10, rétrécissement et insuffisance aortique, kyste de l'ovaire; 12, périmétrite; 30, métrorrhagie. — Salle Saint-Augustin *bis* : 19, insuffisance aortique; 20, ataxie locomotrice, troubles oculaires, troubles respiratoires, trachéotomie; 23, pneumonie du sommet; 26, néphrite chronique; 28, insuffisance mitrale.

Service de M. Duplay. — Consultation lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint-Ferdinand : 4, fracture compliquée du tibia; 18, brûlure du membre inférieur; 30, fracture de la clavicule; 26, chancre phagédénique du gland; 27, fracture de cuisse; 29, empyème.

Service de M. B. Anger. — Chirurgie. Consultation le mardi, jeudi, samedi.

Service de M. Pinard. — Accouchement.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Cornil. Visite à 8 h. 3/4. Consultation vendredi. Spéculum le lundi. — Salle Grisolle (F.) : 1, 3, 6, 37, dilatation de l'estomac; 7, névralgie lombo-abdominale, métrorrhagie; 10, névralgie intercostale, anémie; 22, 44, 26, métrite; 38, athérome, ramollissement cérébral; 17, 18, broncho-pneumonie tuberculeuse; 30, pneumonie caséeuse; 41, hémi-athétose; 45, mal de Bright, rétrécissement mitral; 46, métrorrhagie. — Salle Rostan (H.) : 5, pyélite, rétrécissement mitral; 7, dilatation de l'estomac, cancer pylorique; 8, paraplégie spasmodique; 14, aphasie ataxique, hernie, anesthésie sans paralysie; 15, syphilis cérébro-médullaire; 16, saturnisme, néphrite interstitielle, hémorrhagie cérébrale; 20, Alcoolisme, pneumonie, délirium tremens; 24, cancer péritonéal; 27, emphysème, cœur forcé.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50; 1/2 Boîte, 3 f. 50; Kilo, 12
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50; 1/2 Boîte, 3 f.; Kilo, 10

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées
PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

BLANCHARD (R.). **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode du professeur P. Bert. Un vol. de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

BLONDEAU (A.). **Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** Un vol. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire** recueillies par J. Renaut. Un fort vol. orné de 99 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés 8 fr.

RIBEMONT (A.). **Recherches sur l'insufflation des nouveaux-nés et description d'un nouveau tube laryngien.** Un volume in-8 de 40 pages et 8 Planches. — Paris, 1878. — Prix : 3 fr. 50. — nos abonnés, 2 fr. 50.

DRAGÉES MEYNET
D'EXTRAIT NATUREL
DE FOIE DE MORUE
Pharmacie : 31, rue d'Amsterdam.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 25 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 21 JUIN 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TERRILLON.**
Suppléant M. GOSSELIN.

De la métrite parenchymateuse.

Leçon recueillie par M. le Dr **ROUTIER**, chef de clinique.

Messieurs,

Je vais vous parler aujourd'hui d'une affection fréquente et commune, mais qu'on est peu habitué à voir dans les salles de clinique chirurgicale : je veux dire la métrite parenchymateuse. Le sujet de cette leçon m'est fourni par cette jeune femme de 24 ans, entrée le 2 février dans notre service, couchée au n° 20, salle Ste-Catherine.

Voici son histoire en quelques mots :

Ses règles sont venues de bonne heure, à 11 ans ; elle s'est mariée à 18 ans et a eu sa première couche en 1879 assez péniblement, car l'enfant se présenta par le siège ; cependant elle se rétablit, et sa santé redevint parfaite. L'année suivante elle fit une fausse couche qui ne laissa pas de traces ; voilà donc en peu de temps deux premières atteintes vers l'utérus ; tout allait encore bien.

En 1881, un an après, elle accouche de nouveau, rien encore de pathologique. En 1882, elle accouche pour la troisième fois ; le travail se fit bien, mais elle n'a pas pu se soigner beaucoup. Elle s'est levée de bonne heure, a été touchée assez brutalement, dit-elle, par une sage-femme, ce qui lui occasionna un frisson ; elle dut rester au lit quelque temps, et, quand elle se leva, elle ressentit des douleurs dans le ventre. Voilà donc une malade qui accouche trois fois sans encombre, mais qui, à la quatrième fois, sous l'influence peut-être de traumatismes utérins, a eu des troubles de ce côté, et depuis cette époque, elle souffre toujours dans cette région.

Voici les principaux symptômes qu'elle présente : Elle sent constamment une pesanteur dans le bas ventre et dans la vessie ; quand elle marche, qu'elle fait un effort, il lui semble que quelque chose se présente à la vulve ; elle a de fréquentes envies d'uriner ; ses règles sont pénibles et douloureuses, avec des irradiations vers les reins et les cuisses ; cependant, après ses règles, elle éprouve un soulagement momentané.

Elle a des pertes blanches, et comme toujours, en pareil cas, son estomac la fait aussi souffrir ; ses digestions sont pénibles, elle a souvent de l'inappétence, et est toujours très constipée.

Quand on pratique le toucher, on sent un col volumineux ; quand on presse dessus, on lui fait mal, le col est douloureux. Si alors on cherche à remuer l'utérus, on sent qu'il est mobile, mais qu'il est gros et pesant ; cette sensation est encore plus nette quand on déprime la paroi abdominale ; on voit alors que cet organe a doublé de volume. Le doigt, toujours appliqué sur le col nous montre que la lèvre antérieure est dure et résistante, de même pour la lèvre postérieure.

Passant à l'exploration de la cavité utérine nous voyons que l'hystéromètre pénètre facilement, ce qui prouve que l'orifice profond du col n'est pas fermé. On pénètre jusqu'à 8 centimètres 1/2, or la moyenne des mensurations pour les utérus des multipares donne 7 centimètres, il y par conséquent hypertrophie de l'organe.

L'instrument ramène du mucus jaunâtre ; la muqueuse utérine sécrète donc du mucus puriforme.

Avec le spéculum, on constate que le col est déchiqueté ; il y a une fente à gauche très prononcée, il en existe une aussi à droite, mais moindre.

Le col est séparé en deux morceaux, lèvre antérieure et lèvre postérieure ; mais celles-ci ont en outre subi des modifications.

Voici, d'ailleurs, ce qui s'est passé. La lèvre antérieure s'est hypertrophiée, s'est allongée comme le pouce, c'est ce qu'on appelle la transformation tapiroïde, parce qu'elle ressemble à l'extrémité d'un grouin de tapir.

La lèvre postérieure s'est aussi hypertrophiée, mais comme elle correspond à une partie plus large, elle s'est épaissie en bourrelet, en travers et en longueur, et remplit le cul-de-sac vaginal postérieur ; en somme, le col est hypertrophié dans toutes ses parties ; ce col ainsi volumineux est violacé ; il a l'air congestionné comme le bout d'un doigt sur lequel on applique une ligature.

Enfin, quand on presse avec un instrument mousse sur ce col, on voit qu'il est moins dur qu'on n'aurait pu le croire au toucher, il a comme une consistance élastique. Je réserve pour la fin le point capital, celui qui vous fera faire des erreurs de diagnostic.

Quand on examine directement le col, on voit qu'il est tomenteux, rouge, framboisé ; on dirait une ulcération végétante ; et si avec le spéculum de Cusco vous entr'ouvez les lèvres du col, vous augmentez cette apparence d'ulcération en la développant.

L'ulcération du col dont on parle partout n'en est pas une, c'est ce qu'on cautérise inutilement et même dangereusement pour la malade. Voici ce qu'est cette prétendue ulcération :

Les deux lèvres du col déchirées se renversent, s'étalent, et ce n'est que la muqueuse intra-cervicale qui, naturellement rouge et tomenteuse, le devient encore plus sous l'influence du contact des liquides vaginaux.

Si on touche cette partie avec un pinceau, elle ne saigne pas ; si on l'examine au microscope, on voit qu'elle possède son épithélium.

Cette apparence rappelle ce qu'on désigne aux paupières sous le nom d'ectropion, c'est le renversement en dehors et en bas de la muqueuse favorisé par la déchirure et le gonflement du col utérin.

C'est de la métrite parenchymateuse ; et ce que je viens de vous dire de notre malade est la description de la maladie ; c'est une affection subaiguë ou passant à l'état chronique qui aboutit à une hypertrophie de l'utérus. Cette hypertrophie porte sur tout l'utérus, aussi bien sur sa partie musculaire que sur sa muqueuse.

En augmentant l'épaisseur des parois, elle augmente aussi l'organe en entier, de sorte que la cavité est elle-

© BIU Santé

même agrandie. Cependant, dans quelques cas, l'épaisseur de la paroi diminue la cavité. Cette hypertrophie porte sur la totalité de l'organe, mais quelquefois atteint seulement la région du col.

Il se passe là un phénomène qui varie suivant les périodes. Aussi décrit-on deux périodes dans cette maladie ; leur connaissance est capitale car le traitement doit varier avec chacune ; ces deux périodes sont :

1° Période de congestion.
2° Période d'induration.

Dans la période de congestion, si on coupe l'utérus, on voit que la vascularisation est énorme, il est gorgé de sang ; sur le vivant, si on le pique, si on le scarifie, on obtient plusieurs cuillerées de sang. Histologiquement, M. de Sinéty a montré qu'il y a des lésions spéciales, sur les vaisseaux, sur les espaces lymphatiques ; les uns et les autres sont augmentés, et il y a une hypertrophie du tissu cellulaire qui les entoure. Cette première période dure longtemps, un, deux, trois ans. Mais bientôt comme le col participe à cette congestion, il s'épaissit, se renverse, et c'est ce qui produit l'ectropion de la muqueuse.

Puis, aux dépens des éléments nouveaux se développe une sorte de sclérose. Le col devient dur comme une pierre, il devient blanchâtre, la piqûre, la scarification ne font plus sortir de sang ; ces désordres sont plus difficiles à guérir ; cette induration résiste pendant de nombreuses années.

Quels sont les symptômes ? Il y a, comme toujours, les symptômes subjectifs et ceux que vous, médecins, vous constatez ; je viens de vous décrire ceux-ci, la douleur, la sensation de dureté, l'ectropion, etc., etc. Mais les symptômes subjectifs doivent vous être connus et, sachez-le, rien n'est plus inconstant. Quelques-uns sont ordinaires ; c'est la pesanteur dans le bas-ventre et dans le périnée ; les douleurs irradiées variables avec les malades. Telle se plaint des reins, telle autre souffre vers le coccyx, vers le sciatique et ces douleurs peuvent être si prédominantes qu'elles font négliger à la malade ses douleurs du bas-ventre.

Les règles sont aussi dérangées, tantôt elles manquent, tantôt elles sont trop abondantes. Ces deux extrêmes sont en rapport avec l'induration et avec la congestion de l'organe.

Il est rare qu'il n'y ait pas de troubles digestifs ; constipation, vomissements et aussi des troubles urinaires ; telle femme traitée pour une cystite n'a que de la métrite parenchymateuse ; il arrive même qu'elles ont l'urine trouble et des démangeaisons à la vulve.

Cette maladie très lente s'améliore souvent à la ménopause ; mais elle ne guérit pas spontanément.

C'est presque toujours le résultat de couches ou de fausses couches après lesquelles l'involution utérine ne s'est pas bien faite.

C'est une maladie très bien définie, et on n'en doit faire le diagnostic qu'avec deux autres affections de l'utérus, les petits corps fibreux et le cancer.

Quelques corps fibreux développés dans le col ou même dans le corps font paraître l'utérus plus gros ; aussi il n'y a pas ces sensations douloureuses, et les règles sont toujours plus abondantes, il y a même des métrorrhagies.

Le cancer, surtout dans la forme indurée, donne lieu à des erreurs nombreuses : ce sont ces cas de prétendus cancers où on obtient des guérisons par l'amputation du col de l'utérus ; cette erreur je l'ai commise ; c'était chez une femme qui avait un col dur, je crus à un cancer. Pour lever mes doutes, j'appelai en consultation un de mes maitres, cependant très expert ; comme moi il diagnostiqua cancer, et nous enlevâmes le col ; c'était de la métrite parenchymateuse, l'histologie et les suites nous l'ont bien montré.

Le *traitement* doit varier, vous ai-je dit, suivant ces deux périodes :

Pendant la congestion, on peut employer les moyens médicaux ; lutter contre la constipation, employer les émollients, bains de siège, etc., etc. ; mais au point de vue chirurgical, je vous recommande les scarifications. Cette pratique est rationnelle d'après l'anatomie pathologique ; du reste vous verrez après ces premières scarifications les malades être très soulagées ; malheureusement, le bénéfice n'est pas long : il faut y revenir au bout de trois ou quatre jours, et pendant un certain temps. On les fait avec un bistouri ou avec un instrument qui a une lame en fer de lance qui coupe à 1/2 centimètre ; mais le premier bistouri venu vous suffira.

Ces scarifications doivent être faites par hachures, très superficielles, et doivent donner lieu à l'écoulement de quelques cuillerées de sang. On ne coupe que la muqueuse dans ce cas.

On peut aussi faire des ponctions, alors on atteint le parenchyme, mais c'est un moyen dangereux parce qu'on peut couper un gros vaisseau.

Quand le sang ne s'arrête pas, on met un tampon qui est hémostatique par le fait du simple retrait des parois du vagin ; mais ces petites hémorrhagies sont rares.

Il est bon de faire prendre à la malade quelques précautions de propreté avant et après l'opération. Je pratiquais souvent la scarification à l'hôpital de Lourcine et je n'ai jamais eu d'accident. — Il faut répéter ces scarifications d'abord tous les six ou sept jours. Plus tard deux fois par mois : et il faut de trois à cinq mois pour que la guérison soit complète.

Quand la période d'induration commence, le fer rouge est le moyen par excellence, mais ne vous en servez pas dans la première période car vous pourriez avoir des poussées de pelvi-péritonite. Au contraire, quand le col est dur, les pointes de feu sont excellentes.

Quand l'ectropion est considérable, qu'il y a un prolongement tapiroïde du col, mieux vaut en pratiquer l'ablation. C'est ce que nous allons faire à notre malade. On obtient ainsi une cicatrice qui rétracte le tout, et qui remet le col à l'état normal.

On peut encore, dans certains cas, faire l'opération dite d'Emmet. Ce qui entretient cette maladie, dit Emmet, c'est la déchirure du col qui fait que l'ectropion reste permanent, la muqueuse du col se trouve alors en contact avec les liquides du vagin, de là une irritation continuelle, et la métrite s'implante : pour éviter ce contact nuisible de la muqueuse utérine avec les liquides vaginaux, il a pensé refaire le col, et voici comment il procède :

Il avive les bords des lèvres du col et les suture, laissant, bien entendu, l'orifice central. J'ai fait une fois cette opération, et j'ai eu un résultat parfait sur une malade de ma clientèle ; sur notre malade je ne puis pas la pratiquer, les deux lèvres sont trop irrégulières ; nous allons amputer cette lèvre antérieure hypertrophiée avec l'anse galvanique.

Nota. — L'opération s'est faite très-simplement, les suites ont été des plus bénignes, et dix jours après la malade quittait l'hôpital. Elle avait promis de revenir si elle souffrait de nouveau, nous ne l'avons plus revue.

© BIU Santé

THÉRAPEUTIQUE

De la transfusion directe du sang vivant (1).

Par M. le Dr J. ROUSSEL.

Transfusion directe. — Après maints tours et détours, dans les sentiers perdus où se sont égarés les auteurs cités plus haut, nous voici revenus sur la bonne route qui est celle de la transfusion directe de sang veineux et complet.

Un des hématophores de Moncoq était composé dans ce but ; l'aspiration du sang devait se faire sans interruption de courant, au moyen d'une aiguille trocart à planter dans la veine. Cet instrument n'a pu servir qu'à quelques expériences sur les animaux. Noël présenta un très ingénieux instrument sans soupapes et sans moteur extérieur, composé d'un simple tube enroulé en dedans d'un disque métallique, et comprimé successivement sur tous les points de sa longueur par le passage d'une roulette. Cet appareil a été rendu plus défectueux par le fabricant qui y a interposé plusieurs tubes de métal et de verre.



GESELLIUS 1870

Fig. 46 (2).

Leblond fit construire par Collin un corps de pompe de verre, au bout duquel un réservoir de métal contenait deux boules légères faisant l'office de soupapes; deux tubes terminés par des canules achevaient l'instrument. D'autres corps de pompe très analogues portant, les uns,un réservoir de verre, les autres, un système de robinet à double voie furent proposés par Wagstaffe, à Londres, et par Schliep, à Berlin.

L'instrument de M. Dieulafoy, le dernier qui ait paru, ressemble fort à celui de Schliep ; il est la copie presque exacte de celui de M. Leblond et Collin (1874) dont on a tourné en travers au bout de la seringue, une caisse jadis placée en longueur et contenant deux boules légères faisant l'office de flotteurs; puis on a ajouté un récipient ou cloche de verre traversée par un tube recourbé obliquement, qui sont la cloche et le tube oblique de Wagstaffe (1875), récipient et tube dont la prétention est de réserver un petit coin (*sic*) où puissent se réfugier les bulles d'air qui ont pénétré dans l'appareil. Moncoq, en 1867, avait déjà dit qu'à travers le cylindre de verre de son « hématophore », on pourrait observer les bulles d'air et *suivre ainsi les progrès de l'ennemi dans la place* (*sic*).

Ce nouvel appareil est un amalgame de deux instruments condamnés et abandonnés dès longtemps par leurs auteurs; il n'a donc aucune raison d'être meilleur quoiqu'il ait changé de parrain. On prétend faire le vide en tirant en arrière le piston d'une seringue, puis, recevoir le sang dans le cylindre qu'on suppose privé d'air. Or, il a été démontré que le sang perd sa vitalité, encore plus vite dans le vide relatif que dans l'air libre, et cela, parce qu'il s'y distend plus vite, que ses gaz s'en échappent, et que ses molécules sont jetés hors de l'ordonnance harmonique sans laquelle ils ne peuvent conserver leur vitalité.

J'admets facilement qu'on puisse remplir de sang jusqu'à déborder, ces divers *clysopompes*, et chasser l'air qu'ils contiennent, afin de n'en pas pousser de notables quantités dans les veines ; j'admets aussi que leurs divers ajustages sont assez parfaits pour que l'air extérieur n'y puisse pénétrer ; mais alors, quels sont donc les usages du récipient de verre et de son tuyau recourbé, artifice qui doit enfermer l'air dans un coin. Ou ces bulles sont composées d'air, et elles ont barbotté dans la masse sanguine en propageant autour d'elles la fatale coagulabilité que l'air imprime au sang ; ou elles sont formées des gaz propres du sang échappés des molécules altérés ; ne sont-elles pas plus certainement des gaz de formation *post-mortem*, des gaz cadavériques, en un mot, prouvant à tous les yeux la décomposition déjà commencée du sang que l'on prétend transfuser. (De récentes analyses de ces gaz semblent m'avoir démontré la justesse de cette dernière manière de voir). Toujours est-il que le sang qui s'accumule dans le récipient n'est plus que du sang altéré qui a déjà commencé à former des caillots.

C'est en vain que le professeur Oré, de Bordeaux, prétend placer dans sa canule afférente *un tamis* qui filtrera le sang et en retiendra les parcelles coagulées, ce tamis est lui-même l'écueil, le rocher, contre lequel viendra se briser la vitalité des globules sanguins échappés au contact meurtrier des parois de l'instrument. Selon moi, toutes les méthodes qui emploient des pompes de métal et de verre, ne sont autres que des méthodes dissimulées de *défibrination* dont on a rejeté le mot tout en conservant la chose ; en effet, le liquide qui a été poussé à travers l'appareil n'est qu'un résidu exprimé du milieu de la masse coagulée, résidu plus dangereux et moins pur que celui qu'obtient une patiente défibrination. L'inévitable coagulation du sang dans ces appareils est reconnu par M. Dieulafoy lui-même, puisqu'il demande qu'après l'opération on emploie un pinceau de charpie pour désencrasser son instrument des caillots qui l'obstruent.

Ces appareils portent un trocart à chacune de leurs extrémités. Selon moi, ces organes sont absolument détestables, et mon opinion n'est que celle de Robert des Gabets, Folli, etc., qui avaient expérimentalement reconnu la nécessité de l'adoption de grosses canules mousses, taillées dans une substance organique os ou ivoire. Les trocarts sont destinés à être très vite obstrués par l'épaississement de la couche sanguine formée contre leurs parois, ils exposent l'opéré au danger immédiat d'une grosse embolie, que le frottement du courant sanguin poussé par la pompe peut détacher du caillot intérieur et projeter dans la voie.

Nous savons tous, qu'en thérapeutique, pour produire une rapide coagulation dans un vaisseau (varice ou anévrysme, par exemple), on y plonge un corps étranger, aiguille ou trocart; par conséquent, c'est exposer d'une façon presque fatale les deux sujets de la transfusion à des coagulums nés de leur sang, et produits dans leurs veines, que d'y plonger, à nu, dans le sang des trocarts métalliques.

Au point de vue instrumental lui-même, l'étroitesse du trocart d'aspiration ne permet qu'à une faible quantité de sang de le parcourir, il lui faut un temps assez con-

(1) Voir les nos 21, 22 et 24.

(2) Cette figure représente l'appareil de Gesellius et aurait dû paraître dans le dernier n° (page 472, colonne 2).

© BIU Santé

sidérable pour que le corps de pompe se remplisse, voici donc un temps de repos pendant lequel les parties sanguines, premières arrivées, se coagulent fatalement.

Enfin, quant au manuel opératoire, s'il est relativement facile de plonger le trocart d'aspiration dans la veine bien choisie et rendue turgide du donneur de sang, il n'en est certainement pas de même pour l'autre trocart. Celui-ci, en effet, est destiné à un blessé ou à une femme en couches mourant d'hémorrhagies, dont toute la circulation superficielle s'est vidée, et dont la veine rétractée et exsangue est devenue absolument invisible sous une peau épaisse doublée d'un abondant tissu cellulo-graisseux.

Les appareils métalliques, formés d'une pompe aspirante et foulante entre deux tubes, sont parfaits pour la manipulation de liquides plus stables que le sang. Avec de l'eau, la démonstration est d'une limpidité séduisante, pas une bulle d'air ne se présente, en un clin d'œil, le transvasage est accompli d'un flacon dans l'autre. Les auteurs de ces instruments ont si bien perdu de vue la délicatesse infinie de la vitalité du sang, que Hasse a été jusqu'à déclarer que l'on doit en cas d'urgence tenter la transfusion du sang même entier, avec la *pompe à bière* que l'on trouve dans chaque village allemand (Transfusion bei Menschen, Leipzig, 1874). Ce meuble familier se compose d'une pompe à piston munie de flotteurs de liège, et d'un réservoir supérieur pour les gaz de la bière, avec tube d'aspiration et de refoulement. Certains appareils modernes en sont d'excellentes réductions.

Mais, lorsqu'après avoir expérimenté sur des liquides stables, on s'adresse à un liquide organisé et instable comme l'est le sang, la déception est complète, et l'appareil se voit bientôt abandonné après des insuccès que l'on passe prudemment sous silence.

Chaque auteur, et ils sont nombreux, a essayé au moins une fois la transfusion avec son appareil favori ; pourquoi donc, si l'opération est aussi facile qu'on le dit, les succès de transfusion directe sont-ils si rares, que l'on ne connaisse pas un opérateur qui ait sauvé trois ou cinq de ses transfusés.

La route, qui seule peut conduire au succès de la thérapeutique par la transfusion directe, avait été, je l'ai déjà dit, fort bien éclairée par l'avant-garde des observateurs au XVIIe siècle. A-t-on trouvé, de nos jours, un meilleur appareil que ne l'eût été le ballon de cuir de Dom Robert des Gabets, monté sur le tube à embranchement taillé par Folli dans une artère carotide de cheval ou préparée par Antoine Nuck, avec la trachée et les bronches d'une poule ; tubes munis de canules faites d'os ou d'ivoire.

Le ballon de Dom Robert des Gabets fut copié exactement par Greco, mais construit en cuivre et en caoutchouc gris. Maisonneuve, vers 1860, tenta sans aucun succès la transfusion directe avec un appareil composé d'un gros ballon ovale, placé sur un tube à deux canules métalliques ; une soupape en forme de boule était enfermée dans une caisse d'ivoire ; une autre soupape en forme d'anche de caoutchouc se voyait au milieu d'une ampoule de verre. La complexité de ces soupapes a frappé le chirurgien Aveling, de Londres, qui les a supprimées, et y supplée par le pincement alternatif du tube exécuté par deux aides, en avant et en arrière du ballon. L'instrument d'*Aveling* a été amélioré par *Landois*, de Berlin, par l'addition de mon tube aspirateur d'eau, dont il a reconnu l'utilité. Schliep, de Berlin, en 1874, a de même adapté mon aspirateur d'eau à un corps de pompe avec un robinet à double voie ; son appareil a été certainement amélioré depuis que le sang y rencontre de l'eau au lieu d'air, mais il lui reste les deux vices capitaux, d'être construit de métal et de verre, et de commencer par un trocart dans la veine du donneur de sang. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie ;

Par BOURNEVILLE et LEFLAIVE (1).

L'observation que nous avons relatée avec détails nous paraît offrir plusieurs particularités intéressantes sur lesquelles il nous semble utile d'insister.

I. L'*étiologie* de l'hydrocéphalie est encore très vague. Ici, de même que dans beaucoup d'autres maladies nerveuses, nous pouvons relever : du côté paternel, l'*alcoolisme* ; du côté maternel, la *migraine*, l'*insuffisance mentale*, les *convulsions*.

II. Dès la naissance, on a remarqué le volume anormal de la tête de l'enfant. Durant les six premiers mois de la vie, la tête a grossi progressivement, mais avec une certaine lenteur. A cette époque surviennent des *convulsions* intéressant uniquement la moitié gauche du corps et suivies d'une *paralysie* transitoire affectant le même côté. Après ces accidents convulsifs, la tête augmente rapidement. Enfin, pendant le séjour de l'enfant dans le service, des mensurations comparatives nous ont permis de constater un accroissement continu de l'extrémité céphalique, portant principalement sur la plus grande circonférence, la demi-circonférence auriculo-bregmatique et sur la demi-circonférence antéro-postérieure. Si quelques dimensions ont paru diminuer quelques jours avant la mort, ce résultat est attribuable à l'amaigrissement. Comme on le voit, l'hydrocéphalie a eu une *marche progressive*, avec accélération à la suite des convulsions. On sait que, parfois, elle offre des intermittences.

L'*aspect général* de la *tête* et de la *face*, considéré isolément ou par rapport au reste du corps, n'a offert rien de particulier : il est conforme à la description classique.

L'*intelligence* n'était pas tout à fait abolie ; l'enfant reconnaissait ses parents et les infirmières qui le soignaient ; il gazouillait et souriait.

Si l'on en jugeait par cette observation, l'hydrocéphalie retarderait la *dentition*, puisqu'à 13 mois, All.. n'avait aucune dent ; mais ce serait sans doute s'aventurer, car M. Bouchut parle d'un hydrocéphale âgé de deux ans qui avait douze dents saines et huit autres prêtes à percer (2).

Les *membres* et le *tronc* avaient d'ailleurs une conformation régulière ; il n'y avait ici ni bec de lièvre, ni pieds bots, ni spina bifida comme l'un de nous en a vu plusieurs exemples à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Giraldès (3).

Après avoir un peu diminué de poids, par suite sans doute du changement occasionné par le séjour à l'hospice, All.. semblait devoir se développer ; mais, à partir du 21 juillet, il pesa de moins en moins et perdit 1300 grammes en 32 jours.

(1) Voir les n°s 17, 23.

(2) *Clinique de l'hôpital des Enfants malades*, 1884, p. 23.

(3) Frank (*loc. cit.*, p. 528) énumère encore d'autres malformations : l'absence des yeux et des reins, la présence de capsules surrénales d'un très grand volume, la séparation des parois abdominales et la brièveté des membres inférieurs, les os, excepté les vertèbres, à l'état cartilagineux, les reins changés en une masse informe l'absence d'anus, etc.

© BIU Santé

Parallèlement à cet amaigrissement, se produisent des troubles trophiques, d'abord du *pemphigus* à petites bulles, puis une double *kératite* avec fonte purulente rapide des yeux (1), peut-être susceptible d'être rattachée, dans une certaine mesure, à l'*hémorrhagie méningo-encéphalique*, accompagnée de *contracture*, d'élévation de la *température*, etc. Cette complication a-t-elle été déjà signalée? Nous ne savons. Toutefois, Barthez et Rilliet disent avoir « constaté des épanchements sanguins dans la cavité arachnoïdienne (2) ».

Il est une autre particularité qui mérite d'être relevée. Divers auteurs font remarquer que, assez souvent, *après* la mort, il se produit une dépression des fontanelles. Or, dans ce cas, la dépression s'est opérée *avant* la mort et a été très accusée.

III. *a*) Les *os du crâne*, suivant la règle, étaient très minces, quelques-uns presque transparents. Mais, en plus des os qui composent régulièrement la voûte du crâne, il existait plusieurs *os surnuméraires*. C'est sans doute de ces os qu'a voulu parler Frank lorsqu'il écrit que « l'examen cadavérique a fait voir... des *os sésamoïdes* (3), surtout dans le trajet de la suture lambdoïde (4), et à son sommet (5), quelquefois dans la fontanelle antérieure. » Le principal de ces os surnuméraires, celui que nous avons décrit sous le nom d'*os inter-fronto-pariétal*, situé sur le trajet de la suture lambdoïde, avait de grandes dimensions et une épaisseur de sept milimètres. Par ce dernier caractère, cet os se distingue des autres et il permet de se rendre compte de ce qui arrive dans des cas, d'ailleurs exceptionnels, où l'on trouve sur le crâne des bosses frontales ou pariétales très saillantes, ce qui est dû en partie à l'épaississement des os (6). Il peut arriver aussi, d'après Barthez et Rilliet que « les os du crâne acquièrent une épaisseur inaccoutumée destinée à résister à la pression qui s'exerçait sur eux (*loc. cit.*, p. 157). » Si l'épaississement se fait d'une façon irrégulière, il en résulte une asymétrie plus ou moins prononcée du crâne.

b) Quant aux *dimensions de la tête*, elles n'avaient encore rien d'exagéré chez All.. La plus grande circonférence n'a pas dépassé 59 centimètres et demi. Barthez et Rilliet disent qu'ils ont vu « un enfant de 14 mois dont le crâne avait 58 centimètres de circonférence, 38 depuis la protubérance occipitale externe jusqu'à la racine du nez, et 33 entre la racine des deux oreilles (*loc. cit.*, p. 157). Plus loin (p. 162) ils rapportent l'observation d'un autre enfant dont la circonférence de la tête était de 58 centimètres ; la distance de la pointe du nez à la base occipitale 41 cent.; celle d'une oreille à l'autre, 37 centimètres. Dans certains cas extrêmes isolés, dit Steiner (7), la circonférence du crâne atteint 60 à 70 centimètres ; chez un enfant de neuf mois, elle était de 83 centimètres : tandis que la longueur de son corps ne dépassait pas 58 centimètres, la hauteur céphalique mesurait 19 centimètres et demi. »

M. Giraldès a cité, d'après Bright, le fait d'un hydrocéphale, nommé Cardinal, mort à 24 ans, dont la tête avait 86 centimètres et demi de circonférence (1). Il ajoute avoir vu au musée de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, la tête d'un hydrocéphale décédé à 7 mois, et chez lequel la plus grande circonférence était de 81 centimètres.

c) L'*hydrocéphalie* peut être, on le sait, *aiguë* ou *chronique*, *idiopathique* ou *symptomatique*, *acquise* ou *congénitale*. Dans le cas actuel, il s'agissait d'une *hydrocéphalie idiopathique*, *congénitale et chronique*. Cette forme offre elle-même des variétés : tantôt le liquide est collecté entre la dure-mère et l'arachnoïde, pour ainsi dire enkysté ; — tantôt il est renfermé dans la grande cavité de l'arachnoïde ; — tantôt il est contenu dans les ventricules. Parfois, chez le même sujet, on trouve une collection abondante de liquide et dans la cavité arachnoïdienne et dans les ventricules.

Ici l'hydrocéphalie était à la fois ventriculaire et arachnoïdienne. Les détails consignés dans le procès-verbal de l'autopsie nous dispensent d'insister de nouveau sur ce point. Nous rappellerons seulement que, dans la cavité arachnoïdienne, une partie du liquide était *enkystée* entre la dure-mère et l'arachnoïde, croyons-nous ; par conséquent, il s'agissait là, — mais partiellement, — d'une *hydrocéphalie externe*, pour employer l'expression de Steiner. C'est sans doute à cette disposition qu'il est fait allusion par Blache et Guersant quand ils disent que « dans quelques cas, les liquides sont accumulés dans des espèces de kystes (2). »

Mais il est une autre particularité que nous devons relever : c'est que l'hydrocéphalie n'avait pas déterminé une dilatation uniforme, non seulement par rapport aux deux moitiés de l'encéphale, mais encore par rapport aux diverses régions de chacun des ventricules latéraux. Nous avons vu, en effet, que la *poche kystique* était beaucoup plus grande à droite qu'à gauche et que le *ventricule latéral droit* était, lui aussi, notablement plus large que le gauche. Enfin, la dilatation des ventricules latéraux considérée en elle-même était inégale puisqu'elle intéressait, à un degré bien plus prononcé, la corne frontale que les cornes temporale et occipitale, c'est cette inégalité de dilatation qui explique les variétés d'asymétrie que présente le crâne des hydrocéphales.

d) Le liquide, renfermé dans la cavité crânienne, recueilli avec soin, pesait 1650 gr. sans compter la quantité qui s'était résorbée durant l'agonie.

Barthez et Rilliet ont trouvé dans l'hydrocéphalie ventriculaire 250, 500, quelquefois plus de 1000 gr. de liquide. La quantité serait à peu près la même dans l'hydrocéphalie arachnoïdienne ; le chiffre maximum qu'ils indiquent est 1 kilogramme 1/2 (*loc. cit.*, p. 165). D'après Steiner (*loc. cit.*, p. 103), elle varierait entre 4 à 6 onces et 6 à 7 livres. M. Bouchut écrit que l'on a vu la quantité de liquide atteindre le chiffre énorme de 20 à 25 litres (*loc. cit.*, p. 27). Frank (*loc. cit.*, p. 534) mentionne un cas dans lequel le cerveau était remplacé par une poche renfermant 50 livres de sérosité (3).

(1) Barrier cite un cas dans lequel il a noté peu de temps avant la mort « une *ophthalmie purulente* très grande, qui entraîna en très peu de jours la fonte des globes oculaires. » (*Traité pratique des maladies de l'enfance*, 3e édit., t. II, p. 462).

(2) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 2e édit., 1861, t. II, p. 172.

(3) Sandifort (*Museum anatom.*, lib. II, cap. 1) ; Blumenbach (*Geschite der Knochen*, p. 180) et Meckel (*loc. cit.*, p. 293), soupçonnent que la présence de ces os tient à une hydrocéphale (Frank. *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 534.)

(4) Blumenbach, *loc. cit.*, p. 175. — Sœmmering, *Knochenlehre*, p. 230 (Frank, *ibid.*)

(5) Meckel, *loc. cit.*, p, 318 (Frank, *ibid.*).

(6) Sandifort, *loc. cit.*, tab. 7. (Frank, *ibid.*)

(7) Steiner. — *Compendium des maladies des enfants*, etc., remanié et augmenté par L. Fleischmann et M. Herz, trad. Kéraval. Paris, 1880, p. 101.

(1) *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants* rec. par Bourneville, E. Bourgeois et Bouteiller, p. 13.

(2) *Extraits de pathologie infantile*, publiés par R. Blache, 1883, p. 241. — Dans le cas de M. Christian, dont il est question plus loin, il existait dans la cavité droite de l'arachnoïde, un kyste fibreux volumineux, appliqué sur la face interne de la dure-mère et renfermant 450 gr. de caillots et de sérosité sanguinolente.

(3) Lechel apud Meckel, *loc. cit.* et Haller ex Spoerlino in *Opusc. anat.*, note 8 (Frank, *loc. cit.*, p. 534, note 80). A la page

© BIU Santé

c) L'analyse du *liquide céphalo-rachidien* a été pratiquée par notre ami Yvon qui nous a remis la note suivante :

Analyse du liquide céphalo-rachidien. Composition pour 1,000 gr.

Volume, 1,630 cc.
Couleur jaune rosé.
Aspect légèrement trouble, s'éclaircit à peu près entièrement par le repos.
Dépôt floconneux peu abondant et de couleur rose.
Odeur peu accentuée.
Consistance très légèrement visqueuse.
Réaction nulle au moment de l'examen.

Densité, 1008.

Matières organiques	6 gr. 000
— minérales	9 100
Total des substances fixes. . .	15 100
Albumine coagulable.	0 900
Albumine totale	2 040
Matériaux azotés exprimés en urée	2 800
Matières grasses.	0 120
Acide phosphorique	1 291
Acide sulfurique	0 117
Chaux.	0 089
Chlorure de sodium	7 000
Eau	994 gr. 900

Examen microscopique. { Quelques leucocytes et globules gras. Nombreuses hématies. Bactéries abondantes.

(Les hématies doivent provenir du sang de l'autopsie).

Marcet (*Medico-chirurgical Transactions*, 1813, vol. II) a trouvé pour 1000 : eau, 990, 80 ; matière animale, 1,12 ; muriate de soude, 6,64 ; carbonate de soude, 1,24 ; phosphates de chaux, de magnésie et de fer, 0,20.

Dans un cas relaté par Barthez et Rilliet (*loc. cit.*, p. 165), M. Morin « a constaté que le liquide extrait par la ponction ne contenait que des traces d'albumine, mais il renfermait une quantité notable de matière gélatiniforme ; une autre matière qui rendait la liqueur un peu visqueuse, très peu de phosphate alcalin, et beaucoup de chlorure de potassium et de sodium. Il n'y avait point de chaux. La liqueur était neutre et ne se putréfiait pas facilement. »

Hilger aurait trouvé 0,246 pour 100 d'albumine, des sels en faibles proportions, particulièrement des sels de soude et une matière organique peu différente de la leucine (1).

IV. Il serait tout à fait superflu de revenir sur la distension subie par les *circonvolutions cérébrales*, sur la disparition presque complète du *centre ovale*, l'amincissement du *corps calleux*, l'agrandissement des *sillons* au niveau de la face convexe des hémisphères, l'élargissement du lobule de l'insula, la singulière disposition des corps optostriés, etc., nous ne pourrions que répéter ce que nous avons déjà dit.

V. Dans ce cas, le *diagnostic* de l'*hydrocéphalie* n'offrait aucune difficulté. Parfois, mais nous croyons que c'est là une circonstance assez rare, il n'en est pas tout à fait de même. C'est pourquoi la plupart des auteurs établissent un parallèle entre cette maladie, le *rachitisme du crâne*, l'*hypertrophie du cerveau*, et surtout l'*encéphalocèle* et la *méningocèle* (2). Ici, il était impossible de confondre l'hydrocéphalie avec le *rachitisme du crâne* ; cette confusion est possible lorsque, l'hydrocéphale ayant survécu, les sutures se sont fermées et nous aurons sans doute un jour l'occasion, à propos de l'un de nos malades, d'examiner ce point particulier (1). Nous laisserons aussi de côté l'*hypertrophie du cerveau* afin de ne pas étendre démesurément ces commentaires et nous n'insisterons que sur l'*encéphalocèle*.

On sait que l'*encéphalocèle* est une tumeur constituée par un contenant — membranes cutanées et encéphaliques



Fig. 47. — (Empruntée aux *Leçons* de M. Giraldès).

— et par un contenu — portion herniée du cerveau et sérosité. On sait également que la *méningocèle* n'en diffère que par son contenu, composé de la sérosité seule. L'encéphalocèle et la méningocèle, d'ordinaire circonscrites, se distinguent avec facilité de l'hydrocéphalie généralisée ; mais l'erreur peut être commise si l'hydrocéphalie prédomine d'un côté du cerveau ou surtout si elle n'intéresse



Fig. 48.

que l'une des cornes ventriculaires. Alors on s'appuiera sur les différences suivantes :

Encéphalocèle.	*Hydrocéphalie.*
Siège le plus fréquent à la région occipitale (53 fois sur 75.)	Le plus souvent générale; exceptionnellement bornée à la région occipitale.
Tumeur circonscrite.	Tumeur diffuse.
Bourrelet osseux, irrégulier ; se développe en dehors des fontanelles et des sutures, « par une trouée des os du crâne (Giraldès). »	Pas de bourrelet osseux ; se développe au niveau des fontanelles persistantes et des sutures écartées.
Réductible par la compression. Parfois la peau est recouverte d'un tissu érectile.	Non réductible.
Tumeur assez souvent bilobée et quelquefois pédiculée,	Peau saine ou présentant un peu de desquamation.
	Tumeur uniforme à base ordinairement large, non bilobée.

suivante, note 109, il cite d'autres faits : sept livres, Dixon. — Neuf livres deux onces et demie, Hartell. — 18 et 20 livres, Auriville et Buttner. — L'hydrocéphale du musée de Cruikshank avait environ 27 livres de sérosité.

(1) *Nouveau Diction. de méd. et de chir. prat.*, tome XIII, art. Encéphale, p. 157; Paris, 1870.

(2) Voir sur ce sujet : Giraldès. — *Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants*, pages 19, 244, 368.

(1) Il va de soi que, dans les cas d'hydrocéphalie chronique avec ossification des fontanelles et des sutures, ainsi que cela existe chez les hydrocéphales âgés, il n'y a pas de confusion possible avec l'encéphalocèle.

© BIU Santé

A tous ces caractères différentiels, il est bon d'en joindre un autre dont l'importance est considérable : il est tiré de l'aspect de la face. Tandis que la face conserve sa configuration normale dans l'encéphalocèle (*fig.* 3), elle offre, dans l'hydrocéphalie, un aspect tout à fait particulier et connu de tout le monde (*fig.* 4). (1)

Nous ne dirons rien du *pronostic*. Nous nous bornerons à dire que certains hydrocéphales peuvent vivre longtemps. L'un de nos malades, Pet..., a 17 ans. M. Giraldès cite un hydrocéphale du nom de Cardinal, qui est mort à 34 ans. Selon Barrier « quelle que soit la nature de l'hydrocéphalie, c'est une maladie des plus graves et constamment mortelle. Celle qui est congénitale permet à quelques sujets de vivre quelques années ; un petit nombre ont pu dépasser même l'âge moyen (*loc. cit.*, II, p. 476) ». M. Bouchut écrit qu' « il a rencontré dans le cours de sa carrière un diplomate et un sculpteur fort connus, lesquels présentaient à l'âge de 50 ans les marques les plus certaines d'une hydrocéphalie de naissance (*loc. cit.*, p. 26) » (2).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les dispensaires pour enfants.

L'assistance médicale des enfants à Paris laisse beaucoup à désirer. Deux hôpitaux seulement sont affectés aux enfants malades ; l'un est situé rue de Charenton, l'autre rue de Sèvres.

Si l'on ajoute l'hospice des enfants assistés (rue d'Enfer), l'hôpital de Berck-sur-Mer et les maisons de convalescence de Forges et d'Epinay, on aura établi à peu près le bilan des efforts faits par l'Assistance publique pour répondre aux besoins de la population parisienne relativement aux enfants malades.

Ces hôpitaux et ces hospices sont notoirement insuffisants ; nous n'insisterons pas sur les conditions hygiéniques et sur les nombreux désiderata qu'on pourrait signaler ; nous ne reviendrons pas sur l'isolement imparfait des maladies contagieuses et sur les dangers qui en résultent pour les enfants. Il ne se passe pas de semaine, en effet, sans que plusieurs enfants ne succombent à la contagion nosocomiale.

Mais nous voulons surtout montrer l'insuffisance numérique des lits réservés aux enfants atteints de maladies aiguës ou chroniques. Nombre d'enfants se voient journellement refuser l'entrée de l'hôpital faute de place. L'admission difficile pour les *aigus* devient tout à fait problématique pour les *chroniques*. Les enfants de cette dernière catégorie sont inscrits sur un registre et attendent quelquefois des mois et des années un billet d'admission.

L'envoi des enfants à Berck prête aux mêmes réflexions ; il y a beaucoup d'appelés et peu d'élus.

L'Assistance publique supplée-t-elle du moins à ce manque de places par une bonne organisation des consultations et pansements externes ? Il n'en est pas ainsi malheureusement.

Admis dans les salles, l'enfant y reçoit les soins les plus éclairés et les plus dévoués. Refusé, il emporte de la consultation une ordonnance qu'il suit mal ou qu'il ne suit pas du tout.

D'autre part, la distance excessive qui sépare certains quartiers populeux des hôpitaux d'enfants, rend impossible la fréquentation assidue des consultations et pansements externes. Comment veut-on que les enfants qui habitent la Villette ou Montmartre puissent se transporter aisément rue de Sèvres ou rue de Charenton pour y suivre un traitement externe ? Il y a là une impossibilité matérielle qui, jointe à l'organisation défectueuse de ce traitement externe, prive un grand nombre de familles pauvres d'une assistance médicale toujours utile et parfois urgente.

C'est pour parer à ces besoins urgents des classes pauvres que l'initiative privée fait en ce moment même des tentatives qui méritent d'être connues et encouragées.

Il y a quelques années déjà, le Dr Gibert avait créé au Havre, à ses frais, un petit dispensaire pour enfants qui n'a pas tardé à donner d'excellents résultats. Disposant d'un local exigu, mais bien distribué, de ressources modestes, mais bien administrées, M. Gibert traitait en 1880 pas moins de 1660 enfants auxquels il donnait 4.624 bains, 1.519 douches froides, 308 séances de massage, 26 douches de vapeur, 995 séances d'électricité, 1.660 douches nasales, 1.719 exhalations, pulvérisations, sudations et injections diverses, 93 pansements, soit en tout 10.895 *actions médicamenteuses*.

Ces chiffres se passent de commentaires ; ils témoignent à la fois et des services rendus par le petit dispensaire de M. Gibert et de l'utilité de ces établissements dans les grandes villes. L'exemple donné au Havre était bientôt suivi à Genève par M. le Dr d'Espine, à Mulhouse par M. Dolfus. A Rouen, un dispensaire général pour enfants et pour adultes fonctionne dans les meilleures

(1) M. Fr. S. Palmer vient de communiquer à *The Lancet* (1884, I, p. 1072) le cas d'une primipare qu'il a accouchée d'un enfant mâle atteint d'une encéphalocèle. La tumeur avait environ 8 pouces anglais de longueur et la grosseur d'une petite noix de coco. Elle était recouverte en partie par la peau, en partie par une membrane séro-fibreuse. Durant l'accouchement, qui se fit d'ailleurs naturellement, la partie fibreuse se rompit. L'enfant était bien conformé dans le reste de son corps. La mère eut, quelques jours après, une métrite puerpérale, attribuée au contact du liquide et du sang coagulé contenus dans la tumeur et sortis par la rupture pendant l'accouchement. Le fœtus a été envoyé au Collége Royal des chirurgiens et examiné par M. Fr. S. Eve qui a remis la note suivante : « Le kyste est une encéphalocèle formée par la hernie des méninges à travers un trou situé à la place de la protubérance occipitale et répondant à l'intervalle des quatre points d'ossification de l'occipital. Le kyste contient aussi une petite portion de la substance cérébrale allongée. »

— Nous avons vu, en 1862, dans le service de M. Giraldès, outre le cas d'encéphalocèle représenté dans la *fig.* 47, un autre cas moins accusé. Il s'agissait d'un enfant mâle âgé de 9 mois, nommé Mor... Germain. L'encéphalocèle siégeait au niveau de la partie postérieure du pariétal droit et de la partie avoisinante de l'occipital. La tumeur faisait une saillie extérieure qui ne dépassait pas 10 à 14 millimètres ; elle était allongée, piriforme, ayant sa petite extrémité en avant, au-dessus de l'oreille et la grosse extrémité au niveau de l'occipital. On notait un petit étranglement à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen. La tumeur était molle, circonscrite par un bord osseux. La peau qui la recouvrait avait sa couleur normale, mais elle paraissait un peu amincie et les cheveux qui la recouvraient étaient plus fins et moins abondants que sur le reste de la tête. A la pression on sent les battements du cerveau qu'on peut refouler dans l'intérieur de la cavité crânienne. L'enfant, entré le 29 octobre, est sorti le 10 novembre.

(2) M. Christian a communiqué à la *Société médico-pratique* (juillet 1882) le cas d'un hydrocéphale mort de broncho-pneumonie à l'âge de 44 ans « alors, ajoute-t-il, que l'hydrocéphale ne permet pas à ceux qui en sont atteints de dépasser la première enfance. » Des faits, assez nombreux, contredisent cette opinion. M. Christian lui-même, dans la discussion qui a suivi sa communication, a cité le fait d'une idiote hydrocéphale âgée de 40 ans.

© BIU Santé

conditions, nos lecteurs pourront en juger par un article publié dans ce journal même (1).

Enfin, la société philanthropique de Paris, à la suite d'un rapport fait par M. le vicomte d'Haussonville, a décidé la création d'un dispensaire pour enfants dans un quartier populeux, éloigné de tout hôpital, à la Villette (rue de Crimée, 166).

Ce dispensaire compte maintenant plus d'une année d'existence, les résultats obtenus viennent d'être publiés et nous pouvons juger en connaissance de cause de la portée de cette institution et de l'avenir réservé aux institutions analogues.

Le local dont la Société philanthropique dispose est modeste, mais suffisant : c'est un pavillon faisant pendant à l'asile de nuit pour femmes et adossé à un hospice de vieilles femmes appartenant à la même Société. Au rez-de-chaussée se trouvent la salle de bains, la salle de douches et une chambre de sudation et de massage ; au premier étage on rencontre successivement une salle d'attente pour les malades, un cabinet de consultations relativement grand avec 2 fenêtres, une salle de pansements (électricité, douches nasales, etc.), une chambre noire, une pharmacie et enfin une salle vide qui est en réserve et qui pourra être utilisée suivant les besoins du service. Les consultations sont données tous les lundis, mercredis et vendredis à midi et demi ; tout est gratuit : consultations, remèdes, pansements, bains, douches, etc.

Nous avons sous les yeux le rapport d'exercice fait par le médecin du dispensaire, M. Comby, et nous allons en extraire quelques chiffres qui donneront à nos lecteurs une idée du mouvement des malades pendant la première année.

Du 16 mai 1883 (date de l'ouverture) au 30 avril 1884, 3,144 consultations ont été données. Pendant les premiers mois, le chiffre moyen des enfants ne dépassait guère 15 par consultation ; à partir du 1er janvier 1884, ce chiffre dépasse 27 (janvier), 26 (février), 36 (mars), 35 (avril). En 1883, le maximum mensuel des consultations n'avait pas dépassé 257 (juillet) ; en 1884, il atteint 476 (mars) ; cette progression rapide ne parait pas devoir s'arrêter, car nous apprenons que pour le mois de mai le chiffre des consultations s'est élevé à 515.

Cette courte statistique donne une idée de l'accueil que le dispensaire a trouvé parmi les habitants du quartier de la Villette. Les autres quartiers, en effet, n'entrent que pour une part minime et négligeable dans la fréquentation du dispensaire de la rue de Crimée. C'est dire qu'il y a place pour d'autres créations du même genre dans les quartiers pauvres de la capitale. Le chiffre de 3,144 consultations pendant cette période de 11 mois et demi représente en bains, douches, médicaments, pansements, opérations, etc., plus de 30,000 *actions médicamenteuses*, pour employer l'expression de M. le Dr Gibert (du Havre). Pour se rendre compte du mouvement des malades, il faut se rappeler qu'en dehors des consultations pendant lesquelles un grand nombre de pansements sont faits, de médicaments sont distribués et d'opérations sont pratiquées, près de 80 enfants viennent tous les jours, les uns le matin, les autres le soir, quelques-uns matin et soir, recevoir les soins prescrits par le médecin.

(1) *Progrès médical*, 5 janvier 1884, page 9.

Voici comment se répartissent les enfants au point de vue de la nature des maladies :

Maladies scrofuleuses.	1,545
Maladies de l'appareil digestif athrepsie, entérités. . .	403
Rachitieme	253
Chloro-anémie, chorée, etc.	200
Maladies aiguës, fièvres éruptives, coqueluche, etc . .	322
Autres affections, traumatismes, maladies chirurgicales.	221
Total.	3,144

Si nous comparons les maladies chroniques aux maladies aiguës, nous voyons que le chiffre de celles-ci est bien inférieur au chiffre de celles-là. Ce résultat doit être mis en relief, car il montre l'utilité des dispensaires : les maladies aiguës graves ne peuvent être soignées à une consultation externe, elles ont leur place marquée à l'hôpital ; les maladies chroniques au contraire qui encombrent indéfininiment les services hospitaliers, peuvent être traitées au dispensaire, et avec succès, si nous en croyons le document médical auquel nous empruntons ces détails.

Du 16 mai 1883 au 30 avril 1884, 422 chroniques ont été inscrits pour un traitement de trois mois, d'ailleurs renouvelable. Parmi ces enfants, il y avait 267 scrofuleux et 93 rachitiques. Sur 91 enfants traités pendant 3 mois pour des ophthalmies scrofuleuses (kératites, kérato-conjonctivites, ulcères de la cornée, blépharites chroniques, etc.), 66 sont guéris, 25 sont améliorés. Sur les 111 enfants inscrits pour d'autres manifestations scrofuleuses (impetigo, écrouelles, abcès froids, etc.), on compte 86 guérisons et 26 améliorations ; en revanche, sur 22 tumeurs blanches, il n'y a pas eu une seule guérison complète, ce qui n'a rien de surprenant.

Sur les 93 rachitiques inscrits, 31 sont complètement guéris, 54 sont très notablement améliorés et peuvent marcher facilement, 7 sont encore en traitement, 1 est mort d'une affection intercurrente.

Ces résultats sont importants et ne s'observent pas au même degré à l'hôpital. A l'hôpital, en effet, on ne reçoit que la scrofule grave, que le rachitisme invétéré. Au dispensaire, on assiste au début des accidents, on voit le rachitisme naître et se développer sous l'influence du mauvais régime alimentaire, on peut dès lors prévenir les lésions irrémédiables, on arrive à temps. De même pour ces scrofulides de la peau et des muqueuses, pour ces ophthalmies chroniques, pour ces kératites rebelles qui peuvent conduire à la perte des yeux, on attaque le mal dans ses débuts et on peut souvent enrayer ses progrès. A ce titre, le dispensaire peut être considéré comme un agent prophylactique des maladies qui rendraient l'hospitalisation nécessaire. A ce titre donc, le dispensaire rend les plus grands services à l'Assistance publique, en tarissant une des sources de cet encombrement auquel elle ne peut faire face avec les défauts de son organisation actuelle.

Nous en avons assez dit pour montrer le but que poursuit la charité privée en créant des dispensaires d'enfants. Les résultats obtenus dans cette voie indiquent d'autre part à l'Assistance publique les devoirs qu'elle a à remplir.

© BIU Santé

La construction d'un hôpital d'enfants dans le nord de Paris ne saurait plus être différée, elle est urgente. Il n'est pas nécessaire que cet hôpital soit une de ces constructions monumentales et ruineuses dont nous n'avons à Paris que trop d'exemplaires.

Qu'il soit petit, confortable, établi dans les meilleures conditions hygiéniques, que l'isolement des maladies contagieuses y trouve enfin sa réalisation complète, et surtout que les consultations, pansements, bains externes y soient parfaitement organisés, et les services rendus par cet hôpital modèle seront inappréciables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances du 26 mai, 2 et 9 juin 1884. — PRÉSIDENCE DE M. ROLLAND.

Nouvelles recherches sur le lieu de formation de l'urée, par MM. GRÉHANT et QUINQUAUD. — Malgré de nombreux travaux faits sur la question, on connaît encore mal le lieu de formation de l'urée. Pour les deux auteurs de ce travail, le sang des veines venant de l'estomac, de la rate et du foie contiendrait plus d'urée que le sang artériel : c'est donc là que se ferait cette substance.

Études expérimentales sur les propriétés anesthésiques des dérivés chlorés du formène, par MM. RÉGNAULD et VILLEJEAU. — On a beaucoup conseillé dans ces derniers temps d'employer le chlorure de méthyline dans l'anesthésie. Ces deux auteurs font d'abord remarquer que la substance vendue sous ce nom en France et à l'étranger ne contient généralement pas trace de chlorure de méthylène. En préparant ce produit pur, ce qui d'ailleurs est fort long, on peut obtenir une véritable anesthésie, mais elle est accompagnée de phénomènes convulsifs très intenses, de crises épileptiformes de tétanisme qui rendront toujours ce produit peu utilisable et même nuisible dans la pratique.

Contribution à l'étude de l'agent virulent de la septicémie puerpérale, par M. ARLOING. — Il résulte des expériences de M. Arloing que les différentes formes de la septicémie puerpérale reconnaissent, comme l'admettait M. Chauveau, un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre; que s'il est démontré que ce micro organisme est unique, il n'est pas prouvé qu'il soit spécial à l'état puerpéral; seulement la puerpéralité réalise des conditions favorables à son introduction et à son évolution dans l'organisme humain.

Sur une méthode nouvelle de transfusion du sang (sang soumis préalablement à l'action de la peptone), par M. AFANASSIEW. — On sait que le sang contenant une certaine quantité de peptone, perd la propriété de se coaguler. Or, la coagulation est le danger principal dans l'opération de la transfusion, il était donc logique d'essayer l'injection de sang peptonisé : les résultats obtenus sur les animaux sont très encourageants pour l'application à l'homme.

Sur la lésion des tubes nerveux de la moelle épinière dans la sclérose en plaques, par M. BABINSKI. — La méthode de durcissement par le bichromate de potasse et la coloration par l'hématoxyline n'étaient pas encore connues lors des premiers travaux sur la sclérose en plaques. En reprenant ces études, M. Babinski a constaté que la destruction des gaînes de myéline, loin d'être sous la dépendance d'un phénomène mécanique, est au contraire un phénomène vital résultant de l'activité nutritive des cellules de la névroglie et des cellules lymphatiques. P. R.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — M. le professeur BROUARDEL est nommé président du Comité consultatif d'hygiène et M. BERTHELOT, président du comité des laboratoires départementaux et municipaux, en remplacement de M. Würtz, décédé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 juin 1884. — PRÉSIDENCE DE M. F. FRANCK.

M. BOCHEFONTAINE remet, de la part de M. AFANASIEW, une note *sur la transfusion du sang peptonisé*. Les expériences n'auraient encore porté que sur les animaux.

M. DASTRE espère que dans cette note M. Afanasiew aura indiqué le moyen de se procurer des peptones pures, de même qu'il aura su parer aux accidents qui suivent l'introduction des peptones dans le sang.

M. REGNARD, revenant sur une précédente communication, dit qu'il s'est transporté au Havre pour étudier les effets des hautes pressions sur les animaux marins. Il a pu contrôler la loi qu'il avait déjà établie à savoir que, au-dessus de 400 atmosphères les animaux périssaient par hydrémie. Les animaux pourvus de carapace, les crabes par exemple, résistent tant que celle-ci n'est pas traversée par l'eau. Les êtres les plus inférieurs résistent le plus longtemps : les astéries, les anémones de mer qui contiennent non seulement une si grande quantité d'eau et qui peuvent décupler de volume en s'en chargeant de nouveau, résistent à une pression de 1000 atmosphères, mais meurent également lorsqu'on les soumet à de plus fortes pressions.

Dans une dernière communication, M. Regnard rappelle qu'au début de toute fermentation il y a une période d'inaction, période qu'il a proposée de nommer — de *temps perdu* — pendant laquelle la cellule de la levûre de bière, par exemple, ne réagit pas. Il a remarqué que, plus les solutions sucrées étaient saturées moins long était le temps perdu de la fermentation. Il émet l'idée que, peut-être, la cellule de la levûre de bière a besoin d'un excitant pour entrer en fonctions.

M. AUBEAU fait part à la Société des résultats satisfaisants obtenus dans le service de M. Péan au moyen de l'*anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme*. La proportion de 7 à 8 0/0 de ce dernier est, de toutes, la meilleure.

M. DUBOIS présente, à ce sujet, *un appareil* qu'il a fait construire et qui permet d'administrer des mélanges chloroformiques toujours exactement titrés.

M. LABORDE remet, au nom de M. VIGIER, une note sur l'acide *orthoxyphénylsulfureux*. Ce produit, auquel on peut donner le nom plus euphonique de *sulfo-carbol* est appelé à remplacer l'acide phénique. Il n'est pas toxique, car on a pu en faire absorber impunément 7 gr. 50 par jour à un chien de 7 kilos; il est beaucoup moins odorant et jouit de propriétés antiputrides et antifermentescibles équivalentes au moins à celles de l'acide phénique.

M. VIGNAL a été chargé par M. Regnard de déterminer les *lésions* que l'imbibition, à la suite des hautes pressions, faisait subir aux tissus. Examinant les cellules calciformes de l'œsophage de la grenouille, il a pu voir qu'elles étaient réduites à une très petite zone de protoplasma irrégulier entourant le noyau; que les cellules à cils vibratiles étaient presque complètement détruites. Les cellules plates sont gonflées, irrégulières, les fibres du tissu conjonctif écartées, distendues; de même dans les tendons. La striation transversale du tissu musculaire striée disparaît; il en est quelquefois de même de la striation longitudinale. Le sarcolemme est distendu par l'eau qui s'interpose entre lui et la substance striée qui, souvent, est brisée par places. Dans les nerfs la gaîne de Schwann est décollée, des incisures de Schmidt deviennent très apparentes; au niveau des étranglements inter-annulaires la myéline est refoulée. Les globules sanguins sont fréquents.

La Société se forme en *comité secret* pour la lecture des rapports sur les candidats à une place vacante.

G. GILLES DE LA TOURETTE.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Le cours de géologie du Muséum comprend cette année deux parties. Chargé de traiter la seconde, M. Stanislas MEUNIER, aide naturaliste, commencera mardi prochain, 17 juin 1884, une série de leçons publiques sur la *géologie de la France*; elles auront lieu le mardi et le samedi de chaque semaine à 4 h. 1/4 dans l'amphithéâtre de géologie.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juin 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Legouest, à l'occasion de la communication de MM. Fournier et Duclaux, sur le *clou de Biskra*, croit devoir faire allusion à un travail semblable, que MM. Deperet et Boisset ont publié dans le *Lyon médical*. Ces expérimentateurs eurent l'occasion d'observer soixante cas de clou de Gavza (Biskra mitigé). Ils recueillirent sur leurs malades un microbe spécial qu'ils cultivèrent, afin de l'injecter à des lapins, cobayes, moutons, au cheval et au mulet. Les résultats ainsi obtenus seraient conformes aux faits relatés par M. Fournier. Bien plus, une chienne, amenée de Biskra, portait sur le flanc un clou de Biskra. Or, cette bête devint grosse et accoucha de deux petits chiens, porteurs également de clous de Biskra.

M. M. Sée, à l'occasion de la communication de M. L. Labbé, sur le *traitement de l'hydarthrose par le lavage antiseptique*, fait observer que, dans des circonstances semblables à celles de M. Labbé, la compression de l'articulation malade à l'aide de la bande d'Esmarch lui a donné d'excellents résultats.

M. Gautier lit une note sur la *synthèse de la xanthine*.

M. Colin (d'Alfort) fait la lecture d'un travail *sur la septicémie*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : La septicémie, ou plutôt les septicémies, sont des états que nous ne connaissons pas bien, et dans lesquels les altérations des liquides peuvent être dues à des causes ou à des agents multiples : organismes microscopiques, principes septiques, ptomaines, etc... Ces états se produisent très facilement chez certains animaux, comme le lapin, le cobaye, les oiseaux, et y acquièrent une extrême virulence : ils se produisent avec une difficulté extrême chez d'autres animaux tels que le bœuf, le mouton, le chien et les solipèdes. Chez les uns, ils restent locaux, et sont bénins ; chez d'autres, ils se généralisent vite, et tuent dans des délais très courts. Ce qu'on voudrait appeler la septicémie gangréneuse, n'est pas sûrement spécifique. Elle ne paraît pas bien distincte, au moins chez les animaux, des autres formes de septicémie. Il n'est pas prouvé que cette septicémie soit virulente, autrement que par les liquides puisés dans les parties malades. Il n'est pas prouvé qu'elle soit transmissible par inoculation à tous les animaux ou seulement à ceux de l'espèce sur laquelle elle s'est développée. Ce qu'on dit de l'influence de la dessication, de l'altération putride sur l'activité de ses produits est connu et s'applique à toutes les septicémies et à la plupart des autres produits virulents. Ce qu'on dit de la contagion de la septicémie par les instruments, suppose une virulence extrême qui est douteuse, et la conservation de cette virulence, malgré les lavages, conservation non démontrée dans les conditions expérimentales. La neutralisation des produits septicémiques peut, quoi qu'on en dise, être obtenue par la température de l'ébullition. Elle peut l'être, sans trop de difficulté en dehors de l'organisme, même à la surface des plaies avant l'absorption, par une foule d'agents antiseptiques. Le difficile, souvent l'impossible, est la neutralisation une fois que les matières virulentes sont absorbées et disséminées dans l'organisme.

M. Fournier n'admet pas le reproche que M. Colin fait à M. Duclaux, d'avoir pris la septicémie pour le bouton de Biskra. — La technique à laquelle M. Duclaux n'a cessé de recourir, les résultats qu'il a obtenus, cadrent mal avec les objections de M. Colin.

M. Auguste Voisin fait une communication sur l'*atrophie de la région de Rolando, dans ses rapports avec le retard dans la marche chez les enfants*. — M. Voisin, se fondant sur cinq observations avec autopsies, déclare que le retard dans la marche, dans la précision et dans l'habileté des membres chez les enfants, est dû à une atrophie plus ou moins complète de l'écorce du cerveau, au niveau de la partie supéro-interne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, dans le voisinage du lobule parencentral. Les malades observés par M. A. Voisin ont présenté divers autres troubles, tels que le retard dans la parole, la gêne et la gaucherie des mouvements des membres supérieurs, l'impossibilité ou la difficulté d'apprendre à écrire, les vices de conformation et l'asymétrie des oreilles, le développement incomplet des pieds et l'incontinence d'urine. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 7 décembre 1883. — Présidence de M. Cornil.

1. M. Tuffier présente une grosse *varice du creux poplité* formant tumeur et ayant fait croire à un névrome ; 2° une *tumeur de la fesse* siégeant au niveau de la bourse séreuse du grand fessier.

M. Kirmisson rapporte que M. Verneuil a déjà opéré un homme qui présentait une tumeur fibreuse analogue au niveau de chaque ischion.

2. M. Gilles de la Tourette présente des *préparations* et des *photographies* d'un cas de *paralysie faciale par otite* chez un enfant de 18 mois.

M. Cornil dit avoir fait faire une thèse à un de ses élèves en 1865 ou 1866 sur les altérations du nerf facial dans les cas de paralysie de ce genre.

3. M. Le Gendre montre trois *dilatations anévrysmales de l'aorte* chez le même sujet.

5. **Anomalie des organes génitaux, mâles (infantilisme)** ; par M. Paul Binet, interne des hôpitaux.

Le nommé Lacroix Georges, âgé de 53 ans, célibataire, entre à l'hôpital St-Antoine, salle Andral, lit n° 30, service de M. Dieulafoy, le 1er décembre 1883.

Il est dans le coma et nous n'avons aucun détail sur ses antécédents ; il exerçait la profession de peintre. Notre attention est attirée par l'aspect des organes génitaux qui, malgré l'âge déjà avancé du malade, sont ceux d'un enfant de 9 à 10 ans. Le pénis a le volume du petit doigt ; les bourses à peine saillantes, présentent à leur partie supérieure, de chaque côté, un petit testicule gros comme un pois. Poils très rares au pubis. Du reste, pas de vice de conformation dans les organes génitaux externes, pas de fente scrotale. La face est imberbe, efféminée ; l'aspect est celui d'une vieille femme. La lèvre supérieure porte à droite la cicatrice d'un bec de lièvre opéré ; la coïncidence de cet arrêt de développement avec l'infantilisme des organes génitaux est à remarquer.

Autopsie. Elle nous a montré que la mort était due à une néphrite interstitielle avec hémorrhagie cérébrale. Nous avons enlevé les organes génitaux ; la dissection des organes génitaux profonds nous a montré la prostate extrêmement réduite, imperceptible par le toucher rectal ; les vésicules séminales constituées par de simples diverticulums, les canaux déférents et l'utricule prostatique relativement bien développés et faisant contraste par leurs dimensions avec l'atrophie des organes voisins.

Nous n'avons pas pu avoir de renseignements précis sur les habitudes sexuelles du sujet ; il était célibataire et, paraît-il, de mœurs rangées.

7. **Rapport sur la candidature de M. Raymond Durand Fardel, au titre de membre adjoint** ; par M. le Dr Letulle, médecin des hôpitaux.

Parmi les observations communiquées à la Société anatomique par M. R. Durand-Fardel, nous en choisirons une qui présente un intérêt particulier, en ce qu'elle offre le tableau complet d'une affection qui, peu étudiée jusque-là, a fait, depuis, le sujet de plusieurs publications intéressantes. Nous voulons parler d'un cas de gastrite chronique accompagnée de sclérose sous-muqueuse et péritonéale. Rappelons brièvement l'observation : Il s'agissait d'un alcoolique avéré, chez lequel les troubles fonctionnels avaient évolué avec une grande rapidité.

C'est seulement huit mois avant son entrée à l'hôpital

© BIU Santé

qu'il avait ressenti les premiers troubles digestifs. Trois mois après il prenait le lit. Lors de son admission, ce malade présente le type classique de la cirrhose atrophique à la dernière période: amaigrissement excessif, ascite considérable, urines briquetées, etc.

Malgré les raisons de croire à un alcoolisme chronique, à marche rapide, frappant le foie et l'estomac, il y avait lieu de poser l'hypothèse d'un cancer stomacal, masqué par une ascite considérable ; d'autant plus qu'une ponction pratiquée antérieurement à l'entrée, avait permis de sentir un empâtement profond dans la région épigastrique restée, depuis lors, douloureuse à la pression.

Néanmoins, le diagnostic du cancer était écarté lorsque le malade mourut 15 jours après son admission.

L'autopsie offrit à considérer deux points intéressants, les lésions de l'estomac et celles du péritoine. L'estomac, en forme de gros boudin allongé, était revenu sur lui-même et d'une dureté considérable. Ouvert, ses parois étaient d'une épaisseur uniforme de près d'un centimètre sur tous les points. La coupe blanche et ligneuse de ces parois fit porter le diagnostic de cancer diffus par plusieurs membres de la Société anatomique.

Or, l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une sclérose développée dans les parois gastriques à un degré extrême. En effet, la muqueuse était profondément altérée, les culs-de-sac glandulaires détruits ou déformés, séparés par des tractus fibreux, épais et nombreux. La couche sous-muqueuse était considérablement épaissie, constituée par des travées de tissu conjonctif dense. La couche musculaire elle-même était hypertrophiée, tant par l'augmentation de volume des faisceaux musculaires que par les volumineux tractus fibreux qui la sillonnaient en tous sens.

Quant au péritoine, il ne présentait pas un aspect moins anormal: on trouvait derrière l'estomac, une masse de tissu conjonctif dense, dans laquelle il fallait sculpter à coups de scalpel pour dégager successivement la face postérieure de l'estomac, le pancréas et les ganglions compris dans la région. Là ne se bornaient pas les désordres péritonéaux : l'épiploon-gastro-hépatique offrait l'aspect d'une bande fibreuse épaisse et résistante. Le grand épiploon était ratatiné, réduit à quelques nodosités dures appendues à la grande courbure de l'estomac. Le foie cirrhotique et la rate indurée étaient entourés d'une coque fibreuse très épaisse.

Nous n'insisterons pas davantage sur les détails des lésions: il s'agissait bien là d'une gastrite scléreuse. Nous avons vu que le diagnostic offrait une difficulté non seulement clinique, mais même anatomique, que le microscope avait dû éclairer.

Cette hypertrophie scléreuse des parois stomacales, distincte du cancer, a déjà été signalée par Andral, décrite par Cruveilhier, analysée histologiquement par les médecins anglais Wilks et Hare et par d'autres depuis lors. Brinton la classe et la décrit sous le nom d'inflammation cirrhotique ou linitis plastique.

Enfin, MM. Hanot et Gombault publièrent en 1882, dans les Archives de physiologie un mémoire sur une observation qui offre une remarquable analogie avec celle de M. Durand-Fardel et qu'ils intitulent: « Etude sur la gastrite chronique avec sclérose sous-muqueuse hypertrophique et rétro-péritonite calleuse. »

Les détails cliniques et anatomiques sont presque exactement les mêmes dans les deux cas, si ce n'est que dans l'observation de MM. Hanot et Gombault, les antécédents alcooliques n'existent pas, et les parois stomacales sont moins uniformément indurées, l'hypertrophie prédominant surtout au niveau du pylore.

La question du diagnostic est donc écartée et la nature de la lésion scléreuse bien reconnue. Il n'en est pas de même de la pathogénie: il existe plusieurs cas bien nets d'hypertrophie scléreuse de l'estomac, accompagnée de sclérose du tissu conjonctif sous-péritonéal, assez nets pour que MM. Hanot et Gombault lui donnent un nom spécial, la rétro-péritonite calleuse.

Faut-il faire jouer un rôle *causal* à la muqueuse gastrique irritée retentissant secondairement sur le péritoine? Faut-il admettre une péritonite primitive agissant sur l'estomac comme sur le foie ? Les recherches modernes, la thèse du regretté Poulain entre autres, pousseraient facilement à cette dernière interprétation.

MM. Hanot et Gombault, sans trancher la question, inclineraient volontiers vers cette dernière opinion, se fondant sur la localisation des lésions scléreuses, qui leur semblent bien manifestement marcher de la périphérie de l'organe vers la muqueuse, sur la rareté de ce processus, eu égard à la fréquence de la gastrite chronique; enfin, sur l'absence d'alcoolisme dans la plupart des observations.

Cependant, examinant ensuite l'état de la muqueuse stomacale, ces auteurs reconnaissent des lésions inflammatoires auxquelles ils attribuent le développement de la sclérose gastrique.

Quant à l'alcoolisme, mentionné dans l'observation qui fait le sujet de notre rapport, son rôle sur les lésions péritonéales est bien établi.

Les recherches de M. Leudet et de M. Lancereaux ont montré les différentes modalités de ce processus et une thèse de M. Monolesco publiée en 1879 sur ce sujet en rapporte de nombreux cas.

Rappelons entre autres une observation de Frerichs (page 324 de son traité), qui mentionne chez un alcoolique un épaississement du tissu cellulaire rétro-stomacal, englobant le pancréas, le hile du foie, etc.; c'est bien là la rétro-péritonite calleuse.

Donc, en résumé, dans le cas rapporté par M. Durand-Fardel, sans chercher à subordonner la péritonite à la gastrite, ou celle-ci à celle-là, il semble rationnel d'admettre un développement collatéral de deux lésions, trouvant leur raison d'être suffisante dans une même cause, l'alcoolisme chronique. L'étude de cas semblables permettra d'établir ultérieurement la part qu'il faut accorder à cette intoxication dans la pathogénie des lésions péritonéales, localisées dans la *région sus-ombilicale*, à côté des faits qui semblent nettement y échapper, comme le montre bien l'observation de MM. Hanot et A. Gombault.

Séance du 14 décembre 1883. — Présidence de M. Cornil.

8. — M. Castex présente : 1° un *kyste du creux poplité* ; 2° des *corps étrangers de l'articulation du coude.*

9. — M. Feulard montre un *anévrysme double de l'aorte*, ayant donné lieu à des symptômes de bronchite capillaire.

10. — M. Neugebauer offre à la bibliothèque de la Société anatomique diverses brochures, sur le *spondylolysis*, sur deux cas de *fistule vésico-vaginale* avec introduction de corps étrangers par cette voie dans la vessie, sur la description d'*instruments chirurgicaux* trouvés à Pompéi.

11. Athérome généralisé. — Rétrécissement aortique avec athérome des valvules aortiques. — Calcification de l'endocarde du ventricule ganche ; par M. le Dr Richardière, interne des hôpitaux.

M. Richardière montre un cœur provenant de l'autopsie d'un malade mort dans le service de M. le Dr Bucquoy à l'hôpital Cochin.

Ce cœur est hypertrophié dans toutes ses parties. L'orifice aortique est considérablement rétréci, et le rétrécissement est dû à la présence de plaques calcaires épaisses, siégeant sur le bord libre des valvules. Les valvules sont soudées entre elles par un exsudat, qui, primitivement fibreux, s'est ultérieurement infiltré de sels calcaires. Le rétrécissement de l'orifice aortique ne s'accompagne pas d'insuffisance.

La dégénérescence calcaire n'est pas limitée à l'orifice aortique. Elle a envahi les couches profondes de l'endocarde ventriculaire.

Toute la partie latérale externe de l'endocarde qui tapisse le ventricule gauche est calcifiée. La séreuse, lisse et polie à l'état normal, est remplacée par une plaque calcaire, rigide, étendue de la valvule mitrale à la pointe du cœur,

© BIU Santé

Cette plaque a une consistance osseuse. La calcification est d'ailleurs bornée à la partie latérale externe du ventricule. Les valves de la mitrale sont saines.

Il n'y a pas trace de semblable altération sur l'endocarde, qui revêt la partie latérale droite du ventricule gauche, l'oreillette gauche.

L'endocarde des cavités droites du cœur est sain. L'aorte présente des altérations athéromateuses avancées. — Le malade qui avait offert cette curieuse lésion était mort asystolique. Pendant sa vie, il avait eu des signes manifestes de rétrécissement aortique. La calcification de l'endocarde était restée latente sans que rien pût éveiller l'idée d'une lésion aussi singulière.

Un côté intéressant de l'histoire de ce malade avait été l'existence de dilatations bronchiques siégeant au sommet du poumon droit. Ces dilatations, prises pendant la vie pour des excavations tuberculeuses, n'avaient été reconnues qu'à l'autopsie. Plusieurs symptômes auraient pu faire reconnaître la véritable nature de ces cavités; l'unilatéralité et les phénomènes stéthoscopiques, l'intégrité du poumon gauche et l'absence bien constatée des bacilles de Koch dans les crachats.

12. Polypes du larynx (papillomes) chez une enfant de 5 ans 1/2; par H. Dauchez, interne des hôpitaux.

Lug..., Marie, âgée de 5 ans 1/2, est amenée à la consultation de l'hôpital des Enfants, le 30 novembre 1883. Cette enfant éprouve, au dire de sa mère, une gêne respiratoire très notable depuis 2 ans, époque à laquelle elle guérit d'une coqueluche assez rebelle.

Depuis lors, elle a toujours éprouvé de la dyspnée s'exaspérant par moments. Au mois d'octobre dernier, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde compliquée d'œdème des jambes, la gêne respiratoire s'accusa davantage, la toux devint un peu rauque. Effrayée par la persistance des accidents, la mère l'amène à la consultation le 30 novembre. Nous constatons alors de la dyspnée avec tirage modéré sans angine. La respiration encore assez facile aux 2 temps est pourtant un peu plus sifflante à l'inspiration qu'à l'expiration. Pas d'accès de suffocation. A peine rentrée chez ses parents, l'enfant de nouveau très oppressée malgré le traitement prescrit, est ramenée à la consultation le 1er décembre.

1er *décembre*. L'absence d'angine, l'intermittence et la longue durée des phénomènes dyspnéiques survenus après la coqueluche, un léger souffle perçu au niveau de la 5e vertèbre dorsale, enfin la persistance de la voix ayant fait soupçonner l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique, l'enfant est admise salle Ste-Geneviève (service d'aigus). Le soir même, le tirage s'accentue, la voix devient couverte et l'interne du service, craignant la diphtérie, la fait passer d'urgence au pavillon d'isolement.

2 *décembre*. Dix-huit heures après son passage à l'isolement, l'enfant est mise en surveillance dans le cabinet d'isolement.

3 *décembre*. Dyspnée croissante et continuelle. — La voix est couverte. Pas d'angine.

4 *décembre*. Dans la soirée, vers minuit, plusieurs accès de suffocation rendent nécessaire la trachéotomie. Le lendemain, 5 décembre, la fièvre se déclare; le teint se plombe, des râles nombreux envahissent la poitrine et l'enfant succombe le 6 décembre, à 8 heures du matin, après avoir présenté un peu d'albumine dans ses urines.

Autopsie pratiquée le 7 *décembre*. — Le *larynx* et la *trachée* sont ouverts sur la ligne médiane par leur face postérieure. Quelques fausses membranes tapissent la partie moyenne du conduit trachéal. Le larynx n'en renferme aucune. Mais la lésion la plus saillante consiste en l'implantation sur les cordes vocales et sur le vestibule du larynx de cinq ou six végétations papillomateuses, en choux-fleurs, en tout point semblables à des crêtes de coq, sessiles (sauf une), assez adhérentes à la muqueuse qui tapisse la fente glottique. Ces productions fibroïdes, assez dures, reposent sur les deux cordes vocales inférieures; on en trouve d'autres à la face postérieure de l'épiglotte. La plus grosse située sur la corde vocale inférieure gauche atteint le volume d'un grain d'orge. Elle est peu mobile. Pas d'œdème. Pas d'ulcération.

Les *bronches* sont parfaitement libres et les ganglions péri-bronchiques peu développés sont sains. Les *poumons* sont splénisés, résistants, durs et renferment aux deux bases de nombreux noyaux de broncho-pneumonie, cause probable de la mort.

Réflexions. On conçoit aisément la difficulté d'établir le jour de l'entrée un diagnostic positif, étant donné chez cette enfant, l'existence antérieure d'une dyspnée intermittente (à paroxysmes), parue peu après la coqueluche. L'examen laryngoscopique eut donc pu seul permettre d'éviter l'erreur commise. D'autre part, on sait combien est difficile le diagnostic de ces lésions (d'ailleurs très rares chez l'enfant), à cause des grands obstacles que rencontre chez eux l'application du laryngoscope.

En consultant les tableaux publiés par Holmes (Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants, page 490 et suivantes) on y verra quelques cas analogues observés chez des enfants de 2, 4, 6, 8 et 12 ans. Encore faut-il remarquer la rareté des papillomes, la plupart des tumeurs décrites étant de nature épithéliale.

Dans le cas actuel, les polypes se sont développés non seulement sur les cordes vocales inférieures (siège habituel des papilles), mais encore sur les cordes vocales supérieures et derrière l'épiglotte dépourvues (d'après Coyne) de papilles vasculaires. Ces dernières productions doivent donc être vraisemblablement rapportées à l'hypertrophie des glandes de la muqueuse, conséquence de l'inflammation chronique du larynx dans la coqueluche.

13. Méningite aiguë. — Kyste du cervelet; par M. H. Dauchez, interne des hôpitaux.

Wagn..., âgé de 17 ans 1/2, est entré le 6 décembre 1883, salle Saint-Jean, n° 9 (hôpital des Enfants, service de M. Labric). Sa mère, qui l'accompagne, nous raconte qu'il a toujours joui jusqu'alors d'une excellente santé, qu'il a toujours été indemne de tout accident nerveux personnel ou héréditaire (convulsions, hémiplégie et vertiges). Enfin qu'il est le 6e enfant de la famille, dont tous les membres sont vigoureux, le père excepté (bronchite chronique). — Pas de tuberculeux ni de méningitiques dans l'entourage.

Le début de l'affection actuelle remonte à trois semaines environ; l'enfant se plaignit alors de douleurs de tête; quinze jours après la céphalalgie redoublant et quelques vomissements ayant paru, W..., qui jusque-là restait levé et *marchait sans difficulté*, prit le lit: mais bientôt la céphalalgie devint si aiguë que la mère alarmée amena son enfant à l'hôpital.

Le jour de l'entrée W..., qui a encore traversé tout l'hôpital à *pied*, appuyé sur le bras de sa mère, présente une attitude des plus bizarres: il marche la tête fortement renversée en arrière, la face tournée à droite, les yeux à demi fermés; il conserve encore sa même attitude une fois couché: les deux pupilles sont fortement dilatées, à peine contractiles: la vision est intacte et l'enfant répond avec lenteur mais avec lucidité à toutes nos questions. Toutefois, il s'interrompt au milieu de ses réponses pour pousser de grands soupirs ou pour crier « ma tête! ma tête! » Le ventre est plat. La raie méningitique persiste. Le pouls très lent, mais très régulier, bat 60 fois à la minute. La température est à 38°. Selles régulières et quotidiennes.

8 *décembre*. La tête est toujours renversée. Gémissements et cris continuels. Fixité du regard. — Anesthésie et analgésie presque absolue de la moitié gauche du corps. —Pouls lent et régulier, à 60. Depuis deux jours le malade ne va plus à la selle.

9 *décembre*. Le pouls devient fréquent et irrégulier. — Constipation rebelle aux lavements et même à l'H. de croton tiglium. — L'intelligence a notablement baissé. Enfin, le 10 décembre, l'enfant succombe à 10 h. du soir.

Autopsie pratiquée le 12 décembre. — *Cerveau* : Volu-

© BIU Santé

mineux, à peine injecté, bien qu'il existe des adhérences très prononcées de la pie-mère à la surface de l'écorce cérébrale. Pas d'épaississement des méninges. A l'œil nu on ne voit à la surface de la pie-mère aucune granulation tuberculeuse. Les ventricules renferment peu de liquide, néanmoins leurs parois sont ramollies et diffluentes.

Cervelet : L'hémisphère gauche, sensiblement plus large que son congénère, paraît transparent et fluctuant. En découvrant la face supérieure cachée jusqu'alors par les lobes occipitaux, on trouve en effet un kyste transparent comme le cristal de roche, qui s'est substitué à la substance cérébelleuse. Seule l'écorce cérébelleuse très amincie le protège encore un peu contre les chocs extérieurs. Son volume égale celui d'un petit œuf : on peut éclairer sa cavité à la lumière transmise ; on arrive ainsi à distinguer quelques vaisseaux qui rampent à la surface de la poche kystique. Ce kyste s'énuclée très facilement hors de sa loge à la moindre pression. Il est transparent comme le cristal et ne renferme ni crochet ni échinocoque apparent ; sa paroi n'offre aucune trace d'organisation. A sa surface interne on voit pourtant quelques débris de la membrane fertile qui la tapissait.

Les *poumons* et le *foie* sont sains, ne renferment aucune trace de kyste. Le *cœur* renferme quelques caillots fibrineux. Les *reins* sont normaux.

14. Rapport sur la candidature de M. Jardet au titre de membre-adjoint ; par M. Paul Coudray.

Parmi les présentations de M. Jardet, deux nous semblent plus particulièrement mériter l'intérêt de la Société.

La première est relative à un sarcome de la plante du pied chez un adulte. La tumeur qui faisait une saillie très notable non seulement à la plante, mais sur le bord interne du pied, avait évolué lentement ; ce n'est qu'au bout de 14 ans, que l'impossibilité de la marche et des douleurs vives nécessitèrent une intervention active. Une amputation fut pratiquée, et l'autopsie du pied montra les faits suivants.

La tumeur, du volume d'un œuf de dinde, siégeait entre la couche superficielle et la couche profonde des muscles de la plante du pied ; elle refoulait les muscles voisins sans les envahir ; elle n'adhérait ni aux tendons, ni au squelette ; les vaisseaux et les nerfs plantaires traversaient en partie cette tumeur, mais ne présentaient aucune altération. Au point de vue anatomique, comme au point de vue clinique, la tumeur se présentait donc comme une tumeur bénigne. L'examen histologique fit voir qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé. Nous ferons, à cet égard, une seule remarque. Peut-on admettre que cette tumeur à évolution si lente (14 ans) ait été dès le début un sarcome, surtout si nous considérons le siège plantaire de cette tumeur, c'est-à-dire un siège prêtant singulièrement aux irritations accélératrices des tumeurs en général ? Tout en faisant entrer en ligne de compte la lenteur évolutive bien connue de certains sarcomes, nous inclinons à croire qu'il s'agit d'un fibrome transformé.

La seconde présentation sur laquelle nous voulons insister, ne présente pas un moindre intérêt. Dans la séance du 23 novembre dernier, M. Jardet a présenté à la Société des préparations microscopiques relatives aux phénomènes vasculaires observés dans le purpura. Les notions acquises jusqu'ici sur ce sujet résultaient des examens pratiqués par MM. Cornil et Frémont, et plus récemment par M. Arragon, sur le purpura hémorrhagique des muqueuses. Ces observateurs avaient fait remarquer l'analogie qui existe entre le purpura et l'angiome caverneux. Dans les deux cas, en effet, on note une dilatation énorme des capillaires qui sont gorgés de sang et qui refoulent le tissu conjonctif ambiant.

M. Jardet a observé des lésions analogues dans les taches cutanées du purpura cachectique. De plus il a vu que cette dilatation siège non pas au niveau des parties superficielles du derme, mais dans la couche sous-papillaire. M. Jardet a fait encore une remarque intéressante au point de vue du moment de la migration des cellules lymphatiques. Examine-t-on une tache arrivée à son maximum de rougeur on voit qu'il existe une faible quantité de globules blancs ; au contraire sur une tache dont la coloration pâlit, la dilatation vasculaire est moindre, mais l'on observe une diapédèse énorme des cellules lymphatiques.

15. Mal de Bright. — Rupture spontanée du cœur. Mort subite. Autopsie ; par M. Merigot de Treigny, interne des hôpitaux.

Femme de 39 ans, entrée le 29 novembre dans le service de M. Tenneson, hôpital Tenon, salle Converchel, n° 17.

A son entrée, la malade accuse une fatigue générale, avec de la céphalalgie et de l'anorexie. Elle a eu, quelques jours auparavant, des vomissements survenus brusquement et sans cause apparente. Elle est très nerveuse, se plaint de douleurs vagues et mobiles et de palpitations ; tous ces accidents semblent se rapporter à son état névropathique. L'examen des poumons et du cœur ne révèle aucun phénomène anormal, les urines ne renferment pas de quantité appréciable d'albumine.

Quelques jours après son entrée, la malade accuse de la gêne de la respiration, l'oppression augmente rapidement, l'auscultation fait entendre des râles sous-crépitants aux deux bases. Dans la nuit du 6 au 7 décembre, elle est prise d'un accès de suffocation très intense qui laisse après lui une grande prostration et une pâleur très marquée ; la respiration est régulière mais extrêmement courte, aussi le moindre examen est-il extrêmement pénible pour la malade.

8 *décembre*. Sans frisson, sans point de côté, et avec une température de 37°, la malade rend quelques crachats rouillés, la dyspnée est toujours très forte, l'auscultation ne montre que la persistance des râles sous-crépitants aux deux bases.

9 *décembre*. Les crachats pneumoniques sont plus nombreux et absolument caractéristiques ; on découvre, sous la clavicule gauche, un foyer des râles sous-crépitants extrêmement fins, presque crépitants ; la sonorité n'est pas modifiée en cet endroit.

10 *décembre*. La malade se plaint d'avoir les jambes enflées (l'œdème peu accusé avait passé inaperçu jusque-là, actuellement la pression du doigt détermine une dépression peu profonde, mais nette, cependant) ; l'auscultation du cœur fait entendre un bruit de galop ; les urines sont alors réexaminées ; on y trouve un très léger disque d'albumine, mais l'interrogatoire de la malade ne permet pas de savoir à quelle époque remonte cette albuminurie. La dyspnée est assez forte pour empêcher la malade de rester couchée. Vers huit heures du soir, pendant qu'elle fait un mouvement pour prendre un objet placé à côté d'elle, la malade devient subitement pâle, s'affaisse sur son oreiller et meurt sans avoir manifesté aucune souffrance particulière.

Autopsie, pratiquée le 12 décembre. — La pâleur du cadavre n'est pas extrêmement marquée. Reins : couche corticale légèrement congestionnée, sclérose manifeste mais sans atrophie. Foie muscade, sans changement de volume. Poumons : congestion intense et œdème très marqués dans toute l'étendue. Pas de trace de pneumonie malgré les signes cliniques.

Péricarde : caillot sanguin du poids de 300 gr. moulé sur la séreuse. Cœur : vers la pointe, à la partie inférieure de la face antérieure du ventricule gauche, on voit une perforation en forme de clapet, les bords en sont inégaux et déchiquetés, ils sont recouverts de caillots agoniques. La cavité du ventricule gauche contient un caillot dont la face profonde, sans avoir d'adhérences, est gris jaunâtre et ne paraît pas agonique. Sur le point correspondant à la perforation de la face externe, l'endocarde est soulevé dans l'étendue d'une pièce de 1 franc environ par une masse noirâtre ; on y voit deux perforations assez étroites qui communiquent avec celle de la face externe, comme on peut s'en assurer avec un stylet. A l'incision, on reconnaît qu'il s'agit d'un épanchement sanguin dont le centre ra-

© BIU Santé

molli fait communiquer les orifices externe et interne ; à la périphérie, on retrouve les fibres musculaires dissociées par le sang épanché, il n'y a pas de limites nettes, il semble bien que le sang ait infiltré le tissu du myocarde.

Le cœur pèse 315 gr. ; les valvules sont saines. A la naissance de l'aorte, on trouve des plaques d'athérome, il en existe une à l'orifice de l'artère coronaire gauche. Celle-ci est ouverte et suivie aussi loin que possible ; les plaques d'athérome y sont nombreuses, certaines parties sont calcifiées ; on ne trouve ni rupture ni caillots.

L'*examen histologique* du myocarde montre l'existence de périartérite et de sclérose. Les îlots de tissu conjonctif sont surtout abondants autour des vaisseaux, auxquels ils forment une gaîne très épaisse ; de là ils envoient des prolongements irréguliers qui dissocient les fibres musculaires. Celles-ci présentent de la dégénérescence graisseuse.

16. Tumeur anévrysmale de l'extrémité inférieure du fémur pris pour une collection purulente sous-périostique. — Incision. — Hémorrhagie abondante. — Amputation consécutive. — Mort par embolie et thrombose cardiaques ; par M. Th. Anger, chirurgien de l'hôpital Cochin et C. Pillot, interne des hôpitaux.

Le nommé Bosset, Elie, âgé de 26 ans, terrassier, entre le 28 septembre 1882, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Th. Anger, où il est couché, salle St-Jacques, lit n° 29.

Ce malade a été l'objet de deux communications de M. Th. Anger, à la Société de chirurgie ; la première, à la séance du 18 octobre, et la seconde, à celle du 3 novembre 1882. Père mort à 59 ans, à la suite d'une diarrhée qui dura un an. Mère encore vivante et jouissant d'une bonne santé. Six enfants dans la famille ; deux seulement vivent encore, les autres sont morts jeunes. Le malade, marié et père de famille, est de taille petite, d'une constitution faible. Il exerce la profession de terrassier, se nourrit d'une façon médiocre, habite un logement sain et ne boit jamais. A 12 ans, il a eu une attaque de rhumatisme généralisé qui l'a maintenu au lit pendant trois mois. Depuis lors il a ressenti, de temps à autre, quelques douleurs rhumatoïdes, mais il n'a pas eu de nouvelle attaque. Fièvre typhoïde à 17 ou 18 ans ; pas de syphilis ni aucune autre maladie.

Le début de l'affection actuelle remonte à deux mois environ. Il a été marqué par une sensation de gêne, de douleurs faibles au niveau du creux du jarret droit survenue sans cause appréciable. Puis une légère tuméfaction apparaît à l'extrémité interne et inférieure de la cuisse. Celle-ci n'entrave pas beaucoup ni la station, ni la marche ; elle est seulement un peu douloureuse à la pression, si bien que le travail peut être continué jusqu'aux deux ou trois jours qui précèdent l'entrée à l'hôpital. A ce moment, la douleur était encore faible pendant le repos, mais elle était suffisante pendant la marche pour produire une claudication prononcée.

L'état actuel est le suivant : le côté interne de l'extrémité inférieure de la cuisse est le siège d'une tumeur assez étendue, mais peu saillante, à surface lisse, faisant corps avec le fémur. Cette tumeur rénitente, de consistance uniforme, donne la sensation d'une poche fortement distendue et diminue graduellement d'épaisseur du centre à la périphérie où elle se fusionne avec le corps de l'os. Elle est légèrement fluctuante et la main ne perçoit aucune trace de pulsation. La peau présente sa coloration, son épaisseur et sa mobilité normales. La face antérieure du fémur, au-dessus de la rotule, est un peu bombée, comme s'il y avait là un certain degré d'épaississement du périoste. L'exploration des faces externe et postérieure du membre n'indique rien de particulier ; mais l'extrémité inférieure du fémur, dans son ensemble, paraît un peu augmentée de volume. L'interligne articulaire du genou n'est point douloureux ; les mouvements de la jointure sont libres ; seule une faible quantité de liquide soulève légèrement la rotule. Quant aux signes réactionnels dont la partie malade est le siège, ils se bornent à une sensation de douleur sourde, peu prononcée pendant le repos, exagérée par les mouvements et la pression. Rien dans les autres organes. On diagnostique une collection sous-périostique, et l'existence de cette affection paraît si évidente qu'il ne vient à personne l'idée d'ausculter la tumeur. Traitement général par les toniques, repos au lit.

Pendant les jours suivants, aucune modification ne se produit. L'ouverture de la poche est décidée et, le 8 octobre, pendant le sommeil anesthésique ; une incision longitudinale de 6 centimètres est faite avec le bistouri au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur. Les diverses couches sont successivement incisées, et tout à coup, au lieu de pus, un énorme flot de sang jaillit de la profondeur. Celui-ci a les caractères du sang veineux ; il est noir, s'échappe en un jet continu et sans saccades, comme si la poche qui le contient était soumise à une pression forte et continue. L'index, introduit immédiatement dans l'ouverture, plutôt dans l'espoir de modérer l'écoulement que pour rechercher la lésion qui en est la cause, trouva la face postérieure du fémur dépourvue de son périoste, altérée, rugueuse, donnant la sensation du tissu spongieux. La dénudation occupe la face postérieure de l'os dans toute sa largeur, s'arrête extérieurement à la base des condyles et remonte assez haut pour qu'on ne puisse atteindre sa limite supérieure. Pendant qu'on cherche à en apprécier l'étendue, le sang continue à couler en abondance et l'on remarque que, la pulpe du doigt étant appliquée sur la partie inférieure de la surface dénudée, l'écoulement diminue pour augmenter de nouveau lorsqu'on l'enlève. En présence de ces symptômes, on pense immédiatement à un anévrysme des os. La cavité est remplie de gaze trempée dans la liqueur de Piazza (eau, chlorure de sodium et perchlorure de fer), et la compression ouatée est faite sur tout le membre. Le jour même le malade est averti que l'amputation peut devenir urgente d'un moment à l'autre. En même temps on se tient prêt à comprimer la fémorale en cas de besoin.

Le soir, la température est de 38°,5, les souffrances sont faibles, le pansement est taché de sang, mais l'hémorrhagie paraît arrêtée. La nuit se passe assez bien.

Le jour suivant, le pansement est laissé en place. La température est de 38°,9 le matin, de 41°,2, le soir ; la douleur toujours faible et le malade très anémié. Le surlendemain, le pansement est défait ; les pièces qui le constituent sont remplies d'une assez grande quantité de sang, mais l'hémorrhagie paraît définitivement arrêtée. La cavité est lavée avec la solution phéniquée forte ; deux drains sont placés debout dans son intérieur et un pansement phéniqué avec compression ouatée est appliqué ensuite. La température a été de 39°,8, le matin, de 40°,1, le soir.

Depuis lors, le pansement est renouvelé tous les jours. Il s'écoule chaque jour d'abord du sang à peu près pur, puis un mélange de sang et de pus ; l'appétit, qui avait disparu, revient un peu ; quelques couleurs se montrent sur les joues ; la température baisse graduellement et, le 16, huit jours après l'ouverture du foyer, elle est normale. Un gramme de sulfate de quinine a été administré dès le premier jour et toujours continué jusqu'ici. On le supprime alors, car il occasionne quelques bourdonnements d'oreilles.

Rien de particulier ne se produit les jours suivants. Les bourdonnements ont disparu ; mêmes soins ; même état local et général ; la température oscille de 37°,5 à 38°,5 lorsque, le 28, dans l'après-midi, le malade est pris d'un grand frisson qui dure une demi-heure. Le soir le thermomètre monte à 40°,1. — 0,50 centigr. de sulfate de quinine.

Le 29, on constate que des gaz commencent à se former dans le foyer, mais la plaie ne répand pas de mauvaise odeur. Le corps de l'os a manifestement grossi depuis l'opération. La température est de 38°,5 à 39°,1. Aucun nouveau frisson ne se produit dans la suite, mais la température prend la forme hectique ; elle oscille de 38°,5 à 39°,5 le soir et autour de 38°, le matin. Depuis longtemps déjà on insiste auprès du malade pour lui faire accepter l'amputation, mais il recule toujours devant cette extrémité.

Le 1er novembre, subitement, dans l'après-midi, pendant

© BIU Santé

qu'il était en train de manger, il sent la tête lui tourner et tombe dans un état syncopal. Cet état dure une heure environ pendant laquelle il y a des alternatives de mieux et de pis. A chaque crise le cœur est animé de battements forts, précipités, irréguliers. Après cela tout rentre dans l'ordre, mais la température est, le soir, de 40°, et le malade, justement effrayé, réclame l'amputation pour le lendemain. Les symptômes qui viennent de se produire sont mis immédiatement sur le compte d'un caillot sanguin entraîné dans le cœur droit. L'amputation est pratiquée le 4 novembre. Le chloroforme est administré ; la bande d'Esmarch appliquée, et la cuisse coupée un peu au-dessus de la partie moyenne, au-dessus de la limite supérieure de la dénudation qu'on a déterminée à l'avance. Aucun accident ne se produit pendant l'opération, comme il était permis de le redouter. Un drain est placé à chaque commissure des lambeaux qui sont réunis par des points de suture et le moignon est enveloppé d'un pansement de Lister.

La journée est assez calme, le malade boit et mange, mais il souffre un peu de son moignon et il a l'esprit hanté par l'idée d'une mort prochaine. Le soir, à 11 heures, il est pris des mêmes accidents que deux jours auparavant, palpitations énormes, alternatives de syncope et de réveil et, finalement, il meurt à 3 heures du matin.

Autopsie. — Elle permet de reconnaître les lésions suivantes : le tissu cellulaire qui avoisine la veine fémorale, au niveau et au-dessus de la surface des lambeaux est épaissi, un peu induré, adhérent à la paroi externe de la veine. Dans l'intérieur de celle-ci, au-dessus de la ligature, on trouve deux fragments de caillot fibrineux adhérents à la paroi. Au niveau de l'arcade crurale, s'est arrêté un caillot décoloré de cinq centimètres de long, complètement libre dans la lumière du vaisseau. Rien dans la portion abdominale de la veine-cave inférieure. Dans le cœur, un énorme caillot fibrineux remplit toute l'oreillette droite, moitié sur sa paroi, se prolonge dans la terminaison de la veine-cave inférieure, se prolonge dans le ventricule qu'il remplit à son tour, puis dans l'artère pulmonaire et dans ses branches. Sa longueur est de 25 centimètres, au moins. Dans le poumon, à la face externe du lobe inférieur droit, existe un infarctus de la grosseur d'un œuf de pigeon ; c'est le seul qui existe dans tout l'organe d'ailleurs absolument sain. Rien dans le cerveau, le foie, les reins et la rate.

Examen de la pièce. Il a été fait aussitôt après l'amputation. Un caillot sanguin d'une longueur de 5 à 6 centimètres est retiré de la veine fémorale. Deux injections différemment colorées poussées dans la veine et l'artère permettent de reconnaître qu'il n'existe aucune perforation de ces vaisseaux. Leurs parois sont un peu adhérentes au tissu cellulaire voisin. La jointure est saine et ne contient que quelques grammes d'un liquide citrin.

La partie postérieure du fémur présente une large surface dénudée, rugueuse, occupant toute la largeur de la face postérieure de l'os, mesurant une hauteur de neuf centimètres et s'arrêtant inférieurement à deux centimètres de la base des condyles. Du pourtour de cette surface, se détache une membrane fibreuse qui n'est autre chose que le périoste soulevé, un peu épaissi et présentant au côté interne la longue solution de continuité faite sur le vivant. La surface de l'os, d'une part, le périoste, de l'autre, forment les parois d'une vaste cavité avec nombreux caillots sanguins. Sur les limites de cette cavité, se voit une couche assez épaisse de tissu compacte de nouvelle formation. Sur la face antérieure de l'os se trouve une seconde poche moins volumineuse que la première et contenant comme elle de nombreux caillots. Sa largeur est celle de la face antérieure du fémur ; sa hauteur est de 4 cent. 1/2 et sa limite inférieure est à 3 cent. au-dessus de la gorge de la poulie fémorale. La paroi superficielle est constituée par le périoste soulevé comme précédemment. La paroi profonde formée par la surface du fémur dénudée et rugueuse présente, à la partie inférieure, une ouverture à peu près arrondie du volume d'une lentille, faisant communiquer le foyer superficiel avec l'intérieur de l'os.

Sur les faces latérales, le périoste est resté adhérent à l'os, à la surface duquel, du côté interne, une épaisse couche de tissu osseux. Par une coupe longitudinale antéro-postérieure, on trouve l'intérieur du fémur rempli de caillots sanguins plus ou moins altérés, après avoir enlevé ceux-ci sur une moitié seulement, afin de conserver l'autre intacte, on reconnaît que le tissu spongieux est détruit sur une grande étendue. Il en résulte l'existence d'une cavité limitée en haut et en bas par du tissu spongieux et surtout au pourtour, par du tissu compact, mesurant une hauteur de 6 centimètres et terminée inférieurement à 5 centimètres de la partie la plus déclive de la surface articulaire. La face interne de cette cavité est parsemée d'aspérités nombreuses plus ou moins prononcées, dues à la destruction inégale du tissu spongieux et circonscrivant un grand nombre d'infractuosités remplies de concrétions sanguines. La paroi antérieure, considérablement amincie dans toute son étendue, est même perforée en un point et présente l'ouverture dont nous avons parlé tout à l'heure. La paroi postérieure, très amincie aussi surtout à sa partie inférieure, où son épaisseur est insignifiante, présente plusieurs orifices de petites dimensions par où a lieu la communication entre le foyer central et la poche postérieure. C'est grâce à cette disposition que, pendant la vie, on pouvait suspendre l'écoulement du sang par l'application du doigt.

Il existe, en résumé, trois collections sanguines : l'une profonde, intra-osseuse, communiquant avec deux autres superficielles, sous-périostiques, l'une antérieure, l'autre postérieure. Le tissu spongieux de l'extrémité inférieure du fémur offre un état de rougeur, de vascularisation particulière. La même coloration n'existe point dans la partie qui avoisine la lésion en haut, mais ici un petit abcès s'est formé dans la partie médullaire.

L'examen histologique de la pièce fraîche a été fait par notre excellent ami le Dr E. Gaucher, et voici la note qu'il a eu l'obligeance de nous remettre à ce sujet. « Les caillots sont formés exclusivement de fibrine, de quelques globules blancs et de nombreux globules rouges plus ou moins altérés, mais ils ne renferment aucun élément étranger, notamment pas de cellules à myéloplaxes. Le périoste est un peu épaissi, mais ses éléments constituants sont les mêmes qu'à l'état normal. Il n'existe, ni dans son épaisseur, ni à sa face profonde, aucun élément étranger, aucune cellule à myéloplaxes. La moelle osseuse au-dessus et au-dessous de l'épanchement sanguin est formée surtout de tissu graisseux et renferme quelques corps fibro-plastiques et quelques médullocèles. On trouve, dans les préparations, quelques rares cellules à myéloplaxes : encore sont-elles pourvues de leurs caractères normaux. L'os et les ostéophytes possèdent la structure du tissu osseux normal sans aucune dégénérescence.

En somme, l'affection dont il s'agit ne peut être confondue, ni avec une tumeur cancéreuse, ni avec une tumeur sarcomateuse, quelle qu'elle soit : tumeur fibro-plastique, tumeur à myéloplaxes, etc. Le foyer intra-osseux et les deux foyers sous-périostiques sont évidemment le résultat d'un épanchement sanguin avec résorption de la substance osseuse et présentent tous les caractères de l'anévrysme vrai des os. »

M. Schwartz signale un mémoire publié dans les *Archives de Langenbeck* de l'année dernière et traitant des *hématomes des os* ; le cas de M. Pillot paraît être un fait de ce genre.

17. M. Geffrier présente un *vaste ulcère de l'estomac* ayant amené la mort avec des phénomènes cachectiques.

Elections. — M. Neugebauer (de Varsovie) et M. Binet, interne des hôpitaux, sont nommés membres correspondants.

Séance du 21 décembre 1883. — Présidence de M. Cornil.

18. Ramollissement du lobe droit du cervelet. — Tendance au recul pendant la dernière année de la vie. Mort par

© BIU Santé

hémorrhagie dans le corps strié ; par M. Emile LÉVÊQUE, interne de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

R..., Charles, 73 ans, ancien ébéniste, a été admis, le 3 janvier 1882, à l'hôpital de Saint-Germain, salle Saint-Vincent, n° 12 ; service de M. SALET.

Cinq ans auparavant, cet homme, habituellement bien portant, avait eu une attaque d'apoplexie, suivie d'un délire violent et de paralysie. Six mois après, il était à peu près guéri et ne tardait pas à reprendre son travail. Il se plaignit bientôt de la faiblesse de sa vue, qui baissait de plus en plus. Enfin, le 2 janvier 1882, dans une chute, il se fit une blessure assez sérieuse au scrotum ; c'est pourquoi il entrait, le lendemain, à l'hôpital.

La plaie, après un temps assez long, se cicatrisa sans rien présenter de particulier. On remarqua dès son entrée, que le malade était en même temps atteint d'une cataracte double. Il pouvait néanmoins se conduire sans difficulté. Mais peu à peu les troubles de la vue augmentèrent, au point qu'il avait besoin d'un guide pour marcher. Cependant, l'état général était excellent, les fonctions digestives et le sommeil ne laissaient rien à désirer. Tous les organes, celui de la vue excepté, paraissent indemnes.

Vers la fin de janvier 1883, on observa que le vieillard, qui pouvait auparavant se conduire le long des murs ou des lits, n'était plus capable de faire un pas sans un guide. En le tenant par la main, on pouvait au moyen d'une certaine traction le faire avancer, mais très lentement et après un certain temps d'hésitation pour commencer. Pendant la marche, il avait le tronc toujours penché en arrière, et la crainte de le voir tomber dans cette direction constituait l'unique préoccupation de celui qui le conduisait.

La station verticale était impossible, quand le malade était isolé : il obéissait aussitôt à un mouvement *de recul*, et allait après quelques pas en arrière, à une chute certaine sur le dos. Cependant, quand il pouvait saisir un objet solide, un lit, une table ou une porte, il se maintenait debout. Presque assis sur le bord de son lit, il glissait et tombait invariablement en arrière. Un jour qu'il était assis sur un banc, muni d'un dossier, il lui arriva de le renverser et de tomber avec lui en arrière. L'intelligence était d'ailleurs, à ce moment du moins, fort peu développée.

Ce désordre de la locomotion était observé journellement depuis près d'un an, sans perte de connaissance au début, sans aucune altération de la santé, quand, le 10 décembre 1883, il fut subitement atteint d'hémiplégie droite et d'aphasie, précédées de subdélirium. Dès lors, le malade tomba dans un état de torpeur et de somnolence dont on ne put le faire sortir. L'alimentation devint pour ainsi dire nulle ; bientôt la fièvre apparut ; et, le 18 décembre, mort dans le coma.

AUTOPSIE. — 30 heures après la mort. — Roideur cadavérique. — Adhérences de la dure-mère à la partie moyenne de la voûte crânienne, sérosité abondante sous l'arachnoïde et dans les ventricules. Hémorrhagie dans le corps strié du côté gauche : coagulum rouge noirâtre, et piqueté hémorrhagique en haut et en dehors ; le ventricule correspondant n'est pas envahi par le sang. On ne trouve pas trace de foyer hémorrhagique ancien. — Au niveau de la fosse cérébelleuse droite, on découvre beaucoup de sérosité soulevant uniformément l'arachnoïde. Mais, par transparence, on remarque que la face inférieure du lobe droit du cervelet, présente une dépression considérable, celle-ci a la forme d'un quadrilatère, dont l'angle inférieur et externe offre le maximum de la dépression, une cavité pouvant loger une noisette. Cet enfoncement longe le bord interne de l'hémisphère cérébelleux, occupant toute la face inférieure dans le sens antéro-postérieur, mais laissant intact, en dehors, environ un centimètre et demi de cette face. En exerçant prudemment avec le doigt une légère pression sur la membrane soulevée par la sérosité, on chasse facilement le liquide. On constate alors que l'arachnoïde et la pie-mère sont grisâtres, épaissies, formant une lame fibreuse, résistante, partant de la scissure interhémisphérique pour s'étendre sur la dépression. Le tissu de la couche corticale est transformé en une mince plaque jaunâtre, indurée, résistante à la traction et comme formée par la névroglie sclérosée. On trouve immédiatement au-dessous la substance blanche saine ainsi que le reste du cervelet. Les artères qui se distribuent à cette région, assez volumineuses à leur origine, deviennent rapidement très grêles et se perdent dans les membranes et les tissus sous-jacents.

RÉFLEXIONS. — C'est donc à un ramollissement ancien de la substance grise du cervelet qu'on peut attribuer, chez notre malade, la tendance au *recul* observée dans la dernière année de sa vie. Ce cas vient par conséquent à l'appui de la théorie de Magendie (et de beaucoup de physiologistes après lui), qui localise dans le cervelet la faculté de se mouvoir en avant ; tandis qu'il regarde le corps strié comme le centre du mouvement en arrière. Ces deux centres étaient altérés, dans ce cas particulier, puisque le corps strié était le siège d'une hémorrhagie à laquelle succomba le malade 9 jours après.

19. Fracture oblique du fémur ; par M. le Dr JOUET.

J'ai l'honneur de vous présenter un fémur recueilli dans le service de M. le professeur CHARCOT. Le sujet auquel appartenait ce fémur est mort dans le service, d'une affection médicale, et nous n'avons aucune indication sur l'accident qui aurait déterminé l'affection chirurgicale dont il s'agit.

Cet os nous paraît intéressant parce qu'il est un beau type des fractures par torsion décrites par M. Féré (1).

Or, il résulterait des expériences faites par M. Féré sur des cadavres d'enfants et de vieillards, que, lorsqu'on tord violemment la cuisse, soit en dedans, soit en dehors, l'extrémité du membre faisant levier, on obtient, dans le premier cas, une fracture se manifestant par un trait hélicoïdal, partant en arrière du bord interne de l'os et se dirigeant obliquement de dedans en dehors sur la face antérieure du fémur, qu'il contourne en pas-de-vis pour aller se terminer sur la tubérosité interne. Dans le second cas, c'est-à-dire par torsion en dehors, on obtient un résultat analogue, seulement le trait spiroïde part du bord externe de l'os pour se terminer à la tubérosité externe. Enfin, dans les deux cas, on observe à la partie postérieure un trait partant du même point, soit interne, soit externe, que le trait hélicoïdal, et allant se terminer dans la région poplitée, tantôt un peu en dedans, tantôt un peu en dehors.

Après cette courte description que nous ne rappelons que pour l'intelligence du fait, nous allons décrire les particularités de ce fémur : La fracture siège environ à l'union du tiers inférieur, avec les deux tiers supérieurs. — Les fragments qui chevauchent fortement l'un sur l'autre sont réunis très imparfaitement par un cal vicieux et incomplet, formant un angle d'environ 70 degrés. — On peut encore reconnaître aisément la forme des deux fragments. On distingue parfaitement un trait hélicoïdal commençant en arrière du bord interne et se dirigeant obliquement de dedans en dehors, sur la face antérieure de l'os, pour se terminer sur le bord externe.

Les deux extrémités de ce trait de fracture sont réunies par un autre trait à peu près rectiligne qui croise la ligne âpre obliquement de dedans en dehors. A l'angle inférieur, on ne voit pas de trace de la fêlure qui, ordinairement, dans ces sortes de cas, continue sur la surface poplitée la direction du trait hélicoïdal. Les deux fragments réunis en avant et en arrière par un pont osseux de 3 centimètres de hauteur environ, sont restés séparés par leurs extrémités, qui font considérablement saillie. La pointe du fragment supérieur, qui a le mieux conservé sa forme, descend de 4 cent. 1/2 au-dessous du sommet de l'angle de la solution de continuité du fragment inférieur et elle s'en écarte en dehors de plus de 2 cent. 1/2. Le fragment supérieur a glissé aussi au-devant du fragment inférieur de plus d'un grand centimètre, de sorte que les deux bords des fragments qui formaient le trait postérieur ont descendu l'un au-devant de l'autre, mais tout en restant parallèles. Maintenant, si

(1) Ch. Féré. — *Fracture par torsion de l'extrémité inférieure du corps du fémur* (*Bull. soc. anat.*, 1880, p. 443).

© BIU Santé

l'on regarde l'os latéralement, on s'aperçoit que le fragment supérieur est porté en dehors et le fragment inférieur porté en dedans.

La forme, encore parfaitement définissable, malgré le cal, des fragments de ce fémur, nous montre bien qu'il s'agit d'une fracture par torsion en dedans, telles qu'elles ont été décrites par M. Féré (1).

20. Enchondrôme de la tête du péroné. — Amputation de la cuisse. Mort par érysipèle ; par M. Gellé, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., âgé de 42 ans, entre le 29 mai 1883, à l'hôpital St-Louis, dans le service de M. Le Dentu suppléé par M. Kirmisson.

Le début de l'affection paraît remonter à 2 ans et demi (janvier 1881). Vers cette époque, X... a ressenti dans l'articulation tibio-tarsienne droite des douleurs peu vives, mais exaspérées par le repos et présentant des irradiations sur le trajet du sciatique jusque dans l'épaisseur de la cuisse. Ces phénomènes ont persisté pendant deux ans sans réaction générale bien vive, et à diverses reprises le malade s'est présenté aux consultations du bureau central ou des hôpitaux. On n'a constaté que l'existence de varices et on lui a fait porter un bas élastique qui a déterminé de l'œdème de la jambe et du pied et a augmenté sensiblement les douleurs. Au mois de janvier de cette année, X... s'aperçut qu'il portait, à la partie supérieure et externe de la jambe, une grosseur du volume d'un œuf à peu près.

Au moment où le malade entre dans le service, on constate à la partie inférieure et externe du creux poplité, une tumeur assez uniformément étalée pour ne produire presque pas de déformation de la jambe qui paraît seulement un peu plus volumineuse. La mensuration nous donne, en effet, pour le côté malade 35 cent. de circonférence, pour le côté sain 32.

En cherchant à délimiter exactement la tumeur, on voit qu'elle est située en arrière de l'extrémité supérieure des deux os de la jambe, allongée transversalement, mesurant dans ce sens 13 cent., tandis qu'elle n'a que 5 cent. de haut en bas. A la palpation, on constate l'existence d'une masse dure, ayant en quelques points la consistance osseuse et faisant croire à une adhérence intime avec les parties dures sous-jacentes.

Cette masse semble composée de deux parties : l'une beaucoup plus volumineuse, constituant à elle seule presque toute la tumeur et en rapport avec la partie supérieure du tibia ; l'autre plus petite, du volume d'une noix, séparée de la première par un sillon nettement perceptible, répond à la partie supérieure du péroné. La peau est absolument saine et mobile sur la tumeur. La sensibilité est notablement diminuée à la face plantaire du pied et dorsale des orteils ; le réflexe plantaire est entièrement aboli.

La circulation semble intacte ; les battements de la tibiale postérieure et de la pédieuse sont très nettement perçus. Il existe sur les deux jambes des dilatations variqueuses peut-être un peu plus marquées du côté droit.

Les muscles extenseurs du pied et des orteils semblent avoir perdu un peu de leur contractilité ; les mouvements des orteils sur le métatarse et ceux du pied sur la jambe s'exécutent difficilement, la marche n'est cependant nullement entravée. Le malade éprouve de vives douleurs surtout la nuit ; elles se montrent sous forme d'accès intermittents et siègent principalement le long des bords interne et externe du pied.

Le 20 *juin*, nous apprenons que depuis huit jours est survenu un phénomène remarquable consistant en une exagération considérable de la sécrétion de la sueur au niveau du pied droit ; ces sueurs se montrent assez régulièrement le matin, vers six heures ; elles sont précédées de picotements, d'élancements et d'une sensation de chaleur très vive dans la région où elles vont apparaître. L'excitation et les mouvements imprimés au membre pour l'examiner ramènent cette sudation exagérée.

L'état général est excellent, cependant on note une teinte jaune des sclérotiques, bien que l'examen du foie ne montre rien d'anormal. Les urines, examinées à diverses reprises, ne contiennent ni sucre ni albumine. A l'âge de 26 ans, le malade a eu un chancre de nature indéterminée, pour lequel il a été soigné dans un hôpital militaire, où on lui aurait fait prendre des pilules. Aucune manifestation depuis ; pas d'autres antécédents personnels si ce n'est un alcoolisme invétéré.

La possibilité de la syphilis et la nature osseuse de la tumeur font qu'on le soumet au traitement mixte spécifique (frictions mercurielles, iodure de potassium porté à la dose de 4 grammes). Ce traitement n'ayant amené aucune modification ni dans les signes physiques de la tumeur ni dans les phénomènes fonctionnels qu'elle détermine, l'amputation est décidée.

Avant de la pratiquer et pour vérifier l'impossibilité de l'extirpation de la tumeur, on pratique sur elle une incision qui conduit sur une masse moins dure qu'on ne le supposait. En quelques points elle est même ramollie et donne issue à une matière gélatiniforme qui peut faire croire à un kyste synovial, mais on reconnaît bientôt qu'on est en présence d'un enchondrôme et que l'extirpation en est impossible, ainsi que le démontre l'examen de la pièce.

L'amputation est pratiquée séance tenante, le 6 *juillet*, par le procédé de Gritti. On s'entoure des précautions antiseptiques les plus minutieuses et on applique un pansement de Lister rigoureux en enveloppant toute la cuisse.

Dès le 9, on note sur les limites du pansement une rougeur peu étendue encore, mais qui fait redouter un érysipèle.

12 *juillet*. Le malade a une dyspnée extrême, et nous apprenons alors qu'il a eu déjà plusieurs attaques d'asthme. La rougeur a fait de nouveaux progrès.

17 *juillet*. Il existe une véritable orthopnée, l'érysipèle a envahi l'abdomen ; la température s'élève à 40°,4 et la mort ne tarde pas à survenir.

Autopsie. — Nous trouvons une congestion pulmonaire intense aux deux bases ; à droite, il existe de la pleurésie sèche et des adhérences assez résistantes.

Le foie est très augmenté de volume et en pleine dégénérescence graisseuse. Le foyer de la plaie a bon aspect, il n'existe ni clapier ni fusée purulente. Rien dans les autres organes.

La tumeur, ainsi qu'on peut le voir nettement sur la pièce, comprend deux portions distinctes. L'une, plus petite, est située à la face externe du périné, un peu au-dessous de la tête de cet os ; sa base d'implantation, très large a une consistance très dure, rugueuse, tandis que le sommet ressemble davantage à la deuxième portion. Le nerf sciatique poplité externe lui adhère intimement et ne peut en être séparé. La deuxième partie, beaucoup plus volumineuse, n'a aucune connexion avec le tibia ; elle s'insère par un pédicule assez large sur la face postérieure du péroné ; sa consistance est renitente, en quelques points presque fluctuante, et sa surface est formée de grosses granulations arrondies. Elle est divisée en deux mamelons par une rigole profonde, au fond de laquelle passent les vaisseaux et nerfs de la région ; tronc tibio-péronier, veines correspondantes, nerf sciatique poplité interne. Les deux veines péronières, depuis la tumeur jusqu'au milieu de la jambe, sont oblitérées par des caillots durs et résistants, produits d'une phlébite déjà ancienne.

L'*examen histologique* a confirmé le diagnostic d'enchondrôme pur à grosses cellules.

Réflexions. — Le premier point que nous croyons pouvoir mettre en relief est la difficulté d'un diagnostic précis, surtout pour décider de la possibilité de l'extirpation de la tumeur ; il était également presque impossible de délimiter exactement le point d'implantation à cause des connexions apparentes avec le tibia.

Enfin, si l'on pouvait songer à un ostéo-sarcome, et ce

(1) Ch. Féré. — *Bull. soc. anat.*, p. 445, 1880 et *Archives de neurologie*, 1882, t. IV, p. 210.

© BIU Santé

diagnostic avait été porté par un chirurgien des hôpitaux ; le peu d'augmentation de la tumeur pendant le séjour que le malade a fait dans le service, du 29 mai au 6 juillet, pouvait faire écarter cette hypothèse.

En dernier lieu, on peut se demander si l'état du foie que nous avons signalé à l'autopsie, mais qui n'était pas appréciable cliniquement, ne doit pas entrer en ligne de compte dans la terminaison funeste d'un érysipèle, qui n'aurait pas dû survenir grâce à l'antisepsie absolue dont on s'était entouré.

21. M. Dargier montre un *kyste hydatique* ouvert dans les voies biliaires.

M. Charcot rappelle qu'il a publié une des premières observations de ce genre dans la thèse de M. Cadet de Gassicourt.

22. M. Hartmann présente une *tumeur de l'ovaire* chez une jeune fille de 19 ans ; 2° un *sarcome mélanique* développé sur le moignon d'un œil énucléé pour un traumatisme.

23. M. Mathieu présente les *reins* d'une femme morte d'*urémie* ; l'un des reins est atrophié, l'autre présente à peu près le volume normal, mais paraît en voie de rétraction commençante.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 juin 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

La séance a été tout entière occupée par une communication fort intéressante de M. le professeur Bouchard, sur *la dilatation de l'estomac et son rôle pathogénique*. M. Bouchard n'a pas recueilli moins de deux cent-vingt observations personnelles de dilatation stomacale. C'est sur l'analyse de ce nombre imposant de cas que s'appuient les considérations de l'auteur. Ces considérations sont relatives : 1° à la fréquence de la dilatation de l'estomac ; 2° à ses signes physiques ; 3° aux troubles fonctionnels qui l'accompagnent ; 4° à l'interprétation pathogénique de ces troubles fonctionnels.

a) *Fréquence.*— D'après M. Bouchard, sur cent malades pris au hasard on rencontrerait 30 cas de dilatation de l'estomac ; si l'on envisage seulement les individus atteints de maladies chroniques, la proportion serait double, il y aurait 60 cas de dilatation.

b) *Signes physiques.* — Il existe un signe physique qui serait, pour ainsi dire, pathognomonique de l'affection, c'est *le bruit de clapotement* qu'on perçoit en percutant légèrement la paroi abdominale relâchée. Pour avoir toute sa valeur, ce bruit de clapotement doit affecter certains caractères particuliers et être recherché dans des conditions spéciales : il n'a de signification diagnostique qu'autant qu'on le constate le matin soit chez le malade à jeun, soit après avoir fait ingérer au patient un demi-verre de liquide ; d'autre part il doit siéger au-dessous du milieu d'une ligne qui réunirait l'ombilic au rebord costal inférieur gauche.

La constatation du bruit de clapotement dans les conditions précitées, est suffisante pour affirmer la dilatation, même en l'absence des troubles fonctionnels, dyspeptiques ou autres, qui ne constituent pas, d'après M. Bouchard, l'accompagnement obligé de l'affection.

c. *Symptômes fonctionnels.* — Ces troubles fonctionnels sont très variés, quant à leur siège et leur nature. C'est à tort qu'on a considéré quelques-uns d'entr'eux, les troubles nerveux, par exemple, comme précédant et préparant le développement de la dilatation. Ils sont toujours consécutifs à la dilatation. Ils se groupent de telle sorte qu'ils réalisent un assez grand nombre de formes cliniques de l'affection. 1° Forme *dyspeptique* avec éructations, amertume de la bouche, pyrosis, tympanisme ; 2° Forme *entéritique* avec constipation habituelle, entérites glaireuses, alternatives de constipation et de diarrhée, ballonnement intestinal ; 3° Forme *hépatique*, caractérisée par la tuméfaction congestive du foie, avec difficulté pour le malade de se coucher sur le côté droit, mobilité et abaissement du rein droit, refoulé par le foie, augmenté de volume ; 4° Forme *rénale*, qui constitue ce dernier symptôme auquel peuvent s'ajouter des hémorrhagies rénales, de l'albuminurie ; 5° Forme *larvée* à type *névrosique*, empruntant le masque d'un grand nombre d'affections nerveuses et se traduisant par des migraines, de la fatigue cérébrale, une sensation de cercle autour de la tête, la diminution ou la perte de la mémoire, de l'hypochondrie, de l'engourdissement des membres, des vertiges, etc., des hallucinations visuelles, qui revêtent d'habitude la forme suivante : les malades voient des personnages défiler devant eux lentement et silencieusement. Dans plusieurs cas, M. Bouchard a noté de l'aphasie transitoire ; 6° Forme *cardiaque* avec palpitations, accès d'étouffements ou d'angine de poitrine ; 7° Forme *dermatoïde*, caractérisée par des sueurs fétides, des poussées de diverses éruptions, pityriasis, versicolor, eczéma, urticaire, acné rosacea, etc. ; 8° M. Bouchard décrit encore une forme *consomptive* tantôt aiguë, tantôt chronique. Chez les malades atteints de la première on voit, en quelques semaines, les forces diminuer, les fonctions cérébrales faiblir, l'intelligence s'affaisser. Il s'agit, comme on dit couramment, de fièvre nerveuse, on croit à la tuberculose en puissance. En réalité, on a affaire à une dilatation de l'estomac.

On voit combien est riche et variée, d'après l'auteur, la symptomatologie fonctionnelle de la dilatation de l'estomac ; nous regrettons de ne pouvoir que résumer brièvement ici l'instructive description de M. Bouchard.

d. *Interprétation pathogénique.* — Mais quelle est la pathogénie de ces troubles si nombreux et si divers, quelle est la relation qui les unit à la dilatation de l'estomac. Sur ce point, qui touche au domaine des hypothèses, M. Bouchard est moins affirmatif que sur la question des faits cliniques. Il propose toutefois l'interprétation suivante : La dilatation stomacale empêche l'élaboration normale des aliments et favorise la multiplication des germes qui sont constamment introduits dans l'estomac avec le bol alimentaire. Ces germes sont à leur tour les agents de véritables fermentations qui dégagent des produits, les uns simplement nuisibles (acide butyrique, phénol, etc.), les autres véritablement toxiques. Ces derniers pénètrent comme les autres dans la circulation et iraient soit troubler le fonctionnement, soit altérer la structure des divers viscères de l'économie, d'où les symptômes variés qui accompagnent souvent la dilatation.

Dans une de ses leçons, à la faculté de médecine, M. Bouchard a développé cette théorie du rôle pathogénique des fermentations déterminées dans le tube digestif par les éléments figurés qui y sont contenus. On trouvera dans l'un des précédents numéros du *Progrès*, l'exposé assez étendu de cette théorie ingénieuse (1).

M. Dujardin-Beaumetz croit que M. Bouchard étend outre mesure le domaine de la dilatation de l'estomac, et qu'il lui attribue des symptômes qui n'en relèvent pas. C'est l'erreur que Beau commit naguère en décrivant non pas la dilatation, mais la dyspepsie, deux affections qui diffèrent par le nom, mais qui sont bien voisines l'une de l'autre.

D'autre part, M. Dujardin-Beaumetz ne pense pas que le signe du clapotement, considéré par M. Bouchard comme pathognomonique de la dilatation, ait une telle valeur. Chez un individu affaibli et amaigri, on peut le percevoir sans qu'il y ait pour cela dilatation ; d'autre part, le gros intestin peut fournir un bruit analogue au clapotement stomacal, et susceptible d'être confondu avec ce dernier.

M. Bouchard répond à la première objection, que dyspepsie et dilatation sont deux choses fort différentes, puisque d'après son expérience, le tiers seulement des malades à estomac dilaté ont des troubles digestifs. Quant à la seconde et à la troisième objection, elles ne lui paraissent pas fondées ; lorsque le clapotement est perçu au-dessous de la ligne indiquée par M. Bouchard, on est obligé d'admettre ou que l'estomac est abaissé, ou qu'il est distendu ;

(1) *Du rôle pathogénique des alcaloïdes qui se forment dans le tube digestif* ; par J. Comby, in *Progrès médical*, n° 22, 1884.

© BIU Santé

abaissé, il pourrait l'être par déplacement d'un des organes voisins, modifiant alors ses rapports; mais pareil déplacement est chose au moins exceptionnelle. Quant à la distension, elle pourrait, il est vrai, être accidentelle, du fait de l'ingestion d'une grande quantité d'aliments ou de liquides; c'est précisément pour éviter la confusion entre une pareille distension et la dilatation vraie que M. Bouchard conseille de rechercher le clapotement le matin à jeun.

Pour ce qui est du clapotement intestinal, il ne peut se produire que s'il y a diarrhée, et dans la très grande majorité des cas de dilatation, les malades sont constipés.

M. Dumontpallier regrette que M. Bouchard n'ait pas étudié les causes de la dilatation de l'estomac. C'est là, suivant lui, un point particulièrement intéressant de l'histoire de l'affection, parce qu'il conduit à instituer la prophylaxie.

M. Bouchard réplique que, sur ce sujet, il n'avait aucun fait nouveau à communiquer à la Société; aussi n'a-t-il pas cru devoir reprendre une énumération banale des causes de la dilatation. G. B.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 juin 1884.—Présidence de M. M. Sée.

(*Suite de la discussion sur l'hystérectomie vaginale*). M. Verneuil a obtenu de bons résultats par l'ablation partielle; il a fait 17 ablations de cols cancéreux, enlevant tantôt la totalité du mal, tantôt une partie seulement; les opérations même incomplètes lui ont toujours donné de bons résultats; il n'a perdu qu'une malade par péritonite, et la moyenne de la survie des opérées a été de 19 mois. Cependant M. Verneuil ne rejette pas d'une façon absolue l'ablation totale de l'utérus; il croit même qu'elle est plus particulièrement indiquée quand on se trouve en présence de la variété de cancer décrite par M. Ch. Robin sous le nom d'épithélioma glandulaire.

M. Desprès a fait quatre ablations du col pour des cancers; deux des opérées sont mortes peu de temps après l'opération; les deux autres, dont l'état général était assez satisfaisant au moment de l'opération, en ont retiré un certain bénéfice. Pour M. Desprès la durée du cancer utérin est de 13 mois environ, que ce cancer soit ou ne soit pas traité.

M. Trélat n'a eu que deux fois l'occasion d'intervenir pour cancer du col; car le diagnostic du cancer au début est difficile et le plus souvent lorsque les malades viennent consulter la dégénérescence a dépassé les limites du col. En ce qui concerne les opérations palliatives, grattages, nettoyages, pansements, M. Trélat est d'avis que ce sont de bonnes opérations qui améliorent l'état général du malade et augmentent incontestablement la survie.

M. Berger fait un rapport sur une observation et un mémoire envoyés par M. Kirmisson *sur les anévrysmes inguinaux et la ligature* de l'iliaque externe. Après avoir essayé sans succès de traiter son malade par la bande d'Esmarch et la compression digitale, M. Kirmisson eut recours à la ligature de l'iliaque externe par le procédé de Cooper et le malade guérit sans aucun accident. Dans le mémoire qu'il a fait à propos de ce cas, M. Kirmisson reprend l'étude des anévrysmes inguinaux et constate, au point de vue de la pathogénie, que l'apparition de ces anévrysmes est fréquemment précédée de la présence d'abcès, de bubons de l'aine; comme cela avait d'ailleurs été indiqué par Malgaigne et d'autres. Au point de vue du traitement, ces relevés de M. Kirmisson démontrent l'efficacité de la ligature, et l'insuffisance absolue des autres moyens thérapeutiques. Les dernières pages du mémoire sont consacrées au manuel opératoire de la ligature de l'iliaque externe. Deux procédés paraissent devoir être retenus : celui de Cooper et celui de Marcellin Duval. M. le rapporteur insiste sur la nécessité de déposer le bistouri aussitôt que l'aponévrose du grand oblique a été sectionnée. Ce précepte établi par Cooper a été longuement développé par M. Farabeuf; il met sûrement à l'abri de l'ouverture du péritoine.

M. Verneuil regrette que M. Berger, dans son rapport, ait attribué les hémorrhagies secondaires qui suivent quelquefois la ligature externe à la non-réunion de la plaie et à la suppuration; elles résultent soit de la fièvre qui accompagne la septicémie, soit d'une lésion viscérale antérieure.

M. Farabeuf démontre l'excellence du procédé de Cooper, qui permet d'arriver sur l'artère par le chemin le plus sûr et le plus court; il pense que le bistouri doit être abandonné lorsqu'on a incisé l'aponévrose du grand oblique et qu'il faut alors se borner à écarter les muscles avec des instruments mousses, ou mieux encore avec les doigts.

M. Desprès croit, avec M. Verneuil, que les hémorrhagies secondaires sont souvent la conséquence de la septicémie, mais qu'il faut tenir également grand compte des causes mécaniques qui peuvent la provoquer.

M. Marchand ayant eu à lier l'iliaque externe pour un anévrysme du pli de l'aine, fit d'abord l'incision de Cooper; mais il dut la compléter par l'incision courbe de M. Duval, la première n'ayant pas suffi.

M. Terrier présente une rate du poids de 6 kil., qu'il a extirpée. La malade est morte d'hémorrhagie; mais celle-ci n'a pas eu lieu par les gros vaisseaux du hile, et s'est faite par les capillaires sous l'influence d'une leucocythose légère.

Séance du 18 juin 1884. — Présidence de M. Sée.

M. Horteloup lit un travail de M. Demons sur l'extirpation totale de l'utérus. Ce travail donne le résumé de la pratique de l'hystérectomie vaginale, à Bordeaux. Il contient sept observations. Dans trois cas, la mort survint presque immédiatement par péritonite; les quatre autres cas ont été suivis de récidives après six, douze ou quinze mois; dans un seul cas, la guérison s'est maintenue, bien que l'opération date déjà de dix-huit mois. M. Demons conclut que l'hystérectomie ne doit être acceptée qu'avec une extrême réserve, mais qu'il ne faut pas la proscrire absolument.

M. Verneuil fait un rapport oral sur un travail de M. Kirmisson, ayant pour objet cette variété de conicité des moignons, que M. Verneuil a désignée depuis longtemps déjà sous le nom de *conicité physiologique*. Cette conicité s'observe chez les jeunes sujets, après les amputations du bras et de la jambe surtout. Elle résulte de l'accroissement de l'os par le cartilage dia-épiphysaire et survient presque fatalement après quelques années. Ces moignons ont un aspect particulier qui permet de les reconnaître à première vue; ils sont plutôt cylindro-coniques que coniques; leur base est de tissus souples, non adhérents; à leur sommet, l'os fait saillie en un petit mamelon, que recouvre la peau distendue. M. Verneuil en montre plusieurs moulages.

M. Kirmisson, qui a eu l'occasion d'intervenir par une nouvelle opération dans un de ces cas, conclut à éviter autant que possible les amputations dans le jeune âge; et, lorsqu'on y est contraint, à garder plus d'étoffe que chez l'adulte. — M. Verneuil trouve ces conclusions très légitimes.

M. Farabeuf a eu l'occasion d'étudier un moignon de cette variété et a pu s'assurer que la peau n'était distendue que dans sa partie juxta-cicatricielle. Il pense que cette variété de conicité peut être favorisée par ce fait qu'une réunion très rapide de la peau, comme on l'obtient actuellement, n'aura pas été accompagnée d'une réunion suffisante des parties profondes au-devant de l'os.

M. Trélat pense que cette réunion des parties profondes est difficile à obtenir dans les amputations par la méthode circulaire; c'est pourquoi il leur préfère les amputations à lambeaux, dans lesquelles le chirurgien recherche et obtient, par des sutures, la réunion simultanée des parties profondes et des parties superficielles. M. Trélat incline à penser que, grâce aux méthodes actuelles, il deviendra possible au chirurgien de lutter avec avantage contre cette conicité physiologique.

M. Bergen a observé un cas dans lequel une conicité

© BIU Santé

semblable avait été produite par l'allongement de l'os; seulement, cet allongement n'était pas l'accroissement physiologique de l'os, mais le fait de reproductions ostéophyliques par le périoste qui avait été ménagé; il conseille donc, en pareil cas, d'enlever le périoste.

M. Farabeuf a quelque tendance à croire que l'on peut obtenir la réunion des parties profondes au-devant de l'os coupé; de sorte que si l'allongement se produit l'os repoussera devant lui toute l'épaisseur de ces parties et s'en enveloppera. Pour assurer ainsi l'avenir, il faut tailler des lambeaux qui pourront paraître primitivement trop longs et qui cependant ne seront que suffisants.

M. Polaillon a la conviction d'obtenir le plus souvent cette réunion des parties profondes, grâce aux sutures qui traversent toute l'épaisseur des parties et les maintiennent appliquées. Cependant dans quelques cas il a vu survenir ultérieurement une rétraction des parties molles, sous une influence qu'il ne saurait déterminer.

M. Farabeuf explique comment le muscle, après la section, se rétracte et rentre dans sa gaine; mais ce muscle est vite arrêté par les adhérences qui le fixent à la gaine aponévrotique et ne perd guère ainsi qu'un quart de sa longueur. Après cette rétraction immédiate, à laquelle il est facile de parer, il peut survenir une rétraction ultérieure qui seule produit la conicité. M. Farabeuf pense que cette rétraction secondaire est souvent le fait de la disparition de l'œdème et de l'amaigrissement du membre, qui, en rendant le muscle libre et comme flottant dans sa gaine, lui permettent de satisfaire à sa rétractilité naturelle.

M. Berger est d'avis que M. Farabeuf fait jouer un rôle trop considérable aux muscles dans le *matelassement* du moignon; car lorsqu'on vient à disséquer un bon moignon on ne trouve jamais de muscles entre l'os et la peau, mais seulement des parties fibreuses.

M. Verneuil croit qu'il ne faut pas exagérer l'importance de l'épaisseur des lambeaux ni du mode de cicatrisation, primitive ou secondaire; la conicité n'a qu'une cause: l'inflammation. Autrefois, les lambeaux n'étaient guère faits que de peau et on n'avait point de conicité, à moins qu'il ne survint de l'inflammation.

M. Trélat croit aussi au grand rôle de l'inflammation dans la production de la conicité; mais, ayant dû amputer de nouveau des membres pour lesquels on s'était contenté de garder un manchon de peau dans une première opération, il pense qu'il y a avantage à comprendre le plus possible de parties molles dans le lambeau.

M. Verneuil répond que les moignons pour lesquels M. Trélat a dû intervenir n'étaient point des moignons coniques, mais des moignons à cicatrice adhérente, douloureuse, ou ulcérée. L'inflammation seule produit la conicité.

M. Hergott (de Nancy), lit un intéressant *travail sur le traitement des fistules vésico-vaginales* par la méthode de Bosemann.

M. Boissard présente de la part de M. Gallard un col de l'utérus amputé par l'anse galvanique pour cancer. M. Gallard a souvent eu recours à cette opération et il en a obtenu de bons résultats.

M. Terrier présente un écarteur des paupières très ingénieusement modifié par M. Faucher. P. Poirier.

Association française pour l'avancement des sciences. — M. Dally, président de la *section de pédagogie* prie les auteurs qui auraient des communications à faire au Congrès qui se tiendra à Blois du 4 au 11 septembre 1884, d'en envoyer les titres le plus tôt possible, le programme de la session devant paraître au commencement de juillet. — Il a été décidé au Congrès de Rouen que les questions relatives aux différents baccalauréats et à leur valeur intellectuelle et sociale seraient spécialement mises à l'ordre du jour. Ces questions qui préoccupent à juste titre l'opinion publique, attireront, je l'espère, votre attention. M. Dally se propose de soumettre à la discussion une étude sur le baccalauréat de l'enseignement secondaire spécial et des remarques sur le programme de l'enseignement secondaire des filles. D'ailleurs, toute communication d'un autre ordre serait également bien reçue.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XIX. D'un traitement spécifique de la diphtérie, par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz; par le Dr Delthil, de Nogent-sur-Marne. — Paris, 1884, H. Lauwereyns.

XX. Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie; par A. Rabuteau. 4e édition. — Paris, 1884, Adrien Delahaye.

XXI. Notes de thérapeutique et de matière médicale; par les Drs Godin et Barberet, méd. aides-majors. — Paris, 1884, Ollier Henry.

XXII. Etude sur le coaltar saponiné Le Beuf; par le Dr G. Harmand. — Paris, 1883, G. Masson.

XXIII. Principes de thérapeutique générale, par G. B. Fonssagrives, ex-professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — Paris, 1884, J.-B. Baillière.

XXIV. Des propriétés toxiques du chlorate de potasse; par F. Marchand.

XIX. Dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine, au mois de mars 1884, M. le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne) préconise, comme un moyen spécifique de guérison de la diphtérie, la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz. Ces deux agents doivent être brûlés sur des charbons ardents, dans les proportions moyennes de 200 grammes de goudron pour 60 grammes de térébenthine; il ne faut jamais employer de goudron de Norvège, et à défaut de goudron de gaz, on se servirait de la térébenthine seule. La combustion sera renouvelée toutes les deux ou trois heures, suivant la gravité du cas, et espacée ensuite après l'amélioration produite.

Ces fumigations seraient tout à fait inoffensives par elles-mêmes; supportées facilement par le malade et par son entourage, elles ne provoqueraient pas la toux. Douées de propriétés dissociantes au premier chef, elles enrayeraient la maladie au début par l'élimination rapide des fausses membranes; elles favoriseraient, de plus, le succès de la trachéotomie, dans le cas où le médecin serait trop tardivement appelé. Enfin, ces fumigations seraient prophylactiques par leurs propriétés parasiticides et désinfectantes et éloigneraient le danger de la contagion à distance.

Nous pensons qu'en matière de thérapeutique, il faut être bien téméraire pour prononcer le mot spécifique, surtout lorsque, dans le mémoire de M. Delthil, on ne trouve aucune trace de statistique: deux observations de diphtérie généralisée y sont simplement relatées, qui ont guéri par ce traitement et par la trachéotomie. Pour notre part, nous avons constaté un cas de croup descendant, dans lequel la médication de M. Delthil employée dès le début et dans toute sa rigueur, n'a pu enrayer l'affection. C'est à des observations nombreuses et ultérieures de confirmer les assertions de l'auteur de ce mémoire, et de montrer si les résultats de la clinique sont conformes aux résultats obtenus dans les expériences de chimie organique.

XX. Cet ouvrage, qui en est déjà à sa quatrième édition, est un de ceux qu'il est bien difficile d'analyser, par l'originalité même qui en fait le fond, depuis le commencement jusqu'à la fin. M. Rabuteau a divisé son livre en deux parties, l'une de thérapeutique proprement dite, l'autre de pharmacologie, division qui rend un réel service en mettant en harmonie ces deux enseignements distincts dans nos chaires de la Faculté. Toutes les données de la physiologie et de la clinique modernes y sont mises à profit. La classification suivie par l'auteur est une classification toute rationnelle: les médicaments sont divisés en pondérables et impondérables. Les premiers comprennent les modificateurs de la nutrition, de l'innervation, de la myotilité, les névro-musculaires, les modificateurs des sécrétions et des excrétions, les éliminateurs, les agents topiques, les antiseptiques. Les médicaments impondérables sont les agents physiques (chaleur, électricité, lumière, magnétisme) et mécaniques (gymnastique, massage).

XXI. Ce petit opuscule n'est autre chose, comme l'in-

© BIU Santé

dique son titre, qu'un memento destiné à faciliter les recherches des étudiants qui préparent leur examen de thérapeutique ; les praticiens pourraient également y trouver des notions utiles.

XXII. L'auteur de cette brochure, après une étude sur les propriétés chimiques et thérapeutiques du coaltar saponiné Le Beuf, arrive à cette conclusion que cet agent, indiqué toutes les fois qu'il faut rechercher une action astringente dépourvue de toute irritation, une action antiputride et antiseptique dépourvue de toute action toxique, est un médicament qui mérite d'entrer dans la pratique courante du médecin, comme aussi de figurer dans l'arsenal prophylactique de l'hygiéniste.

XXIII. Cet ouvrage est une synthèse de tous les faits généraux qui se rattachent à l'étude des médicaments. Plus philosophique que médicale, la conception générale du livre se fait surtout sentir chaque fois qu'il s'agit d'aborder les grandes questions doctrinales qu'ont soulevées si souvent les agents médicamenteux. La classification de l'auteur repose sur le groupement des médicaments, suivant le but clinique auquel on les destine : c'est ainsi qu'on aura les médicaments de la scrofulose, du rhumatisme, de l'herpétisme, de la diathèse urique, etc., etc. Cette classification tend, on le comprend, à obscurcir la forme générale du livre.

Le représentant autorisé de la Faculté de Montpellier, M. Fonssagrives, ne pouvait faire autrement que de défendre le vitalisme. Dans un très long chapitre, il développe la théorie du principe vital, sans parvenir, du reste, à ajouter un argument de plus à ceux développés depuis si longtemps déjà par ses correligionnaires philosophiques, qui puisse convaincre le lecteur de la réalité de cette doctrine, que vient combattre tous les jours la saine observation des faits biologiques et expérimentaux.

XXIV. Le Dr Félix Marchand a entrepris une série d'expériences tendant à démontrer les propriétés toxiques du chlorate de potasse, administré à des doses trop élevées. Si l'on mêle du sang frais avec une solution de chlorate de potasse ou de soude, on ne tarde pas à observer des changements particuliers. Le sang, de rutilant, ne tarde pas à devenir brun-noirâtre. Les changements qui s'opèrent varient avec la quantité de sels employés. A 4 °/₀, après quatre heures, toute trace d'hémoglobine a disparu. Bientôt après, le mélange prend une consistance sirupeuse et se prend en gelée solide si l'on ajoute une solution de sel de 2 à 5 °/₀. Cette masse se conserve très longtemps et se putrifie très lentement.

Le Dr Marchand a donné à un chien de 17 kilogrammes de 5 à 10 grammes de chlorate de potasse, mais sans résultat : la dose ayant été portée à 50 grammes, celui-ci mourut la nuit suivante. Le sang avait une couleur sépia qui colorait tous les organes ; le rate était hypertrophiée ; l'épithélium des tubes urinifères était gonflé et ces tubes remplis par des cylindres brunâtres.

Après plusieurs expériences, le Dr Marchand conclut que le chlorate de potasse ou de soude, administré à de fortes doses, peut causer la mort par une altération particulière du sang portant sur les globules et l'hémoglobine, avec altération consécutive de la rate et des reins. Le sang perd le pouvoir d'absorber l'oxygène ; l'hématoglobuline est décomposée et les corpuscules de sang arrêtés ; ils s'accumulent dans divers organes, rate, reins, moelle des os, sont complètement détruits et sont excrétés par les reins, alors que l'épithélium de ceux-ci n'est pas encore trop altéré, mais si la quantité des globules détruits est trop grande la mort ne tarde pas à survenir. (*New-York, Med. Times*, février 1883). F. Bottey.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie des enfants. — Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants-Malades; par le Dr L.-A. de Saint-Germain. — Paris, 1884, Lauwereyns, libraire éditeur.

« C'est à mes élèves que sont dédiées ces leçons cliniques, professées dans des conférences familières, uniquement en vue de leurs besoins. » Et cette première phrase caractérise fort bien l'esprit général qui a présidé à l'enfantement, puis à la rédaction de l'œuvre nouvelle du chirurgien des Enfants-Malades : leçons familières, où M. de Saint-Germain condense dans ce style rapide, élégant et précis qui lui est personnel le résultat de sa longue pratique, désireux, avant tout, d'éviter aux jeunes les tâtonnements par lesquels il a passé, et qu'il raconte, avant d'arriver au traitement que l'expérience lui a démontré le meilleur.

La symptomatologie dans ses moindres particularités cliniques, le pronostic et le traitement occupent la place principale dans ses leçons, où cependant les parties théoriques et historiques, l'anatomie pathologique, l'étiologie, etc., n'ont point été sacrifiées. La première de ces leçons, consacrée à l'anesthésie chirurgicale, expose, après l'historique des moyens anesthésique, la physiologie de l'anesthésie chez l'enfant et chez l'adulte, en tout semblable chez l'un et chez l'autre, et les principes de *la méthode sidérante* que l'auteur applique si heureusement et qui lui a réussi sur plus de 10,000 enfants ou adultes, sans qu'il ait eu jamais un seul cas de mort ou même d'alerte sérieuse à enregistrer. Les leçons suivantes contiennent l'histoire des plaies et de leurs complications chez les enfants. M. de Saint-Germain n'est point un listérien fanatique cependant, il opère dans les conditions listériennes, mais il a assez rarement recours au pansement de Lister, dont l'utilité lui paraît bien problématique dans la chirurgie des enfants, chez lesquels l'infection purulente est presque inconnue. Son pansement préféré, pour les plaies opératoires, est la charpie imbibée d'alcool.

Les affections aiguës et chroniques des os font l'objet de plusieurs leçons intéressantes. L'auteur y raconte sa conversion à l'emploi de l'évidement dans la carie et les bénéfices qu'il a retirés de cette méthode sagement appliquée. M. de Saint-Germain pense avec M. Lannelongue qu'il n'y a pas de périostite phlegmoneuse sans myélite préalable, mais il n'admet pas comme conséquence de cette doctrine la trépanation partout et toujours; de nombreux faits de guérison lui ont montré que l'incision peut suffire dans nombre de cas. Les luxations congénitales, les tumeurs blanches, les luxations traumatiques, si rares chez l'enfant (7 cas seulement en 10 années de pratique), sont étudiées dans les leçons suivantes.

Les leçons sur l'amygdalotomie et la trachéotomie présentent un intérêt tout particulier. La méthode chirurgicale de M. de Saint-Germain, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, peut être ainsi définie : « Arriver sûrement au but par un procédé rapide et simple. Et, en effet, c'est surtout dans la chirurgie de l'enfant, malade impatient par excellence, qu'il importe d'aller vite et d'arriver du premier coup au but; souvent il faut opérer par surprise, et le tâtonnement est toujours défendu. C'est pourquoi l'auteur a toujours été amené à choisir, entre les procédés existants, le plus simple et le plus rapide; et quand ceux-là ne l'ont pas satisfait, il a trouvé le sien. Toujours la modification apportée a été heureuse et a fait son chemin. La pince et les bistouris amygdalotomes, employés par M. de Saint-Germain, remplacent avec grand avantage l'instrument infidèle de Fanestoke. *La crico-trachéotomie en un temps* est une opération excellente et sûre, à condition toutefois que le chirurgien qui la pratique soit doué d'une habileté de main toute spéciale et d'un sang-froid imperturbable. La fin de ce chapitre, qui traite tout au long des soins consécutifs à l'opération, des accidents, de l'époque à laquelle il convient de retirer la canule et de la façon dont il faut procéder à cet effet, est pleine d'enseignements utiles.

Les corps étrangers dans les cavités naturelles, les polypes, les hernies, la chute du rectum, la pierre, la circoncision, les tumeurs bénignes et malignes, etc., etc., sont l'objet d'autant de leçons remarquables par la forme et le fond.

Les leçons cliniques de M. de Saint-Germain, *nées de la pratique*, répondent à un besoin du public médical et se-

© BIU Santé

ront accueillies avec faveur. Quelque question clinique qu'on leur pose, elles y répondent; et la réponse, toujours précise, est un conseil sûr, signé par l'expérience. Ces leçons complètent, avec la chirurgie orthopédique du même auteur, un ensemble didactique sur la chirurgie des enfants. P. POIRIER.

China-Imperial maritime customs. Medical Reports (Shanghai, 1883).

Cette publication semestrielle comprend une série de rapports sur la situation sanitaire des villes chinoises suivantes : Ichang, Amoy, Swatow, Canton, Hoihow, Pakhoi, Shanghai, Wênchow. Ces rapports sont adressés à l'inspecteur général des douanes à Pékin. Ils n'offrent qu'un intérêt restreint; car ils n'ont trait qu'au personnel des douanes maritimes et ne nous renseignent qu'incidemment sur la santé des indigènes. Au point de vue médical, il y a donc peu de chose à extraire de ces études, du reste très succinctes.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Blépharostat Faucher.

M. TERRIER a présenté à l'Académie un Blépharostat construit par M. Collin d'après un modèle de M. le Dr Faucher. Le blépharostat ordinaire a le défaut d'appuyer sur le globe de l'œil et si le malade fait effort pour fermer les paupières, la pression s'exerce sur l'œil par l'intermédiaire des crochets de l'instrument ce qui peut provoquer des accidents lorsque la cornée a été incisée.

Avec le nouveau blépharostat, non-seulement les paupières sont écartées l'une de l'autre, mais encore elles sont écartées du globe de l'œil : deux points d'appui, pris sur l'arcade orbitaire et sur la pommette, supportent l'appareil qui ne peut toucher le globe de l'œil même si le malade fait effort. L'instrument se place comme le biépharostat ordinaire sans aucune manœuvre accessoire par le rapprochement des branches, les pièces d'appui se soulèvent et ne gênent pas pour introduire les crochets sous les paupières : ces pièces s'abaissent et viennent prendre un point d'appui quand les branches s'écartent. Avant de placer l'appareil, on l'adapte à la conformation du sujet en réglant, au moyen de deux vis disposées à cet effet, l'arc que doivent décrire les pièces d'appui pour soulever les paupières au degré convenable : ainsi la pièce frontale devra s'abaisser moins que la pièce de la joue si l'arcade orbitaire fait une saillie prononcée; les deux pièces devront s'abaisser davantage si l'œil est peu enfoncé dans l'orbite. Pour régler l'instrument, on invite le malade à fermer les paupières, on place l'écarteur ouvert sur les paupières et on serre la vis d'arrêt; on règle alors les vis des leviers de manière à ce que les crochets touchent à peine les paupières et ne s'appuient pas sur elles quand on presse sur l'instrument. On peut alors placer l'appareil et les paupières seront soulevées de façon à laisser voir les culs-de-sac de la conjonctive : sans déplacer le blépharostat, ont peut encore achever de régler le soulèvement des paupières s'il en est besoin. L'emploi de cet instrument rend impossibles les accidents mis sur le compte du blépharostat, et rend inutile la présence d'un aide chargé de soulever l'instrument en cas de besoin.

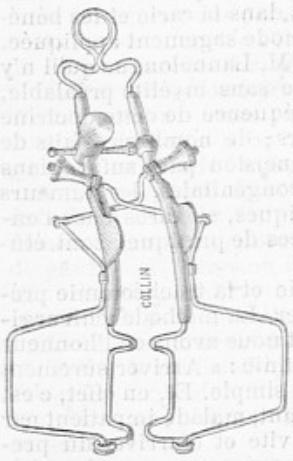


Fig. 49.

VARIA

Laïcisation de l'Hospice d'Ivry.

D'après les renseignements que nous venons de recevoir, M. le Ministre de l'intérieur viendrait de prévenir M. le Préfet de la Seine qu'il autorisait, en ce qui le concerne, la laïcisation de l'hospice d'Ivry.

L'affaire du dictionnaire Littré-Robin.

Le *Temps* a reçu la lettre suivante de M. Wyrouboff, ancien directeur de la *Philosophie positive*, qui a été jusqu'au dernier jour l'ami et le collaborateur de Littré :

Monsieur,

On a beaucoup parlé ces jours derniers de la nouvelle édition du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* auquel Littré et Robin ont attaché leur nom, et le fait est que cette étrange entreprise industrielle valait la peine d'attirer l'attention du public éclairé. On a discuté le pour et le contre, on a examiné les responsabilités, on a *interviewé* bien du monde sans arriver à une solution précise. Permettez-moi de vous donner quelques renseignements exacts qui pourront, je crois, clore l'incident.

Trois accusations ont été formulées : l'une contre la famille, l'autre contre l'éditeur, la troisième contre le malencontreux auteur qui a accepté la difficile besogne de « revoir » le travail dû à la collaboration de deux hommes illustres. Voici la vérité vraie sur ces trois points :

La famille de Littré n'a joué aucun rôle dans cette affaire. Mme Littré s'est bornée à demander à MM. Baillière quels étaient ses droits sur le *Dictionnaire*; il lui fut répondu, avec raison d'ailleurs, qu'elle n'en avait aucun. Elle n'a exprimé aucun désir de voir des doctrines modifiées ou des articles supprimés; elle n'a imposé aucune condition et n'a eu à donner aucune autorisation; elle a même ignoré, jusqu'à ces derniers temps, l'existence de cette nouvelle édition. Tout ce qu'elle peut faire dans l'état actuel des choses — et elle le fera, je l'espère — c'est d'exiger que le nom de son mari disparaisse, comme Robin a exigé que disparaisse le sien.

La lourde responsabilité de cette spéculation de librairie retombe donc de tout son poids sur les éditeurs; mais j'imagine qu'ils s'en préoccupent peu, trouvant la spéculation avantageuse. Elle l'est en effet. Ils payaient à Littré et Robin 10,000 fr. par édition, ils payent maintenant une somme insignifiante (2,000 fr., je crois); bénéfice net : un nombre respectable de billets de banque restant en caisse, et le nom de Littré sur la couverture pour allécher le public. Le procédé n'est peut-être pas tout à fait correct, mais c'est là, après tout, une affaire de commerce dont les amis de Littré ne se seraient pas mêlés si l'œuvre avait conservé le caractère qu'elle avait dans la précédente édition.

Il reste donc à apprécier la responsabilité qui incombe à celui qui a été chargé de remanier le volume. M. Decaye affirme qu'il n'a dénaturé en aucune façon l'œuvre de Littré, et il cite à l'appui quelques articles dont l'esprit a été scrupuleusement conservé. Il est fort possible, il est même fort probable que M. Decaye ne se soit pas senti une compétence philosophique suffisante pour remplacer les doctrines positives par des doctrines à lui; il a gardé le fond des idées de Littré en supprimant par-ci par-là quelques lignes et en y ajoutant de temps à autre quelques floritures. Mais la question n'est nullement là. Les très rares articles doctrinaires qui appartiennent à Littré ne constituent que la partie la moins importante de sa collaboration au *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*; ces articles sont d'ailleurs la reproduction fidèle des idées de M. Comte.

Sa tâche principale, tâche à laquelle il tenait beaucoup — tous ses amis le savent bien — a été de revoir avec le plus grand soin l'orthographe des mots scientifiques et d'en indiquer avec précision les étymologies. Il était préoccupé, à très juste titre, des incorrections nombreuses et parfois bizarres qui se glissaient dans le langage scientifique, et il disait souvent qu'il importait aux hommes de science d'avoir un livre leur indiquant la façon d'écrire correctement les mots scientifiques d'origine grecque ou latine. Son but a été atteint, car le *Dictionnaire* se trouve actuellement dans toutes les bonnes imprimeries et sert journellement aux correcteurs. Or, savez-vous ce qu'a fait M. Decaye? Il a « corrigé » la façon d'écrire de Littré.

Pour ma part, j'aimerais cent fois mieux voir Littré couvrir de son nom des élucubrations métaphysiques qui ne trompent aujourd'hui personne que de le voir écrire *améboïde* au lieu de amiboïde, *diphtérie* au lieu de diphthérie, *hémorragie* au lieu de hémorrhagie, *phtisie* au lieu de phthisie, et ainsi de suite dans toutes les lettres de l'alphabet.

Passe encore pour un Littré spiritualiste, mais un Littré oubliant son orthographe et écrivant les mots scientifiques comme un vulgaire reporter, c'est ce qu'on peut appeler un comble.

M. Decaye a raison de dire qu'il n'a pas « dénaturé » l'œuvre de Littré; il l'a simplement détruite. Je tenais à le dire, car je trouve véritablement monstrueux qu'on se serve ainsi du nom d'un des plus grands linguistes de notre époque pour faire passer une interminable série de grossières fautes d'orthographe.

Je ne crois pas m'avancer beaucoup en affirmant que Littré, qui ne protestait jamais lorsqu'il s'agissait d'affaires qui lui étaient personnelles, se serait certainement élevé avec énergie contre cette singulière façon de lui témoigner du respect.

Recevez, Monsieur, l'expression de ma haute considération.

G. WYROUBOFF.

Un cas d'impressionnabilité nerveuse.

M. le Dr Blykaerts, de Dormael, communique à la *Revue mé-*

© BIU Santé

dicale de Louvain (p. 129), une observation bien curieuse. Il s'agit d'un garçonnet de Velm, âgé de 13 ans, et qui partage avec Samson cette particularité d'être extraordinairement influencé par la coupe des cheveux : il tombe en syncope chaque fois qu'un coiffeur lui met les ciseaux dans la chevelure. Aux premiers coups de ciseaux il lui survient des frissons, puis des tintements et des bourdonnements d'oreille et des vertiges. En même temps la vue se trouble, le pouls file et bientôt la syncope est complète. Elle dure 5 ou 6 minutes et est suivie de vomissements.

L'enfant, un peu lympathique, est bien portant : il n'a jamais eu de convulsions et il n'y a pas d'épileptiques dans sa famille.

Denys le tyran, redoutant les ciseaux du barbier, *tonsorios cultros metuens*, se brûlait les cheveux avec des charbons ardents, *sibi ardebat capillos*. M. le Dr Blykaerts aurait pu recommander au petit paysan de Velm le procédé du tyran de Syracuse ; il préféra essayer d'émousser peu à peu sa susceptibilité de sensitive et il engagea l'enfant à se servir beaucoup lui-même de ciseaux, puis à se laisser couper un cheveu par jour, puis une mèche. Aujourd'hui, grâce à l'entraînement, la tolérance est établie et il se laisse tondre, sans plus éprouver aucun trouble nerveux et sans protestations, comme un mouton.

Service de santé militaire.

Par décret en date du 9 juin 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. — *Au grade de médecin-major de 2e classe :* M. Locquin (Jules-Joseph), médecin aide-major de 2e classe, médecin de l'hôpital de Dijon, nommé au concours. — *Au grade de médecin aide-major de 2e classe :* MM. Chervin (Claudius-Félix-Arthur); Pachot (Charles); François (Jean-Baptiste); Sirot (Léon-Marie); Boillerant (Nicolas-Ferdinand); Jannin (Joachim); Cassas (Osmin-Eugène-Gustave); Bouchard (Charles-Nicolas); Guérard (Laurent-Hippolyte-Léon); Desbrosse (François); Viard (Jean-Baptiste-Louis-Henry); Durand (Marie-Hippolyte-Casimir); Weil (Elias); Gagey (Pierre-Jules); Belle (Henri-Eugène); Regnault (Louis-Félix-Albert); Leriche (Emile-Joseph); Biot (Félix-Camille); Valat (Paul-Antoine); Dezantière (Henri-Albert); Verneuil (Henri-Georges); Jourdan du Mazot (Pierre-Jean-Baptiste-Abel); Cotel (Louis-Théodore); Brigault (Félix-Jean-Emile); Mâreau (Gustave-Eugène); Cibiel (Jean-François-Oscar); Herpin (Félix-Octave-Eugène); Piorry (Antoine-Jacques); Sigaud (Jean-Paul-Gustave); Cosnard (Théodore-Emile-Christian); Paul-Boncourt (François-Eugène).

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe : MM. Mercier (Jean-Baptiste); Guillot (Bénigue); Papon (Théodore-Félix); Dupont (Etienne-Norbert); Gastineau (Marie-Ambroise-Alexandre); Meud (Jean-Adrien).

Un idiot.

« Un épouvantable drame vient de se dérouler à Segonzac près de Falères. Un jeune idiot, âgé d'une douzaine d'années, a précipité son frère et un de ses petits voisins dans un puits. Puis, tandi que les malheureux appelaient au secours et se débattaient, l'insensé assistait en riant à cette affreuse agonie. Les parents occupés aux travaux des champs n'ont pu intervenir, et lorsqu'ils sont enfin arrivés, il était trop tard et tous leurs efforts n'ont pu aboutir qu'à retirer du puits deux cadavres. (*La Lanterne* du 3 juin 1884). »

Les drames de ce genre ne sont pas rares ; ils montrent combien il est nécessaire d'interner les idiots, les imbéciles, etc. dans des établissements spéciaux, et de créer à cet effet plusieurs asiles inter-départementaux destinés à les recevoir ; de cette façon on éviterait les malheurs épouvantables comme celui que nous venons de rapporter, on empêcherait aussi les filles idiotes de procréer des enfants, qui tombent en général à la charge du département.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 23. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Verneuil, Terrillon, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Hanriot, Rémy. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 4e *de Doctorat* : MM. Charcot, Fournier, Landouzy. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Vulpian, Hayem, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série*. — MM. Potain, Tarnier, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Damaschino, Pinard. — 5e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Tillaux, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 24. — 1re *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Le Fort, Richelot. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Laboulbène, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Bouchard, Peter, Humbert. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Richet, Jaccoud, Charpentier ; — 2e *Série* : MM. Pajot, Ball, Bouilly. — 5e *de Doctorat* (N. R. 2e partie) (Charité) : MM. Hardy, Cornil, Hutinel.

Mercredi 25. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Tillaux, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Trélat, Hayem, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Rendu, Straus. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Charcot, Hanriot, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Verneuil, Potain, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Terrillon, Pinard.

Jeudi 26. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Farabeuf, Humbert. — 2e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Le Fort, Hutinel. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Laboulbène, Proust, Hanot ; — 2e *Serie* : MM. Ball, Peter, Quinquaud ; — 3e *Série* : MM. Hardy, Bouchard, Troisier ; — 4e *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Debove.

Vendredi 27. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Hanriot, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Guyon, Tarnier, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Vulpian, Terrillon, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) (Charité) : MM. Verneuil, Tillaux, Pinard.

Samedi 28. — 2e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Sappey, Le Fort, Bouilly. — 2e *de Doctorat* : MM. Richet, Jaccoud, Troisier. — 3e *de Doctorat* (N. R. 1re partie) : MM. Pajot, Panas, Humbert. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Laboulbène, Cornil, Raymond ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Ball, Hanot ; — 3e *Série* : MM. G. Sée, Peter, Quinquaud ; — 4e *Série* : MM. Bouchard, Proust, Hutinel.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 26. — M. Flous : De l'ulcération des artères, due au contact du pus. — M. Castrosoffi : Recherches expérimentales sur la recherche de la tuberculose des os. — *Vendredi* 27. — M. Colaneri : Des secousses musculaires. Etude critique et séméiologique. — M. Turgis : Contribution à l'étude de l'ostéopériostite consécutive à la fièvre typhoïde. — M. Maireau : Syphilis et prostituées et principalement contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire. — M. Trichet : Des affections de la muqueuse buccale dans leurs rapports avec l'état des dents.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 6 juin au jeudi 12 juin 1884, les naissances ont été au nombre de 1201, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 422 ; illégitimes, 179. Total, 601. — *Sexe féminin* : legitimes, 430 ; illégitimes, 170. Total, 600.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 6 juin au jeudi 12 juin 1884, les décès ont été au nombre de 956, savoir : 513 hommes et 443 femmes. Les décès sont dus aux cause suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 12. T. 23. — Variole : M. 1. F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 18, F. 16, T. 34. — Scarlatine : M. ., F. 4, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 9. T. 11. — Diphthérie, Croup. M. 23, F. 23, T. 46. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 3, F. 3, T. 6. — Infections puerpérales : 11. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 18, F. 22, T. 40. — Phthisie pulmonaire : M. 104, F. 74. T. 178. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 6. T. 14. — Autres affections générales : M. 26, F. 22, T. 48. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 32, F. 26, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 7, T. 21. — Pneumonie : M. 30, F. 25, T. 55. — Athrepsie : M. 40, F. 30. T. 70. — Autres maladies des divers appareils : M. 162, F. 143, T. 305. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 18, F. 9. T. 27. — Causes non classées M. 3, F. ., T. 3.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 79 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 27 ; illégitimes, 12. Total : 39. — *Sexe féminin :* légitimes, 27. illégitimes, 13. Total : 40.

Faculté de médecine de paris. *Concours pour le clinicat : Médecine.* — Un concours pour les emplois vacants de chef de cliniques médicales s'ouvrira à la Faculté le lundi 7 juillet 1884, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de deux chefs de cliniques adjoints. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 3 juillet 1884.

Maladies mentales. — Ce concours, à la suite duquel il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique-adjoint, s'ouvrira à la Faculté le 15 juillet 1884. Les candidats devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 10 juillet prochain.

Chirurgie. — Un autre concours pour les emplois vacants de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté le mercredi 9 juillet 1884, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de cliniques titulaires et de deux chefs de cliniques adjoints. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 5 juillet 1884.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique (titulaire et adjoint), s'ouvrira à la Faculté de médecine le lundi 7 juillet, à 9 heures du matin.

© BIU Santé

Maladies des enfants. — Un autre concours pour la nomination à une place de clinique titulaire et à une place de chef de clinique adjoint des maladies des enfants s'ouvrira le lundi 7 juillet 1884 à neuf heures du matin. Les conditions sont les mêmes que pour les concours ci-dessus et la limite d'âge est également fixée à 34 ans au jour d'ouverture dudit concours.

Les candidats de tous ces concours auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs de médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celle d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Le registre d'inscriptions sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures. Pour tous les autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Concours. — *Bureau central : Chirurgie* (19 juillet 1884). — *Candidats* : Dr Bazy, Brun, Camenon, Castex, Garnier, Jalaquier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Marchand, Nepveu, Petit-Vendol, Picqué, Ramonède, Redard, Rémy et Routier. — *Juges* : MM. Th. Anger, Ball, Desprès, Gillette, Guyon, Horteloup, Terrillon.

Nominations. — Le Dr Rudolph Boehm, directeur de l'institut pharmacologique de Marburg est appelé à Leipzig comme professeur de pharmacologie et d'hygiène. — Le Dr Schauta, professeur suppléant d'accouchements et de gynécologie à Insbruck est nommé professeur ordinaire à la même faculté. — Par décret du 12 juin 1884, M. le Dr Le Fort, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale vacante à ladite Faculté par suite de la démission de M. Gosselin.

— M. le Dr Latteux est maintenu dans les fonctions de chef du laboratoire de clinique chirurgicale pour une période de trois ans, à dater du 1er avril 1884.]

— M. Hanriot, agrégé, est chargé du cours de chimie médicale, en remplacement de M. Wurtz, décédé.

Assistance publique. — Par arrêté du 31 mai le Dr Pasteau Emile), élu le 17 avril 1881, demeurant boulevard Voltaire, 147, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XIe arrondissement.

Assistance publique. — Le samedi 6 juillet 1884, il sera procédé dans une des salles de la mairie du Ve arrondissement à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Abel (François), est nommé préparateur d'anatomie pathologique en remplacement de M. Pourcelot, démissionnaire. — M. Doyon (Frédéric-Adolphe-Adrien) est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-1884, préparateur du laboratoire d'histoire naturelle, en remplacement de M. Sicard, appelé à d'autres fonctions. M. le Dr Rebatel est chargé provisoirement des fonctions de chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, en remplacement de M. Chambard, démissionnaire.

Faculté des sciences de Paris. — Le jeudi 12 juin, à 3 heures, dans la salle des examens, M. Mocquard a soutenu, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : *Recherches anatomiques sur l'estomac des crustacés podophthalmaires.* — Le mercredi 18 juin, à 9 heures, dans la salle des examens, M. H.-A. Guntz soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : *Recherches thermiques sur les combinaisons du fluor* (*Revue scientifique*).

Faculté de médecine de Nancy. — M. Aubry est nommé, pour trois ans, chef de clinique ophtalmologique en remplacement de M. Stœber, démissionnaire.

Faculté des sciences de Nancy. — M. Wolff, chargé des fonctions de préparateur de chimie, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Bannerant, décédé.

Faculté de médecine de Prague. — Le collège des professeurs de la faculté de médecine de Prague a résolu de proposer à l'acceptation du ministre pour remplacer le professeur Hasner démissionnaire, MM. Becker (d'Heidelberg), Fuchs (de Liège) et Sattler (d'Erlangen). M. Becker a déclaré qu'il n'accepterait que si la clinique des yeux était réorganisée selon les besoins de la science actuelle. — La même faculté a n'ayant proposé à l'acceptation du ministre pour la chaire d'anatomie que M. Æby (de Berne), le ministre a retourné la proposition avec l'ordre de lui proposer trois noms.

Hôpital de Berck-sur-mer. — Le jury du concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer se composera de MM. les Drs Cadet de Gassicourt, Moizart et Richelot. Les candidats sont au nombre de huit : MM. Garnier, Gautier, Ircovescou, Le Clerc, Matton, Polach, Regnault et Revertégat.

Hôpitaux de Bordeaux. — Après un concours dans lequel son concurrent, le Dr Monod, a également fait preuve de brillantes qualités, le Dr Boursier, comme lui ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux de cette dernière ville.

Ecole préparatoire de médecine d'Amiens. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 15 décembre 1884 à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Legs. — L'assistance publique vient d'hériter d'une somme de plus de deux millions qui lui a été laissée par feu Mme la baronne Alquier. D'après le désir de la testatrice, cette somme devra être consacrée à la création d'un nouvel hospice pour les indigents de Paris.

Médecins militaires. — Par décret en date du 9 juin 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve : *Au grade de médecin-major de 1re classe* : MM. Paillard (Théodore-Alphonse), Brulet (Etienne-Eugène-Philippe), Lebeuf (François-Louis-Félix), Laurent (Alexandre-Auguste-Marie), Eloi (Charles), Baraduc (Armand-Alexis), Varaillon (Marie-Réné-Ernest), Matignon (Auguste-Marie-Louis), Chabert (Georges-Marie-Louis), Chabrier, (Jean-Baptiste-Jules), Verrier (Paul-Louis), Coffier (Marie-Henri-Théophile), Raguit (Pierre-Ernest-Gaston), Piou (Paul), Gaudrez (Jules-Joseph-Alphonse), Gendron (François-Eugène-Omer).

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe : M. Barbin (Henri-Charles-Marie).

Choléra. — On nous assure qu'il y a eu quelques cas de choléra en Cochinchine, dans le courant du mois de mai.

Excursion anthropologique. — M. Gabriel de Mortillet, professeurs d'anthropologie préhistorique à l'Ecole d'anthropologie de Paris, fera une excursion en Bretagne de huit à neuf jours, conformément au programme suivant : Le départ aura lieu de Paris le 25 juin 1884, à sept heures et demie du matin, de la gare du chemin de fer de l'Ouest (gare Montparnasse). Le rendez-vous est à la gare à 7 heures.

Rennes : Musée, collections de la Faculté et collection Forhier.

Vannes : Musée et collection de Limur, Gavr'Innis et Er-Lannic dans la mer du Morbihan. Plouharnel, Erdeven, Quiberon, Cornac et Locmariaker : Menhirs, alignements, dolmens et tumulus.

Pont-l'Abbé : Collection de Châtelier à Hernuz ; tumulus. Les personnes qui voudraient prendre part à cette exeursion et jouir des avantages, sont priées d'en aviser immédiatement M. Gabriel de Mortillet, au château de St-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise), le nombre des excursionnistes étant limité.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 22 juin 1884, à Savigny-sur-Orge, Longjumeau, Palaiseau et Orsay.

Rendez-vous gare d'Orléans, où l'on prendra à 7 h. 40 m. le train pour Savigny.

Rentrée à Paris à 6 h. 10.

N. B. — Pour profiter de la réduction do 50 0/0, il est indispensable de verser le montant de la demi place au Laboratoire de géologie, avant samedi soir 4 heures.

Herborisations. — M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique le dimanche 22 juin, *dans les bois de Châville-Versailles*. Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse, à 11 heures, pour la station de *Châville*.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation le dimanche 22 juin, dans les bois de Beauchamps.

Départ de Paris (gare du Nord), à 11 heures 25, pour la station d'Herblay.

Nécrologie. — La *Gazette hebdomadaire* annonce la mort d'un de ses collaborateurs, le Dr Eugène Pierre Nicolas Fournier qui a succombé le 10 juin aux suites d'une maladie organique qui depuis plusieurs années déjà avait profondément altéré sa santé. — La *Gazzetta degli ospitali*, nous apprend la mort du Dr Giovanni Franceschi, professeur ordinaire de matière médicale à la Faculté de médecine de Bologne. — M. Létiévant, professeur adjoint de pathologie interne à la faculté de médecine de Lyon et chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, vient de mourir. Il avait publié en 1873 un *Traité des sections nerveuses*. — L'*Union médicale*, annonce la mort de MM. Rabutin (Seine-et-Marne) ; Bigaud (à Vesoul, Haute-Saône) ; Pouillet (à Lille) ; Vivant (à Beaufort, Jura) et Goupil des Pallières (de Nemours), correspondant de l'Académie de médecine depuis 1825.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 gr. d'alcaloïdes, 12 gr. d'extractifs pour 1000 gr. de vin d'Espagne diastasé. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 centigr. de sel ferreux pour 30 gr. de vin de quinquina titré. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies, etc., etc.*

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

PEPTO-FER JAILLET

ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Pepto-Fer Jaillet est le résultat de la **combinaison** de la ***Viande*** et du ***Fer***; c'est un ***Aliment ferrugineux*** par excellence. — Il résulte des expériences faites dans plusieurs *Hôpitaux de Paris* et notamment à **SAINT-ANTOINE**, à **BEAUJON**, à **COCHIN**, à **TENON** et autres, que c'est la préparation martiale qui donne les effets les plus **rapides** sans avoir **aucun** des inconvénients de tous les autres ferrugineux.

DOSE : Le PEPTO-FER, d'un goût très agréable, se prend comme une liqueur, une cuillerée à bouche après chaque repas.

DARRASSE & Cie, 21, rue Simon-le-Franc, PARIS. — ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

Dr CH. NEIDERT

Médecin-Consultant.

MALADIES DU LARYNX ET DE LA POITRINE.

(BADEN-BADEN)

AVIS

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE

Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

EN DÉTAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A

LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — MIGRAINES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

SPÉCIFIQUE
des maladies nerveuses en général.

CAPSULES BRUEL

PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 19, Faub.t Montmartre

POUDRE HÉMATIQUE

du Dr Guerder

SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ

Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants
Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie
Affections organiques des Voies digestives

PRIX DU FLACON : 3 FR. 50

PARIS, Pharmacie DALMON, Faubourg Saint-Denis,

COQUELUCHE

guérie sûrement et promptement par le

SIROP BENZOIQUE

au Benzoate d'Ammoniaque de Ch. SERRES, Ph.

Dépôt principal : 61, r. de Seine, Paris,

ET DANS TOUTES BONNES PHARMACIES

L'Eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **CONTREXÉVILLE**

qui soit décrétée d'intérêt public.

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central à Paris, 31, boul. des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. (Clinique des maladies du système nerveuses. — M. le professeur Charcot a repris ses leçons du vendredi, le 9 mai. — M. A. Voisin : clinique mentale, le dimanche à 9 h. 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphylitiques : M. Fournier, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. Péan, le samedi, à 9 heures. — M. Lailler : leçons sur les *teignes*, dimanche, 9 h.

Hôpital Tenon. — Chirurgie. — Service M. de Lucas-Championnière. — Visite à 9 heures 1/4. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. — Salle Nélaton (H.) : 2, fracture des métatarsiens ; 5, empyème ; 13, fracture de la rotule ; 15, opération d'Estlander ; 16, gangrène de la jambe consécutive à la fièvre typhoïde, amputation de cuisse ; 21, lymphangite gangréneuse, délirium tremens. — Salle Lisfranc (H.) : 15, phlegmon urineux ; 19, amputation de cuisse ; 22, brûlure du genou. — Salle Velpeau (H.) : 8, fracture de l'acromion, 9, fracture du bassin et de l'avant-bras ; 10, morsure de cheval. — Salle Richard Wallace (F.) : 2, phlegmon du cou ; 3, fistule vésico-utérine ; 6, ovariotomie ; 7, luxation de l'épaule ; 10, hernie ombilicale étranglée, opérée ; 12, tumeurs érectiles du cuir chevelu, 14, kyste de l'ovaire ; 15, ovariotomie ; 17, prolapsus de l'utérus ; 19, corps fibreux de l'utérus. — Salle Boyer (F. et crèche) : 1, fracture du coude ; 4, ophthalmie purulente ; 5, prolapsus utérin ; 6, résection du maxillaire inférieure ; 10, kyste de l'ovaire.

Service de M. le Dr Gillette. — Visite à 9 heures. Consultation les mardis, jeudis et samedis. — Salle Monthyon (H.) : 1, fistule à l'anus ; 3, coxalgie ; 5, luxation de l'extrémité externe de la clavicule ; 12, fracture de l'extrémité inférieure de la jambe ; 15, rétrécissement de l'urèthre ; 23, érysipèle phlegmoneux. — Salle Seymour (H.) : 2, fracture de jambe ; 4, arthrite blennorrhagique médio-tarsienne ; 5, hématome de la cuisse ; 8, ongle incarné ; 10, hernie étranglée, kélotomie ; 11, fracture du coude ; 15, synovite tendineuse plastique du poignet ; 18, kyste du cou-de-pied ; 19, gangrène sénile ; 20, fracture articulaire du genou. — Salle Dupuytren (H.) : 6, abcès de la fosse iliaque ; 8, épithélioma buccal. — Salle Ambroise Paré (F.) : 2, coxalgie ; 3, ostéo-sarcome de la cuisse ; 4, fracture de la colonne vertébrale ; 8, tumeur érectile de la joue ; 9, abcès du sein ; 10, kérato-conjonctivite. — Salle Delessert (F.).

Médecine. — Service de M. Strauss. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis. — Salles Andral (H.), Claude Bernard (F.), Behier (F.).

Service de M. Landouzy. — Visite à 9 heures. Consultations les mardis. — Salles Valleix (crèche), Lelong (H.), Bouillaud (F.).

Service de M. Rathery, suppléé par M. Barth. Visite à 9 h. 1/2. Consultations les mercredis. — Salles Bichat (H.), Laënnec (F.), Magendie (F.).

Service de M. Troisier. — Visite à 9 heures. Consultation les jeudis. — Salle Gérando (H.) : 4, pneumothorax ; 8, 10, fièvre typhoïde ; 15, pneumothorax ; 16, 24, cirrhose atrophique ; 20, insuffisances mitrale et aortique. — Salle Rayer (F.) : 2, hémorrhagie cérébrale ; 5, 10, fièvre typhoïde ; 12, insuffisance mitrale ; 18, carcinome utérin.

Service de M. Gaillard-Lacombe. — Visite à 9 heures. Consultation les vendredis. — Salle Barth (H.) : 1, kyste hydatique du foie ; 2, pleurésie tuberculeuse ; 5, monoplégie saturnine ; 6, atrophie spinale aiguë de l'adulte ; 9, maladie de Parkinson ; 11, arthrite blennorrhagique ; 22, gastro-entérite. — Salle Converchef (F.) 2, lithiase biliaire ; 3, péritonite tuberculeuse ; 5, tuberculoses rénale et pulmonaire ; 6, affection cardiaque ; 12, chancre de la lèvre ; 18, pleurésie ; 22, néphrite aiguë.

Service de M. Hanot. Visite à 8 h. 1/2. — Consultation les samedis. — Salle Axenfeld (H.) : 7, sclérose en plaques unilatérale ; 13, fièvre typhoïde à forme rénale ; 20, pneumonie à durée prolongée. — Salle Colin (F.) : 1, pneumonie typhoïde ; 2, myocardite, asystolie ; 5, carcinome pleuro-pulmonaire consécutif à un carcinome du sein ; 13, cholécystite dans le cours d'une fièvre typhoïde ; 19, accidents tétaniformes ; 2, 3, pleurésie purulente, empyème.

Service de M. Du Castel. Visite à 9 h. 1/4. Salle Parrot (H.) : 1, pneumonie ; 2, hemorrhagie cérébrale, 3, syphilis cérébrale ; 5, syphilis tertiaire ; 12 et 13, sclérose pulmonaire ; 14 et 18, pneumothorax, pleurésie purulente : 33, rhumatisme cérébral ; 28, psoïtis. — Salle Lorain (H.) : 1, compression de la moelle ; 7, érysipèle de la face ; 8, pseudo-rhumatisme infectieux ; 11, phlébite traumatique ; 12, rhumatisme articulaire ; 15 et 22, pleurésie ; 28, endocardite ulcéreuse ; 27, cirrhose hypertrophique ; 32, cardiopathie. — Salle Maurice Raymond (F.) : 2, néphrite albumineuse ; 4, scarlatine ; 5, arthrite sacro-iliaque ; 7, insuffisances aortique et mitrale ; 10 et 12, fièvre typhoïde ; 13, pneumonie chronique ; 15, ulcère simple, hystérie pulmonaire ; 18, avortement ; 21, albuminurie, hémorrhagie cérébrale, cœur rénal ; 22, pneumothorax ; 29, purpura, insuffisance mitrale.

Service de M. Dreyfus-Brissac. — Visite à 9 h. moins 1/4. — Salle Pidoux (H.) : 5, fièvre typhoïde ; 10, pneumothorax ; 11, grippe 13, tuberculose pulmonaire ; 16 et 19, fièvre typhoïde ; 18, 20, diabète ; 21, broncho-pneumonie ; 22, hémiplégie gauche ; 23, bronchite aiguë ; 25, eczéma généralisé ; 26, syphilis ; 29, rhumatisme subaigu. — Salle Trousseau (H.) : 2, myélite aiguë ; 3, embarras gastrique ; 5, rhumatisme articulaire ; 8, pleurésie hémorrhagique ; 10 et 21, syphilis cérébrale ; 24, rétrécissement cicatriciel de l'œsophage ; 27, tuberculose pulmonaire. — Salle Cruveilhier (F.) : 2, pleuro-pneumonie ; 3, pneumonie du sommet ; 4, tuberculose pulmonaire, tænia ; 6, carcinome du col de l'utérus ; 9, embarras gastrique ; 10, affection cardiaque ; 13, fièvre typhoïde ; 14, érysipèle, 17, ataxie locomotrice progressive ; 18, néphrite mixte, dyspnée urémique ; 19, périmétrite ; 20, pelvi-péritonite ; 24, cancer de la vessie, incontinence d'urine ; 29, néphrite interstitielle.

Le Rédacteur-gérant : Bournéville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

DIGESTIF COMPLET
ÉLIXIR EUPEPTIQUE TISY
A BASE DE PANCRÉATINE, DIASTASE ET PEPSINE
CORRESPONDANT A LA DIGESTION DES
CORPS GRAS FÉCULENTS ET AZOTÉS
Exposition universelle 1878, Mention honorable
MÉDAILLE D'ARGENT — La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies — MÉDAILLE D'ARGENT
La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une stabilité absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigr. de diastase, 10 centigr. de pepsine et 10 centigr. de pancréatine par cuillerée à bouche.
Détail : Pharmacie BUFFIÈRE, 11, rue des Francs-Bourgeois.
Gros : Maison BAUDON, 12, rue Charles V.

MEDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878
GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON
PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*
VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*
VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.
SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.
GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.
ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.
PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*
SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12
Pureté et qualité garanties
POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10
Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées
rue St-Vincent de Paul.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 26. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 28 JUIN 1884.

Le Progrès Médical

ÉLECTROTHÉRAPIE

Note sur la polarisation du corps humain et des électrodes ;

Par Romain VIGOUROUX.

Dans sa note sur la polarisation du corps humain (voir la *Revue bibliographique*), M. de Watteville rappelle le fait qu'un courant, renversé après avoir traversé pendant quelque temps le corps, montre une augmentation d'intensité.

N'étant pas, dit-il, pour le moment en mesure d'expliquer le phénomène, il se borne à le préciser et pose la question ainsi qu'il suit : « Lorsqu'un courant est renversé après avoir traversé le corps pendant un certain temps, le galvanomètre montre que sa force est augmentée. Cette augmentation peut être due soit à une diminution de résistance, soit à une force électromotrice additionnelle dans le circuit extérieur, c'est-à-dire dans le corps et les électrodes. Cette dernière supposition n'est pas fondée ; car les électrodes et le corps mis en connexion avec un galvanomètre ne donnent aucun courant, ce qu'ils devraient faire si leur polarisation avait développé une force électromotrice suffisante pour expliquer l'augmentation du courant après son renversement. On ne peut pas non plus mettre en cause la diminution de résistance de la peau qui semble suffisante aux quelques auteurs qui ont mentionné le phénomène ; car l'excès de déviation de l'aiguille n'est que permanent, et celle-ci reprend bientôt sa position primitive, ou à peu près. L'aiguille revient d'autant plus rapidement à une position symétrique que la polarisation antérieure a été plus courte. »

La question est importante au point de vue de la théorie des alternatives voltaïques et de la polarisation des tissus. Le fait rappelé par M. de Watteville avait déjà frappé l'attention de plusieurs auteurs. M. Erb, dans son récent traité, le mentionne comme une singularité inexpliquée.

Nous croyons pouvoir en donner une explication simple et satisfaisante. D'abord il n'est pas exact de dire que, après le passage d'un courant à travers une portion quelconque du corps, le circuit extérieur (corps et électrodes) ne donne lieu à aucune déviation du galvanomètre. Il est facile de s'assurer du contraire : si, après une galvanisation on ramène les manettes du collecteur à leur point de départ, c'est-à-dire si l'on supprime l'action de la pile, sans interrompre le circuit, on voit l'aiguille du galvanomètre dépasser le zéro et se fixer à quelques divisions au delà (les divisions représentent des dix-millièmes d'ampère). Alors, si on ouvre le circuit, l'aiguille revient exactement au zéro. Il s'est donc produit, pendant le passage du courant, une force électromotrice inverse, assez considérable pour donner seule, à travers la résistance du corps, une déviation notable (de quatre à dix dix-millièmes d'ampère, suivant les cas).

Quel est le siège de cette force électromotrice ? Les électrodes ou le corps ? nous répondons : tous les deux, mais surtout les électrodes. En effet, continuons l'expérience en fixant les rhéophores aux bornes du galvanomètre (on pourrait tout aussi bien conserver leurs connexions primitives) et mettons les électrodes en contact, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un conducteur peu résistant. Immédiatement se produit une déviation énergique de l'aiguille, qui, pour le passage préalable d'un courant de 10 Leclanché pendant 3 minutes à travers le corps, atteint 40 dix-millièmes et plus. Il s'agit, dans cette expérience, d'électrodes ordinaires de charbon, revêtues de peau de chamois et imbibées d'eau de fontaine. On obtient des résultats identiques avec des électrodes en éponge, en métal recouvert de linge, etc. Celles en charbon et peau conservent leur polarisation jusqu'à dessication complète et en donnent même alors des traces si on les mouille à nouveau.

Quant à la force électromotrice de polarisation du corps elle est plus faible de beaucoup et très difficile à constater. Les galvanomètres ordinaires sont insuffisants. Nous avons employé un électromètre horizontal de Lippmann dans lequel la colonne de mercure se déplace d'un millimètre pour une différence d'un quatre-centième de volt. Des électrodes ordinaires *neuves*, étant reliées aux bornes de l'instrument, nous les mettions rapidement à la place que venaient de quitter celles qui avaient livré passage au courant. Ces électrodes ordinaires nous paraissent préférables, pour cet objet, aux électrodes impolarisables et à celles en platine. Malgré la grande sensibilité de notre instrument, nous n'avons pas réussi à mettre nettement en évidence le courant de polarisation du corps. La force électromotrice de ce courant est donc très faible, de l'ordre tout au plus des millièmes de volt. Elle siège probablement dans les couches superficielles de la peau, car pour le reste du corps le mouvement des liquides rend difficilement admissible l'existence d'une polarisation. Mais c'est là un sujet à étudier en soi. En ce qui concerne la question actuelle, il nous suffit de pouvoir dire que le rôle de la polarisation des tissus est tout à fait négligeable.

Après ce qui précède, l'explication du phénomène en question se présente d'elle-même. La polarisation des électrodes augmente (jusqu'à une certaine limite) pendant le passage du courant et la force électromotrice inverse qui en résulte a le même effet qu'un accroissement de résistance. Dès que le courant est renversé, cette résistance accessoire disparaît et de plus le courant de polarisation vient s'ajouter au courant principal. En d'autres termes, les électrodes (et si l'on veut le corps) se comportent comme des accumulateurs qui se chargent pendant que le courant conserve la même direction et se déchargent dès qu'il est renversé. Si ensuite l'aiguille tend à revenir à son indication primitive, c'est-à-dire si le courant tend à reprendre sa valeur première c'est que le même processus se répète. On comprend, en outre, que le courant renversé doit recevoir de ce fait une augmentation notable. Car cette augmentation se compose 1° de l'absence de diminution par le courant inverse de polarisation, 2° de l'addition de ce courant au courant renversé. De sorte qu'*immédiatement* après le

© BIU Santé

renversement l'aiguille doit éprouver un *surcroît* d'impulsion égal *au double* de celle que produirait le courant de polarisation seul, à travers la résistance du corps. Ce qui est conforme à l'observation.

ANATOMIE

Note sur la région sylvienne et en particulier sur les plis temporo-pariétaux;

Par Ch. FÉRÉ (1).

Lorsqu'on étudie le développement de la doctrine des localisations cérébrales, et en particulier l'histoire de l'aphasie, on est frappé de l'insuffisance des notions anatomiques qui a si souvent obscurci les discussions: un bon nombre d'observations qui ne sont point accompagnées de figures dessinées d'après nature, doivent être considérées comme nulles. Aujourd'hui, la localisation des troubles de l'usage des signes, sous l'impulsion des travaux de MM. Wernicke, Kussmaul, Charcot, etc., est entrée dans une nouvelle phase: les troubles de perception et d'expression ont pu être étudiés isolément, mais la localisation anatomique des lésions qui les produisent est encore, sauf pour ce qui regarde l'aphasie de Broca, imparfaitement déterminée. On ne saurait donc apporter trop de soin à la description morphologique de la région incriminée, pour éviter autant que possible les chances de confusion ; aussi avons-nous pensé qu'on nous pardonnerait d'insister sur un point d'anatomie en apparence peu important.

Lorsqu'on examine un hémisphère cérébral reposant sur sa face interne, et qu'on écarte les bords de la scissure de Sylvius, on découvre une saillie irrégulièrement conique, c'est l'*insula de Reil* ou le *lobule du corps strié*. Ce lobule est constitué ordinairement par trois plis radiés qui, nés du sommet du cône, tournés en bas et en avant, se dirigent vers leur insertion marginale, où ils se subdivisent fréquemment, les deux postérieurs du moins, en deux plis secondaires. Sans donner de règle absolue, on peut dire qu'en général le *pli antérieur*, le plus court (I, 1, *fig.* 50), un peu oblique en avant et en haut, correspond à son expansion aux deux tiers antérieurs de la 3e frontale ; le *pli moyen* (I, 2, *fig.* 50) presque vertical, correspond au pied de la 3e frontale et à la frontale ascendante; le *pli postérieur* (I, 3, *fig.* 50), le plus long répond à la pariétale ascendante et à la partie antérieure du lobule pariétal inférieur.

Ainsi constitué, l'insula est limité par trois sillons profonds ou *rigoles* (Broca); 1° une *rigole antérieure* (D C, *fig.* 50) qui le sépare de la partie antérieure de la troisième frontale; 2° une *rigole supérieure* (C E, *fig.* 50) qui la sépare du bord supérieur de la scissure de Sylvius, sur lequel on remarque, d'avant en arrière, la *branche antérieure de la scissure de Sylvius* (S A, *fig.* 50), le *cap* (C) de la troisième circonvolution frontale (2), la *branche ascendante ou verticale de la scissure de Sylvius* (3) (S V, *fig.* 50), le pied de la troisième frontale siège de la faculté du langage articulé (L A, *fig.* 50); la partie inférieure de la frontale ascendante (F A, *fig.* 50) séparée de la précédente par le *sillon préfrontal* ou *prérolandique* qui, quelquefois incise profondément, le bord de la scissure de Sylvius, la partie inférieure de la circonvolution pariétale ascendante (P A) (*fig.* 50), séparée de la précédente par le sillon de Rolando (R R), la partie antérieure et supérieure (E, *fig.* 50) du lobule marginal E B H qui entoure l'extrémité de la scissure de Sylvius. 3° Quant à la *rigole inférieure* (D E, *fig.* 50) elle est beaucoup moins profonde et la limite de l'insula est moins tranchée de ce côté. Ce sillon peut être divisé en deux segments; l'un antérieur (D M, *fig.* 50) séparant l'insula de la première circonvolution temporo-sphénoïdale (T' T'', *fig.* 50); et une postérieure (E M, *fig.* 50) oblique de haut en bas et d'arrière en avant, séparant l'insula d'une région qui est souvent confondue avec lui et que nous allons maintenant étudier.

D'après Broca (1), la région que nous venons de décrire sommairement constitue la partie antérieure et inférieure de l'insula ou l'insula proprement dit; la région suivante constituerait, suivant lui, une région postéro-supérieure de l'insula. Si nous considérons, en effet, le cerveau dans la position où nous l'avons placé, c'est-à-dire les bords de la scissure de Sylvius écartés, il existe bien une *région rétro-insulaire* (E M U N H, fig. 50), comprise dans l'écartement de l'extémité postérieure de la scissure, et dont la configuration offre une certaine analogie avec celle de l'insula.

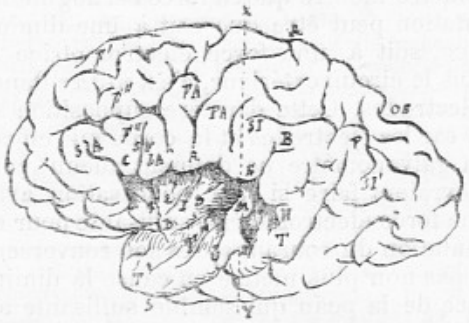


Fig. 50.— Figure destinée à montrer les limites postéro-inférieures de l'insula de Reil. — F', F'', F''', les trois circonvolutions frontales. — SA, branche antérieure de la scissure de Sylvius. — SV, branche ascendante ou verticale de la scissure de Sylvius. — D, B, scissure de Sylvius ouverte pour montrer l'insula. — R, R, sillon de Rolando. — FA, circonvolution frontale ascendante. — PA, circonvolution pariétale ascendante. — SI, SI', scissure interpariétale. — OE, scissure occipitale externe. — EB P, lobule pariétal inférieur. T', T'', T''', première circonvolution temporale. — I, insula et 1, 2, 3, ses trois plis principaux. — M, pli temporo-pariétal. — X, E, Y, section passant en arrière de la partie postérieure du noyau lenticulaire. D'après une photographie de M. Londe).

Cette région est constituée par un pli (M, fig. 50), souvent dédoublé, oblique de bas en haut et d'avant en arrière, partant de la première temporale et se dirigeant sur le bord supérieur de Sylvius, en arrière de la partie inférieure de la pariétale ascendante. Suivant Broca, ce pli, désigné par Heschl sous le nom de *circonvolution temporale transverse*, serait toujours profond, aussi l'appelle-t-il *pli de passage temporo-pariétal profond*; mais il n'est pas toujours unique: très fréquemment il est double, et quelquefois, suivant la longueur de la scissure de Sylvius, il existe encore en arrière un contrefort qui lui est parallèle, de sorte que la région rétro-insulaire (E U H) est plus ou moins étendue, suivant les sujets. En outre, il arrive très souvent que ces plis ne soient pas profonds dans toute leur étendue, mais soient plus ou moins saillants à leur insertion inférieure (M N, fig. 50), qui, d'ailleurs, tantôt se rapproche, tantôt s'éloigne de la corne sphénoïdale.

Il n'est pas rare de voir le sillon qui limite en arrière le

(1) Communication faite à la *Société anatomique* (mai, 1884).

(2) Broca. — *Etude sur le cerveau du gorille.* (*Rev. d'anthrop.*, 2e série, t. I, p. 20.)

(3) Les branches antérieure et verticale de la scissure de Sylvius sont d'abord confondues à leur origine et ne se distinguent que par les progrès du développement (Féré. — *Rev. d'Anthrop.*, 1879, p. 670).

(1) P. Broca. — *Anatomie comparée des circonvolutions cérébrales.* (*Rev. d'Anthrop.*, 3e série, t. I, p. 485).

© BIU Santé

pli de passage temporo-pariétal inciser plus ou moins profondément la face supérieure de la première circonvolution temporale, qui, d'autre part, peut se trouver échancrée d'une façon analogue par sa partie supérieure, un peu en avant. S'il arrive que ces deux incisure se rencontrent en N (fig. 50), par exemple, la première circonvolution temporo-sphénoïdale est complètement coupée ; la scissure parallèle paraît se jeter dans la scissure de Sylvius, et rappelle une disposition commune chez certains singes, et notamment chez les cercopithèques, tandis qu'en réalité elle a conservé sa direction normale ; mais elle est compliquée et anastomosée avec la scissure de Sylvius. Dans cette circonstance, le pli temporo-pariétal (M, fig. 50) se continue directement avec la portion antérieure (U T' T'', fig. 50) de la première temporo-sphénoïdal et forme un *pli sphénoïdo-pariétal* saillant dans la plus grande partie de son étendue. Cette disposition irrégulière, qui coexiste quelquefois avec

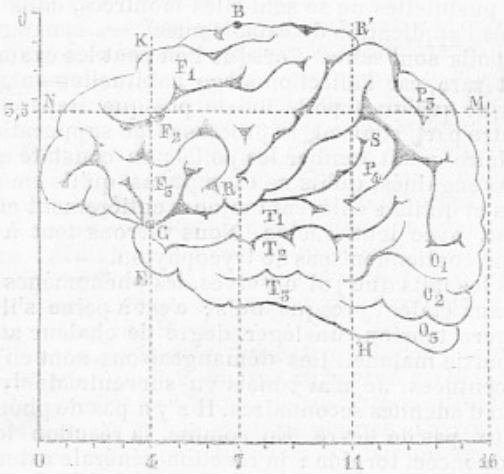


Fig. 51.— Figure demi schematique du cerveau, destinée à montrer les rapports et les sillons avec les sutures du crâne, et avec les masses centrales (1).—F_1, F_2, F_3, les trois circonvolutions frontales. —R, R', sillon de Rolando. — P_3, lobule pariétal supérieur. — P_4, lobule pariétal inférieur. 0_1, 0_2, 0_3, circonvolutions occipitales. — T_1, T_2, T_3, circonvolutions temporales. — C, S, scissure de Sylvius. — B, bregma. — C, ptérion. — La section M, N, passant à 35 mm. au-dessous de la convexité de l'hemisphère donne le niveau supérieur des masses grise centrales. — La section K, E, répond à la limite antérieure du corps strié. — La section R', H, la limite postérieure de la couche optique (la longueur totale du corps opto-strié étant d'environ 7 centimètres).

d'autres anomalies graves des circonvolutions (1), peut se rencontrer seule, comme j'en ai montré récemment un bel exemple (2), mais souvent elle coïncide avec des plis de passage interrompant la scissure parallèle, comme dans la figure de Giacomini (3).

En général, les plis temporo ou sphénoïdo-pariétaux s'affaissent complètement à leur extrémité pariétale qui s'imbrique à la manière des dents de roues d'engrenage avec des contreforts plus ou moins allongés qui partent de la portion pariétale de la circonvolution marginale supérieure. Ces contreforts ou *plis pariéto-temporaux* sont obliques d'avant en arrière et de haut en bas, qui offrent par conséquent une direction inverse de celle des plis temporo pariétaux, sont rarement aussi longs que ces derniers; mais cela peut se voir.

La limite postérieure de l'insula est marquée par l'angle ouvert en avant formé par l'intersection des plis temporo-pariétal et pariéto-temporal antérieurs. Si on fait passer par ce point une coupe (K Y, *fig.* 50) verticale et transversale de l'hémisphère, tout le noyau lentriculaire du corps strié reste en avant. Ce noyau, qui se prolonge beaucoup moins en arrière que la couche, optique (R' H, *fig.* 51) n'a donc aucun rapport avec la région rétro-insulaire de la vallée de Sylvius.

Ainsi la direction et les insertions de ces plis suffisent à la faire distinguer des plis radiés de l'insula, même dans les conditions où nous sommes placés, et dans lesquelles on examine ordinairement l'insula à l'autopsie. Mais si un cerveau maintenu dans sa forme par ses membranes qui viennent rapprochée les bords de la scissure de Sylvius, nous pratiquons une coupe verticale et longitudinale pas-

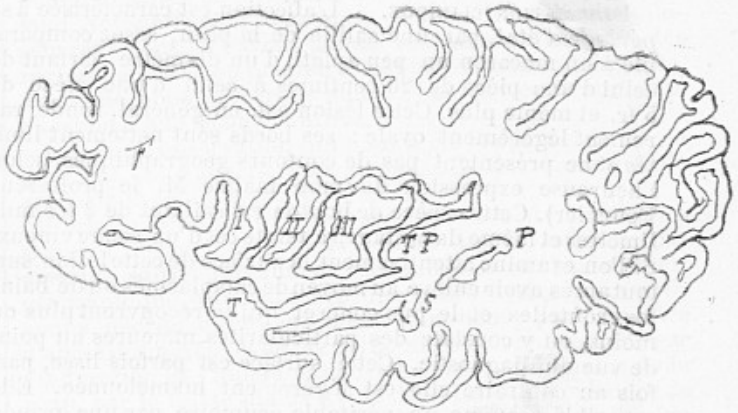


Fig. 52.— Figure représentant la face interne du segment externe d'une coupe verticale et longitudinale passant par la base de l'insula. — F, région frontale. — O, région occipitale. — T, première circonvolution pariétale. — S, P, fond de la scissure parallèle.—F, P, coupe du pli de passage temporo-pariétal. — I, II, III, premier, deuxième et troisième plis insulaires. (Calquée sur une photographie de M. Londe).

sant par le fond des rigoles qui limitent l'insula (*fig.* 52), nous reconnaissons facilement la coupe des circonvolutions des plis insulaires (I, *fig.* 52) et rétro-insulaire (T F, *fig.* 52), nous pouvons nous assurer que les derniers font partie de l'*enceinte* : les plis pariéto-temporaux et temporo-pariétaux s'imbriquent entre eux pour fermer la partie postérieure de la vallée de Sylvius et pour contribuer à recouvrir l'insula. Cette disposition se montre encore plus nettement si, sur le segment externe de notre coupe, nous enlevons le cône formé par l'insula ; il reste alors un entonnoir dont la paroi postérieure est formée par les plis soi-disant rétro-insulaires.

Sur une coupe de Flechsig, pratiquée sur un cerveau dépouillé de ses membranes, le lobe temporal s'écarte en dehors, et les plis temporo-pariétaux prennent une direction presque transversale.

En résumé : 1° l'insula est rigoureusement limité par les trois rigoles; 2° tous les autres plis que l'on aperçoit dans l'écartement de la scissure de Sylvius doivent être rattachés aux différentes circonvolutions qui forment l'enceinte et concourent à recouvrir l'insula. C'est une distinction qu'il est utile de faire au point de vue de la localisation de lésions de l'aphasie motrice, de la cécité et de la surdité verbales.

(1) Ch. Féré — *Note sur quelques points de la topographie du cerveau.* (*Bull. Soc. anat.*, 1875, p. 828, et *Arch. de phys. norm. et path.*, 1876, p. 247. — *Note sur le développement du cerveau considéré dans ses rapports avec le crâne.* (*Rev. d'anthropologie*, 1879, p. 661). — *Nouvelles recherches sur la topographie cranio-cérébrale.* (*Rev. d'anthrop.*, 1881, p. 468). — *Contrib. à l'ét. de la topogranhie cranio-cérébrale chez quelques singes.* (*Journ. de l'anatomie et de la physiologie*, 1882, p. 545). — *Anomalies des circonvolutions.* (*Bull. Soc. anat.*, 1876, p. 172).

(2) Société anatomique, 4 mars.

(3) Giacomini. — *Varieta delle circonvoluzione cerebrale.* Torino, 1882, p. 51.

© BIU Santé

DERMATOLOGIE

Sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées, conglomérées en placards ;

Par le Dr H. LELOIR, chef de clinique de la Faculté de Paris (1).

J'ai l'honneur de présenter à la Société les moulages faits par Baretta et les préparations anatomiques d'une forme particulière de perifolliculites conglomérées de la peau. Déjà, en février 1881, j'avais eu occasion d'en présenter un cas à cette même Société ; mais la nature précise de l'affection m'avait échappé à cette époque. Malgré mes recherches bibliographiques, je n'ai trouvé nulle part une description de cette lésion cutanée. Il s'agit ici d'une forme spéciale et non encore étudiée de périfolliculites et folliculites conglomérées en placards, selon la remarque de M. le professeur Fournier, de MM. les Drs Besnier, Lailler, Vidal, Doyon, Quinquaud, et de MM. les Drs Balzer, Barthélemy, Bruchet, qui ont pu voir dans le service de M. le professeur Fournier plusieurs malades atteints de cette affection, avec les moulages et pièces qui s'y rapportent (2).

DESCRIPTION CLINIQUE. L'affection est caractérisée à sa *période d'état*, par une saillie de la peau, assez comparable à un macaron un peu aplati, d'un diamètre variant de celui d'une pièce de 20 centimes à celui d'une pièce de 5 fr. et même plus. Cette lésion est, en général, ronde, rarement légèrement ovale ; ses bords sont nettement limités et ne présentent pas de contours géographiques (selon l'heureuse expression de mon maître M. le professeur Fournier). Cette espèce de bouton est saillant de 2 à 5 millimètres et même davantage, sa teinte est d'un rouge vineux. Si l'on examine attentivement la surface de cette lésion, surtout après avoir enlevé au moyen de cataplasmes ou de bains les croûtelles et le pus concret qui la recouvrent plus ou moins, on y constate des particularités majeures au point de vue du diagnostic. Cette surface est parfois lisse, parfois au contraire elle est légèrement mamelonnée. Elle est criblée comme un véritable écumoire par une grande quantité de petits orifices grands environ comme une grosse pointe d'épingle et quelquefois comme une petite tête d'épingle. Un grand nombre de ces petits pertuis sont obstrués par un bouchon jaunâtre de pus concret. Il est tout à fait exceptionnel d'y constater la présence de poils quelconques.

Outre ces orifices, il existe dans la peau de nombreux points jaunes gros comme des grains de sable ou des grains de mil, qui deviendront à leur tour de petits pertuis lorsque l'épiderme mortifié qui les recouvre aura été enlevé d'une façon ou d'une autre, ou chassé par le pus sous-jacent, quand on comprime la partie malade. Quand la lésion est un peu plus avancée, on constate parfois la présence d'orifices un peu plus grands, gros environ comme des têtes d'épingles et un peu ulcérés. Ces différents points correspondent évidemment à des orifices glandulaires ainsi que nous le verrons d'ailleurs nettement tout à l'heure. Si l'on comprime ces lésions, on fait sourdre par les orifices très nombreux une grande quantité de gouttelettes de pus tantôt franc, tantôt au contraire d'une sorte de liquide séreux.

Souvent aussi on fait sourdre, comme à travers un crible, ou mieux en pomme d'arrosoir, une grande quantité de petits boudins allongés, analogues à du vermicelle fin. Si l'on introduit une soie de cochon ou un fil d'argent dans ces petits pertuis, le petit stylet y pénètre de quelques millim. environ d'une façon perpendiculaire ou quelquefois oblique, mais jamais, au début tout au moins, on ne constate de décollement du derme au niveau des régions ambiantes.

Dans un stade plus avancé et dans certaines formes plus accentuées auxquelles je donnerais volontiers le nom de formes phlegmoneuses ou anthracoïdes, la saillie s'accentue, le toucher permet quelquefois de percevoir à son niveau une sorte de sensation de fluctuation vague. Parfois alors il se produit, dans certains points, de légers décollements du derme, de petits clapiers purulents intra-cutanés, ainsi qu'on peut le constater en introduisant par les orifices souvent alors un peu élargis un mince stylet. En comprimant la surface malade, on peut quelquefois faire jaillir le pus au travers d'un ou deux orifices à une assez grande distance. Dans ces formes anthracoïdes, le pus est assez souvent légèrement sanieux. Dans certains cas, mais c'était de beaucoup l'exception dans les neuf faits dont je possède les observations ; il existait, à une petite distance du grand placard, deux ou trois petites périfolliculites paraissant siéger autour des poils follets de la région (je n'ai observé ce fait que deux fois et encore ces petites pustulettes ne se sont-elles montrées, dans ces cas, qu'après l'application de cataplasmes).

Les poils sont sains. Lorsque l'on peut les examiner (ce qui est rare, car l'affection siège habituellement, là où il n'y a que quelques poils follets presque imperceptibles, et d'autre part, souvent, le processus de suppuration périfolliculaire a fait tomber les poils) ; on constate qu'ils ne sont pas engaînés, qu'ils ne cassent pas qu'ils ne sont pas friables et qu'ils s'enlèvent toujours entièrement et très facilement avec leur racine. Nous verrons tout à l'heure qu'ils ne contiennent pas de trycophyton.

Dans les faits que j'ai observés, les phénomènes subjectifs locaux étaient presque nuls ; c'est à peine s'il existait une légère tension, un léger degré de chaleur au niveau de la partie malade. Les démangeaisons sont en général peu accentuées. Je n'ai jamais vu survenir de lymphangites ou d'adénites secondaires. Il n'y a pas de phénomènes généraux, pas de fièvre. En somme, la réaction locale est peu prononcée, torpide ; la réaction générale est nulle.

J'ai observé cette affection : quatre fois à la face dorsale des mains, deux fois à la région antérieure du poignet, une fois à la face dorsale du pied ; une fois je l'ai trouvée disséminée dans différents points du corps, mais en particulier au niveau des membres supérieurs et inférieurs ; enfin je l'ai observée une fois à la face externe de la cuisse. Jamais je ne lui ai vu occuper les régions palmaire ou plantaire. Le plus souvent la lésion est unique ; quelquefois il existe deux placards, plus rarement trois. Très exceptionnellement on en observe un plus grand nombre, une dizaine par exemple, comme dans l'observation que j'ai présentée en février 1881, à la Société anatomique, et qui fut considérée un moment comme un cas de lymphadénie cutanée (ce cas a été vu en janvier 1881 par MM. Vulpian, Hardy, Besnier, Vidal).

EVOLUTION. — Cet affection débute rapidement, et en huit jours environ elle arrive à la période d'état. Alors elle se maintient à cette période d'état pendant 8 ou 15 jours environ, et si elle est convenablement traitée, on voit cette espèce de bouton s'affaisser peu à peu et guérir en une douzaine de jours, parfois plus, parfois moins ; cela dépend du volume de la lésion et de l'intensité des phénomènes observés. Dans un cas, l'affection mal soignée ayant duré six semaines sans arriver à la période de régression, j'ai vu survenir un état papillomateux peu accentué d'ailleurs de la surface du placard. Sous cet aspect, la lésion rappelait de très près, à un examen superficiel, les papillomes inflammatoires de Roser et de Weil. Il est probable même que ces papillomes inflammatoires ne sont souvent autre chose que des périfolliculites dégénérées. Mais un examen clinique minutieux, complété par un examen histologique sérieux, permettra toujours de constater facilement que la lésion primaire, majeure, siège au niveau des follicules et que l'état papillomateux de la surface du placard est secondaire à l'inflammation de la peau produite par cette périfolliculite.

(1) Note présentée à la Société anatomique le 2 mai 1884. Le résultat de mes recherches sera publié prochainement *in extenso* avec figures à l'appui, dans les *Annales de Dermatologie* (n° de juillet 1884).

(2) Je remercie M. le professeur Fournier, MM. les Drs Besnier, Lailler, Quinquaud et Vidal, de l'extrême obligeance qu'ils ont mise à faciliter mes recherches et à m'aider de leurs conseils.

© BIU Santé

Il n'y a pas d'eschares, pas de bourbillons, pas d'ulcérations. Le plus souvent cette affection guérit sans laisser de cicatrices, ou s'il y en a, celles-ci sont en tous cas très superficielles, minuscules, à peine visibles au bout de quelque temps. Il persiste souvent à la suite de la disparition du placard une teinte livide, violacée ou bistrée de la peau, durant quelquefois un temps assez long.

Variétés. — La forme la plus fréquente et la plus caractéristique est celle que je viens de décrire. Comme variétés principales observées, je citerai : 1° celle où il se produit des clapiers purulents peu étendus en général avec sensation de fluctuation (*variété anthracoïde* ou phlegmoneuse). Sous cet aspect, l'affection simule d'assez près un anthrax torpide. Malgré cette apparence, lorsqu'elle est convenablement traitée, elle évolue presque aussi rapidement que la forme précédente ; 2° une forme beaucoup plus rare est celle où la surface de la peau finit par prendre une apparence papillomateuse et simuler au premier abord un placard étalé de papillome enflammé. C'est la *variété papillomateuse* dont il a été question plus haut.

Diagnostic. — Les principales affections cutanées qui pourraient être confondues avec la lésion que nous venons d'étudier sont :

Le *sycosis parasitaire*, mais dans notre affection, les poils, ainsi que nous l'avons vu, sont absolument sains ; jamais l'examen histologique ne nous a permis de trouver la moindre trace de trichophyton ; jamais nous n'avons trouvé de pityriasis alba parasitaire, d'herpès circiné des régions ambiantes. Enfin, dans l'affection que nous avons décrite, l'évolution est beaucoup plus rapide que celle du sycosis parasitaire, et la guérison se fait en quelque sorte spontanément sous l'influence d'un simple traitement compressif ou émollient.

Le *bouton de Biskra* présente quelques analogies avec cette affection, mais la surface du bouton de Biskra est plus papillomateuse ; on n'y trouve pas cette multitude de petits orifices par où le pus sort en pomme d'arrosoir comme dans notre affection ; la lésion du bouton de Biskra est plutôt constituée par des tubercules pouvant s'ulcérer que par des périfolliculites suppurées. Son évolution est beaucoup plus lente, sa guérison beaucoup plus difficile ; il laisse à sa suite des cicatrices, et enfin on ne le trouve que chez des sujets qui ont habité certains pays.

D'après l'opinion de plusieurs chirurgiens distingués, certains *anthrax* torpides se rapprochent d'assez près, par quelques-uns de leurs phénomènes objectifs, des formes plus saillantes et phlegmoneuses de notre affection. Mais, dans l'anthrax, il existe toujours des bourbillons, un sphacèle plus ou moins étendu de la peau, une induration inflammatoire notable de la base, de l'empâtement périphérique, une réaction locale et quelquefois générale plus ou moins accentuée. L'anthrax laisse toujours à sa suite des cicatrices. Tous ces signes manquent dans l'affection que nous venons d'étudier et, d'ailleurs, un examen attentif de la lésion permettra toujours, si l'on se rappelle les différents signes que nous avons décrits plus haut, de poser le diagnostic différentiel. Je ne serais pas étonné même que certaines affections cutanées considérées comme des anthrax torpides, ne soient autre chose que les formes un peu saillantes et phlegmoneuses de l'affection que nous venons d'étudier. J'ai vu commettre deux fois cette confusion par d'excellents chirurgiens qui, d'ailleurs, n'ont pas tardé à modifier leur opinion.

La *lymphadénie cutanée*, le granuloma fungoïdes ou sarcomatodes des allemands pourrait, à un examen superficiel, être confondu avec cette affection. J'ai même vu un cas où la confusion a été faite au début, pendant quelques jours, par un dermatologiste éminent. La connaissance exacte des caractères objectifs de notre lésion, l'évolution, enfin l'examen histologique permettront toujours de poser le diagnostic.

Sous le nom de *papillome cutané inflammatoire*, Roser (*Archiv. der Heilkunde* 1866) et G. Weil (*Viertelsjahr. für Dermat. und Syph.* 1874), ont décrit une affection qui, au premier abord, pourrait peut-être, dans certains cas, être confondue avec celle-ci. Mais elle s'en distinguera par ce fait que dans le papillome inflammatoire l'affection siège entre les bases des papilles qui s'hypertrophient, se soudent ensuite souvent par leur sommet et restent isolées près de leur base, formant ainsi entre deux papilles voisines un espèce de pont sous lequel un stylet pénètre librement. Enfin l'examen histologique viendra toujours établir le diagnostic en montrant qu'il ne s'agit pas ici de périfolliculites.

Dans un fait qui nous a été communiqué par M. le Dr Besnier, un *épithélioma des glandes sudoripares*, siégeant au niveau de la partie inférieure de la cuisse, avait simulé d'assez près cette affection.

Plusieurs médecins de St-Louis, entre autre M. le Dr Besnier, avaient supposé que l'affection que je viens d'étudier était une variété de ces *hydrosadénites phlegmoneuses* qui ont été si bien décrites par M. le professeur Verneuil dans le creux axillaire : ils avaient pensé qu'il s'agissait ici d'une forme spéciale d'hydrosadénites conglomérées. Mais le début dans notre affection est superficiel pour ainsi dire ; ce n'est que secondairement que se font les abcès profonds, tandis que dans les hydrosadénites phlegmoneuses de Verneuil, l'abcès est d'emblée plus profond. Notre affection siège là où existent des follicules pilo-sébacés. Nous ne l'avons jamais rencontrée au niveau des régions palmaire ou plantaire. Enfin, l'examen histologique, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, vient trancher la question d'une façon définitive.

Dans une observation qui nous a été rapportée par M. le Dr Vidal, cette affection aurait présenté une assez grande analogie avec un *chancre infectant*.

Certains *eczémas localisés* accompagnés de pustulettes siégeant autour des poils follets du dos de la main, par exemple, se distingueront de cette affection par leur contour géographique, par l'absence des petits orifices que nous avons décrits minutieusement plus haut, par l'absence d'abcès dermiques et de périfolliculites phlegmoneuses, par l'induration et l'inflammation bien moins profondes de la peau, par la teinte moins livide de la lésion, la présence de craquelures sous les croûtelles, l'écoulement d'un liquide caractéristique, les démangeaisons beaucoup plus vives, la longue durée de l'affection.

Quant au *sycosis non parasitaire* il n'est décrit dans les auteurs qu'à la tête, au niveau des régions pourvues de gros poils (barbe, cuir chevelu, pubis) ; et, comme le disent très bien les docteurs Doyon et Besnier (Traduction de Kaposi, t. II, p. 32), on ne peut considérer comme de vrais sycosis les inflammations périfolliculaires du derme qui siègent là où il n'y a pas de vrais poils. Or, dans nos différents cas, l'affection siégeait en dehors des régions pilaires proprement dites, c'est-à-dire en dehors du cuir chevelu, de la barbe, des poils, du pubis. Les sujets chez lesquels nous l'avons observée n'étaient pas des sujets velus, c'est-à-dire qu'ils présentaient à peine quelques poils follets des plus ténus dans les régions avoisinant les parties malades (Dos de la main, dos du pied, etc.). Il nous est donc difficile, en l'absence de description suffisante de sycosis non parasitaires des parties glabres, d'établir une comparaison entre celui-ci et l'affection que nous venons de décrire.

D'autre part, si cette affection, par son siège anatomique et quelques-uns de ses caractères cliniques semble devoir être rangé à côté du groupe si vague des kérion et des sycosis tels qu'ils sont décrits dans les auteurs, il est de toute nécessité d'en faire un type spécial, une forme absolument différente. Il est probable même que des travaux ultérieurs viendront encore accentuer cette distinction. En effet, cette distinction s'impose tellement au dermatologiste expérimenté, que jusqu'à ce jour où j'en ai déterminé le siège et la nature, plusieurs médecins de l'hôpital Saint-Louis supposaient qu'il s'agissait ici d'une hydrosadénite conglomérée des glandes sudoripares. (*A suivre.*)

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la Roséole idiopathique ou Rubéole (1).

Nous avons observé, à Bicêtre, en juin 1881, une épidémie de rubéole ; alors nous n'avions pas cru utile d'en publier la relation. Pour nous, la roséole était une affection connue et nous croyions que, admise à notre époque comme spécifique par la plupart des auteurs (Rilliet, Barthez, Balfour, Trousseau, Gerhardt, Vogel, Thomas, Nymann, Emminghaus, Steiner, Roger et Damaschino, etc., etc.), il n'y avait guère d'utilité à relater des cas d'ailleurs réguliers ; aussi grand fut notre étonnement quand nous avons vu récemment des journaux présenter la réséole ou *Rötheln* des Allemands comme une affection en quelque sorte inconnue en France. Revenant sur notre décision, nous nous sommes décidés à résumer brièvement les opinions des principaux auteurs et à donner un rapide exposé des cas par nous observés à Bicêtre, et auxquels nous ajouterons quatre cas observés par l'un de nous en ville.

La *roséole*, répétons-nous, est connue depuis longtemps, et il n'est pas de médecin praticien qui n'en ait vu des cas. Mais son étude faite par les uns avec les roséoles symptomatiques, son assimilation par les autres avec la rougeole, etc., n'ont pas peu contribué à entourer son histoire d'obscurité. Nous en dirons autant de ceux qui, avec Canstatt et Niemeyer, définissent la rubéole : « un exanthème à taches rouges dont on ne sait, en comparant les phénomènes généraux et les symptômes qui se montrent du côté des muqueuses, toujours atténués, s'il faut le faire rentrer dans la rougeole, la scarlatine, l'urticaire ou l'érythème, etc. » (2).

D'autres auteurs la rapprochaient tantôt de la scarlatine, tantôt de la rougeole ou en faisaient une maladie mixte. Aussi n'est-on pas étonné de voir M. le professeur Wieger (de Strasbourg), dans son *Cours de pathologie interne*, 1865-1866, s'exprimer ainsi :

« *Roséole, Rubéole, Essera, Rötheln.* Confusion totale. Eruptions douteuses de toute sorte ; épidémies douteuses même ; graves ou légères. Rubéole morbilleuse : exanthème large ou confluent avec catarrhes morbilleux. Rougeole Rubéole scarlatineuse : Exanthème tacheté avec pharyngite, fièvre intense suivie d'hydropisie scarlatine. Epidémies mixtes où parfois tous les cas étaient mixtes avec pharyngite et catarrhes ; fièvre d'invasion plus longue que celle de la scarlatine ; régnant avant, pendant ou après des épidémies de rougeole ou de scarlatine, ou des deux ; donnant par contagion la rubéole ou l'une des deux autres ; probabilité de scarlatine — à revoir. — Opinion de M. Trousseau ; Rubéole, maladie à part, ressemblant à la rougeole, mais sans gravité, pouvant récidiver, sans catarrhes.

Laissant de côté les Arabes et les auteurs des siècles qui ont précédé le nôtre, nous allons énumérer l'opinion de quelques-uns des principaux auteurs contemporains. Tout d'abord voici comment Rayer (1826) (1) parle de cette affection :

« L'étude de l'inflammation légère et superficielle que je désigne, d'après Willan, sous le nom de Roséole, n'offre réellement d'intérêt que parce que cette maladie a souvent été confondue avec la rougeole et la scarlatine. Cette circonstance explique même l'opinion de quelques médecins qui ont avancé que les récidives de la rougeole et de la scarlatine étaient assez fréquentes. »

Rayer n'admet pas la contagiosité de la rubéole, qu'il semble du reste confondre avec différentes autres roséoles symptomatiques (p. 44). Plus loin (p. 45) nous trouvons les lignes suivantes qui se rapportent évidemment à la rubéole :

« Le second jour, l'exanthème de la roséole continue à être animé ; il est accompagné d'une légère démangeaison, mais non d'un sentiment de cuisson, comme cela a lieu dans l'urticaire. Il devient ensuite d'un rouge moins vif et peut disparaître complètement dès le troisième jour. Cependant d'autres taches d'un rouge plus foncé persistent quelquefois jusqu'aux quatrième et cinquième jours. La durée de la roséole ne s'étend jamais au-delà de ce terme, à moins que la maladie ne se compose de plusieurs éruptions successives. »

Le diagnostic (p. 46) qu'il en fait avec les autres maladies éruptives (rougeole, scarlatine, urticaire, érythème) est exact, si l'on en excepte la contagiosité. Alibert (2) a consacré un chapitre spécial à la roséole, qu'il divise en idiopathique et symptomatique.

« J'observe souvent, dit-il, la roséole idiopathique ; il est rare qu'elle se prolonge au delà de deux à trois journées. C'est par exception qu'on la voit durer pendant toute une semaine. Elle débute par un frisson de quelques minutes, par un peu de somnolence et de douleur à la tête, par une *rêvasserie* nocturne et quelques agitations, qui viennent, pour ainsi dire, se mêler au sommeil chez les enfants. Chez quelques-uns d'entre eux, la peau est tourmentée par un prurit passager ; chez d'autres, il ne survient pas la moindre démangeaison, le plus souvent le ventre est constipé, la langue est rouge et muqueuse à sa base, les malades éprouvent une certaine gêne dans le pharynx quand ils veulent avaler. »

Plus loin (p. 223) il dit « qu'il faut chercher la cause de l'éruption roséolée dans les qualités de l'air. On a dit, sans preuves suffisantes, qu'elle n'était pas contagieuse ; mais qui peut le savoir ? » Barthez et Rilliet (3), dans leur excellent *Traité*, ont établi que la roséole est à la rougeole ce que la varicelle est à la variole.

« Cependant nous avons déjà dit (t. II, p. 101), et nous le répétons ici, que la roséole se confond quelquefois avec certaines rougeoles anormales et simples. La forme, la couleur, la distribution et la marche des taches sont à peu près les mêmes ; le mouvement fébrile est presque nul, et l'on doit rester dans le doute sur le diagnostic de ces éruptions, à moins qu'une épidémie régnante ne vienne démontrer leur nature rubéoleuse.

« Mais, qu'il y ait épidémie ou non, nous aimerions à confondre toutes ces formes de transitions en une seule, qui serait à l'éruption morbilleuse ce qu'est la varicelle à la variole. En effet, la varicelle sporadique est aussi distante de la petite variole que la roséole l'est de la rougeole ; et si l'on a trouvé une raison suffisante pour réunir en un même groupe les éruptions varioleuses et varicel-

(1) Au XVIIIe siècle, les auteurs français distinguaient la *Roseola* de la *Rubeola*, nom donné à la rougeole.

(2) M. Longuet (*Union médicale*, 25 décembre 1883) en adoptant cette définition, semble admettre l'existence de l'ancienne *Rötheln* des Allemands. Sous le nom de *Rötheln* les Allemands désignent actuellement une maladie tout autre, spécifique et contagieuse, qui n'est autre que la *roséole fébrile* ou idiopathique de certains auteurs français. M. Thomas, dans une des meilleures monographies que nous possédions (*Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie* de Ziemssen. Bd. II, *Acute Infections Krankheiten*, 2 H. 1877), classe parmi les auteurs qui ne considéraient pas la *Rötheln* dans le sens moderne, Schönlein, Canstatt, Paasch, Gintrac, etc., et parmi ceux au contraire qui l'ont envisagée selon les idées actuellement régnantes, Wagner, Collin, Trousseau, Danis, Wunderlich, etc. C'est donc à tort que M. Longuet nous présente comme maladie nouvelle l'ancienne Rötheln des Allemands que nous ne saurions relever du juste oubli dans lequel elle est tombée même dans le pays où cette prétendue maladie spécifique trouvait tant de défenseurs.

(1) Rayer. — *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*. t. I, Paris, 1826, p. 43.

(2) Alibert. — *Monographie des dermatoses*, Paris, 1832, p. 222.

(3) Barthez et Rilliet. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. III, p. 260. Paris, 1861.

© BIU Santé

leuses, d'après ce fait qu'on les voit se développer simultanément pendant des épidémies, une raison pareille existe pour ranger dans une même catégorie la roséole et la rougeole.

« Nous avons déjà parlé ailleurs des opinions des médecins allemands qui considèrent la roséole (Roetheln) comme une variété de la scarlatine ; nous croyons, en effet, qu'on a décrit sous ce nom plusieurs cas de scarlatine anormale et de véritable roséole. Marcus avait établi entre la roséole et la scarlatine les rapprochements que nous venons de faire soit entre la rougeole et la roséole, soit entre la variole et la varicelle. »

Les mêmes idées sont développées par Trousseau et, quoiqu'en ait dit M. Longuet, nous ne saurions différencier la roséole de Trousseau de la rubéole ou Rötheln moderne des Allemands. M. Thomas (1) dans l'article qu'il a consacré à celle-ci (Rötheln) n'a garde d'oublier Trousseau parmi ceux qui faisaient de la Rötheln une maladie spécifique.

« La confusion, dit Trousseau, dans laquelle sont tombés un grand nombre de médecins par rapport à la varicelle, considérée par eux comme une variété de la variole, a aussi existé par rapport à la roséole, que l'on regardait comme une rougeole modifiée. Mais aujourd'hui, tandis que certains auteurs confondent encore les deux premières maladies, tous établissent nettement les différences qui séparent la roséole de la rougeole, avec laquelle elle paraît offrir, à première vue, un semblant d'analogie, et décrivent comme une espèce nosologique parfaitement distincte de la fièvre éruptive dont je veux vous dire quelques mots. Elle est caractérisée, comme la rougeole, par une éruption exanthémateuse constituée par des taches roses, irrégulières, dont l'apparition est presque toujours précédée par des phénomènes fébriles. Ces symptômes généraux se manifestent pendant un ou deux jours et rarement, continue-t-il, pendant deux ou quatre jours. »

Trousseau les fait consister en un léger malaise avec mouvement fébrile assez marqué, en frissons, mal de tête, inappétence, soif vive, agitation ou au contraire prostration et chez les enfants très jeunes souvent en vomissements, diarrhée et convulsions.

Mais ce qui distingue tout de suite la roséole de la rougeole, c'est l'absence, dans le premier cas, du catarrhe oculaire, nasal et bronchique, phénomène obligé de la période prodromique de la fièvre morbilleuse. Jamais, en effet, vous ne verrez dans la roséole, le larmoiement, le coryza, la toux de la rougeole. L'éruption elle-même est très différente de l'éruption spécifique de cette dernière maladie. Les taches rubéoliques ne sont plus en effet saillantes comme le sont les taches morbilleuses : plus pâles, plus larges que celles-ci, plus distinctes les unes des autres, et plus isolées par des espaces de peau blanche, elles s'effacent sous la pression du doigt, pour reparaître aussitôt, et donnent lieu à des démangeaisons assez vives, ardentes et prurientes, disait Vogel. A certaines époques, ainsi que Frank l'a observé, elle a régné épidémiquement, quoiqu'on ait dit le contraire, elle est contagieuse. Assurément je ne prétends pas qu'elle le soit au même degré que la rougeole ; mais parmi les causes multiples de la roséole, la contagion joue un rôle, à mon avis incontestable. Un fait capital peut servir encore à séparer la roséole de la rougeole, comme il sépare la varicelle de la variole : c'est qu'une atteinte de l'une ne met pas à l'abri de l'autre. De plus, tandis qu'un même individu ne contracte généralement qu'une fois la rougeole, une roséole antécédente ne prescrive pas de nouvelles attaques ; et même, dit Borsieri celui qui en a été affecté une première fois est plus sujet à en être affecté par la suite ; « qui semel iis laboravit, facile iterum pluriesque prehenditur. »

Puis Trousseau parle du siège de l'éruption, de sa fugacité. Pour lui, elle ne serait pas suivie de desquamation. Il s'appuie, pour séparer la rubéole de la rougeole, sur l'absence de complications et sur la bénignité de la maladie.

M. Thomas qui a fait de la Rötheln une étude toute particulière et Steiner (1), n'ont nullement décrit l'ancienne Rötheln des Allemands. On en jugera facilement par le résumé suivant que nous faisons du chapitre consacré par ce dernier auteur à la rubéole.

La *Rubéole* est un exanthème aigu autonome, n'ayant avec la rougeole ou la scarlatine, aucun caractère d'identité ; elle est caractérisée par une rougeur maculeuse très-fugace de la peau, accompagnée ou non de manifestations générales très médiocres. Elle est épidémique. Son incubation est de 2 semaines et demie à 3 semaines (Emminghaus). Les prodromes sont de « quelques secondes » à 2 jours (4 jours d'après Lindwurm). On note un catarrhe nasal, pharyngien, oculaire (Gerhardt, Thomas, etc.) Eruption soudaine : 24 à 48 heures de durée, jamais plus. Desquamation furfuracée (Gerhardt, Thomas, etc.) Evolution entièrement apyrétique ou très faiblement pyrétique. Sommet de la courbe à l'apparition de l'exanthème. Contagiosité (Thierfelder, Thomas, Emminghaus).

Nous n'avons pas la prétention d'analyser tous les travaux allemands modernes que la plupart de nos lecteurs sont à même de pouvoir consulter (2). Nous nous bornerons, en terminant cet historique, à mentionner la discussion qui s'est élevée au sujet de la rubéole au sein du Congrès de Londres (1881) et les idées émises par M. Delastre dans sa thèse (1883) : C'est ce que nous ferons dans un prochain article. BOURNEVILLE et BRICON.

(1) Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de l'ancienne Rötheln des allemands que M. Jaccoud dans son *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 715, édition de 1873, semble avoir eu en vue en décrivant la *rubéole*.

(1) Steiner. — *Compendium des maladies des enfants*, trad. Kéraval, 1880, p. 612.

(2) Voir à ce sujet l'article de Thomas, *loc. cit.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 juin 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. BOCHEFONTAINE dépose une note sur l'*action de l'acide salicylique* sur la respiration de l'homme sain et atteint de fièvre typhoïde. Il a pu constater la régularisation des mouvements respiratoires probablement parfaite de l'action du médicament sur le bulbe.

M. GALIPPE a avec M. HIADES examiné la *conformation des maxillaires et des dents des Fuégiens*. L'arc maxillaire de ces individus est très considérable, conformé en plein cintre ; il existe entre la dernière grosse molaire et la branche montante un espace de plus d'un centimètre. Les dents sont longues, très denses ; les Fuégiens s'en servent comme d'un étau ; la dent de sagesse apparait de bonne heure, vers 8 à 9 ans.

M. DÉJERINE a poursuivi ses recherches sur les *lésions des nerfs périphériques chez les ataxiques*. Chez un homme mort dans le service de M. Vulpian, qui avait une sclérose combinée des cordons postérieurs et des cordons latéraux, et qui, pendant la vie, présentait une anesthésie complète des 2 membres inférieurs dans une plaque sensible au niveau de la face interne du genou droit, il a pu constater une lésion très marquée des nerfs périphériques, excepté au niveau de la plaque sensible. Dans cette circonstance, les lésions étaient moins accentuées en proportion dans la moelle et les racines que dans les nerfs. M. Déjerine insiste sur ce fait que toutes les ataxies ne se comportent pas de la même façon et que, dans certains cas, ces névrites localisées jouent un rôle prépondérant.

M. DUMONTPALLIER, avec M. VERRILLON, a donné, chez une hystérique, dans la période somnambulique de l'hypnotisme, en divisant la face en deux par un plan opaque perpendiculaire, une suggestion gaie au cerveau droit, et une suggestion triste au cerveau gauche. Il a, pour ce faire, uniquement influencé la rétine par la vue d'un visage gai et d'un visage grotesque. Ces suggestions ont persisté à l'état de veille chez le sujet dont le visage reflétait encore

© BIU Santé

des sentiments si divers. M. Dumontpallier croit avoir été le premier à produire des suggestions en influençant uniquement la rétine.

M. Gley s'était servi de peptones d'origine allemande pour répéter les expériences de M. Afanassiew sur la transfusion du sang peptonisé, à constater leur impureté. Il a pu, en employant un liquide complexe obtenu par le lavage et la macération d'un estomac de porc, arrêter cette coagulation.

M. Okorowitz fait une communication sur l'*idéoplastie* ou réalisation physiologique des idées : il interprète en établissant plusieurs divisions toutes les suggestions obtenues dans la période hypnotique du somnanbulisme.

M. Dastre fait remarquer que les divisions proposées par M. Okorowitz sont anti-physiologiques et M. P. Bert ajoute que les faits rapportés par M. Okorowitz sont depuis longtemps de notoriété commune.

M. Beauregard a examiné le *cœur d'un cachalot*. Il mesurait 94 cent. de longueur, 48 cent. de largeur et était globoïde : les valvules sigmoïdes ne possédaient pas de nodules ; la valvule auriculo-ventriculaire droite avait 3 valves, la gauche en possédait 4 : enfin, l'*os du cœur* faisait défaut ; d'après ces caractères, le cœur du cachalot serait intermédiaire entre celui de la baleine et du dauphin, entre celui des balœnides et des cétodontes.

M. P. Bert après une réponse concluante de M. Beauregard qui dit que les nodus cardiaques étaient peu épaissis eu égard à la masse,et que les parois du cœur gauche n'étaient guère plus considérables que celles du cœur droit, fait remarquer que, physiologiquement, il devait en être ainsi, vu la disposition toute en longueur de l'arbre circulatoire chez les cétacés. On comprend la différence de force qui devait être dépensée par le cœur d'une baleine ou celui d'une girafe : chez la première, la circulation est en équilibre pour ainsi dire ; chez la seconde, il faudra que le cœur lance à 4 mètres de hauteur une colonne liquide.

Revenant sur la récente communication de M. Aubeau, M. P. Bert rapporte le résultat de nouvelles expériences sur l'*anesthésie au moyen des mélanges titrés d'air et de chloroforme*. Le mélange à 8 0[0 est le meilleur : mais son emploi amène la mort d'un chien dans le courant de la 3e heure : si, on emploie le mélange à 6 0[0, la mort n'arrive que la vers 7e heure. Bien que l'homme supporte mieux le chloroforme que le chien, et qu'il est rare qu'on ait à poursuivre son emploi pendant aussi longtemps, M. P. Bert pense, qu'une fois l'anesthésie obtenue par le mélange à 8 0[0, il est bon d'employer un mélange un peu plus faible qui conserve les effets anesthésiques sans provoquer le danger. L'auteur a, en outre, essayé de doser exactement la quantité de chloroforme absorbée par le malade, en défalquant de la quantité administrée la quantité excrétée. Ce sont là des recherches très minutieuses : la méthode par la *chaux sodée* est encore la meilleure, quoique sujette à des causes d'erreur. Ce que M. P. Bert a pu constater nettement, c'est qu'un animal plongé dans l'anesthésie chloroformique la *plus absolue*, n'absorbe plus de chloroforme d'une façon sensible ; la nouvelle quantité administrée est perdue jusqu'à diminution de l'anesthésie ; ce corps agit donc bien plus physiquement que chimiquement.

M. Brown-Séquard a pu, dans un cas, maintenir un épileptique qui s'était fracturé le bras, huit jours dans le sommeil chloroformique afin d'éviter un nouvel accès. Deux médecins, ses aides, un entourage intelligent et dévoué, lui sont de sûrs garants que le sommeil n'a pas été interrompu d'une façon appréciable. Simpson cite également 2 cas dans lesquels le sommeil chloroformique fut prolongé pendant 3 jours.

M. Vignal est nommé membre de la Société.

G. Gilles de la Tourette.

Herborisation.— M. le professeur Baillon fera dimanche prochain, 28 juin, une herborisation à l'Isle-Adam. — Le départ aura lieu à la gare du Nord pour la station de Fresles par le train de sept heures cinquante minutes du matin. Retour à Paris (gare de l'Ouest) à six heures dix minutes du soir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juin 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Fauvel fait une communication sur *le Choléra de Toulon*. Sur les instances de plusieurs de ses collègues, M. Fauvel vient faire une courte communication sur le choléra qui sévit en ce moment à Toulon. M. Fauvel a déjà eu l'occasion d'exprimer sa pensée, au sein du comité consultatif d'hygiène de France ; il pense que l'épidémie de Toulon n'est pas le fait du choléra asiatique. Tous les faits connus, en effet, qui s'y rattachent prouveraient qu'elle est née de circonstances locales, au milieu d'une agglomération considérable de troupes, placées dans des conditions d'hygiène défectueuses. Ces conditions spéciales, notamment en Angleterre, ont pu provoquer l'explosion d'épidémies meurtrières ; néanmoins, il n'en est pas ainsi le plus souvent. Ces épidémies restent en général éphémères, persistent et s'éteignent avec les conditions qui les produisent. La marche de l'épidémie de Toulon, la manière dont elle s'est développée, n'est nullement en rapport avec l'idée du choléra asiatique. Lorsque ce dernier sévit sur une grande agglomération d'hommes, il la frappe avec une violence extrême et se propage avec une grande rapidité, à tel point que la maladie acquiert son summum d'intensité en quelques jours, après avoir atteint tous les individus susceptibles de l'être.

M. J. Guérin voudrait que M. Fauvel soit plus explicite, car l'Académie de médecine devrait apprendre, autrement que par la voie des journaux, tout ce qui touche à l'épidémie de Toulon.

M. Fauvel regrette de ne pouvoir fournir, avant une huitaine, tous les renseignements que désire M. J. Guérin. Il tient toutefois à déclarer que l'épidémie de Toulon est en pleine décroissance. Le 22 juin, il y a eu 12 décès ; le 23, le chiffre de la mortalité s'est remarquablement abaissé.

M. Bouley annonce que MM. Straus et Roux sont partis pour Toulon, et apporteront des documents précieux pour la prochaine discussion de l'Académie.

M. Bucquoy lit une observation, relative à un cas de *farcin*, chez l'homme. Cette observation concerne un jeune homme, cocher, âgé de 19 ans, qui est entré dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin, le 9 novembre 1883. Ce jeune homme, souffrant depuis une quinzaine de jours, présentait toutes les manifestations de la fièvre typhoïde, sauf toutefois l'existence de taches rosées et de gargouillement dans la fosse iliaque. A quelque temps de là, M. Bucquoy constata, sur la partie externe de la jambe droite, une petite ulcération arrondie, et, un peu plus haut, un abcès. Le malade ressentit ultérieurement un violent frisson, et présenta un gonflement et une rougeur de l'articulation tibio-tarsienne. Cette articulation ne tarda pas à suppurer. Cette suppuration apparut dans plusieurs autres articles,et plongea le malade dans une adynamie profonde, qui aboutit à la mort. A cette dernière période, le corps était couvert de bulles. L'enquête à laquelle M. Bucquoy s'est livré, lui a permis d'apprendre que ce malade avait couché dans une écurie, où se trouvait un cheval atteint de la morve. Aussitôt, M. Bucquoy inocula à un âne plusieurs liquides recueillis sur le cadavre de son malade. Cette inoculation, ayant donné la morve à cet âne, était des plus démonstratives.

M. de Villiers lit un rapport sur le mémoire que Mme Paquereau, sage-femme à Alger, avait adressé à l'Académie. Ce mémoire visait la création, en Algérie, de *sages-femmes de colonisation*. M. de Villiers se déclare partisan d'une semblable création.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 28 décembre 1883. — Présidence de M. Cornil.

25. Athérome exclusivement limité à la crosse de l'aorte. — Dilatation considérable de cette partie de l'artère. — Rétrécissement extrême, à leur origine, des vaisseaux qui en partent ; par M. Duplocq, interne des hôpitaux.

Un malade nommé Soupir..., courtier, âgé de 48 ans, est

© BIU Santé

entré, le 20 décembre 1883, dans le service de M. le professeur Potain.

Cet homme n'a pas d'antécédents de famille; son père et sa mère vivent encore; comme antécédents personnels, on trouve que, depuis une dizaine d'années, il s'enrhume ordinairement pendant l'hiver. Il a été s'affaiblissant peu à peu, de telle sorte que, depuis un an, il a quitté son métier, et que, depuis deux mois, il est confiné à la chambre.

Il a des sueurs la nuit; jamais il n'a eu de diarrhée; il tousse et crache un peu; enfin, la nuit, il est en proie à de tels accès de dyspnée, qu'il ne peut se coucher, et reste assis dans un fauteuil. Enfin, depuis deux ans, il a les jambes enflées. Il n'est ni saturnin, ni paludéen, ni syphilitique.

A l'entrée, l'état général est mauvais; il est pâle, assez haletant, affaissé dans son lit. Les voies digestives sont indemnes; on détermine un peu de douleur à la pression de la fosse iliaque gauche; il n'y a pas d'ascite; le foie déborde un peu le rebord des fausses côtes. En avant, le thorax résonne également des deux côtés; à l'auscultation, la respiration est forte sous la clavicule gauche. En arrière, il y a une légère obscurité du son, et des râles fins superficiels à la base gauche. Les jambes sont œdématiées jusqu'à la racine des cuisses. La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal, à 2 centimètres en dehors du mamelon.

A la base, l'aorte dépasse de *six* centimètres le bord droit du sternum; il y a de plus une notable élévation de la sous-clavière, qui dépasse la clavicule d'environ 3 centimètres: le cœur est donc dilaté et hypertrophié.

A l'auscultation, on trouve un double souffle à la base; le premier systolique rude se propage, suivant le trajet de l'aorte, jusqu'à la clavicule; enfin, il se répartit, en s'affaiblissant graduellement, sur toute la surface de la région précordiale; le second, diastolique, est faible, aspiratif. A la pointe, enfin, on entend un léger souffle systolique. Est-il dû à une insuffisance mitrale légère? ou est-il la simple propagation du souffle de la base? Ce doute a été résolu par l'examen anatomique, qui montre que la mitrale est saine.

Donc, rétrécissement aortique certain, insuffisance aortique faible, et probablement due à la dilatation de l'aorte, qui fait suite à l'origine du vaisseau; dilatation du reste considérable, puisque la crosse déborde de *six* centimètres le bord droit du sternum. Ce n'est pas tout; il y a trois ans, dit ce malade, il a été pris, dans le bras droit, de douleurs, d'engourdissement et de fourmillements qui subsistent encore aujourd'hui. Ce membre est plus froid depuis cette époque; depuis cette époque aussi, on ne perçoit plus le pouls de la radiale droite. Enfin, des phénomènes analogues sont survenus, le 11 décembre, dans le bras gauche.

On constate en effet que le pouls est nul à droite, à peine perceptible, et par moments seulement, du côté gauche. Ce pouls, dans les instants où on peut le sentir, est lent. Le sphygmographe donne une oscillation régulière: lignes d'ascension et de descente, également très obliques, réunies par un sommet arrondi. La puissance musculaire est très affaiblie; au dynamomètre, il amène 7 kilos de la main gauche et 10 de la main droite. La sensibilité est conservée. Enfin, le doigt, appuyé sur l'origine de la carotide droite, sent un frémissement rude et circonscrit à ce point. Par contre, les battements de la crurale sont très énergiques: on y perçoit le souffle double.

On fit le diagnostic: Athérome, avec dilatation considérable de la crosse de l'aorte; rétrécissement, par cette lésion, de l'origine du tronc brachio-céphalique droit et de la sous-clavière gauche.

Le malade mourut quelques jours après, le 25 décembre, par asphyxie progressive due à l'aggravation des lésions pulmonaires.

Autopsie. — L'examen des organes offrait l'aspect suivant:

Les bases des deux *poumons* sont congestionnées; la coupe laisse écouler une grande quantité de sang. Cependant, ces parties crépitent encore et surnagent sur l'eau: la muqueuse des bronches est rougeâtre; les bords des poumons sont emphysémateux; aux deux sommets, adhérences anciennes. La *trachée*, l'*œsophage* et tout le *tube digestif* ne présentent rien de particulier; les *voies biliaires* sont libres. La *rate* est grosse, recouverte par des fausses membranes anciennes, très épaisses; le tissu de la rate est très dur. Le *foie* est très gros; sa surface est lisse, sans adhérences; le tissu est mou, et présente à la coupe l'aspect et la couleur connus sous le nom de foie muscade.

L'examen histologique fait par M. Suchard, montre une cirrhose très appréciable à la périphérie des lobules et une dégénérescence graisseuse des cellules très marquée à ce niveau (Acide osmique.).

Les capillaires sanguins sont gorgés de sang.

Le *rein* gauche est de volume normal; il se décortique bien; à la surface, on voit deux ou trois taches rougeâtres, ressemblant à des ecchymoses; après l'incision, on voit qu'elles correspondent à des infarctus blanchâtres, entourés d'une zone rouge, et gros comme des noisettes. Le microscope montre que les vaisseaux des pyramides sont oblitérés par le sang; au centre de l'infarctus, suffusion sanguine. L'infarctus est de date récente, car peu de cellules sont en dégénérescence graisseuse. Le rein droit est sain.

Le *cerveau* est de consistance normale, sans lésions des méninges; pas traces d'athérome des artères de la base ou des circonvolutions; l'examen histologique a été fait. Restent le cœur et l'aorte.

Le *cœur* est gros, offre le volume des deux poings; la pointe est formée par le ventricule gauche.

L'*aorte* forme une saillie grosse comme le poignet à la partie supérieure du cœur; elle est dure et on sent au doigt des plaques calcaires très étendues. Enlevée dans sa totalité, elle présente une dilatation anévrysmale partant de son origine à la naissance des premières intercostales aortiques. Cette dilatation mesure 15 centimètres de circonférence au sommet de la crosse.

Cette poche renferme un peu de sang liquide, sans caillots, et elle est tapissée d'une membrane craquelée, fendillée par de larges plaques d'athérome; elle présente çà et là quelques pertes de substance. Les *valvules aortiques* sont souples, un peu épaissies, sans plaques calcaires; elles sont suffisantes à l'épreuve de l'eau quand on ne dilate pas la poche anévrysmale. La *valvule mitrale* est saine (examen microscopique), la tricuspide aussi.

Voyons maintenant l'orifice des vaisseaux. L'embouchure des coronaires est *normale*. La *sous-clavière* gauche, souple et saine, s'ouvre dans la crosse aortique par un orifice entouré de plaques calcaires et mesure un *demi*-centimètre de diamètre.

La *carotide gauche*, saine aussi dans son trajet, présente à son origine un rétrécissement admettant juste un *stylet de trousse*. L'orifice du tronc *brachio-céphalique* présente un centimètre de diamètre. Ce vaisseau, au-dessus de son origine, présente une dilatation de *quatre* centimètres de circonférence. La *carotide droite*, saine en apparence, s'ouvre dans cette poche par un orifice admettant à peine une *sonde cannelée*. La *sous-clavière droite*, athéromateuse et calcaire, montre à son embouchure, dans la poche, un orifice laissant à peine passer une *allumette*; elle-même est dilatée au-dessus de son origine sur une longueur de deux centimètres; puis, elle offre un deuxième rétrécissement laissant de nouveau à peine passer une allumette.

Réflexions. — La description de ces lésions rend compte des symptômes observés pendant la vie et vient confirmer le diagnostic. Nous insistons sur ce fait, que les lésions athéromateuses, si marquées qu'elles soient, sont exclusivement limitées à l'aorte. Au-dessous des intercostales aortiques d'une part, au-dessous, d'autre part, de l'embouchure des coronaires, ces branches y comprises, le vaisseau est sain. Enfin, les artères qui en partent sont saines au delà de leur origine. Ni le foie ni le cerveau ne présentent d'athérome. Les infarctus du rein sont consécutifs à des embolies de matière athéromateuse.

En résumé, athérome exclusivement limité à la crosse

© BIU Santé

de l'aorte, dilatation considérable de cette partie de l'artère, rétrécissement extrême à leur origine des vaisseaux qui en partent, symptomatologie un peu spéciale, tels sont les points de cette observation qui m'ont paru offrir assez d'intérêt pour motiver cette présentation.

24. Fracture cunéiforme de l'extrémité supérieure du tibia; par M. le Dr Lucien Picqué, chef de clinique chirurgicale.

Le nommé X... (Jean-François), entre le 5 mai 1883, salle Sainte-Vierge, n° 22, dans le service de M. le Dr Berger. Une heure environ avant son entrée, il a été renversé par un omnibus dont une des roues lui a passé sur le genou droit. Le malade, présente en outre, d'autres traumatismes et en particulier une fracture de l'extrémité supérieure du bras droit.

Accidents de commotion simple sans fracture du crâne appréciable. Le lendemain matin le genou est fortement tuméfié, pas de lésion des téguments, culs-de-sac distendus par un épanchement sanguin considérable. Grande mobilité latérale qui au premier abord pourrait en imposer pour une déchirure du ligament interne, mais qui, en réalité, siège un peu au-dessous de l'interligne. Pas de crépitation. Mort le 9 juin au soir. L'autopsie n'ayant pas été autorisée, nous nous bornerons à signaler les lésions de la jointure.

L'examen de l'épiphyse supérieure du tibia présente les particularités suivantes : Sur les côtés de l'épine du tibia et sur la cavité glénoïde interne, existe une fente antéro-postérieure, qui va de son bord postérieur à quelques millimètres en arrière de son bord antérieur sans l'atteindre. A cette fêlure vient s'en ajouter une autre qui traverse la cavité externe et se réunit à angle droit avec la précédente au-devant de l'épine. Si l'on divise l'épiphyse par un trait de scie verticale passant par l'épine, on observe sur la portion gauche, une fêlure oblique partant de la face postérieure à trois travers de doigt de la surface articulaire, traversant obliquement la coupe et venant rejoindre la partie antérieure de la tubérosité externe au niveau de l'extrémité antérieure de la fêlure antéro-postérieure précédemment décrite.

En résumé, la tubérosité externe est détachée de l'épiphyse selon cette ligne oblique et présente elle-même deux fragments qui sont le résultat de la fêlure antéro-postérieure.

Sur la coupe opposée, on observe une double fêlure affectant la disposition d'un triangle dont le sommet répond à la fêlure transversale : le fragment intermédiaire représente donc la forme d'un coin à base inférieure et faisant corps avec l'os dont le bord postérieur oblique répond à la fêlure oblique observée sur la coupe opposée. C'est donc, en somme, un fragment conique à sommet antérieur, comprenant la presque totalité des deux tubérosités qui se trouve détachée de l'épiphyse.

Quant à la fêlure limitant en avant le coin droit à sommet supérieur, c'est la ligne suivant laquelle la portion qui reste de cette tubérosité a été détachée de l'épiphyse.

Ajoutons enfin que la face postérieure de la même tubérosité qui fait partie du coin à sommet antérieur est le siège d'un effritement considérable, véritable écrasement de cette partie de l'os.

L'extrémité inférieure du coin n'est le siège d'aucune solution de continuité. L'articulation est intacte : pas de déchirures ligamenteuses : seule, la cavité articulaire est pleine de sang coagulé, le cul-de-sac supérieur présente à sa partie supérieure une déchirure irrégulière, à bords déchiquetés, large comme une pièce de cinquante centimes.

Réflexions. — Ce fait nous a semblé intéressant à rapprocher des cas déjà publiés de fracture cunéiforme. On sait d'après les travaux de Woolf (1872), et ceux plus récents de Duret à la *Société de Biologie* en 1876, les causes anatomiques qui facilitent ces fractures. Ce dernier auteur a décrit surtout deux systèmes ogivaux à longues colonnettes qui partent du plateau latéral et viennent converger en avant, au niveau du tiers moyen de la crête, affectant ainsi la forme d'un V à sommet inférieur.

Ces fractures sont ordinairement de causes directes et paraissent peu fréquentes.

Dans le cas présenté par Landrieux à la Société anatomique en 1868, une première ligne séparait les condyles du reste de l'os, et commençait par un angle aigu dans lequel venait s'enclaver comme un coin la tubérosité antérieure. De cet angle, la fracture se prolongeait des deux côtés et d'une façon symétrique jusqu'à la face postérieure ; une deuxième ligne verticale séparait les deux condyles ; en somme, la fracture était bicunéiforme, composée de deux V placés côte à côte.

Dans le cas de Depaul et Guéniot, présenté à cette même Société en 1863, la tubérosité antérieure venait encore s'enclaver dans un angle aigu formé par les deux fragments supérieurs et dont le sommet était à un millimètre de l'articulation ; les deux condyles se trouvaient séparés par un trait vertical.

Dans notre cas, nous avons au contraire un fragment conique à sommet antérieur, et qui présente sur le condyle externe et à la coupe la disposition un peu compliquée d'un double V, comme dans le cas de Landrieux, avec un fragment intermédiaire formé aux dépens de la portion centrale du condyle correspondant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 juin 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Trélat. A propos de la discussion sur la conicité des moignons, M. Trélat dépose sur le bureau les conclusions de son expérience. Elles peuvent être ainsi résumées : le processus de la guérison n'est pas le même dans les moignons où on obtient la réunion primitive et dans ceux où la guérison est obtenue par bourgeonnement et cicatrisation ; les moignons obtenus par réunion primitive sont plus simples, plus fournis, meilleurs. — La discussion sur ce sujet aura lieu dans la prochaine séance.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail adressé à la Société par M. Moty. Ce travail contient une intéressante observation de fracture par contre-coup de la base du crâne, à la suite d'un coup de feu et une théorie des fractures par contre-coup de la base du crâne par l'augmentation de la pression intra-crânienne, théorie qui, d'ailleurs, n'est pas nouvelle. M. Chauvel a résumé, dans son rapport, les observations et l'état actuel de nos connaissances sur ce point.

M. Berger fait remarquer le siège ordinaire de ces fractures indépendantes, à l'étage supérieur, sur les voûtes orbitaires.

M. Trélat, qui a fait de nombreuses expériences sur ce sujet, a remarqué qu'à la vérité ces fractures étaient indépendantes, mais qu'elles étaient toujours dans une direction telle qu'elles paraissaient être un prolongement d'une grande fissure séparée d'elle par une portion d'os sain. Il fait observer que ces fractures se produisent surtout quand le coup a été tiré à une courte distance.

M. Després a fait la même remarque dans un cas qu'il eut autrefois l'occasion d'observer ; le trait de fracture s'arrêtait vers la ligne médiane, puis reprenait au-delà suivant la même direction.

M. M. Sée pense, avec Kocher, dont les expériences l'ont convaincu, que ces fractures sont bien des fractures indépendantes et qu'elles sont le fait de l'augmentation de la pression intra-crânienne.

M. Nicaise lit un rapport sur une observation *de kyste hydatique de la prostate*. A propos de ce cas, adressé par le Dr Millet, M. Nicaise a rassemblé les observations semblables ou analogues. Sur 33 cas de kystes hydatiques du petit bassin, quatre seulement contiennent la mention du siège dans la prostate ; encore la démonstration anatomique du siège n'est-elle rigoureuse pour aucun d'entre eux. C'est pourquoi M. le rapporteur conclut à l'existence probable des kystes hydatiques de la prostate, en constatant, toutefois, que la preuve anatomique rigoureuse manque encore.

© BIU Santé

M. Tillaux, qui a eu l'occasion d'observer un kyste hydatique de la prostate, fait observer que les chirurgiens savent diagnostiquer les collections liquides dans l'intérieur de cette glande, qu'il n'y a d'ailleurs aucune bonne raison anatomique pour que des kystes hydatiques ne puissent pas s'y développer. En conséquence, il croit à l'existence de ces kystes.

M. Pozzi communique l'observation d'un *adénome de la paroi rectale* qu'il a enlevé heureusement sur une femme de 38 ans. La tumeur, du volume d'une petite noix et d'aspect framboisé, fut longtemps prise pour une tumeur utérine. Ce n'est que quatre ans après son apparition que des symptômes pénibles et graves, ténesme, hémorrhagies rectales quotidiennes, rendirent l'opération nécessaire. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un adénome pur.

P. Poirier.

REVUE D'HYDROLOGIE

IX. Les eaux minérales de Saint-Alban au point de vue clinique et des diverses méthodes de traitement par l'acide carbonique ; par le Dr Servajean, médecin inspecteur.

X. Contribution à l'étude analytique des eaux minérales; par M. le Dr Ch. Bovet.

XI De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants; par M. le Dr Lacour.

IX. Renommé par ses eaux de table, Saint-Alban était, jusqu'à ces dernières années, peu connu du monde thermal. Des touristes, mais une faible quantité de malades, telle était sa statistique de chaque saison. Au reste, les propriétaires s'attachant à favoriser l'exportation, n'encourageaient point le traitement sur place, et ne cherchaient pas à utiliser dans un but thérapeutique le gaz acide carbonique qui était en leur possession. Mais aujourd'hui, grâce à l'esprit d'initiative de la nouvelle Société concessionnaire des Eaux, on s'évertue à doter cette importante station de tous les aménagements, de tout le confortable, de tous les désidérata enfin, qui pendant si longtemps ont fait complètement défaut. Aussi les malades affluent, et les études sérieuses commencent.

On n'est pas encore fixé sur la classification des Eaux de Saint-Alban. Rotureau les range parmi les athermales bicarbonatées toxiques moyennes, carboniques fortes et ferrugineuses ; Pétrequin et Socquet, parmi les alcalines sodiques non thermales ; Durand-Fardel, parmi les eaux ferrugineuses bicarbonatées ; enfin Ossian Henry père et fils, parmi les eaux acidules carbonatées et bicarbonatées, dans le genre des sodiques et natreuses. Cette divergence d'opinion provient de ce que dans les sources de Saint-Alban il n'existe point, à part l'acide carbonique, d'élément minéralisateur prédominant qui imprime à ces eaux une physionomie spéciale, déterminée.

Physiologiquement, l'eau de Saint-Alban, dit M. Servajean, dans son excellente brochure, est excitante, apéritive et diurétique. Elle détermine tantôt la constipation, tantôt la diarrhée. Par son action stimulante sur la muqueuse gastro-intestinale, elle est digestive, tonique et reconstituante.

En bains, elle diminue d'une façon notable la transpiration cutanée et les sécrétions des membranes muqueuses, spécialement des voies aériennes et digestives.

Les maladies chroniques auxquelles ces eaux conviennent sont très nombreuses. Mais où elles excellent, c'est dans cet état pratique qu'on appelle la dyspepsie, et surtout lorsque les dérangements de la digestion présentent un caractère névropathique. Dans ces cas déterminés, dit M. Servajean, on obtient facilement la tolérance. La quantité énorme d'acide carbonique, la proportion modérée d'éléments minéralisateurs, l'absence de sulfate font que les eaux sont supportées sans peine. La petite quantité de fer qu'elles contiennent en font aussi un excellent moyen curatif dans la gastralgie compliquée d'anémie, de chlorose. Enfin comme corollaire lorsque certaines affections cutanées, telles que l'herpès, l'acné, l'impétigo, l'urticaire sont sous la dépendance d'une irritation latente de l'estomac, elles sont promptement modifiées, guéries même par la médication albanaise.

Par leur acide carbonique, ces eaux stimulent l'hématose et régularisent la circulation de l'utérus. Aussi chez les filles impubères, chez celles qui ont la ménorrhagie, elles sont d'une grande efficacité. Par leur minéralisation faible, et par suite de leurs propriétés diurétiques, elles sont très utiles dans les coliques néphrétiques à accès successifs, s'accompagnant de douleurs intolérables, et d'hyperémie rénale.

Muni d'un établissement hydrothérapique admirablement installé, possédant de l'eau à la température de 8 à 10 degrés, Saint-Alban défie de ce côté toute concurrence étrangère. Pourvue de bains d'acide carbonique de premier ordre, cette station convient à merveille aux malades qui souffrent de douleurs rhumatismales, et à ceux qui sont affectés de paralysies du mouvement et de la sensibilité. M. Servajean s'en est bien trouvé dans plusieurs cas de ce genre.

Par ses douches locales d'acide carbonique, Saint-Alban triomphe des affections des paupières, du globe oculaire, de l'oreille, des fosses nasales. Ses inhalations de gaz carbonique ne sont pas moins efficaces dans les inflammations chroniques de la gorge, du pharynx, des amygdales. En peu de temps, dit M. Servajean, la toux gutturale cesse, la congestion de la muqueuse buccale disparait, la gêne produite par l'hyperthrophie amygdalienne se dissipe.

Le résultat est encore plus surprenant dans les aphonies consécutives à une fatigue excessive du larynx ; la voix revient au bout de quelques jours. Dans toutes les maladies des bronches s'accompagnant de gêne de la respiration, de sécrétion exagérée, les inhalations de gaz carbonique, donnent aussi un bon résultat.

En finissant cette analyse déjà longue, nous engageons nos confrères à parcourir la brochure de M. Servajean, ils y trouveront de précieux renseignements.

X. Si on jugeait une brochure par son chiffre de pages, il serait tout à fait inutile de parler de celle de M. Bovet, car elle est courte, très courte même. Mais, nous devons le reconnaître, cette brièveté n'enlève rien à la qualité du travail, loin de là. En effet, notre confrère a eu le mérite de dire en peu de mots tout ce qui a trait à la source Saint-Léger, de Pougues.

Son étude comprend quatre parties : 1° Considérations générales sur l'analyse chimique des Eaux minérales; de son utilité. 2° Notes historiques sur les analyses d'Eaux minérales et sur celles de Pougues en particulier. 3° Analyse qualitative de ces dernières Eaux; reconnaissance des sels à l'analyse spectrale. 4° Analyse quantitative, suivie d'un appendice sur l'examen au microscope des résidus et des végétaux criptogames recueillis à la source, avec planches et dessins.

L'analyse des Eaux minérales, dit M. Bovet, constitue une des branches les plus importantes et les plus délicates de la chimie analytique, car elle sert à déterminer l'état brut des éléments contenus dans l'eau. Toutefois, il n'a pas la prétention de soutenir que les effets des Eaux minérales peuvent s'expliquer complètement par la voie chimique. Une multitude de circonstances intercurrentes, indépendantes de la composition des sources, doivent entrer en ligne de compte. On ne saurait être meilleur appréciateur des faits.

Plus loin, M. Bovet nous apprend que c'est à la fin du XVIe siècle que fut faite la première analyse des Eaux minérales de Pougues. Depuis cette époque, Duclos, Castel, Hassenfratz ont étudié ces Eaux au point de vue chimique et y ont découvert des composés nouveaux. En 1874, M. Moissenet, de l'Ecole des mines, en a donné une analyse assez complète. Toutefois, des modifications importantes ayant été apportées dans l'aménagement et le débit des Eaux, modifications qui permettent de conserver à l'eau mise en bouteille toute la quantité d'acide carbonique qu'elle contient à l'émergence, il s'ensuit qu'il existe une

© BIU Santé

quantité relativement plus considérable de matières salines en dissolution.

Pour arriver à cette démonstration, M. Bovet n'a rien négligé; il a étudié aussi méthodiquement que possible l'eau de Saint-Léger, au point de vue qualitatif d'abord et quantitatif ensuite. Il s'est même servi de l'analyse spectrale et du microscope, ce qui donne à son travail une autorité et une valeur incontestables. En résumé, excellente monographie à consulter.

XI. A Lyon, la méthode de Brand est fort en honneur. La fièvre typhoïde, la broncho-pneumonie sont traitées par ce procédé. Tout le monde sait combien est grande la mortalité dans cette dernière affection. Sur 199 observations, M. H. Roger a constaté seulement 52 guérisons, soit à peu près un quart. Si on classe les malades d'après leur âge, on s'aperçoit que le chiffre des décès est, pour les sujets au-dessous de 3 ans, de plus des trois quarts; de 3 à 6 ans, de plus de moitié, et passé 6 ans, d'un dixième seulement. Cette statistique dispense de tout commentaire et justifie jusqu'à un certain point l'emploi d'un procédé thérapeutique nouveau.

M. Lacour, dans sa thèse inaugurale inspirée par M. Colrat, appelle l'attention du public médical sur les avantages de l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie de l'enfance. Le drap mouillé a été le principal agent hydriatique utilisé par l'auteur. Examinons maintenant les résultats. Sur les 19 malades qu'il a traités, 17 appartiennent à la 2e année de la vie. Un seul avait 3 ans révolus, un autre était âgé de 2 ans 1/2. 11 sont morts, 8 ont guéri. Soit un total de 57 0/0 de décès. Bien que le chiffre de la mortalité soit sensiblement inférieur à celui que donnent les auteurs, je ne pense pas que la méthode curative préconisée par M. Lacour prenne de longtemps encore élection de domicile dans la thérapeutique usuelle. J. CORNILLON.

CORRESPONDANCE

L'Affaire du Dictionnaire Littré-Robin.

A Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Monsieur et honoré confrère,

Le numéro du *Progrès médical* du 21 juin ayant publié une lettre que M. Wyrouboff a adressée, le 3 juin dernier, au journal *le Temps*, et qui prétend faire connaître la « vérité vraie » sur *l'affaire* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* actuellement désigné sous le nom de *Dictionnaire de Littré*, je vous demande la permission de rectifier les assertions absolument erronées que renferme cette lettre.

D'après M. Wyrouboff, Mme Littré « n'a exprimé aucun désir de « voir des doctrines modifiées ou des articles supprimés; elle n'a « imposé aucune condition et n'a eu à donner aucune autorisation; « elle a même ignoré, jusqu'à ces derniers temps, l'existence de « cette nouvelle édition. » Sur quoi, sur quel équivoque repose cette assertion? C'est ce que M. Wyrouboff néglige de dire. La meilleure preuve que je puisse donner de l'inexactitude de ce qu'il avance, c'est que *j'ai lu, dès le mois d'avril* 1882, une lettre que la veuve de Littré écrivait à MM. J. B. Baillière, et dans laquelle elle exprimait le désir que le nom de son mari fût conservé sur le titre du *Dictionnaire*, à la condition que les six dernières lignes de l'article *Ame* fussent supprimées. Cette lettre, dont l'existence n'est pas contestable, dont j'ai aujourd'hui encore l'original sous les yeux, paraîtra sans doute plus probante qu'une allégation aussi vague que celle de M. Wyrouboff et suffira à montrer quelle précision il a apportée dans la recherche de la « vérité vraie ».

Passons donc à un grief plus sérieux. M. Wyrouboff veut bien reconnaître que je n'ai pas dénaturé l'œuvre positive de Littré, que j'ai gardé le fond des idées et scrupuleusement conservé les articles doctrinaires: je prends acte de cette constatation de l'ancien directeur de la *Philosophie positive*, plus compétent que quiconque en cette nature. « Mais, ajoute-t-il, la question n'est nullement là. « Passe encore pour un Littré spiritualiste, mais un Littré oubliant « son orthographe et écrivant les mots scientifiques comme un vul- « gaire *reporter*, c'est ce qu'on peut appeler un comble. » Quoi! les membres de l'Académie française qui, présidant à la rédaction de la septième édition du *Dictionnaire de la docte compagnie*, ont écrit *phtisie*, *hémorragie*, etc., sont de vulgaires *reporters*! *Reporters* aussi les très nombreux médecins qui, dans leurs écrits, ont adopté cette orthographe nouvelle! *Reporter* le rédacteur du *Progrès médical* qui, dans ce même numéro du 21 juin, page 508, écrit *diphtérie*! C'est là, je crois, qu'il faut chercher un *comble* et non ailleurs.

J'ignore si Littré, en présence de cette 7e édition du *Dictionnaire officiel de la langue française*, postérieure à la 14e édition du *Dictionnaire de médecine de Littré et Robin*, aurait conservé l'orthographe ancienne, fondée sur l'étymologie, ou adopté la façon d'écrire actuellement en usage. Ce que je sais, c'est que le grand linguiste lui-même écrivait *rachis* et non *rhachis* qu'exigerait le respect de l'étymologie, ce qui était évidemment une concession à un usage un peu plus ancien seulement que celui qui a consacré, depuis six ans, l'orthographe de *diphtérie*, etc. Son nom, d'ailleurs, n'est nullement compromis dans cette querelle qu'on a fort justement qualifiée de « byzantine »: car la préface de la 15e édition du *Dictionnaire de médecine* déclare expressément que l'orthographe suivie dans la rédaction de l'ouvrage est celle du *Dictionnaire de l'Académie française*, lequel, quoi qu'en dise M. Wyrouboff, sert de guide dans certaines « bonnes imprimeries » que je pourrais citer.

Pourquoi, dans la circonstance actuelle, M. Wyrouboff n'est-il pas resté fidèle à la doctrine positive, qui exige des faits et ne saurait se contenter de suppositions et d'hypothèses hasardées? C'est la question que vos lecteurs se poseront avec moi, si vous voulez bien, Monsieur, donner à ma lettre, dans les colonnes du *Progrès médical*, l'asile que je sollicite de votre obligeance et de votre impartialité.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de ma considération bien distingnée.

Paris, 25 juin 1884. Dr P. DECAYE, 65, rue Monge.

BIBLIOGRAPHIE

A practical introduction to medical electricity; par A. de WATTEVILLE, 2e édit. H. K. Lewis. Londres 1884.

Il y a sept ans, M. de Watteville a publié à Londres un petit traité d'électrothérapie, qui a reçu du public compétent le meilleur accueil. Depuis cette époque, la science a fait quelques progrès, l'expérience personnelle de l'auteur s'est accrue, si bien qu'une nouvelle édition est devenue nécessaire. C'est l'ouvrage que nous avons sous les yeux. Le plan est celui de presque tous les manuels: Notions d'électricité, appareils, notions d'électro-physiologie, électro-diagnostic, faradisation, galvanisation, thérapeutique. Mais si le cadre est toujours le même, ici la matière est traitée d'une façon indépendante et originale. C'est ce dont va nous convaincre un examen rapide.

L'introduction physique est courte, trop courte à notre gré. Elle présente, sous une forme concise et claire, les notions dont il sera fait usage dans le reste du livre. Elle est d'une correction absolue. On voit que l'auteur écrit dans la métropole de la science électrique.

Le chapitre d'usage sur les instruments et appareils, très bien fait aussi, est au contraire un peu long, du moins relativement. Quand donc les auteurs de manuels prendront-ils le parti de réduire à de justes proportions ce fastidieux défilé de clichés trop connus et sauront-ils renvoyer à propos le lecteur aux catalogues illustrés des fabricants? Il est vrai, qu'à ce compte, quelques livres perdraient leur principale raison d'être. M. de Watteville a trouvé le moyen de rendre intéressant un sujet aussi banal. On remarquera, entre autres, son commutateur pour la farado-galvanisation, méthode qu'il a introduite en électrothérapie. Il n'est plus question des appareils galvaniques de cent éléments, ni des courants de *haute tension* recommandés dans la première édition. L'auteur paraît se contenter actuellement des appareils ordinaires. M. de Watteville rappelle, non sans une légitime fierté, qu'il a été le premier à introduire dans un livre d'électrothérapie le nouveau système de mesures électriques, préconisé déjà en France par M. Gaiffe, quatre ans auparavant.

L'électro-physiologie est traitée avec un soin particulier. Les faits principaux sont condensés en quelques pages et présentés sous forme d'expériences faciles à répéter. On y trouve un résumé de quelques travaux importants de l'auteur, tels que la théorie des pôles virtuels, qui jette le plus grand jour sur l'excitation nerveuse et musculaire, et ses recherches (avec Waller) sur l'électrotonus chez l'homme. Le chapitre se termine par un appendice sur la polarisation

© BIU Santé

du corps humain. Nous avons à présenter à ce propos quelques explications. (Voir la note sur la *polarisation*, etc.)

Nous ne voyons rien à changer dans l'important chapitre sur l'électro-diagnostic. Les détails de la technique, les précautions à observer pour la juste interprétation des résultats, tout cela est indiqué avec une précision et une abondance remarquables. C'est un chapitre qui n'était pas facile à écrire, après l'apparition du livre de M. Erb. M. de Watteville ne s'est pas laissé intimider par la comparaison inévitable, et il s'en est bien trouvé. Il n'est pas fait mention, au sujet de la sensibilité cutanée, du procédé d'exploration imaginé il y a quelques années par l'auteur et Tschirieff.

Nous voici arrivés à l'électrothérapie proprement dite. Inutile de dire que, ici comme pour la physiologie et le diagnostic, la méthode polaire est exclusivement employée. Bonne justice est faite des désignations surannées de courant ascendant et descendant. C'est dans cette partie surtout que l'on peut apprécier l'esprit positif et résolûment pratique dans lequel l'ouvrage est conçu. L'auteur indique avec beaucoup de soin les propriétés physiologiques et thérapeutiques des courants, l'action différente des pôles, etc.; mais dès qu'il s'agit de l'application à des cas particuliers, il n'hésite pas à dire : Essayez d'abord en vous conformant à la théorie, et si le résultat n'est pas satisfaisant, modifiez votre procédé.

C'est le langage d'un homme qui a beaucoup pratiqué. On ne peut que l'approuver. En effet, tâtonner et savoir tâtonner, c'est et ce sera longtemps encore le fond de la pratique et de la science de l'électrothérapie. L'auteur fait grand usage de la farado-galvanisation, c'est-à-dire la superposition des deux courants. Il emploie beaucoup aussi le courant galvanique avec intermittences rapides.

L'ouvrage se termine par de bonnes planches représentant les points moteurs et empruntées à l'ouvrage de Erb. Elles sont précédées d'une liste de la distribution des nerfs moteurs, sorte de *memorandum* qui sera jugé utile.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire ressortir un mérite de forme, mérite secondaire si l'on veut, mais en tout cas assez rare. Bon nombre d'écrivains ne croient pas pouvoir parler d'électrothérapie sans prendre, vis-à-vis des infortunés confrères restés étrangers à la formule de Ohm, un ton de supériorité dédaigneuse, dont l'effet est assez drôle à la longue. M. de Watteville n'a pas donné dans ce petit travers. Son style, à part ses qualités fondamentales de vigueur et de clarté, est toujours d'une parfaite convenance. Maintenant un peu de critique de détail.

M. de Watteville adopte comme unité pratique de courant, pour l'électrothérapie, le milliampère. Il reproche au dix-millième d'unité d'intensité, c'est-à-dire d'ampère (autrefois de weber), proposé par M. Gaiffe, de ne pas être d'une énonciation commode. C'est possible, mais ce n'est pas là ce qu'on lui demande. Le fait est que la graduation en millièmes est beaucoup trop espacée et trop grossière dans une foule de cas. Pour la galvanisation de l'œil, de la tête, pour la comparaison des excitations dans l'électro-diagnostic, etc., la graduation en dix-millièmes est indispensable.

En parlant de la farado-galvanisation et de la force qu'il convient de donner à chacun des deux courants, M. de Watteville dit que le courant galvanique doit être pris de la même force que s'il devait être employé seul. Cette règle ne nous paraît pas pouvoir être admise sans réserve. On peut faire l'expérience suivante : on détermine séparément un courant galvanique et un courant faradique un peu moins fort qu'il ne faut pour provoquer isolément la contraction d'un muscle donné. Si on réunit ces deux courants, on obtient une contraction énergique. On voit qu'en suivant la règle de l'auteur, on aurait eu une excitation beaucoup trop forte.

Il est fâcheux, croyons-nous, que l'auteur ait renoncé à l'habitude qu'il avait adoptée dans sa première édition, de désigner les forces de courants par leur mesure absolue. L'évaluation par nombre d'éléments, bien que censée se rapporter à une résistance moyenne, ne donne pas une idée suffisamment nette.

Le chapitre sur l'électro-diagnostic nous offre la confirmation de ce que nous avons dit souvent sur la nécessité d'adopter universellement la notation allemande. L'auteur emploie les initiales anglaises, ce qui vient ralentir la lecture.

A propos de la galvanisation du sympathique cervical (que l'auteur préfère appeler galvanisation sub-aurale, ce qui n'implique aucune théorie), il n'est fait aucune mention de la faradisation de ce nerf. Pourtant, d'après quelques auteurs et d'après notre propre expérience, la faradisation est bien plus apte à mettre en évidence les effets thermiques et vaso-moteurs imputables à l'excitation du sympathique.

Voici qui est plus grave. Il n'est pas fait la moindre mention de l'électrisation statique. C'est un complément sans lequel pourtant, à l'heure actuelle, un manuel d'électrothérapie ne saurait passer pour complet. Nous pouvons assurer à M. de Watteville qu'en écrivant sur l'électrisation statique quelques pages aussi bonnes que celles qu'il a consacrées aux anciennes méthodes, il aurait donné satisfaction à bon nombre de médecins, qui nous demandent journellement des informations sur ce sujet. Il justifie son omission en alléguant l'utilité très limitée de l'électricité statique en médecine. C'est vite dit; mais sur quelle autorité, sur quelle expérience s'appuie ce jugement sommaire? Voilà ce que nous voudrions savoir.

En résumé, M. de Watteville nous a donné une édition grandement améliorée d'un livre qui passait déjà pour excellent. S'il avait bien voulu l'écrire en français (chose facile puisqu'il est d'origine française et écrit parfaitement notre langue, à preuve sa thèse soutenue il y a dix-huit mois à Bâle), son livre eût pris dans notre littérature une place honorable et eût rendu service aux médecins de plus en plus nombreux en France qui s'intéressent à l'électricité.

R. V.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Séance du jeudi 26 juin 1884.

Le choléra à Toulon.

M. Rouvier. L'opinion publique s'est émue des nouvelles reçues de Toulon et d'après lesquelles divers cas de choléra avaient été constatés dans cette ville. La Chambre comprendra que, me faisant l'interprète des populations du littoral méditerranéen plus directement menacées, je désire poser à M. le ministre du commerce, qui a bien voulu me promettre d'y répondre, une question.

Je demande à M. le ministre de vouloir bien nous dire, avec l'autorité qui s'attache à sa situation, puisque c'est sous ses ordres que sont placés les services sanitaires, le service des quarantaines et le comité d'hygiène publique de France, quelle est exactement la situation constatée à Toulon par ses délégués. MM. les Drs Proust et Brouardel ont été envoyés en effet à Toulon par M. le ministre du commerce, à la première nouvelle de l'apparition du fléau.

Il y a un intérêt certain à ce que le public sache la vérité, toute la vérité, car c'est le seul moyen d'éviter les exagérations et les paniques qui pourraient en résulter. Je demande à M. le ministre quelle est la nature du mal, quelle est son étendue, quelles sont les mesures qu'il a prises ou qu'il compte prendre pour détruire le fléau dans son foyer, pour l'empêcher de s'étendre et de menacer les autres parties de la France. (Très bien ! très bien !)

M. Hérisson, *ministre du commerce*. Je crois, en effet, qu'il importe de rassurer la Chambre, le pays et je dirai même l'Europe sur les conséquences de la maladie qui a éclaté à Toulon.

Vous n'ignorez pas qu'aussitôt qu'a été reçue la nouvelle de l'apparition de la maladie, le comité d'hygiène s'est réuni et a envoyé à Toulon deux savants médecins, MM. Brouardel et Proust. J'ai reçu de ces messieurs deux rapports, l'un hier, l'autre ce matin, je vais en donner connaissance par extraits. Dans le premier, MM. Brouardel et Proust disent :

© BIU Santé

« Il n'y a eu dans les hôpitaux aucun cas intérieur développé parmi les infirmiers ou les autres malades et cependant l'épidémie date de 12 jours. Ajoutons qu'il n'est pas à la connaissance de l'autorité que les personnes qui ont abandonné la ville aient importé le choléra là où elles se sont réfugiées. Le nombre des malades, pris dans les différents corps de troupe et sur les bâtiments est très peu considérable : 3 sur le *Montebello*, portant 440 marins ; 2 sur l'*Alexandre*, portant 630 marins ; 1 seul sur le *Jupiter*, portant 450 marins. Il n'y a donc par eu la soudaineté d'explosion qui caractérise les débuts des épidémies de choléra asiatique. Enfin, la mortalité, bien qu'il y ait eu des cas presque foudroyants, est relativement faible (un sixième environ pour la marine, 6 morts pour 30 entrées à l'hôpital). Il est donc permis d'espérer qu'il s'agit de choléra né sur place et non envahissant. »

Ce matin, j'ai reçu de ces messieurs une nouvelle dépêche, dont voici les principaux passages :

« Malgré une enquête des plus minutieuses dans laquelle nous avons été aidés par toutes les autorités, nous n'avons pu trouver par quelle voie le germe du choléra asiatique aurait été importé à Toulon. Il serait donc logique de conclure comme si l'épidémie avait éclaté dans une ville du centre de la France, sans communication directe avec les pays infectés de choléra. Dans ce cas, aucun doute ne serait possible : l'épidémie recevrait le nom de choléra nostras et nous affirmerions que, née sur place, elle mourrait sur place.

« Nous ne serions autorisés à dire que l'épidémie doit se propager que, si les personnes qui ont quitté Toulon avaient créé autour de la ville de nouveaux foyers, prouvant ainsi que le choléra dont elles avaient été atteintes possédait les facultés de reproduction du choléra asiatique. Rien heureusement n'est venu confirmer cette hypothèse ; nous pouvons ajouter qu'un ouvrier du port de Toulon, parti pour Solliès-Toucas, samedi 21, y est mort de la maladie qui sévit à Toulon, le lundi matin 23 ; hier soir 25, il n'y avait dans ce village aucune affection cholériforme. Le cas était demeuré stérile.

« Dans ces conditions, bien que l'épidémie à Toulon soit sérieuse, que quelques victimes aient été emportées en quelques heures et qu'on ait cru reconnaître chez elles les symptômes du choléra indien (symptômes identiques d'ailleurs, dans certains cas, à ceux du choléra nostras), nous avons le droit de continuer à espérer que nous sommes en présence d'une épidémie qui ne se propagera pas en dehors de la ville. Mais nous saurons attendre, pour donner une opinion définitive, que tout motif de doute ait disparu.

« Les mesures propres à enrayer le développement de l'épidémie à Toulon, ont été prises par le maire et par la municipalité, par la marine, le corps médical et toutes les autorités, avec un zèle et une connaissance hygiénique des intérêts sanitaires auxquels notre devoir est de rendre hommage. Les autorités sont secondées dans leur tâche par le concours de tous les habitants.

« Nous vous adressons le relevé total de la mortalité, à Toulon, par le choléra, depuis le 20 juin : 20 juin, 2 morts ; 21 juin, 3 morts ; 22 juin, 13 morts (mais d'après une enquête à laquelle nous nous sommes livrés, sur ces 13 morts, 4 ne doivent pas être attribuées au choléra) ; 23 juin, 5 morts ; 24 juin, 1 mort ; hier 25 juin, 6 morts.

Vous voyez que les dernières nouvelles reçues de MM. Brouardel et Proust paraissent être des plus rassurantes ; nous avons communiqué ces rapports à M. Fauvel, inspecteur général du service de santé, dont tout le monde connaît la compétence. M. Fauvel, en effet, n'est pas seulement un homme de science, c'est aussi un homme de pratique en matière de choléra ; il a été médecin en chef des hôpitaux de Crimée et il a longtemps habité l'Asie ; c'est un maître en cette matière. Or, M. Fauvel n'a jamais varié, il a toujours pensé qu'il s'agissait du choléra nostras. Or, M. Fauvel, auquel ont été communiqués les rapports de MM. Brouardel et Proust, m'envoie une lettre, dans laquelle je lis :

« La dernière dépêche de MM. Brouardel et Proust ne fait que confirmer mon opinion. Je renouvelle donc, conformément aux faits, que la maladie de Toulon n'est pas le choléra asiatique et il convient d'agir en conséquence. »

Quant aux mesures à prendre, elles sont de deux sortes : les unes ne peuvent être prises sur place que par les autorités locales, en vertu de la loi de 1790 ; or, je dois rendre hommage à la municipalité de Toulon et dire que ces mesures ont été prises par elle avec un dévouement et un zèle au-dessus de tout éloge. (Très bien ! très bien !)

Il y a ensuite des mesures extraordinaires que le Gouvernement peut prendre, ce sont les mesures sanitaires vis-à-vis de l'extérieur ; or, elles n'ont jamais cessé depuis le choléra de l'an dernier, et elles ont toujours été appliquées avec la dernière rigueur. Quant à d'autres mesures tout à fait exceptionnelles qui peuvent être prises en vertu de décrets de M. le président de la république, je déclare que si elles étaient nécessaires nous serions prêts à les prendre avec tout le zèle et tout le dévouement que la Chambre peut attendre de nous. (Très bien ! très bien !)

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Perfectionnement aux irrigateurs.

Nous n'avons pas à rappeler ici l'importance des irrigateurs qui rendent tant de services. Mais plusieurs points ont, jusqu'à présent, laissé grandement à désirer dans la pratique : présence de l'air dans l'appareil, dérangement du clapet, fuite au pourtour du piston, et, comme conséquence de ces deux derniers inconvénients, des réparations fréquentes et des dépenses onéreuses : tels sont les principaux reproches faits à cet appareil.

Voici de quelle manière nous avons remédié à ces défauts. A la partie centrale du piston est logé un boulet flotteur *b*, maintenu par une pièce métallique à percée d'orifices *e*. Si nous supposons qu'une certaine quantité d'air se soit introduite sous le piston au moment où il commence à descendre, la sphère *b*, non encore soutenue par le liquide, permet à cet air de s'échapper par les orifices *e*, *c* et *d*. Mais dès que le piston repose sur le liquide, le flotteur se soulève, vient obstruer l'orifice *c*, et l'appareil, purgé d'air, fonctionne à la façon ordinaire (*fig.* 53).

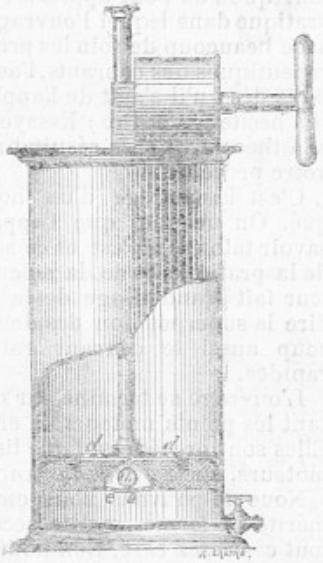


Fig. 53.

Toutes les parties constituantes du piston étant solidement agencées, aucun dérangement ne peut se produire ; l'étanchéité est assurée par un cuir mince, souple, dont la lèvre est continuellement tendue à l'aide d'un ressort à boudin situé dans une gorge circulaire creusée dans le corps même du piston.

L'Académie de médecine possède un appareil de ce genre, construit chez M. Mathieu, et dans lequel un cylindre en cristal laisse voir parfaitement le jeu du piston. Ajoutons enfin qu'une disposition spéciale permet de transformer facilement, et à peu de frais, tous les appareils ordinaires déjà fabriqués.

VARIA

Exposition internationale d'hygiène de Londres.

Par arrêtés, pris sur la proposition de la commission instituée pour organiser la participation de la France à l'exposition internationale d'hygiène de Londres, en 1884, et conformément au vote des exposants, M. le Ministre du commerce a nommé pour faire partie en qualité de membres français, du jury international de cette exposition : MM. le Dr Arnould, professeur d'hygiène à la faculté de médecine de Lille ; Bérard, secrétaire du comité consultatif des Arts et Manufactures ; Berger, directeur du musée pédagogique ; Dr Brouardel, membre de l'académie de médecine, professeur à la faculté de médecine de Paris ; Buisson, inspecteur général de l'instruction publique, directeur de l'enseignement primaire ; Dethomas, député, membre du conseil départemental de l'instruction publique de Melun ; Dutert, inspecteur de l'enseignement du dessin ; Dr Gariel, ingénieur des ponts et chaussées, professeur à la faculté de médecine de Paris ; Dr Henry Guéneau de Mussy, membre de l'académie de médecine ; Guillaume, membre de l'Institut, inspecteur général de l'enseignement du dessin ; Guy, président de la chambre syndicale des distillateurs en gros de Paris ; Jacquemart, inspecteur général de l'enseignement technique et des écoles d'arts et métiers ; Jarlaud, membre de la chambre de commerce et président de la chambre syndicale des vins et spiritueux de Paris ; Jordan, professeur à l'école centrale des arts et manufactures, ancien président de la Société des ingénieurs civils

© BIU Santé

de France; Lavezzari, architecte en chef de l'hôpital de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais); Dr Layet, professeur d'hygiène à la faculté de médecine de Bordeaux; Leblanc, membre de l'académie de médecine, ancien vétérinaire en chef de la préfecture de la Seine; Lesoufaché, architecte; Dr Liouville, député, membre du comité consultatif d'hygiène publique de France; de Montmahou, inspecteur général de l'enseignement primaire; Müller (Emile), professeur à l'école centrale des arts et manufactures; Dr Napias, secrétaire général de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle; Nourrit de la maison Plon, Nourrit et Cie, libraires-éditeurs, à Paris; Dr Proust, membre de l'académie de médecine, président de la société de médecine publique; Srieber, président de la chambre syndicale du caoutchouc; G. Trélat, professeur à l'école spéciale d'architecture; Dr Vallin, professeur à l'école de médecine militaire du Val-de-Grâce, secrétaire du comité consultatif d'hygiène publique de France.

— Le Ministre de la marine et des colonies vient de désigner M. Rochard, inspecteur général du service de santé, pour représenter le département de la Marine au Congrès international d'hygiène et de démographie de La Haye.

Congrès d'hygiène industrielle de Rouen, les samedi 26 et dimanche 27 juillet 1884.

Afin de favoriser l'assistance au Congrès d'hygiène industrielle, l'Administration des chemins de fer de l'Ouest a décidé qu'à partir du vendredi 25 juillet, des billets, à destination de Rouen, seraient délivrés à prix réduit dans la plupart des gares de son réseau et seraient valables jusqu'au lundi soir 28.

Programme. — § I. — *Hygiène de l'ouvrier dans l'atelier.* — Amélioration de l'atmosphère des ateliers. — Précaution, à prendre contre les variations de température, d'humidité. — Moyens nouveaux pour empêcher les accidents résultant des machines industrielles ou des substances employées dans l'industrie. — Modifications apportées, dans un but hygiénique, à certains procédés de fabrication. — Précautions contre la propagation de certaines maladies contagieuses, due aux modes d'opération. — Insalubrité de certaines industries nouvelles. — Travail de jour et de nuit. — Vêtement, pendant le travail. — Eclairage, hygiène de la vue.

§ II. — *Hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier.* — Habitations ouvrières. — Education, instruction, enseignement. — Alimentation.

Choléra.

Dans notre dernier numéro nous avons signalé l'apparition du choléra en Cochinchine et dit qu'il avait occasionné quelques décès dans le mois de mai. Aujourd'hui cette nouvelle attire l'attention, car le choléra vient de faire son apparition dans un de nos ports maritimes, Toulon, en rapport avec la Cochinchine.

Le choléra a fait son apparition à Toulon le 14 juin; ce jour-là on signale la mort d'un matelot du *Montebello*. Du 14 au 19 juin, pas de décès; le 19, un; le 20, deux; le 21, trois; le 22, treize; le 23, six; le 24, 1; le 25, 6; le 26, 8. Le bruit a couru que l'épidémie serait due au transport la *Sarthe* qui vient de Chine et du Tonkin. Le correspondant de la *Justice* (25 juin), affirme qu'il y a eu plusieurs décès à bord de ce bâtiment pendant et depuis la traversée.

Le Ministre du commerce a délégué à Toulon, avec pleins pouvoirs, les Drs Brouardel et Proust qui sont arrivés dans cette ville le 24 juin, à midi. MM. Straus et Roux sont également partis pour Toulon; ils ne sont chargés d'aucune mission officielle. — La gravité et la multiplicité de ces cas nous paraissent malheureusement plaider en faveur du choléra asiatique.

Nous extrayons d'une lettre de Marseille le renseignement suivant:

Marseille, le 25 juin 1884.

Hier matin, 24 juin, a été reçu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Villard, professeur de clinique médicale, un homme arrivé à Marseille samedi dernier et venant de Toulon. Il a présenté les principaux symptômes du choléra: diarrhée, vomissements, crampes, cyanose des extrémités. Mais la réaction s'est vivement opérée et le soir, le malade était dans un état très satisfaisant.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 30. — M. Jacquelot: Contribution à l'étude des déchirures du col de l'utérus. — M. Guy: Recherches sur les propriétés thérapeutiques, chimiques et physiologiques de l'Hamamelis Virginica. — *Mercredi* 2. — M. Guinard: Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente. — M. Dèrobert: Traitement topique du psoriasis par l'acide chrysophanique. — *Jeudi* 3. — M. Beauvois: Du ptosis et en particulier de son traitement chirurgical par la méthode de suppléance du muscle releveur de la paupière supérieure par le frontal. — M. Thiroux: Contribution à la thérapeutique du goitre par l'iodoforme. — *Vendredi* 4. — M. Mongird: Du carcinome du péritoine. — M. Baena: Des kystes séreux congénitaux du cou. — *Samedi* 5. — M. Burucua: Du rhumatisme oculaire et de quelques manifestations peu communes. — M. Husson: Contribution à l'étude des relations des péritonites avec les cirrhoses atrophique, hypertrophique, graisseuse.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours, le samedi 7 juillet, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours à la même heure. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses qu'exige journellement la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 h. à 2.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 13 juin au jeudi 19 juin 1884, les naissances ont été au nombre de 1153, se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 456; illégitimes, 146. Total, 602. — *Sexe féminin*: légitimes, 406; illégitimes, 145. Total, 551.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881: 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 13 juin au jeudi 19 juin 1884, les décès ont été au nombre de 1000, savoir: 556 hommes et 444 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 18, F. 14, T. 32. — Variole: M. 1, F. ., T. 1. — Rougeole: M. 13, F. 14, T. 27. — Scarlatine: M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche: M. 4, F. 6, T. 10. — Diphthérie, Croup. M. 15, F. 16, T. 31. — Dyssenterie: M. .., F. ., T. .. — Erysipèle: M. 5, F. 4, T. 9. — Infections puerpérales: 8. — Autres affections épidémiques: M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 35, F. 18, T. 53. — Phthisie pulmonaire: M. 120, F. 86, T. 206. — Autres tuberculoses: M. 5, F. 7, T. 12. — Autres affections générales: M. 31, F. 37, T. 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 25, F. 26, T. 51. — Bronchite aiguë: M. 17, F. 13, T. 30. — Pneumonie: M. 39, F. 26, T. 65. — Athrepsie: M. 31, F. 25, T. 56. — Autres maladies des divers appareils: M. 171, F. 133, T. 304. — Après traumatisme: M. .., F. .., T. .. — Morts violentes: M. 19, F. 18, T. 37. — Causes non classées M. 5, F. 2, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription: 89 qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 34; illégitimes, 12. Total: 46 — *Sexe féminin*: légitimes, 30, illégitimes, 13. Total: 43.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du 21 juin les chaires de chimie médicale et de pathologie externe sont déclarées vacantes. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. Damaschino fera, le samedi 5 juillet, à 4 heures (*petit amphithéâtre*), une série de projections à la lumière électrique, de photographiques microscopiques et autres, portant sur différents points des *Maladies des vaisseaux* qui ont fait le sujet de son cours pendant le dernier semestre.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du 18 juin, la chaire de physiologie est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

Concours. — *Bureau central (médecins)*. La première épreuve s'est terminée vendredi; les candidats conservés pour la seconde

© BIU Santé

épreuve qui a commencé lundi dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sont: MM. Barié, Barthélemy, Béclère, Béringier, Brault, Brissaud, Brocq, Bruchet, Chantemesse, Comby, Dreyfous, Faisans, Faucher, Gauchas, Havage, Hirtz (E.), Hirtz (H.), Jean, Juhel-Rénoy, Ledoux, Leduc, Leroux, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Mathieu, Merklen, Petit, Renault, Robin, Robert, Stackler, Talamon, Variot.

Concours public *pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux*. — Ce concours sera ouvert le lundi 4 août 1884, à 4 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17. MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire, au secrétariat général de l'administration, à partir du lundi 30 juin jusqu'au mercredi 16 juillet inclusivement, de 11 h. à 3 h.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Racapé est nommé préparateur de minéralogie et géologie, en remplacement de M. Constantin, retraité.

Nominations. — Par décret du 21 juin, M. Duplay, professeur de pathologie externe à la faculté de médecine de Paris est transféré sur sa demande, dans la chaire d'opérations et appareils à ladite faculté en remplacement de M. Le Fort.

Hôpitaux de Marseille. — Nous avons été les premiers, dans la presse médicale, à protester contre la nomination de M. Hacks à la place de médecin-adjoint, contrairement à l'art. 3 du règlement hospitalier. Depuis, de nombreuses protestations se sont produites et, à leur suite, l'administration supérieure a fait inviter la commission des hospices à revenir sur sa décision; celle-ci refusa et répondit par une démission collective. Alors M. Cazelles, préfet des Bouches-du-Rhône, a annulé la nomination de M. Hacks.

Fièvre typhoïde. — Nous lisons dans le *Journal de Genève* du 18 juin: Le typhus a éclaté à Russikon (canton de Zurich). On a immédiatement soumis à un examen minutieux l'eau des fontaines publiques. Il a été constaté qu'au mois de janvier de cette année on avait enfoui les cadavres de deux veaux à une distance de cent cinquante pieds du réservoir général. La canalisation passe droit sous la fosse creusée pour l'enfouissement des deux animaux péris. On croit avoir trouvé dans ce fait la cause de l'épidémie. » — Le bruit a été répondu dans le public d'une épidémie de fièvre typhoïde à Fribourg (Suisse); le *Journal de Genève* rectifie cette nouvelle : il s'agit de Fribourg-en-Brisgau (Grand Duché de Bade).

Secret professionnel. — Nous lisons sous ce titre dans le *Courrier médical* du 14 juin:

« On lit dans le *Figaro* du 10 juin : *Ce qui s'appelle se jeter dans la gueule du loup*. Un individu se présentait avant-hier à l'hôpital Saint-Denis, pour faire panser une blessure à l'épaule provenant, disait-il, d'une chute sur un caillou tranchant. Comme le médecin reconnut parfaitement un coup de couteau, « *il crut devoir avertir le commissaire de police*, etc. » Les choses ne doivent pas s'être passées comme le dit le *Figaro*, dit judicieusement le *Courrier médical*; un voleur, un rôdeur de barrière de la pire espèce peut réclamer les soins d'un médecin, sans crainte d'aller se jeter dans la gueule du loup..., c'est-à-dire de la police. Personne n'ignore que nous sommes astreints légalement au secret professionnel. » Nos renseignements personnels montrent que le *Figaro* s'est trompé comme cela lui arrive si souvent. A l'hôpital de Saint-Denis sont attachés seulement deux médecins, MM. Le Roy des Barres (chirurgie) et Dupuy (médecine). Notre ami M. Dupuy, nous fait savoir que son collègue et lui n'ont appris le fait incriminé que par les journaux, que ce fait est complètement imaginaire.

Un conflit. — Le *Temps* rapporte qu'un conflit assez grave a été soulevé, au Tonkin, à l'arrivée du corps expéditionnaire. Le ministre de la marine avait nommé M. le médecin en chef de la marine Rey (du grade de colonel) chef du corps de santé du corps expéditionnaire au Tonkin.

M. Drillon, médecin principal de 2e classe de la guerre (lieutenant-colonel), parti avec le général Millot, avait été choisi de ce grade pour éviter toute espèce de conflit et avait spécialement reçu le titre de médecin en chef des ambulances mobiles et des infirmeries régimentaires. Cependant, l'état-major nomma M. Drillon médecin en chef du corps expéditionnaire, plaçant ainsi M. Rey sous les ordres d'un officier qui lui était inférieur en grade. Celui-ci réclama par lettre, et, pour ce fait, l'état-major lui infligea huit jours d'arrêts. M. Rey avisa un de ses amis, par télégramme, de la situation qui lui était faite; le ministre, prévenu demanda des explications au général Millot, et lui donna l'ordre de se maintenir dans la lettre de ses instructions, de remettre chacun à son rang et de rendre à M. Rey la direction du service médical au Tonkin. (*Journal de médecine de Paris*, 21 juin).

Prince médecin. — Les journaux de Munich publient l'avis suivant signé par le frère de l'impératrice d'Autriche: « Toutes les personnes aveugles ou souffrant d'une maladies des yeux seront reçues dans l'établissement très confortable nouvellement construit à Tegernsée (Bavière). Les personnes indigentes, munies de certificats constatant leur situation, seront recueillies gratis dans l'établissement. Signé : Charles-Théodore, docteur en médecine. »

Société médico-psychologique. — La Société médico-psychologique se réunira, en séance ordinaire, le lundi 30 juin, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — Ordre du jour : 1° Rapports de candidature; 2° Rapport de la Commission du prix Aubanel; 3° Étude du projet de loi sur les aliénés présenté au Parlement italien par le Président du Conseil : M. Morel; 4° Étude de l'hypnotisme chez une aliénée; considérations médico-légales: M. Aug. Voisin.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 29 juin 1884, à Creil, Fleurines et Pont Ste-Maxence. Rendez-vous gare du Nord où l'on prendra à 6 *heures* le train pour Creil, rentrée à Paris à 4 h. 58 matin. — N. B. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de verser le montant de la 1/2 place au Laboratoire de géologie avant samedi à 4 *heures*.

— M. Chatin, fera une herborisation publique le dimanche 29 juin, aux environs de Bouray-Lardy. Le départ s'effectuera de la gare d'Orléans à 6 h. 1/2 pour la station de Bouray.

Statue Dumas. — Une souscription publique est ouverte en France pour l'érection d'une statue à la mémoire de J. Dumas. — La faculté de médecine à laquelle appartenait notre illustre maître et dans laquelle son enseignement a brillé d'un éclat incomparable, tiendra à honneur de s'associer à ce témoignage de reconnaissance nationale. MM. les professeurs, agrégés, étudiants et fonctionnaires sont prévenus qu'un registre de souscription est déposé au secrétariat (bureau de la comptabilité). On peut souecrire tous les jours de *midi à 4 heures*. — Le doyen, J. Béclard, membre du comité chargé de recueillir les souscriptions.

Nouveaux journaux. — Nous recevons le premier numéro de l'*Unione medico egiziana*, journal paraissant à Alexandrie (Égypte) 2 fois par mois, et les numéros 2 et 3 de l'*Eco cientifico de las villas*, journal bi-mensuel paraissant à Sagua la Grande (Cuba).

Nécrologie. — (Etat-Unis). On annonce la mort des Dr B.-H. Reynolds à Manchester, Delaware, County, Jowa, survenue le 13 novembre 1883. Il était né le 22 juillet 1839 et avait pris comme recteur une part active à la guerre de sécession. — Dr Ch. Robertson, survenue le 24 mars 1884 à The Connelsville, Morgan County, Ohio. Il était né le 13 juillet 1799. Il avait été désigné en 1856 à l'*American medical Association* et avait également pris part à la guerre de sécession en qualité de chirurgien du 15e district de l'Ohio. — Le professeur S. Gross, qui vient de mourir le 6 mai, était né à Easton, en Pensylvanie, en 1805. Elève du professeur Mc. Clellan de Philadelphie, il prit ses grades au Jefferson Medical College que celui-ci avait contribué à fonder. Après divers voyages il publiait à Cincinatti ses « *Eléments d'anatomie pathologique.* » Bientôt après il donnait son « *System of surgery* » qui ne compte pas moins de cinq éditions. Il produisit en outre divers ouvrages : *Traité des voies urinaires*; *Blessures des intestins*; *Corps étrangers dans les voies aériennes*. Sa renommée de chirurgien ne tarda pas à devenir considérable; membre et chef de nombreuses sociétés savantes, il ne quitta sa chaire au Jefferson College qu'en 1882. Son autopsie montra qu'il avait succombé à un ancien catarrhe gastrique; le cœur était gros, il y avait un grand kyste du rein. Son cerveau pesait 48 onces, les circonvolutions étaient nombreuses et les sillons en étaient profonds. Ses restes furent soumis à la crémation à Washington (Pensylvanie) et de là transportés à Philadelphie sous l'escorte de sa famille et de ses amis. Les cendres qui pesaient environ 7 livres furent placées dans une boite d'étain hermétiquement scellée, qu'on plaça dans le cercueil qui avait servi à amener le corps. A Philadelphie on les renferma dans une urne de marbre simple et sans inscription que l'on mit dans le Woodland cimetière. Le Jefferson medical Collége a l'intention d'établir une « Gross Professorship. » d'Anatomie pathologique et l'Association médicale américaine d'élever une statue à sa mémoire. — Le *Concours médical* fait part de la mort du Dr Legoisne, à Briouze (Orne), décédé à l'âge de 28 ans. — Nous apprenons la mort du Dr Gratiot, décédé à Paris, le 11 juin, à l'âge de soixante et douze ans. — L'*Union médicale* nous apprend la mort du Dr Frenoy, d'Aix-les-Bains. — Nous apprenons le décès du Dr Paul, d'Amiens. — Du Dr Duvernoy, à Audincourt (Doubs). — La *France médicale* annonce la mort de deux médecins homœopathes, Viollet de Paris), ancien interne des hôpitaux, et Emery (de Lyon). — Nous apprenons la mort du Dr Moreau de Tours, médecin de la Salpêtrière, décédé le 26 juin 1884, dans sa 81e année.

— Nous avons la douleur d'apprendre la mort d'un de nos anciens amis et collègues de l'internat, M. le Dr Charles Laurent, mort il y a quelque jours à Alkirch (Alsace). Il avait fait des recherches très intéressantes sur l'*hyosciamine et la daturine*, en collaboration avec M. Oulmont. Plus tard il a fait une étude complète de l'hyosciamine. (Thèse). M. Laurent était un médecin distingué et un homme de cœur.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin** et Cie, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES FOSSÉS-ST.-JACQUES.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles. Lymphatisme, Maladies de la peau et des « Voies respiratoires, Asthme. Diabète, Fièvres intermittentes.

Dr CH. NEIDERT

Médecin-Consultant.

MALADIES DU LARYNX ET DE LA POITRINE.

(BADEN-BADEN)

POUDRES ALIMENTAIRES ADRIAN

PRÉPARÉES AVEC UN SOIN TOUT PARTICULIER POUR LES USAGES DE LA MÉDECINE

POUDRE DE BIFTECK

GARANTIE PURE VIANDE DE BŒUF.

POUDRE DE VIANDE - POUDRE DE LENTILLES CUITES

ÉCHANTILLONS AUX MÉDECINS

GARANTIE DE PURETÉ — MARQUE & CACHET ADRIAN

VENTE EN GROS 11, Rue de la Perle, PARIS

VALS

Eaux Minérales naturelles. Sources dont l'usage est admis dans les Hôpitaux civils de France.

PRESCRIPTIONS MÉDICALES :

SAINT-JEAN. Affections des voies digestives, pesanteur d'estomac.
PRÉCIEUSE. Appareil biliaire, calculs hépatiques, jaunisse, gastralgies.
RIGOLETTE. Appauvrissement du sang, pâles couleurs, débilité.
DÉSIRÉE. Constipation, incontinence d'urine, calculs, coliques nephrétiques.
MAGDELEINE. Maladies du foie, des reins, de la gravelle et du diabète.
DOMINIQUE. Souveraine contre les maladies de la peau, asthme, catarrhe pulmonaire, chlorose, anémie, débilité.

Détail : dans tous les Dépôts d'eaux minérales et les Pharmacies, au prix de 80 c. la bouteille.
Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — Dose, une bouteille par jour.

Le commerce doit adresser ses demandes à
LA SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, A VALS (ARDECHE)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'OR

DE L'ÉCOLE de PHARMACIE DE PARIS

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

26, rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRE-PHARMACIE

ET

PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demande

Grandes facilités de paiement.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou,

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de Coca. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produis représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—**Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *névralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 30. — 1er *de Doctorat* : MM. Charcot, Terrillon, Reclus. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Gariel, Lutz, Pouchet. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Rendu, Segond. — 2e *Série* : MM. Verneuil, Guyon, Remy ; — 3e *Série* : MM. Trélat, Tillaux, Reynier. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnauld, Gauthier, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Hanriot, Guebhard. — 4e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Fournier, A. Robin. — 4e *de Doctorat* (N. R.) : MM. Potain, Hayem, Henninger.

MARDI 1er. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Baillon, Hanriot, Pouchet. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Panas, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Robin, Bouchard, Campenon. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. G. Sée, Proust, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Peter, Cornil, Quinquaud ; — 3e *Série* : MM. Brouardel, Laboulbène, Raymond. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Hardy, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Richet, Jaccoud, Humbert ; — 3e *Série* : MM. Le Fort, Ball, Charpentier.

MERCREDI 2. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Gariel, Gautier, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Lutz, Hanriot, Pouchet. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Rendu, Landouzy. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Tarnier, Terrillon, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Tillaux, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Guyon, Pinard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Potain, Charcot, Joffroy.

JEUDI 3. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Le Fort, Richelot. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Gautier, Hanriot, Blanchard. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Cornil, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Robin, Laboulbène, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat*. — MM. Jaccoud, Ball, Campenon ; — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Bouchard, Debove ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Peter, Troisier ; — 3e *Série* : MM. Hardy, Vulpian, Quinquaud.

VENDREDI 4. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Béclard, Tillaux, Reynier. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* (N. R.) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Lutz, Guébhard. — 2e *de Doctorat* : MM. Fournier, Terrillon, Hallopeau. — 2e *de Doctorat*. 1re partie : MM. Trélat, Damaschino, Reclus. — 3e *de Doctorat* : MM. Gautier, Hanriot, Pouchet. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Vulpian, Hayem, Landouzy ; — 2e *Série* : MM. Potain, Rendu, A. Robin.

SAMEDI 5. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Lutz, Hanriot, Henninger. — 2e *de Doctorat* : MM. Hardy, Cornil, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). 1re *Série* : MM. Robin, Laboulbène, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Sappey, Bouchard, Campenon. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Debove. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu). (N. R., 1re partie) : MM. Pajot, Richet, Richelot. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) (N. R., 2e partie) : MM. Peter, Jaccoud, Raymond.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

Chronique des hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — Médecine. — Service de MOUTARD-MARTIN. — Consultation le vendredi, visite à 9 heures. — Salle Saint-Augustin : 1, cancer de l'estomac ; 3, 8, 10, 14, 15, 27, fièvre typhoïde ; 4, angine de poitrine ; 12, empyème ; 12 *bis*, mal de Bright ; 13, insuffisance aortique pneumonie ; 17, pneumothorax ; 18, hémichorée ; 18 *bis*, ataxie ; 20, péri-typhlite ; 22, cancer de l'épiploon ; 23 *bis*, paralysie spinale aiguë de l'adulte. — Salle Sainte-Monique : 1, 2, 4, 22, 24, 25, fièvre typhoïde ; 3, pneumothorax ; 6, grossesse, vomissements ; 11, étranglement interne ; 12, mal de Bright ; 17, 18, hystérie ; 27, rougeole.

Médecine. — Service de M. HÉRARD (H.). — 1, pleurésie tuberculeuse ; 2, paralysie du plexus brachial ; 3, emphysème, goutte ; 4, pleurésie gauche tuberculeuse ; 6, asystolie, pleurésie gauche, apoplexie pulmonaire ; 9, rhumatisme blennorrhagique ; 10, tumeur cérébrale ; 11, saturnisme, colique, tremblement, ostralgie ; 12, ataxie locomotrice, syphilitique ; 13, fièvre typhoïde ; 14, rétrécissement et insuffisance aortique ; 17, néphrite interstitielle ; 20, pneumonie rhumatismale ; 24, adémie. (F.) : 1, péritonite chronique ; 2, 3, fièvre typhoïde ; 4, rétrécissement mitral ; 5, phlegmon péri-néphrétique ; 5 *bis*, atrophie musculaire progressive, paralysie infantile ; 9, corps fibreux ; 12, carcinome utérin ; 12 *bis*, rhumatisme déformant ; 14 (crèche), rétrécissement congénital de l'anus ; 20, corps fibreux, péritonite ; 24, arthropathie, ataxiques, insuffisance aortique ; 24 *bis*, corps fibreux ; 25, phlegmon du ligament large ; 26, pleurésie purulente ; 27, diabète sucré ; 28, insuffisance mitrale ; 29, hystéria major.

Médecine. — Service de M. EMPIS. — Consultation le lundi. Visite à 7 1/4. — Salle Saint-Thomas : 1, gastrite alcoolique ; 2, fièvre typhoïde ; 3, ataxie locomotrice à crises gastriques ; 9, rhumatisme articulaire aigu ; 10, fièvre typhoïde ; 12, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire ; 17, paralysie agitante ; 21, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Anne : 1, phlegmon du ligament large ; 2, fièvre typhoïde ; 24, hystérie ; 10, cancer du col ; 8, pleurésie ; 6, dilatation de l'aorte ; 7, embolie hémiplégique.

Clinique des yeux. — Service de M. le professeur PANAS. — Consultation, lundi, mercredi, vendredi à 9 heures. — Salle Saint-Julien : 1, iritis syphilitique double ; 19, décollement rétinien ; 13, kératite hypopion ; 15, traumatisme de l'œil ; 20, 22, 27, conjonctivite granuleuse ; 31, strabisme concomitant ; 39, épithélioma de l'orbite. — Salle Sainte-Agnès ; 5, choroïdite syphilitique ; 10, épithélioma de la paupière inférieure ; blepharoplastie ; 15, irido-cyclite ; 18, 19, 20, cataractes séniles, opération sans iridectomie.

Chirurgie. — Service de M. le professeur LE FORT. — Consultation, mardi, jeudi, samedi. Visite à 8 heures. — Salle Saint Côme : 3, phimosis ; 4, phlegmon de la main, tremblement, rhumatismes secondaires multiples ; 5, 6, 7, écrasement du pied ; 8, épanchement séreux de la région lombaire ; 11, phlegmon diffus du bras droit ; 14, fracture de 9 côtes et du sternum du bras gauche et de la cuisse droite. — Salle Sainte-Marthe : 2, carcinôme du sein, opéré ; 4, psoïtis ouvert ; 12, fracture du col de l'humérus ; 13, chancre mou ; 14, adéno-phlegmon du cou ; 15, gangrène du sein ; 18, phlegmon d'origine variqueuse.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878.

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande.

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées

délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :

Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

DRAGÉES MEYNET D'EXTRAIT NATUREL DE FOIE DE MORUE

Pharmacie : 31, rue d'Amsterdam.

BLANCHARD (R.). **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode du professeur P. Bert. Un vol. de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

BLONDEAU (A.). **Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** Un vol. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 27. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 JUILLET 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hématocèle dans un kyste du cordon, avec prolongement abdominal. — Incision, grattage, décortication. — Guérison ;

Par le Dr ROUTIER, chef de clinique chirurgicale à la Charité.

Nous venons d'observer dans le service de clinique chirurgicale de la Charité, avec notre excellent maître le Dr Terrillon, un fait relativement rare, tant au point de vue de la nature de l'affection qu'au point de vue du traitement institué et de ses suites, et il nous a paru utile et intéressant de le faire connaître.

Voici d'abord l'histoire de notre malade.

X..., âgé de 35 ans, entre le 15 décembre 1883, salle Ste-Vierge, lit n° 35. D'assez bonne apparence, vigoureux, ce garçon n'a jamais été malade. Il y a quatre ans, sans cause appréciable, sans ressentir de douleurs, il vit son scrotum gonfler du côté gauche; en quelques semaines, cette tuméfaction prit de grandes proportions, et remonta, dit le malade, jusque dans l'aine du côté correspondant.

Il ne sait si son testicule gauche était ou non réductible dans le trajet inguinal et dans l'abdomen ; en ce moment, le testicule du côté sain (côté droit), remonte dans le canal inguinal au moins jusqu'à l'orifice péritonéal.

Il n'a jamais eu de chaudepisse, n'a pas reçu de coup sur la région, et quand il a quitté le service militaire (il était artilleur à cheval), il n'avait certainement rien d'anormal du côté des bourses.

Pendant trois ans, X..., conserva cette tumeur dont le volume augmentait peu, dit-il, c'est seulement il y a un an qu'il commença à s'en inquiéter parce qu'il voulait se marier.

Se trouvant à Amiens, il entra à l'hôpital de cette ville où le chirurgien lui fit une ponction suivie d'une injection iodée.

On retira, dit le malade, 2 *litres de liquides* de son scrotum, et ce liquide était comme de l'urine ; il sortit guéri de l'hôpital d'Amiens.

Mais, six mois après sa sortie, le gonflement recommença et acquit en peu de temps le gros volume qu'il présente aujourd'hui. Le scrotum du côté gauche présente, en effet, une tuméfaction qui dépasse le volume des deux poings ; la tumeur est arrondie, allongée, régulière, se continue manifestement à la vue avec une intumescence de la région inguinale qui déborde même dans le ventre et le rend asymétrique ; à la partie inférieure existe cependant une sorte de bosselure arrondie et comme surajoutée à la masse totale.

La peau du scrotum est souple, élastique, glisse sur les parties profondes ; à la palpation, on sent de la mollesse, de la rénitense ; la fluctuation est manifeste dans tous les points ; la toux provoque une secousse dans la tumeur scrotale, et on se renvoie le flot depuis l'extrémité inférieure de la tumeur jusqu'à 2 travers de doigts au-dessous de l'ombilic ; la fosse iliaque correspondante n'est pas envahie : on dirait que la poche contenant du liquide après avoir traversé le canal inguinal, se reporte vers la ligne médiane.

La matité est absolue sur toutes les régions où on peut sentir la fluctuation ; nulle part on n'observe de transparence.

La tumeur est irréductible, et le malade assure qu'il n'a jamais eu de hernie à ce niveau.

Le testicule est manifestement en bas, dans cette tumeur surajoutée, il paraît même séparé en partie de la masse totale comme par un sillon.

Cette position du testicule nous fait poser la question de savoir si au lieu d'avoir affaire à une hydrocèle vaginale ordinaire, nous ne nous trouvons pas en face d'un énorme kyste du cordon.

Du reste, M. Terrillon, avant d'opérer le malade, fit une clinique sur son cas, et conclut à une hématocèle dans un kyste du cordon, l'opération lui donna entièrement raison. Voici comment il y procéda le 21 décembre 1883.

Après une ponction exploratrice qui confirma le diagnostic d'hématocèle, il incisa le scrotum et le sac ; de cette façon, on évacua un litre environ d'un liquide épais, grumeleux, couleur chocolat. Explorant alors la cavité, on vit qu'elle était tapissée de toutes parts par une fausse membrane épaisse de 2 millimètres environ qui se décollait sans trop de peine à l'aide de l'ongle et de la curette ; à ce point de vue, on pouvait diviser le sac en trois portions : *a*. La portion scrotale qu'on décortiquait facilement ; on ne voyait pas le testicule, mais par la palpation on se rendait compte qu'il formait bien cette tumeur inférieure semblant surajoutée à la masse ; il paraissait, du reste, parfaitement sain.

b. La portion inguinale qu'on nettoyait aussi assez facilement.

c. Enfin, la partie intra-abdominale, le doigt enfoncé aussi loin que possible y reconnaissait deux prolongements : l'un se dirigeant vers l'ombilic et dont on atteignait le fond difficilement ; l'autre semblant plonger dans le petit bassin et dont on ne pouvait sentir la terminaison ; on gratta autant que possible la face interne de cette vaste cavité, et on la nettoya à l'aide d'éponges montées avec lesquelles on frottait assez rudement toute la surface de la poche.

Quand toute cette cavité parut débarrassée de la fausse membrane qui la recouvrait, on se trouva en face d'une surface grisâtre, fibreuse, peu saignante ; on passa dans tout son intérieur un éponge imbibée de la solution caustique de chlorure de zinc ; cela fait, M. Terrillon nous recommanda de suturer exactement les parois du kyste qui avaient au moins un millimètre et demi d'épaisseur, avec la peau du scrotum, ce que je fis avec du catgut, plaçant les points de suture entrecoupée, distants chacun de quatre à six millimètres.

Quand tout le pourtour de l'incision fut ainsi bordé, je mis deux gros tubes à drainage dans la partie abdominale de la poche, deux autres dans la partie scrotale, et je réunis les lèvres de la plaie par une suture au fil d'argent ; après quoi j'appliquai un pansement de Lister.

Le lendemain 22, nous levons le pansement qui est un peu souillé de liquide rousseâtre, et nous supprimons deux tubes ; le malade va bien, il n'a pas de fièvre, 37°2, et déclare qu'il a grand appétit. Mais, le soir, il a 39°2 ; malgré cela il conserve sa bonne humeur et son bon appétit.

23 *décembre*. A cause de l'élévation de température constatée hier soir, nous faisons un lavage à l'eau phéniquée au 40e. Malgré toutes ces précautions, la température, qui était de 37°,4 le matin, monte à 40° le soir.

24 *décembre*. L'urine est noire, le malade a 38°,2 le matin ; il n'a cessé d'avoir de l'appétit et de se trouver très bien ; nous remplaçons l'eau phéniquée par de l'alcool camphré étendu d'eau, avec lequel nous faisons un grand lavage, suivi ensuite d'un petit lavage avec l'alcool camphré pur, et nous enlevons la plus grande partie des fils d'argent. Il y a une réunion partielle vers le milieu de la portion scrotale. La température est montée le soir à 39°,2.

Ce mode de pansement est continué tous les matins et tous les soirs jusqu'au 29 *décembre*. La courbe de la tem-

© BIU Santé

pérature s'abaisse progressivement, pour reprendre la normale 37°,2, qu'elle n'a plus quitté jusqu'à l'entière guérison.

Le 31 *janvier* 1884, la cicatrisation était complète.

Il serait oiseux de rapporter les détails jour par jour; ce serait répéter inutilement : lavage, section des tubes, enfin, suppression et pansement à plat de la cavité, qui s'est fermée par bourgeonnement.

L'hématocèle vaginale est une affection rare, mais elle est bien plus rare encore dans les kystes du cordon, surtout avec cet énorme volume et ce prolongement interpéritonéal. Nous avons cherché à ce propos dans les diverses publications, et nous devons dire qu'il y a vraiment pénurie dans la littérature médicale à ce sujet.

Dans sa remarquable thèse sur les collections liquides du pli de l'aine, 1865, M. le professeur Duplay rapporte trois observations dues à Dupuytren, Fano et Lister, où une tumeur liquide du scrotum se prolongeait dans le ventre, mais ce sont trois cas d'hydrocèle de la vaginale, caractérisés par Dupuytren d'hydrocèle en bissac.

Riberi (*Torino*, 1851) rapporte un cas où un prolongement abdominal d'une hydrocèle déplaçait la vessie.

Ces hydrocèles peuvent du reste, dit M. Duplay, se transformer en hématocèles, et il cite à l'appui deux faits, l'un de Huguier, l'autre de J. Rochard.

Dans ce dernier, on fit successivement quatre ponctions, qui donnèrent ensemble 3 kilog. 500 grammes de liquide.

L'injection iodée les guérit tous les deux, mais ce sont deux cas d'hydrocèle vaginale.

La fausse membrane épaisse qui doublait le kyste chez notre malade aurait certainement fait échouer toutes les tentatives de guérison par l'injection modificatrice; c'est du reste ce qui est arrivé dans les deux cas que nous trouvons relatés dans *The Lancet*, et où le chirurgien dut, après la ponction, faire l'ouverture du sac.

Knipe (*The Lancet*, 1880, vol. II, p. 300) rapporte un cas absolument analogue au nôtre. C'est sur un charpentier âgé de 32 ans; l'affection datait de trois ans; il avait été ponctionné une fois un an après le début; on avait injecté de la teinture d'iode. Un an après, survenait la récidive, et il entrait à l'hôpital. M. Lucas fit d'abord une ponction, qui donna issue à du liquide brun foncé ; deux jours après, un gonflement inflammatoire survenant, le chirurgien incisa et draina.

Le testicule, dit-il, était indépendant de la collection liquide.

Le malade a mis deux mois et demi à guérir. L'auteur fait remarquer que ce genre d'hématocèle est plus rare que l'hématocèle dans la vaginale; que, dans ce cas, c'est la première ponction qui, sans doute, a causé l'hématocèle, et que le seul moyen d'avoir une guérison définitive, c'est de provoquer la granulation des parois du sac et d'effacer ainsi sa cavité.

Gray (*The Lancet*, 1883, sept.) rapporte un cas d'hématocèle étendu du scrotum remontant jusque dans l'abdomen; mais il ne parle pas de la situation du testicule; une ponction, suivie d'injections phéniquées fortes, occasionna la suppuration; alors le chirurgien ouvrit largement, réséqua la partie exubérante du scrotum et sutura ; son malade guérit.

Béraud (*Arch. méd.*, 4e ser., t. XXV) rapporte deux cas d'hématocèle dans des kystes du cordon dus à Velpeau et au Dr Cabaret. On ne fit le diagnostic qu'après l'ouverture.

Curling rapporte trois cas d'hématocèle enkystée du cordon comme des faits très rares.

En 1876, à la Société de chirurgie, à propos d'une communication de M. Ollier sur un fait d'hématocèle de l'épididyme, M. le professeur Guyon dit qu'il avait vu trois cas de kystes de l'épididyme transformés en hématocèles; dans les trois cas, le kyste était volumineux, au moins gros comme le poing; le testicule, resté sain, était toujours en dehors du kyste.

En somme, on voit que les cas d'hématocèle des kystes du cordon avec prolongements abdominaux sont des faits rares ; c'est ce qui nous a fait penser que notre observation pouvait être intéressante. Nous ferons remarquer en outre que, dans le cas particulier, le diagnostic a été fait, et que tous les temps de l'opération ont été réglés pour ainsi dire d'avance. La marche suivie par l'affection après notre intervention, nous fait penser que la suture au fil d'argent a été inutile; mais que la suture exacte des parois de la poche avec la peau du scrotum ne devra jamais être négligée, car on évite de cette façon les infiltrations et les phlegmons du scrotum ; nos points de suture au catgut ont été en partie résorbés et en partie éliminés, mais l'adhérence a toujours été parfaite entre le scrotum et la poche. Enfin, il semble que les injections phéniquées dans le voisinage des voies urinaires rendent l'urine noire plus vite que lorsqu'on les pratique dans d'autres régions; on peut y substituer avec avantage les lavages à l'alcool camphré.

DERMATOLOGIE

Sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées, conglomérées en placards (1) ;

Par le Dr H. LELOIR, chef de clinique de la Faculté de Paris (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — J'ai pu étudier histologiquement un certain nombre de cas de cette affection sur des morceaux de peau recueillis sur le vivant et plongés aussitôt dans l'alcool absolu. Les morceaux de peau ainsi durcis ont été ensuite détaillés en coupes minces et colorés par le picro-carmin, la fuschine, le violet de méthyle. Cette lésion ainsi que je le montrerai dans mon prochain mémoire des annales de dermatologie et ainsi que vous pouvez le constater d'ailleurs sur les préparations et dessins que je fais passer sous vos yeux, n'est autre chose qu'une périfolliculite conglomorée d'abord des follicules pileux contenant les poils follets, puis des follicules pilo-sébacés en entier ; périfolliculite pouvant, dans certains cas, devenir profonde et phlegmoneuse.

La nature de cette affection nous échappe. Nous avons vu qu'elle n'est pas de nature trichophytique, qu'elle n'est pas secondaire à un eczéma. Certes, la folliculite pilaire et pilo-sébacée dont je vous montre ici des préparations et des dérivés, semble jouer un certain rôle dans la production de ces lésions, en constituant une sorte d'épine inflammatoire enchâssée dans le derme. Mais en somme des périfolliculites aussi prononcées s'expliquent difficilement par la présence seule de folliculites aussi peu accentuées. D'autre part, un grand nombre de folliculites bien plus notables (acné cornée, acné varioliforme) sont à peine suivies d'une réaction inflammatoire du derme ambiant; jamais elles ne sont l'origine d'une périfolliculite suppurée secondaire. Il semble donc que l'on ne puisse considérer d'une façon absolue les lésions observées, comme des périfolliculites suppurées secondaires à des lésions du follicule pilo-sébacé. Il faut chercher autre chose.

Or, sur un grand nombre de coupes, j'ai pu constater les faits les plus inattendus que je vais maintenant exposer brièvement. (Je me borne d'ailleurs à cette simple exposi-

(1) Voir le n° 26.

© BIU Santé

tion des faits, sans en tirer des conclusions, qui, actuellement, seraient incontestablement hâtives et peut-être exagérées, car de nouvelles recherches sont absolument nécessaires. Je les poursuis en ce moment). Au niveau des régions dermiques enflammées et infiltrées de cellules rondes, mais surtout au voisinage des follicules pilo-sébacés ou des glandes sudoripares, j'ai pu, à mon grand étonnement, constater les particularités suivantes :

A. Dans quelques coupes il existait au niveau des régions moyennes du derme des cellules géantes. Ces cellules géantes, rares d'ailleurs, étaient isolées ou parfois réunies par groupes de deux ou trois.

B. Sur des préparations colorées légèrement par la fuchsine et lavées ensuite, ou sur des coupes colorées par le violet de méthyle et même sur des préparations colorées simplement par le picro-carmin, l'on peut constater qu'il existe dans le derme, au niveau des parties malades, des MICROBES en certaine abondance. Ceux-ci siègent surtout au voisinage des vaisseaux et en particulier au voisinage des follicules pilo-sébacés ou des glandes sudoripares. Mais on en trouve aussi de disséminés dans les régions avoisinantes du derme, interposés entre les cellules rondes qui l'infiltrent. Ils paraissent parfois suivre les fentes lymphatiques du derme, dans certains cas on les trouve dans les conduits altérés des glandes sudoripares, ou immédiatement contre la gaine interne du follicule pileux altéré. Ce sont des micrococci bien nets, parfois isolés ou disséminés sous forme de points simples ou doubles, bien ronds, assez volumineux et parfois un peu inégaux comme volume. Ils présentent la plus grande analogie morphologique avec les microbes que nous avons obtenus en cultivant le sang des sujets atteints de ces variétés de périfolliculites. Ils se colorent bien par la fuchsine et le violet de méthyle, et semblent à peine colorés par l'acide picrique. En quelques points, ces micrococci réunis en groupes constituent de véritables petits amas zoogloéiques formés par des microbes ronds, parfois en points doubles, peu tassés les uns contre les autres et plus petits au niveau des parties centrales de l'amas zoogloéique. Sous cette forme ils semblent souvent masqués et englobés par une sorte de substance gélatineuse. Il importait alors de savoir si ce microbe n'existait qu'au niveau des régions enflammées de la peau, ou s'il n'existait pas aussi dans le sang des sujets porteurs de cette affection. M. le professeur Duclaux a bien voulu me prêter son précieux concours dans des recherches aussi difficiles, et voici ce que nous avons pu constater (1).

Chez deux malades du service de M. le Prof. Fournier, précisément chez ceux où j'avais pu constater histologiquement la présence d'un micrococcus au niveau des parties malades, nous avons recueilli quelques gouttes de sang. Dans les deux cas, ces quelques gouttes de sang recueillies, à une assez grande distance du foyer inflammatoire, et ensemencées aussitôt dans du bouillon de veau, ont dès le lendemain de l'ensemencement donné naissance à un microbe en points doubles, mobiles, et en amas zoogleiques. Ce micrococcus rappelle de très près, par ses caractères, d'après M. Duclaux, celui que ce savant a observé dans le bouton de Biskra (Duclaux, sur le microbe du bouton de Biskra. *Acad. de médecine*, 10 juin 1884. Note présentée par le professeur Fournier).

J'ai inoculé avec le liquide de culture (2e et 3e culture) plusieurs lapins. Dans un premier cas, l'injection faite sous la peau du lapin n'a donné lieu qu'à une rougeur diffuse, disparue au bout de quelques jours. Dans un deuxième et troisième cas, l'inoculation faite sous la peau a produit chez les lapins, une parésie prononcée et persistante du train postérieur. Les animaux sont morts au bout de 8 jours. Ils présentaient à l'autopsie des lésions multiples et intéressantes qui seront décrites en détail ultérieurement. Le sang, l'urine, le liquide céphalo-rachidien de ces lapins renfermaient de nombreux microbes en points doubles, parfois en chaînettes, mobiles, absolument semblables à ceux des liquides de culture. Dans un quatrième cas, un lapin inoculé dans la veine avec ce liquide de culture est mort au bout de 16 heures. Deux autres lapins, inoculés sous la peau avec du liquide de deuxième culture a présenté une gangrène cutanée localisée, analogue à celle produite par M. Duclaux, en inoculant du liquide de culture du clou de Biskra, mais moins accentuée à dose égale de liquide virulent. J'ai inoculé récemment deux lapins et quatre cobayes avec ce même liquide (3e culture). Les lapins sont atteints en ce moment de parésie du train postérieur. Les cobayes ont présenté des phénomènes locaux des plus curieux que je relaterai dans mon prochain mémoire des *Annales de dermatologie*.

Enfin, nous avons, en ensemençant du bouillon de veau avec du sang recueilli au niveau de l'extrémité digitale d'un malade atteint de sycosis non parasitaire (non trichophytique), et fortement suppuré de la barbe (sycosis récent), obtenu une culture des plus riches. Le microbe ainsi obtenu était un micrococcus en tous points semblable à celui que nous avons observé dans les deux cas précédents : microbe mobile, en points doubles et en amas zoogléïques formant dépôt au fond du vase.

J'ai inoculé sous la peau avec une très petite quantité de ce liquide (2e culture) : 1° Un lapin, celui-ci, quelques heures après l'inoculation, présentait une parésie accentuée du train postérieur. Quelques jours après, j'ai constaté sous la peau, dans tout le côté inoculé deux petites tumeurs grosses comme des haricots, situées à une assez grande distance du foyer d'inoculation (aine) et roulant sous le doigt. Actuellement la parésie du train postérieur a notablement diminué et l'animal se porte beaucoup mieux : 2° Une grosse truie, inoculée dans le tissu cellulaire sous-cutané avec une demi-seringue de Pravaz de liquide de culture, a présenté dès le lendemain au niveau du point d'inoculation, une saillie rouge, phlegmoneuse, large comme la main, qui au bout de quelques jours a disparu complètement sans suppuration.

En résumé, dans deux de mes cas de périfolliculites suppurées, et dans un cas de sycosis inflammatoire simple de la barbe, nous avons trouvé dans le sang des malades atteints de cette affection et bien portants en apparence, un micrococcus. Ce micrococcus existait non seulement dans le sang, au voisinage des parties malades, comme on aurait pu le supposer. En ensemençant une quantité suffisante de sang recueilli en des points très éloignés du foyer inflammatoire, nous avons encore rencontré le même microbe. Seulement le micrococcus paraissait exister en moins grande abondance dans la circulation générale que dans le sang recueilli non loin du foyer inflammatoire, comme semblerait l'indiquer la nécessité d'un ensemencement au moyen d'une plus grande quantité de sang. Il existait donc, comme l'ont montré les recherches et les cultures précédentes, dans le placard, dans les régions voisines du placard, et même (mais en moins grande abondance) dans la circulation générale des malades atteints de cette affection, un micrococcus, lequel inoculé à des animaux, produit chez ceux-ci des accidents locaux ou généraux, plus ou moins graves et plus ou moins variés.

Mais, existe-t-il un rapport de cause à effet entre la présence de ce microbe, et l'apparition de ces périfolliculites suppurées ? Peut-on supposer que le virus, disséminé dans le sang, et tendant à être détruit dans ce milieu, s'élimine (en partie tout au moins) sous forme d'abcès cutanés (1).

(1) Que M. le professeur Duclaux, lequel m'a si libéralement guidé dans mes recherches microbiques, reçoive ici l'expression de de ma reconnaissance. Je remercie M. Farembach, préparateur de M. Duclaux, de son extrême obligeance.

(1) Dans une série de recherches des plus intéressantes sur le Bouton de Biskra (recherches faites à propos d'un malade du service de M. le professeur Fournier) M. Duclaux (*loc. cit.*) a montré que, après l'injection du virus chez l'animal, on trouve encore le microbe dans le sang, quelques jours après l'inoculation. Puis l'ensemencement devient de moins en moins riche, et finalement, quand l'abcès cutané est formé, on ne trouverait plus de microbes dans le sang. (Ce qui pourrait être invoqué peut-être à l'appui de cette hypothèse, c'est dans un des cas précités de périfolliculites

© BIU Santé

Il serait bien téméraire, dans l'état actuel de nos connaissances, d'émettre une pareille opinion. Toutefois, s'il en était ainsi, si des recherches ultérieures venaient donner leur appoint à cette hypothèse, une lésion de sang par microbe pathogène expliquerait l'étiologie de ces formes particulières de périfolliculites suppurées, et d'autres variétés encore. Le microbe contenu dans le sang tendant à s'éliminer, à quitter un milieu qui lui est défavorable, s'éliminerait en partie par la peau, et en particulier par les follicules pileux (comme cela s'observe pour la lèpre, l'érysipèle, etc. (Cornil, Société médicale des hôpitaux 1884). Ainsi se produirait une périfolliculite aiguë suppurée (par élimination du poison au niveau des follicules cutanés), comparable à celle que l'on observe à la suite de l'absorption de certains médicaments (bromure de potassium, iodure de potassium, etc.). Ces périfolliculites se rapprocheraient donc, par leur pathogénie, de certains furoncles, de certains anthrax dont l'origine parasitaire semble des plus probables (Pasteur, Académie de médecine 1880), et des pustules, abcès dermiques, etc., consécutifs à certaines maladies infectieuses (variole, typhus, fièvre typhoïde, etc.). Elles ne seraient que la détermination locale d'un état général plus ou moins passager et passant inaperçu vu l'absence de réaction générale de l'organisme. La conception de la nature et de la pathogénie de ces périfolliculites (et de bien d'autres affections cutanées sans doute) serait ainsi entièrement changée et un champ des plus vastes serait ouvert aux recherches des dermatologistes.

Mais, je me laisse entraîner par la nouveauté du sujet, et l'observation de faits aussi inattendus. Assez d'hypothèse, et bornons-nous à la simple constatation des faits. Je ferai remarquer toutefois en terminant, et par comparaison que ce microbe ne paraît pas exister dans le sang des sujets atteints de syconis *trycophytique*, enflammé dans le sang de malades atteints de syphilides tuberculo-ulcéreuses des régions velues. Dans quatre cas j'ai ensemencé du bouillon de veau stérilisé avec une assez grande quantité de sang (12 gouttes), recueilli au niveau de l'extrémité digitale de malades du service de M. le professeur Fournier, atteints de ces affections et les cultures ont été absolument stériles.

L'*étiologie* de cette affection nous échappe donc. Dans les différents cas où nous l'avons rencontrée elle s'est produite chez des individus parfaitement bien portants et vigoureux. Je dois néanmoins signaler ce fait que dans cinq cas elle s'est rencontrée chez des individus qui maniaient des chevaux ou des bœufs. Mais dans ces différents cas, les animaux, d'après le dire des malades tout au moins, étaient sains et nous avons vu que l'examen détaillé de cette affection tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique ne permet pas d'en faire une dermatomycose (trycophytique tout au moins). Mieux vaut donc dire que l'étiologie de cette affection nous est inconnue.

Traitement. Le traitement est des plus simples et purement local. Le plus souvent je me suis borné à comprimer les parties malades au moyen d'un pansement ouaté occlusif, à exprimer le pus une fois par jour au moyen de la pression digitale et à faire prendre alors au malade un bain local d'une demi-heure environ, dans de l'eau tiède très légèrement phéniquée. Dans les formes phlegmoneuses ou anthracoïdes de l'affection, on pourrait avoir recours aux applications émollientes. Mais le traitement précédent m'a toujours réussi même dans ces formes. Les incisions m'ont toujours paru absolument inutiles et je ne conseille pas de les employer. Il en est de même des scarifications. Si l'on était en présence d'une forme papillomateuse, forme d'ailleurs des plus rares et paraissant surtout dépendre de l'incurie du malade ou du médecin, on pourrait avoir recours au raclage des surfaces papillomateuses et à quelques attouchements légers avec de la teinture d'iode, mais aussitôt le résultat voulu obtenu on emploiera de nouveau uniquement le pansement ouaté compressif.

L'épilation est ici toujours inutile, contrairement au sycosis non parasitaire des régions pourvues de poils vrais. En effet, le poil follet dans notre affection, est presque éliminé dès le début, jamais à proprement parler il ne peut constituer une épine inflammatoire. Cette épine inflammatoire si tant est qu'elle soit la cause déterminante de l'affection, provient uniquement des lésions du follicule pileux lui-même ou des follicules sébacés (1).

suppurées, cas où l'ensemencement avait donné pendant la période d'état de l'affection une culture des plus riches, avec quelques gouttes de sang seulement ; je n'ai pu obtenir que des cultures absolument stériles à la période de régression, en ensemençant au contraire mes bouillons de culture avec une assez grande quantité de sang.)

(1) J'ai eu simplement pour but dans ce mémoire de donner un aperçu rapide des particularités majeures de ces formes spéciales de périfolliculites suppurées, conglomérées en placards.

CLINIQUE MÉDICALE

Cancer du pancréas;

Par M. BABBILLON.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'un malade mort dans le service de M. le Dr Debove, à l'hôpital des Tournelles, le 15 janvier 1884.

C'est un pancréas présentant un certain nombre de noyaux carcinomateux, ainsi qu'un kyste multilobé, siégeant près de son bord inférieur. Le malade dont il s'agit est entré le 7 janvier 1884, à l'hôpital, dans un état de maigreur et de cachexie extrême ; il toussait un peu depuis deux ans, mais sans altération de la santé générale. Ce n'est que depuis trois mois que sont survenus des troubles digestifs, consistant en une difficulté de jour en jour plus marquée, de faire parvenir les aliments dans l'estomac. Cette difficulté est devenue telle, que dans ces derniers temps l'alimentation était presque nulle. Il n'y avait pas de véritables vomissements, mais plutôt une régurgitation presque instantanée des aliments ingérés. Du reste, pas d'hématémèse ni de mélœna. Constipation habituelle ; le ventre est rétracté. La région épigastrique, douloureuse, est le siège d'un empâtement général, sans nodosités appréciables.

L'examen des poumons est négatif. Le cœur présente des intermittences tous les trois ou quatre battements, pas de bruit de souffle. Léger œdème des extrémités inférieures. Les urines sont rares, jaune foncé ; elles contiennent une notable abondance de pigments biliaires. Pas d'albumine, pas de sucre. Le diagnostic porté est carcinome de l'estomac.

15 *janvier*. Le malade vomit dans la matinée une certaine quantité de liquide brunâtre, mêlé de particules de lait caillé ; il meurt à une heure de l'après-midi.

Autopsie, 22 heures après la mort. — Les *poumons* présentent quelques noyaux tuberculeux aux deux sommets. — Le *cœur* présente un volume normal ; les parois du ventricule gauche sont notablement hypertrophiées. Il existe une vaste dilatation anévrysmatique de la crosse de l'aorte, qui du reste est dilatée et pleine de caillots stratifiés dans toute sa portion thoracique. — Le creux épigastrique est occupé par le lobe gauche du foie, qui recouvre une masse carcinomateuse grosse comme le poing et développée au dépens et autour de l'estomac.

Le *carcinome stomacal* siège immédiatement au-dessous du cardia, à gauche de cet orifice, et a envahi les ganglions lymphatiques voisins qui sont englobés dans la tumeur.

Le pancréas est farci de noyaux carcinomateux, dont un assez volumineux, laisse écouler à la section un liquide puriforme. On trouve également un kyste lobulé au niveau du bord inférieur du pancréas.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à certains points de vue. D'abord par l'existence de l'anévrysme aortique méconnu pendant la vie, et de la dilata-

© BIU Santé

tion de l'aorte thoracique qui, cessant brusquement au niveau du diaphragme, a peut-être été influencée par la compression qu'exerçait sur elle la masse carcinomateuse abdominale; deuxièmement, par l'absence de vomissements véritables et l'existence de régurgitations alimentaires presque instantanées qui permettaient de rapporter au cardia ou à son voisinage, le siège du carcinome; troisièmement, enfin, par les altérations kystiques et carcinomateuses du pancréas, qui ne se sont pas accompagnées de glycosurie pendant la vie.

Parmi les nombreuses théories qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie du diabète, il en est une, en effet, qui fait jouer au pancréas un certain rôle dans la production de cette maladie. D'après cette théorie, due surtout à Popper, et qui s'appuie sur un certain nombre de faits anatomiques (dégénérescence graisseuse avec sclérose, atrophie, cancer, oblitération du canal pancréatique), le diabète pourrait s'expliquer de différentes façons. Ou bien le sucre produit par le pancréas malade serait un sucre mal élaboré; ou bien l'entrave apportée aux fonctions du pancréas amènerait la résorption du ferment pancréatique qui, livré au foie par la circulation, activerait la transformation du glycogène en sucre. — Ou bien la maladie du pancréas, en s'opposant à l'élaboration des matières azotées, produirait une véritable inanition, et le sucre continuant à se former, ne serait plus consommé par les éléments anatomiques dont la nutrition serait ainsi viciée. (Fick et Heidenhain, cités par Dreyfous, th. Agrég.) — On a dit enfin que le pancréas malade ne pouvant plus fournir, pour la saponification des graisses, la quantité suffisante d'acides gras pour se combiner avec le glycogène et former les acides biliaires, ce glycogène se trouvait en excès dans le foie, et partant, le taux du sucre formé dans cet organe était plus élevé.

L'observation que nous avons l'honneur de présenter à la Société nous a paru digne d'être opposée à la théorie pancréatique du diabète, puisque, avec des altérations aussi avancées du pancréas, notre malade n'a pas présenté de sucre dans ses urines.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cirrhose hypertrophique ;

Par MM. A. GOMBAULT et CONDOLÉON.

La nommée L... (Aglaé), âgée de 54 ans, couturière, est entrée le 5 janvier à l'hôpital Necker, salle Ste-Eulalie, n° 12. (Service de M. Rendu, suppléé par M. A. GOMBAULT).

Père mort à 42 ans d'une affection pulmonaire chronique ayant duré 2 ans. — Mère morte à l'âge de 72 ans, après avoir été hémiplégique pendant 10 ans. — Un frère mort à l'âge de 45 ans d'affection pulmonaire chronique, développée pendant la guerre de 1870. — Un autre frère, mort subitement à l'âge de 50 ans. Santé délicate pendant l'enfance; gourmes, ophthalmies fréquentes. Pendant la jeunesse, quelques affections aiguës sans gravité. N'aurait jamais eu la syphilis. La malade habite Paris depuis 1868, antérieurement elle habitait Rouen. Elle n'a jamais souffert de la misère. Elle avoue avoir abusé des boissons alcooliques (elle a été cuisinière pendant longtemps).

Le début de l'affection actuelle est difficile à préciser. Il y a en effet trois ans que la santé de la malade a commencé à se déranger. A partir de cette époque, elle a eu fréquemment, le matin, des vomissements bilieux (non alimentaires), s'accompagnant de douleur épigastrique. Il y a six mois environ que l'état est plus grave; les vomissements devenant plus fréquents, l'appétit et les forces ayant diminué progressivement. C'est cette aggravation progressive qui a décidé la malade à entrer à l'hôpital, car jusque-là elle avait continué à travailler un peu. Quelques jours avant l'entrée, la malade présentait en outre une teinte jaune assez marquée de toute la surface cutanée, plus prononcée aux conjonctives. Cet accident apparaissait pour la première fois, jamais la malade n'avait eu la jaunisse.

ETAT ACTUEL. — 6 *janvier* 1884. La malade a conservé un certain embonpoint. Elle présente une teinte subictérique généralisée, un peu plus marquée aux conjonctives, mais l'urine ne contient pas de pigment biliaire décelable par l'acide nitrique, et les selles sont normalement colorées.

Le foie est volumineux, lisse à sa surface, légèrement douloureux à la pression; le bord tranchant, facilement accessible, est senti à 3 ou 4 travers de doigts du rebord des fausses côtes. La matité dans la région splénique est manifestement augmentée. Du reste, le ventre est souple, non déformé, à peine douloureux, excepté à la région épigastrique; il n'y a certainement pas d'ascite; pas de développement anormal des veines sous-cutanées de l'abdomen. Vomissements bilieux survenant à intervalles irréguliers, pas de diarrhée, pas d'œdème des membres inférieurs. L'auscultation des poumons et du cœur ne révèle rien d'anormal.

Pendant les jours suivants, la malade s'affaiblit progressivement. L'appétit se perd complètement, les vomissement persistent, il survient de la diarrhée, la langue se sèche, pas d'épistaxis, pas d'hémorrhagies sous-cutanées, un peu de délire nocturne.

14 *janvier*. — La teinte ictérique est plus prononcée qu'à l'entrée, sans cependant être très accentuée. L'urine prend une teinte acajou, mais ne verdit que par l'acide nitrique, elle ne renferme, du reste, pas d'albumine. La faiblesse est très grande, la malade a de la peine à se mouvoir dans son lit. L'intelligence est assez nette, la malade répond bien aux questions. Nausées sans vomissements. Constipation. Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression, au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit. Signes d'épanchement dans la cavité pleurale à droite.

15 *janvier*. — On retire, par la ponction du thorax, environ 500 grammes de liquide citrin contenu dans la plèvre droite. L'analyse chimique, faite par M..., pharmacien du service, montre que ce liquide renferme beaucoup de fibrine, de l'albumine et de la matière colorante de la bile. (Cependant l'urine brunit mais ne verdit pas quand on y ajoute de l'acide nitrique). L'état général s'est beaucoup aggravé : prostration très grande, langue sèche, cornée, pas de délire, pas d'hémorrhagies, diarrhée abondante (matières colorées en vert).

16 *janvier*. — Pas de modification notable de la teinte ictérique. Toujours pas d'hémorrhagies, même état de dépression profonde, sans délire, la malade répondant bien aux questions, ventre souple, pas de réseau veineux sous-cutané. Le bord tranchant du foie est nettement senti au niveau de la crête iliaque droite. Sur la ligne médiane il atteint l'ombilic. Pas d'ascite. Quelques ronchus disséminés dans la poitrine. Eloignement du murmure vésiculaire à la base droite. — *Mort* le 17 janvier.

AUTOPSIE le 18 *janvier* 1884. — La *plèvre* droite contient environ 200 grammes de liquide citrin : il existe, des deux côtés, un certain nombre d'adhérences celluleuses reliant le poumon à la paroi costale. Ces adhérences sont beaucoup plus serrées au sommet droit et obligent, à ce niveau, à arracher sur une certaine étendue la plèvre pariétale.

Poumon droit. — Cicatrice fibreuse déprimée au sommet, correspondant à un noyau de pneumonie chronique ardoisée, de la grosseur d'une petite noix et parsemé de granulations grises. Le reste du tissu pulmonaire ne présente d'autres lésions qu'un peu de splénisation vers la base et un petit nodule crétacé de la grosseur d'une lentille logé au centre du lobe inférieur. A la coupe, il s'échappe une grande quantité de liquide spumeux, coloré en jaune dans les parties supérieures, en rouge vers la base.

Poumon gauche. — Cicatrice fibreuse au sommet, splénisation très prononcée dans tout le lobe inférieur et à ce niveau, sur la plèvre, qui cependant n'est le siège d'aucun

© BIU Santé

exsudat, semis de petites granulations transparentes, situées surtout au confluent des lignes interlobulaires.

Cœur. — P. 290 gr. myocarde, mou, flasque, coloré en jaune, surcharge adipeuse très prononcée, surtout sur le ventricule droit et le sillon auriculo-ventriculaire. Pas de lésions valvulaires, à part un peu d'épaississement du bord libre de la valvule mitrale. Quelques plaques jaunes à la naissance de l'aorte. Cœur droit normal. Péricarde sain.

Reins. — P. 160 gr. et 190 gr. — Capsule assez épaisse, enlève par place un peu de tissu rénal. La surface des reins est légèrement granuleuse, mais surtout elle est parsemée de larges dépressions irrégulières, au niveau desquelles le tissu est plus dur et rouge. A la surface de chaque rein on trouve deux ou trois kystes remplis de liquide ou d'une substance gélatineuse. Le tissu rénal est assez fortement coloré en jaune, mou et poisseux. La substance corticale, plutôt diminuée d'épaisseur, est sillonnée de nombreux tractus vasculaires; la substance tubuleuse, d'un blanc jaune, plutôt ferme. Au niveau du hile, surchage adipeuse très prononcée. Il n'y a pas trace de liquide dans le péritoine. Les anses intestinales sont absolument libres; il n'existe, à ce niveau, ni brides fibreuses, ni exsudat d'aucune sorte, ni granulations. Le diaphragme est absolument libre d'adhérences; il n'existe ni périhépatite, ni périsplénite. L'estomac n'est pas dilaté, ses parois sont d'épaisseur normale; il n'existe ni érosions, ni ulcérations sur la muqueuse, mais seulement d'assez nombreuses arborisations vasculaires.

Le *foie* est très volumineux. Dans le sens transversal, il mesure 40 centimètres, dont 20 environ pour le lobe gauche. Hauteur maximum du lobe droit, 24 centimètres, du lobe gauche, 16 centimètres. L'organe est aplati, relativement peu épais. Il est de coloration jaune-clair uniforme, absolument lisse à sa surface, excepté sur une petite portion de la face supérieure du lobe gauche, où se trouve une surface large comme la main couverte de petites granulations d'égale volume, jaunes, peu saillantes et assez molles. La capsule de Glisson a sa transparence et son épaisseur normales. Le foie a conservé sa forme générale, le bord inférieur est resté tranchant. Le lobe gauche s'est hypertrophié dans la même mesure que le lobe droit. A la face inférieure il n'existe pas de déformations. Le hile a sa configuration normale, le lobule de Spiegel a sa forme habituelle. Nulle part d'épaississement du tissu conjonctif du hile qui renferme un nombre de pelotons adipeux plus considérable que d'habitude. Rien à noter à propos du sinus de la veine-porte, de la veine-cave et des veines sus-hépathiques, qui sont absolument normales. Il en est de même pour les canaux d'excrétion de la bile, qui sont perméables. La vésicule, qui ne contient pas de calcul, est remplie de bile jaune; ses parois sont absolument normales.

Les coupes du foie sont d'aspect tout à fait uniformes sur tous les points où l'on en pratique. La coupe est lisse, de coloration jaune, onctueuse au toucher. Le tissu a une certaine mollesse, garde souvent l'empreinte du doigt et cependant il résiste à la pression et à la traction et se laisse difficilement déchirer. Il est facile de voir que le tissu hépatique, représenté par des îlots jaunâtres, irréguliers, est sillonné par une multitude de petits tractus un peu déprimés, translucides, de coloration grise ou rose. Il existe également une multitude de petits tractus de couleur ocreuse s'enchevêtrant avec les tractus conjonctifs. La surface de la coupe laisse suinter peu de sang, mais une quantité considérable de bile jaune qui s'échappe de tous les canaux-portes. Les voies biliaires intrahépatiques ne paraissent cependant pas dilatées. Quant aux gros vaisseaux sanguins intrahépatiques, ils ont leur calibre normal.

La *rate*, très hypertrophiée (pèse 400 grammes) est lisse à sa surface et nullement déformée. Son tissu est de consistance normale, ni ferme, ni mou. Sa coloration est d'un rouge uniforme. Dans un point seulement, à la surface, on sent un nodule induré, de la grosseur d'une noisette. Sur une coupe, ce nodule est manifestement cunéiforme, à base périphérique. Son tissu est jaune-rouge, dense et sec; il s'agit vraisemblablement d'un infarctus.

Examen histologique. — Les reins sont le siège d'une sclérose très prononcée portant principalement sur la substance tubuleuse. Les coupes du foie pratiquées dans les différentes régions de l'organe, montrent que la lésion y est très uniformément répartie. Elle consiste d'une part dans un développement anormal du tissu conjontif, d'autre part dans des modifications des cellules hépatiques.

1° Le tissu conjonctif de nouvelle formation se dispose sous forme d'îlots, d'étoiles d'où partent des bandes assez larges s'anastomosant et s'entre-croisant sous des angles variables, mais nulle part ces bandes ne forment d'anneaux complets; il n'y a pas de cirrhose annulaire. Les îlots et les bandes de sclérose affectent, au point de vue de leur localisation, un rapport étroit avec les fines ramifications du système veineux intrahépatique, mais elles sont manifestement plus larges au niveau des espaces périlobulaires qu'au niveau des veines centrales. Il s'agit donc, si on emploie la nomenclature de M. Sabourin, d'une cirrhose biveineuse à prédominance porto-biliaire. Ces bandes scléreuses, constituées par un tissu conjonctif fibrillaire assez dense, parsemées d'éléments embryonnaires abondants, réunis souvent sous forme d'îlots arrondis ou allongés, affectent le mode de disposition suivante : denses à leur partie moyenne, elles vont en se dégradant en quelque sorte sur leurs bords, dont se détachent des tractus qui enserrent les cellules hépatiques isolées ou réunies en petits amas. Il n'y a pas, en un mot, de limite tranchée entre le tissu scléreux et le parenchyme. Il s'agit d'une sclérose en voie d'évolution.

2° Les cellules hépatiques ont pour un tiers environ subi la transformation vésiculo-adipeuse. Cette transformation est encore peu avancée, car dans la plupart des cellules atteintes, on retrouve encore à la périphérie de la gouttelette huileuse un noyau entouré d'un croissant assez épais de protoplasma. Les cellules devenues adipeuses sont disséminées çà et là ou bien réunies sous forme d'amas ou de nappes assez larges, peu envahies par la sclérose et situées pour la plupart loin des vaisseaux et des tractus conjonctifs qui accompagnent ces derniers. — Les cellules qui n'ont pas subi la transformation graisseuse se présentent sous des aspets variés; un grand nombre ont paru plus volumineuses qu'à l'état normal; d'autres sont ratatinées, fragmentées, remplies de granulations pigmentaires, mais elles sont en petit nombre, et le parenchyme dans son ensemble ne présente nullement les lésions qui accompagnent l'ictère grave; un bon nombre, enfin, de celles qui sont comprises dans les tractus fibreux ont subi la transformation cubique et tapissent les parois de néocanalicules biliaires.

Les vaisseaux sanguins sont pour la plupart perméables, bien que leur paroi soient épaissies et infiltrées souvent de cellules rondes. Mais s'il n'existe pas de graves oblitérations vasculaires, la lumière des vaisseaux, petits et moyens, a généralement paru plus étroite qu'à l'état normal.

Les canaux biliaires des espaces périlobulaires sont le centre d'accumulations de cellules rondes. Il existe une périangiocholite incontestable des petits canaux. Les canaux de calibre ont des parois épaisses, et leur cavité est fréquemment encombrée de cellules épithéliales desquamées.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 7 juillet 1884, à 4 heures très précises, au palais de justice (salle d'audiences de la 5e chambre du tribunal civil). — *Ordre du jour*: Rapport de la commission d'élection sur les titres des candidats à dix places de membres correspondants nationaux. — Vote sur les conclusions du rapport de M. Rocher, relatif aux certificats demandés par les Compagnies d'assurances sur la vie. — Rapport de M. Laugier, sur le procès-verbal d'autopsie du St-E..., transmis à la Société par les médecins experts de Bastia. — Rapport de M. Bordier, sur une question de vente de médicaments par un médecin. — Relation par M. Barthélemy d'un fait d'empoisonnement volontaire par la strychnine, ayant soulevé une question de secret professionnel. — Responsabilité légale, à propos de certaines explosions accidentelles d'armes à feu, par M. Liégey. — Rapport de M. Socquet sur deux cas d'infanticide.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la propagation et de la prophylaxie de la diphthérie.

Le *Conseil d'Hygiène et de Salubrité* a formulé récemment des instructions (1) sur les précautions à prendre contre la diphthérie; ces instructions ont été reproduites par toute la presse, et il est permis d'espérer que, par une observation rigoureuse des prescriptions qui y sont contenues, on arrivera à enrayer la propagation de cette terrible maladie. L'intérêt qui s'attache à cette question nous engage à signaler ici d'une façon spéciale le rapport présenté par M. Ollivier (2) à l'appui des conclusions précédentes, et à mettre en lumière certaines considérations développées dans ce rapport.

C'est un fait bien connu des médecins que cette augmentation progressive de la diphthérie depuis une vingtaine d'années, et dans les rapports trimestriels sur les maladies régnantes qu'il présentait à la Société médicale des hôpitaux, M. Besnier y revenait avec insistance. Dans le dernier de ces rapports (janvier 1882) il faisait remarquer que dans les dix années précédentes, de 1872 à 1881, la diphthérie avait causé 16.629 décès alors que la fièvre typhoïde, malgré quelques épidémies graves n'en avait produit dans le même espace de temps, que 13.004 (3).

Les tableaux statistiques publiés par M. Ollivier, mettent aussi bien en évidence ce fait de l'extension toujours croissante de la diphthérie, et la démonstration est plus saisissante encore lorsqu'on prend non plus le chiffre absolu des décès, mais le chiffre des décès relativement à la population. Ainsi, tandis que, en 1866 et dans les années suivantes, on notait 45, 36, 41 décès sur 100.000 habitants, on voit ce chiffre monter à 62 en 1872, puis atteindre 79 en 1876, 121 en 1877 et depuis lors osciller entre ces deux limites extrêmes : 93, 84, 99, 104, 106, 88 représentant les chiffres de 1878 à 1883. Enfin dans le premier trimestre de 1884, la proportion est encore plus forte, et si la fréquence et la gravité de la diphthérie devaient persister au même degré dans tout le courant de l'année, on arriverait, d'après les calculs de M. Bertillon (4), au chiffre de 136 pour 100.000 habitants. Ajoutons d'ailleurs que l'on constate actuellement depuis quelques semaines une tendance manifeste à la diminution de cette maladie.

Le fait de l'extension de la diphtérie ressort encore nettement de l'examen des statistiques provenant des hopitaux d'enfants. En 1877, sur 100 enfants entrant à l'hôpital, il y en avait 14 seulement atteints de diphthérie, actuellement, la proportion est de 16 à 17 ; en 1877, sur 100 décès, il y en avait 37 par diphthérie; depuis 1881, on en compte 50 environ. Et cependant la proportion des décès relativement au chiffre des entrées, est restée sensiblement la même depuis 1877 ; elle a même diminué depuis l'établissement, dans ces hôpitaux, du pavillon d'isolement, et est d'une année à l'autre, tombée de 71 à 62 à l'hôpital Trousseau (1879), et de 71 à 60 à l'hôpital des enfants malades (1882).

Après avoir constaté l'augmentation considérable des cas de dyphthérie, M. Ollivier devait rechercher les causes de cette progression, afin d'y porter remède, et tout d'abord il se demande si la progression de la diphthérie tient à la maladie elle-même, à une modification des constitutions individuelles, créant une aptitude plus grande à la réceptivité du contage, ou bien à des causes plus générales, pouvant favoriser au même titre la propagation et la diffusion de toutes les maladies contagieuses ; il se rattache à cette dernière opinion, et admet que l'accroissement du nombre des cas, tient surtout à une facilité plus grande dans la transmission du contage. Il fait remarquer, en effet, que la rougeole et la coqueluche présentent aussi comme la diphthérie une progression notable, et dans un cas comme dans l'autre, il fait jouer le rôle principal sinon exclusif à l'agglomération, à la réunion dans la même maison, sur le même palier, d'un grand nombre d'enfants.

C'est là sans doute un argument d'une valeur sérieuse, mais il nous semble que son importance a été un peu exagéréespar M. Ollivier. En effet, il est bien certain que la rougeole et la coqueluche tendent d'une façon générale à augmenter de fréquence ou tout au moins de gravité (car la statistique porte non sur les chiffres du cas qui reste inconnu, mais sur celui desdécès), mais la progression n'est pas à beaucoup près aussi marquée ni aussi régulière que pour la diphthérie; il y a même, à certains égards, une discordance entre les chiffres qui expriment pour chaque année la mortalité de chacune de ces maladies. Ainsi, tandis que la rougeole fournit (en prenant toujours pour la proportion 100.000 habitants) 19 décès en 1865, et 45 en 1866, la diphthérie en donne 53 pour la première année et 45 pour la seconde; en 1876 et 1877, on trouve pour la rougeole 44 et 33 et pour la diphthérie, 79 et 121. De même pour la coqueluche où les écarts sont même plus accentués; c'est ainsi que les chiffres pour 1881, 1882 et 1883 sont pour cette maladie de 22, 9 et 27, alors que ceux de la diphthérie sont 104, 106 et 88.

Il y a donc, en dehors du fait brut de la contagion, certaines conditions accessoires qui doivent influencer les recrudescences temporaires des maladies épidémiques, et en particulier de la diphthérie. Ces conditions peuvent résulter d'une réceptivité plus grande de l'individu, et l'observation des faits de contagion de la diphtyérie, particulièrement chez l'adulte, semble bien montrer que cette maladie affecte surtout les gens fatigués, déprimés physiquement ou moralement. D'autre part, il doit y avoir, sous des influences mal connues, probablement en rapport avec les variations atmosphériques, des différences dans l'activité du contage.

Mais, en somme, et malgré les réserves précédentes, le point important dans l'étiologie et par suite dans la prophylaxie de la diphthérie est relatif à la contagion et aux différents modes suivant lesquels elle s'exerce. L'agglomération, la réunion au voisinage d'un enfant

(1) Voir le n° 22 du *Progrès médical* (31 mai, p. 441.)
(2) Ce rapport a été publié dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (juin, 1884, p. 257.)
(3) Bulletin de la *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1882, p. 35.
(4) Bulletin hebdomadaire de statistique municipale, n° 15 (12 avril).

© BIU Santé

malade d'autres enfants bien portants, favorise évidemment dans une mesure considérable la propagation de la maladie. Celle-ci peut aussi être contractée par le séjour passager dans une voiture qui transporte ou qui a servi à transporter des diphthéritiques. M. Ollivier raconte que M. Parrot fut un jour appelé à donner ses soins à trois enfants de la même famille atteints simultanément d'angine diphthéritique, et qui tous les trois moururent. En recherchant la cause de cette infection, M. Parrot découvrit que, quelques jours auparavant, ces enfants avaient été conduits en promenade dans une voiture qui avait servi le matin même au transport d'une jeune diphthéritique à l'hospice des Enfants-Assistés.

On ne saurait donc trop encourager, pour éviter le retour de pareils faits, l'usage des voitures consacrées spécialement au transport des malades.

Le diphthéritique lui-même doit être isolé, séparé des autres enfants qui pourraient contracter la maladie, et même on ne doit laisser autour de lui que les personnes strictement nécessaires pour les soins à lui donner. Tous les objets qui ont été en contact plus ou moins direct avec le malade doivent être scrupuleusement désinfectés, car ils peuvent transmettre la maladie. L'année dernière, dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, une convalescente de fièvre typhoïde fut prise de diphthérie, alors qu'il n'y en avait aucun cas dans la salle, isolée de tout le reste de l'hôpital (pavillon Lorain). Interrogée, la malade nous apprit que quelques jours avant, elle avait reçu la visite de sa sœur, infirmière à l'hôpital Trousseau, dans le service de la diphthérie, et que celle-ci lui avait laissé un petit châle en laine qu'elle portait habituellement sur ses épaules dans son service. C'est ce châle qui avait été le véhicule de la contagion.

Un fait que j'ai observé, il y a deux ans, à Passy, avec le Dr Larcher, semblerait même démontrer que les objets ainsi contaminés peuvent conserver pendant longtemps une puissance contagieuse. Il s'agissait dans ce cas d'une jeune fille, dans d'excellentes conditions hygiéniques, absolument isolée de tout cas de diphthérie, mais dont la mère avait deux ans auparavant succombé à cette maladie. Après la mort de cette dame, on avait renfermé dans un meuble un certain nombre d'objets qu'elle avait eus près d'elle pendant sa maladie. Deux ans après, ses deux filles vidèrent ce meuble qui pendant tout ce temps était resté fermé, et se partagèrent les objets qui y étaient contenus. Quelques jours après (et, je le répète, sans que l'on ait pu trouver une autre cause), l'une d'elles était prise d'une diphthérie assez grave, mais qui se termina cependant par la guérison.

Ce fait isolé ne peut évidemment être donné comme concluant ; il me semble néanmoins qu'il méritait d'être signalé. A supposer même d'ailleurs que la contagiosité de la diphthérie s'éteigne rapidement, ce n'en serait pas moins un devoir strict de désinfecter sérieusement tout ce qui pourrait transmettre la maladie. A. S.

Statue a Guépin. — Une commission provisoire a été nommée à Nantes pour mettre à exécution le projet d'élever une statue au Dr Guépin. — Le Dr T. Riboli (de Turin), ancien ami de Guépin a demandé à être inscrit en tête de la première liste de souscription.

Névrose électrique.

Nous avons depuis trois ans l'occasion d'observer en ville une jeune femme de 29 ans, névropathe (1), ayant présenté entre autres troubles une anorexie nerveuse qui a duré plusieurs années, à divers degrés d'intensité. Cette dame offre encore, outre certaines bizarreries de l'appétit, une hyperexcitabilité très manifeste de la sensibilité ovarienne, et elle est sujette à des phénomènes assez singuliers sur lesquels nous allons appeler l'attention. Etant jeune fille, elle s'était déjà aperçu qu'à de certains moments sa chevelure était le siège d'une crépitation plus ou moins intense et qu'il s'en dégageait des étincelles très visibles dans l'obscurité. Ce phénomène n'a fait qu'augmenter plus tard ; mais c'est surtout depuis deux ans que son existence se manifeste avec plus d'intensité, et qu'il est devenu à peu près permanent, quelle que soit la saison, sauf dans les temps humides et par les vents du Sud.

Mme X... remarque que ses doigts attirent les corps légers tels que fragments de papiers, rubans, etc. Ses cheveux non seulement donnent des étincelles au contact du peigne, mais sont des plus rebelles à cause de la tendance qu'ils ont à se redresser et à s'écarter les uns des autres. Quand son linge est approché de sa peau, sur quelque partie du corps que ce soit, il se produit une crépitation lumineuse et les vêtements adhèrent fortement au corps ; quelquefois cette adhérence est si intense qu'elle entrave les mouvements. Nous avons pu constater nous-même l'existence de ces phénomènes à différentes reprises. Lorsqu'on prie Mme X... de frotter une douzaine de fois avec ses deux mains une étoffe de laine ou simplement une serviette étendue sur un meuble de bois (corps isolant très imparfait), l'étoffe, chargée d'électricité, adhère fortement au meuble et on peut en tirer des étincelles d'un centimètre de longueur.

Cette apparente production anormale d'électricité varie : Mme X... produit des décharges plus intenses à la suite d'émotions morales vives ; elle a remarqué que la crépitation s'exagérait par exemple lorsqu'elle venait d'entendre un morceau de musique qui l'avait vivement émue ; les crépitements se manifestent alors sur tout le corps, mais particulièrement aux jambes et provoquent une sensation de picotement des plus désagréables (2). Les temps secs favorisent ces phénomènes électriques qui sont surtout intenses au moment des gelées ; les temps humides ou brumeux produisent un effet contraire. Mme X... est prévenue quelquefois plusieurs jours d'avance d'un changement de temps par les modifications de sa tension électrique qui est nulle par les temps de pluie ou de vent du sud.

La tension extrême coïncide avec un état d'excitabilité très nettement apprécié de la malade qui est fort intelligente, et se rend compte de tous les détails de la situation. Lorsqu'au contraire, sous l'influence de l'humidité de l'atmosphère, la tension diminue, il y a une sensation de lassitude générale ; d'ailleurs, lorsque

(1) Nous n'avons que des renseignements incertains sur les antécédents héréditaires de Mme X.... ; elle a un fils qui est sujet à des accès de toux spamodiques nocturne.

(2) Nous avons pu à différentes reprises nous assurer, à l'aide de l'électromètre à boule de sureau, que Mme X. est chargé d'électricité positive.

© BIU Santé

Mme X... s'est déchargée, par le frottement, une partie du corps, elle éprouve comme un épuisement de cette partie, une fatigue pénible. Il convient de remarquer que Mme X... a la peau excessivement sèche, tellement que ses jambes se gercent au moindre froid.

Mme X... s'alimente toujours d'une manière insuffisante, elle est très maigre, fortement anémique, et elle est sujette à une infiltration œdémateuse des jambes ; mais cette infiltration offre ce caractère spécial que presque nulle dans les temps secs augmente considérablement dans les temps humides et va souvent jusqu'à entraver la marche. Nous nous sommes demandé si ces troubles vaso-moteurs n'étaient point en rapport avec les phénomènes électriques qui se modifient dans les mêmes circonstances. Nous avons essayé de modérer la déperdition de l'électricité soit en ayant recours à des vêtements de soie mis directement au contact de la peau, soit en saupoudrant de lycopode toute l'étendue des téguments externes ; nous n'avons obtenu par ces moyens qu'un résultat douteux. Nous avons alors recours à l'électrisation statique, appliquée quotidiennement sous forme de bain électrique de dix minutes de durée. Sous cette influence, les troubles vaso-moteurs se sont rapidement modifiés, et la sensation de fatigue, si pénible pendant les temps humides, a presque complètement disparu. Ce résultat nous confirme dans notre opinion que ces phénomènes électriques ne sont pas dus à une production exagérée, mais à une déperdition anormale probablement en rapport avec la sécheresse des téguments.

Les phénomènes électriques que nous avons observés à un degré si intense chez notre malade, existent à l'état normal chez certains animaux, notamment chez les chats, dont la peau offre aussi une sécheresse remarquable. Un certain nombre d'individus, et en général ce sont des névropathes, les présentent à un faible degré dans les temps secs et froids et en particulier lorsqu'il gèle et que le sol est recouvert de neige, c'est-à-dire lorsque l'atmosphère est à peu près complètement privé d'humidité. Nous pourrions citer, en particulier, deux sujets qui méritent d'être classés dans le groupe génial de la famille névropathique et qui offrent, d'ailleurs, d'autres troubles nerveux bien caractérisés.

Quant aux cas décidément pathologiques du genre de celui que nous venons de relater, ils sont assez rares, et n'ont jamais fait le sujet d'une étude nosologique.

Mussey et Hosford (1) rapportent le fait d'une femme de trente ans, d'un tempérament nerveux qui, pendant une aurore boréale, fut chargée subitement d'électricité, dont la présence se manifesta par des étincelles lorsque cette femme passa, par hasard, le doigt sur la figure de son frère. Ce phénomène persista pendant environ deux mois et demi avec une intensité variable : dans les conditions les plus favorables, elle envoyait du bout de son doigt, à une boule de cuivre, quatre étincelles par minute longues d'un pouce et demi (2). D'autre part, Girard (1) raconte l'histoire d'une femme de trente-six ans qui, depuis quelque temps, était devenue agacée et dont les cheveux offraient des phénomènes électriques qui augmentaient d'intensité quelques jours avant des crises de névralgie du cuir chevelu et cessaient quelquefois complètement après le paroxysme. Cette femme, quoi qu'en dise l'auteur de l'observation, était une névropathe, car, outre sa névralgie du cuir chevelu (?), elle avait eu une sciatique et était sujette à des migraines mensuelles.

En 1846, Arago entretint l'Académie des sciences d'une jeune fille qui lui avait paru avoir la propriété d'attirer certains corps légers et d'en repousser d'autres sans les toucher ; mais dans ce cas on n'a pas noté l'existence d'étincelles électriques et d'ailleurs aucun des faits annoncés ne se reproduisit devant la commission de l'Institut (2). Un autre cas de Floquin (3) n'a pas plus d'importance.

Aux faits déjà cités, nous en ajouterons un autre qui, pour n'être pas tiré de la littérature médicale, n'en présente pas moins d'intéressants caractères d'authenticité : M. E. de Goncourt (4) décrit, sous le nom d'Alexandrine-Phénomène, une fille qui, sous l'influence de certaines manœuvres, voyait ses cheveux se hérisser et s'illuminer d'étincelles, et qui se faisait en outre remarquer par des troubles névropathiques des plus évidents.

En somme, les quelques documents positifs que nous connaissons nous permettent de reconnaître l'existence d'un état morbide, caractérisé par une déperdition anormale d'électricité se produisant, en général, dans des conditions atmosphériques particulières et favorisée par la sécheresse des téguments, susceptible de s'accompagner d'une dépression locale ou générale des forces et de troubles vaso-moteurs. Cet état paraît coïncider avec des troubles nerveux somatiques ou psychiques qui sont de nature à le faire rapprocher des névro-psychoses combinées (5) ; en raison de son caractère prédominant, le nom de *névrose électrique* peut lui convenir. Il est possible de remédier à la déperdition anormale d'électricité, soit en revêtant le sujet d'un corps isolant (soie, résine, etc.), ou en le rechargeant artificiellement. Ch. Féré.

(1) Mussey. — *Extraordinary case of animal electricity* (*American journ. of med. sc.*, 1837. T. XXI, p. 377. — Hosford. — Même cas (*American journ. of sc. and art.*)

(2) Cette dimension permet de supposer qu'il s'agit d'*aigrettes* et non d'étincelles véritables.

(1) Girard. — *Dégagement anormal d'électricité chez une malade atteinte de névralgie du cuir chevelu ;* crépitement et étincelles électriques (*Gaz. des hôp.*, 1876, p. 413.

(2) *C. R. Acad. des sciences* 16 et 23 février et 9 mars 1846.

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1846, p. 160.

(4) E. de Goncourt. — *La fille Elisa* (Ch. XXVIII).

(5) Ch. Féré. — *La famille névropathique* (*Arch. de Neurologie*, 1884, t. VII, janvier et mars).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 juin 1884. — Présidence de M. P. Bert.

M. Le Secrétaire donne lecture d'une note de M. Brown-Séquard sur le *rôle de certaines influences dynamogéniques réflexes dans certains cas de suture nerveuse.* L'auteur rappelle les deux cas de suture du médium pratiqués dernièrement par M. Tillaux, et se refuse à croire que le retour de la sensibilité et des mouvements se soit effectué

© BIU Santé

par la voie du nerf qui dans ces cas était coupé depuis 14 ans. Dans un cas de Laugier, la sensibilité était réapparue le jour même de l'opération alors que la régénération des tubes nerveux n'avait encore pu s'effectuer. M. Brown-Séquard conclut que c'est l'irritation du nerf causé par la suture qui en excitant la sensibilité récurrente a fait réapparaître les phénomènes physiologiques. Des vésicatoires appliqués sur la peau au niveau de la section eussent peut-être donné le même résultat.

M. Dumontpallier rappelle que M. Malécot, alors interne dans son service, a présenté, en 1881, à la Société de Biologie, un cas de paralysie survenu à la suite d'un coup de couteau et dans laquelle les troubles ne correspondaient pas au territoire du nerf sectionné. Sur les conseils de M. P. Bert M. Dumontpallier fit appliquer des vésicatoires et le malade guérit.

M. P. Bert rappelle l'expérience de M. Charcot qui, appliquant un bracelet de métal sur le bras d'un individu porteur d'une hémianesthésie post-hémiplégique, vit revenir la sensibilité malgré la destruction ancienne du faisceau sensitif.

M. Burcq vient combattre à nouveau les argumentations de MM. Bochefontaine et Mégnin qui, à diverses reprises, ont montré que les ouvriers qui travaillaient le cuivre n'étaient pas du tout exempts du choléra. Il s'insurge en particulier contre l'opinion de M. Revillout qui, parlant d'un ciseleur en cuivre mort du choléra, a dit : « *Il avait tant absorbé de cuivre qu'il en faisait.* » M. Burq fulmine contre ces opinions, donne lecture de plusieurs lettres et annonce son départ pour l'Egypte.

M. Mégnin rappelle pour la dernière fois que les documents qu'il a apportés à la Société ont été recueillis sur les lieux de l'épidémie, dans un pays qui est le sien, et partant doivent avoir une valeur plus grande que les lettres de M. Burcq fournies à trente ans de distance par des gens incompétents.

M. Henneguy remet une note de M. Decagny sur la *coloration des microbes* et leurs dimensions respectives.

M. Ochorowitz revenant sur sa dernière communication cherche à expliquer par les associations *idéo-organiques*, les troubles vaso-moteurs qui se montrent par suggestion chez les individus lymphatiques. Il s'efforce de prouver que les faits qu'il a observés et qu'on dit être connus depuis longtemps sont nouveaux et entrant dans le domaine psychologique fait un historique du *poly-idéisme* et du *monoi-déisme*.

M. P. Bert fait remarquer à la Société que l'historique des diverses opinions exposées par M. Ochorowitz n'a pas été complet et que les auteurs anglais et allemands du commencement du siècle cités par l'auteur, avaient emprunté complètement leurs théories aux auteurs français du XVIIe et du XVIIIe siècle.

M. Galippe a examiné les mâchoires de Campi. Les dents étaient très solidement implantées : ce criminel avait dû s'en faire arracher une dernièrement avec un davier et non avec la clef de Garengeot. Enfin Campi fumait la pipe et avait l'usure caractéristique. M. Galippe se fondant sur les caractères de fixité que présentent les mâchoires dit que le moulage donnerait peut-être de bons résultats au point de vue de la recherche ultérieure des récidivistes. Outre la photographie, la Préfecture de police conserverait le moulage de la mâchoire de chaque délinquant.

M. le Président annonce la vacance d'une place de *membre titulaire*.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juillet 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

Discussion sur le choléra de Toulon. — M. Leroy de Méricourt, à l'occasion de la récente communication de M. Fauvel, tient à rectifier quelques chiffres rapportés par ce dernier sur l'effectif de l'armée, au moment où le choléra a éclaté à Toulon. Des renseignements puisés à une source officielle permettent d'établir que Toulon renfermait à cette époque non 25,000, mais 10,242 hommes de troupes.

M. Brouardel rappelle que le 23 juin, à la réunion du comité consultatif d'hygiène de France, tous les membres de ce comité apprirent que le choléra venait de faire son apparition à Toulon. C'est alors que le ministre du commerce délégua MM. Brouardel et Proust, à l'effet de se rendre immédiatement à Toulon dans le but de contrôler les résultats annoncés et de prendre les mesures que comporteraient les circonstances. Aujourd'hui, M. Brouardel vient apporter à l'Académie, tant en son nom qu'en celui celui de M. Proust, tous les documents qui se rattachent à leur mission.

Le premier cas de choléra fut signalé le 14 juin, le deuxième le 15 juin. Ces deux cas furent observés sur un navire divisionnaire, stationné sur la Darse, le *Montebello*. Il s'agissait de deux marins qui n'avaient pas quitté Toulon depuis cinq mois et étaient préposés à la garde de vieilles gibernes, datant de la guerre de Crimée. Ces deux marins habitaient la même chambre. L'un succomba au bout de huit jours, l'autre en quarante-huit heures. Depuis, quelques nouveaux cas se sont montrés, isolés, sur le *Montebello* ; ils furent suivis de guérison et considérés comme relevant du choléra nostras. Le 21 juin, un cas est signalé au lycée de Toulon et cause une stupeur d'autant plus vive que le malheureux lycéen est enlevé en six heures. — Le lycée fut immédiatement licencié. Le 22, Toulon enregistre treize décès par le choléra ; mais, M. Brouardel, après vérification, put établir que ce nombre était excessif et devait être ramené à neuf. M. Brouardel a toujours opéré à Toulon avec le concours de MM. Proust, Rochard et Dupré (de Montpellier). Tout d'abord, il importait de déterminer le caractère de la maladie. S'agissait-il du choléra ? Et, s'il s'agissait du choléra, devait-on lui reconnaître un caractère sporadique ou épidémique. En d'autres termes, se trouvait-on en présence du choléra nostras ou du choléra asiatique ? Tous les médecins de la marine se prononcerent en faveur du choléra indien. Néanmoins, MM. Brouardel, Proust et Rochard, crurent prudents d'attendre avant de se prononcer définitivement et voulurent avoir en mains toutes les pièces du procès avant de conclure. Les symptômes du choléra asiatique et du choléra nostras sont absolument semblables ; les lésions anatomiques sont également identiques. Les partisans du choléra asiatique, invoquaient la persistance, la ténacité de la maladie, et se retranchaient derrière la statistique de 1865, dont tous les éléments ressemblent singulièrement à ceux de la statistique actuelle. Quoi qu'il en soit, les membres de la mission n'ont pas voulu adresser au gouvernement une réponse catégorique et décisive, tant qu'il leur était permis d'avoir des doutes sur l'existence réelle du choléra asiatique. Tout le monde sait que certaines épidémies de choléra nostras ont pu en imposer pour des épidémies de choléra asiatique ; néanmoins, l'évolution de ces maladies a toujours permis de les différencier dans la suite. Rechercher les moyens par lesquels le choléra actuel aurait été importé à Toulon, les conditions au milieu desquels il se reproduirait, tel fut le problème que la commission se proposa de résoudre avant de conclure à l'existence ou à la non-existence du choléra asiatique. L'amiral Krantz déclare que tous les règlements maritimes ont été scrupuleusement observés et qu'il ignore la fissure par laquelle, à la rigueur, le choléra aurait pu s'introduire. On a incriminé le transport la *Sarthe*, venant de Cochinchine, et sur lequel deux hommes eurent le choléra. Or, ce vaisseau, dès son arrivée à Toulon, fut soumis à un nettoyage complet, à un grattage absolu. Bien plus, la *Sarthe* avait quitté le cap Saint-Georges le 15 avril et était arrivée à Toulon le 3 juin. Durant tout ce temps, aucun nouveau cas de choléra ne s'était produit, ce qui constitue en vérité une sérieuse quarantaine.

Le désarmement de la *Sarthe* s'effectua le 7 juin. Les premiers cholériques enfin, signalés à Toulon, n'avaient eu aucun rapport avec ce bâtiment. Il n'y a donc pas lieu d'incriminer la *Sarthe*. Le temps marche et avec lui l'épidémie se maintient meurtrière. Chaque jour, M. Brouardel et ses collègues inclinent à délaisser l'idée du choléra nostras, et à admettre l'idée du choléra asiatique. Ces tendances sont successivement ex-

© BIU Santé

primées dans les dépêches que M. Brouardel a adressées au Ministre du commerce. A ce même moment, un bâtiment, le *Schamrock*, allait quitter Toulon, lorsqu'un marin fut signalé comme malade : il présentait des symptômes diarrhéiques en apparence légers. Malgré la bénignité de ce cas, étant données les circonstances solennelles dans lesquelles il se produisait, le bâtiment ne partit pas, pour rester en observation. A quelque temps de là, plusieurs cas de choléra se montrèrent sur ce bâtiment, ce qui justifia la conduite adoptée antérieurement et nécessita l'application des mesures hygiéniques les plus sévères.

Le choléra fait alors son apparition à Marseille où la commission se rend immédiatement. Un lycéen de Toulon, au moment du licenciement, s'était rendu à Marseille, après avoir séjourné plusieurs heures à la Seyne ; là il tomba malade le mercredi et succomba le vendredi. Ce même vendredi, il y eut à Marseille six cas de mort, bien avérés par le choléra. Tout ces cas furent observés, dans des maisons contiguës, sur un diamètre de cinquante mètres. Aucune de ces personnes ne s'était trouvée en rapport avec le lycéen, mais toutes avaient traversé antérieurement Toulon.

Dans une même maison trois personnes succombèrent aux atteintes du choléra ; parmi elles, un douanier, le premier frappé, fut enlevé en six heures. En présece de tous ces faits, MM. Brouardel et Proust ont alors adressé une dépêche au Ministre du commerce, pour lui déclarer que la démonstration de l'existence du choléra asiatique se trouvait résolue. Cette démonstration repose, sinon sur l'étiologie première primitive, du moins sur la transmission de la maladie. Dès le principe, on était autorisé à suspecter le choléra nostras, non seulement parce que tout le monde ignorait le pourquoi et le comment de la provenance d'un choléra asiatique, mais parce que Toulon est une ville mal entretenue, et dans laquelle les lois les plus élémentaires de l'hygiène se trouvent méconnues. Plus tard, il fallut bien se rendre à l'évidence. A Marseille, MM. Brouardel et Proust se proposent alors de rechercher la preuve de la *contamination*. Sans insister sur l'histoire de tous les cas observés et contrôlés par les médecins, M. Brouardel rapporte que huit décès ont été observés dans la banlieue de Marseille, le 30 juin. *Parmi ces huit décès, quelques-uns concernent des individus qui ne venaient pas de Toulon.*

La conclusion à tirer de tous ces faits se dégage naturellement. Nous sommes en présence d'une épidémie de choléra asiatique. Reste maintenant à découvrir la fissure par laquelle le choléra a pénétré dans Toulon ! Nous ne la connaissons pas. C'est tout ce que nous devons dire. Mais, encore une fois, il est certain, étant donnés les nombreux faits de contamination, qu'il s'agit du choléra asiatique.

M. Fauvel persiste dans les opinions qu'il a émises antérieurement et veut rester en dissidence, sur quelques points seulement, avec la commission. Par cela même qu'on ne possède aucune preuve absolue touchant l'importation du choléra, on ne saurait arguer que d'après des probabilités. M. Fauvel veut se baser sur les renseignements statistiques fournis par M. Rochard, pour croire que tout espoir n'est pas perdu et que le choléra est encore susceptible de s'éteindre sur place. L'épidémie actuelle, du reste, est peu meurtrière, puisqu'elle ne tue que le sixième des malades. Les documents recueillis à Toulon excluent toute idée d'importation, et cependant il est impossible de se montrer absolu. M. Fauvel veut attendre, à cause des conséquences pénibles que cette idée du choléra en France va engendrer. Nous sommes au ban de l'Europe. Nous subissons partout la quarantaine, et notre commerce se trouve en souffrance. Les mesures prises en ce moment seraient ridicules pour un choléra qui ne s'est pas propagé, et le choléra actuel ne paraît pas se propager, etc. En terminant, M. Fauvel déclare que les faits qui se sont produits, tant à Toulon qu'à Marseille, n'ont nullement modifié son opinion, que nous n'avons pas affaire au choléra asiatique, et que l'épidémie actuelle restera stérile pour les autres régions de la France. Il ne s'agit pas du choléra épidémique, mais d'un choléra qui est né et mourra sur place, aussi bien à Toulon qu'à Marseille.

M. Brouardel ne veut pas entrer dans la discussion des faits. Il se contente de les reproduire simplement, en montrant la ténacité de la maladie et sa marche envahissante. C'est en se fondant sur ces éléments d'une part et sur la contamination d'autre part, que MM. Brouardel, Proust, Rochard, Dupré sont convaincus que nous sommes en présence du choléra asiatique.

M. Pasteur fait observer que M. Fauvel a une opinion présente qui se trouve en contradiction avec les épidémies antérieures. M. Fauvel invoque le caractère non envahissant du choléra de Toulon pour déclarer que nous n'avons pas affaire au choléra asiatique.

Or, en 1865, l'épidémie de Toulon s'est comportée comme aujourd'hui, avec cette différence que la mortalité actuelle du début est plus considérable. Personne, cependant, n'a songé, en 1865, à nier que le choléra fut épidémique, asiatique.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 4 janvier 1884. — Présidence de M. Cornil.

1. Occlusion intestinale causée par un rétrécissement ancien de l'intestin grêle. — Etablissement d'un anus contre nature. Mort ; par M. Paul Berger.

B..., âgé de 57 ans, blanchisseur, me fait appeler le 12 décembre pour les accidents suivants : Dimanche matin, 9 décembre, un instrument lui échappa des mains et le frappa au bas-ventre. Peu après il ressentit une douleur vive qui s'accrut bientôt, s'accompagna de besoin infructueux d'aller à la selle, de rendre des vents et de vomissements. Ceux-ci bilieux d'abord, devinrent le lendemain brunâtres et étaient franchement intestinaux le 12 au matin. — Ils revenaient spontanément : tous les liquides injectés étaient aussitôt rendus ; le 11 il y eut, après l'administration d'une pilule purgative, quelques matières et quelques gaz rendus par l'anus.

Antécédents. Alcoolisme. — Depuis un an a maigri notablement, et est sujet à des coliques, à des douleurs, surtout dans le côté droit de l'abdomen ; il marche souvent courbé en deux, et est assez constipé.

Etat le 12. Faciès très altéré ; refroidissement de la face et des extrémités : anxiété ; pouls petit, à peine sensible ; cœur faible, irrégulier ; souffle au 1er temps à la base. — Ventre modérément tendu, peu douloureux, surtout à gauche vers le flanc : partout sonore ; aucune forme spéciale à noter. — La palpation le trouve souple, peu dur, et fait contracter énergiquement les anses intestinales. Rien aux anneaux (une pointe de hernie à gauche), rien dans les fosses iliaques que l'on peut explorer assez librement. La pression sur le ventre détermine des nausées et des vomissements. Les urines sont rendues régulièrement, le toucher rectal n'enseigne rien de particulier. M. le Dr Reulos, en raison du début soudain, pense à une invagination ou à un étranglement par bride. En raison du début un peu obscur, de l'âge, de l'état antérieur, j'opine pour un cancer. Quoique l'opération soit probablement nécessaire, on essaye l'électrisation intestinale, et on administre la morphine en injections hypodermiques ; glace, champagne frappé à l'intérieur.

13. L'état est plus mauvais, le malade est plus faible. Les moyens employés la veille n'ont amené aucun résultat ; le matin, un lavement a amené un peu d'humeur, quelques matières dures et quelques gaz. Le péril est imminent et je pense que l'opération de l'anus contre nature ne peut être différée. Le malade est transporté à l'hospice, salle Desprès, n° 12.

Opération le 13, *à* 9 *h.* 1/2, avec l'assistance de M. Reulos. — Incision à un travers de doigt au-dessus de la moitié externe de l'arcade de Fallope ; on lui donne 7 cent. environ. L'aponévrose du grand oblique, le petit oblique, le transverse sont coupés sur la sonde cannelée ou en dédolant ; peu d'écoulement sanguin. Le péritoine est facile à voir ; je l'incise sur la sonde cannelée et je vois une anse très distendue d'intestin grêle. Elle recouvre l'S iliaque revenu

© BIU Santé

entièrement sur lui-même et très reconnaissable à ses franges. Le doigt promené dans la cavité abdominale ne sent d'ailleurs aucun obstacle. Je me décide à fixer l'anse d'intestin grêle au moyen de 8 points de suture en crin comprenant la peau, le péritoine et la paroi intestinale. Cette suture est très gênée par l'effusion des matières liquides qui se font par les trous de l'aiguille de Reverdin. Une incision de 3 centimètres est faite sur l'anse entre les points suturés : il s'en écoule, en jet d'abord, puis en bavant environ 2 à 3 litres de matières intestinales liquides. Un peu d'iodoforme sur la partie externe de la plaie. Le malade a très bien supporté le chloroforme qui a notablement relevé le pouls. — Pansement avec gaze trempée dans une solution phéniquée faible. On réchauffe l'opéré et on lui donne dans la journée du champagne frappé et des injections de morphine.

Le malade ne présenta plus de vomissements, mais l'état de faiblesse ne fit qu'augmenter ; le soir il fut pris de délire ; la température dépassait un peu 38°, le pouls était incomptable. Il mourut le 14, à 7 heures du matin.

Autopsie, le 15 à 8 heures. — Elle ne put être faite qu'incomplètement. Par une incision elliptique circonscrite dans l'anus contre nature, on put enlever ce dernier et la totalité de l'intestin. Il n'y avait dans l'abdomen ni épanchement de matières, ni gaz, ni sang, ni même d'exsudat péritonéal ; l'intestin ne présentait pas la congestion qui indique une péritonite commençante. L'abouchement de l'intestin à l'orifice de la paroi était déjà protégé par les adhérences glutineuses. L'ouverture était établie sur la partie moyenne de l'intestin grêle. A une distance de 1m,50 au-dessous, se voyait un point rétréci, au-dessous duquel l'intestin diminuait subitement de calibre et était revenu sur lui-même. Le gros intestin, très rétracté, contenait quelques matières solides. Le point rétréci semble très étroit ; on dirait d'une ligature posée par le tube intestinal, mais ne fermant pas complètement sa lumière ; à ce niveau l'intestin est un peu plus rouge à sa surface et une ecchymose manifeste se voit sur le mésentère. La séreuse, au niveau du rétrécissement, présente un aspect fibroïde, blanchâtre, comme celui qui résulterait de l'organisation de fausses membranes déjà anciennes ; sa surface est lisse et ne présente pas de dépoli ni d'aspect poisseux. Il n'y a, du reste, pas d'épaississement des tuniques en ce point. L'intestin incisé dans toute sa longueur, présente au-dessus du point rétréci une congestion intense de sa surface interne ; au-dessous, la coloration redevient normale. La muqueuse est absolument intacte au niveau du rétrécissement, mais elle est blanchâtre et dépourvue de valvules conniventes, au niveau du rétrécissement. L'amincissement de la paroi intestinale en ce point doit porter sur la musculeuse, et est rendu surtout manifeste par la transparence que présente la circonférence du rétrécissement et par la palpation. Il est bon de faire observer que ce rétrécissement ne correspondait à aucun orifice naturel ou accidentel où l'intestin aurait été engagé. Aucune traction ne fut nécessaire pour l'amener hors du ventre à l'autopsie.

M. Cornil fait remarquer que l'autopsie a été incomplète ; que le gros intestin en particulier n'a pas été examiné, et que, par conséquent, il subsiste des doutes sur le rôle de l'anneau anémié que l'on constate sur l'intestin grêle.

3. Fibromyome de l'ovaire.—Ascite, ovariotomie, guérison ; par M. H. Hartmann, interne des hôpitaux.

P....., 43 ans, caissière, entre le 11 novembre 1883 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 24 (service de M. Terrier) pour une tumeur du ventre.

Père mort d'une affection hépatique ; mère actuellement vivante, souvent malade, se plaignant fréquemment de douleurs abdominales, sans que cependant son état ait jamais rien présenté de grave. Plusieurs sœurs mortes très jeunes ; pas d'autres renseignements. Notre malade a été réglée à 11 ans, sans accident. Depuis cette époque règles régulières mais peu abondantes. Mariée à 15 ans, 3 fausses couches ; la première à 15 ans et demi de 2 mois et demi ; la deuxième à 17 ans, la troisième à 19 ans, toutes deux aussi de 2 mois et demi. En 1856, à la suite d'une frayeur, attaques d'hystérie, se renouvelant tous les deux jours et ayant duré jusqu'en 1867. En 1864, à la Havane, contracte la fièvre jaune. A peu près à la même époque elle fut traitée pour une déviation utérine. En 1875 elle commença à ressentir de la gêne et de la pesanteur dans le bas-ventre en même temps que des douleurs plus sourdes du côté de la région lombaire. En même temps elle constata l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon indolente et siégeant sur la partie latérale gauche du bas-ventre, immobile. En 1878, il y eut une poussée de péritonite (météorisme, douleurs, vomissements bilieux). Au bout de huit jours tout était calmé. En juin 1881 le ventre commença à grossir ; en même temps survinrent dans le côté gauche des douleurs assez vives ; quelques troubles de la miction à cette époque. Le 1er décembre 1882 le volume du ventre était devenu considérable et un médecin consulté (M. Thévenot) faisait une ponction et retirait 12 litres d'un liquide citrin, pas filant, pas visqueux. M. Terrier voit la malade le 16 décembre 1882, porte le diagnostic : kyste multiloculaire des ovaires et conseille l'opération. Le 1er mai 1883, 2e ponction, 12 litres de liquide ; le 15 juin 3e ponction, 20 litres de liquide. A cette époque, la malade constata que les jambes et les pieds enflaient ; les urines examinées laissaient un dépôt rougeâtre et contenaient de l'albumine (?). En septembre, trois ponctions furent faites, et chaque fois l'on retira 20 litres de liquide. Les règles, qui jusque-là s'étaient montrées d'une façon à peu près régulières, cessèrent tout à fait. En octobre, 6e ponction, 20 litres de liquide. La malade se décide quelque temps après à entrer dans le service de M. Terrier.

13 *novembre*, 7e ponction, 25 litres de liquide. Le soir frisson avec claquement de dents, fièvre assez violente, toux. Tous ces phénomènes se calment pendant la nuit, à la suite d'une piqûre de morphine.

25 *novembre*, 8e ponction, 20 litres de liquide. M. Terrier pense à des tumeurs périutérines, l'utérus lui paraissait lui-même volumineux et mobile. L'examen des urines est fait au commencement de décembre, leur quantité s'élève à 800 grammes par 24 heures ; elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

9 *décembre*. Ventre très développé, un peu aplati, évasé latéralement, un peu saillant cependant dans la région sous-ombilicale. Œdème des parois abdominales. Réseau veineux assez développé. Ombilic déplissé. Presque tout le ventre est mat ; on ne trouve de sonorité que dans une petite zone concave en haut, au niveau de la région épigastrique et de la partie interne des hypochondres, sensation de flot dans toute l'étendue du ventre. La circonférence ombilicale a pour mesure 1m12, de l'ombilic à l'appendice xiphoïde 24c,5 ; de l'ombilic au pubis 27c,5 ; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 32c ; à l'épine iliaque antéro-supérieure 32c,5. Au toucher vaginal le col occupe sa situation normale et peu mobile. Œdème des membres inférieurs. Dyspnée lorsque la malade reste couchée ; quelques râles sous-crépitants aux deux bases. Rien au cœur.

La face est pâle, les traits un peu tirés, la malade amaigrie.

11 *décembre*. L'*ovariotome* est pratiquée par M. Terrier ; 15 litres de liquide ascitique sont évacués par l'incision. Au lieu et place de l'ovaire gauche absent on trouve une tumeur offrant à peu près le volume d'un gros rein. L'épiploon enroulé en corde s'attache à cette tumeur ; on le sectionne entre 2 ligatures. On sectionne de même un pédicule du côté du ligament large. Enfin la tumeur adhère à la partie antérieure du côté de la vessie sur une assez large étendue. On pédiculise cette portion, on lie et on sectionne. La tumeur est alors enlevée. Une sonde introduite dans la vessie arrive jusqu'à la ligature portée sur le pédicule antérieur et montre qu'elle a étreint une portion de la vessie. Suture de la paroi. Pansement de Lister.

La tumeur enlevée pèse 275 grammes. Elle offre à peu

© BIU Santé

près la forme et le volume d'un gros rein. A une de ses extrémités, près du bord concave là où se trouvaient le plus d'adhérences on voit s'implanter l'épiploon, enroulé, comme une corde, rappelant un peu comme forme extérieure et comme volume le cordon ombilical. Un des bords est convexe, l'autre presque rectiligne présente la surface des sections diverses faites pour séparer la tumeur de ses adhérences. La surface de la tumeur est un peu lobulée, on y voit de nombreux tractus fibreux qui circonscrivent même par places des aéroles assez superficielles. Ces tractus fibreux font partie d'une sorte de capsule qui enveloppe la tumeur. Cette capsule assez adhérente peut cependant être détachée sous forme d'une lame mince, presque celluleuse et transparente, parcourue par ces travées fibreuses qui font saillie à sa face externe et y déterminent des reliefs circonscrivant les aéroles signalées. Sur une des faces de la tumeur, on voit sous la capsule de nombreux extravasats sanguins, les uns rougeâtres, les autres noirs, ecchymotiques sur une coupe, le tissu de la tumeur offre un aspect général sarcomateux, une surface très inégalement mamelonnée; quelques tractus fibreux se voient encore, se distinguant par leur teinte un peu grisâtre de la coloration générale chair de saumon de la tumeur. Celle-ci est facilement séparable en deux lobes; au centre du plus grand se voit une masse, comme contenue dans une cavité, polyédrique, d'un blanc porcelainique, un peu teintée de jaune par place, facilement séparable avec l'ongle du reste de la tumeur. La tumeur laisse exsuder un liquide transparent, incolore, à la surface de la coupe. L'examen histologique, fait par M. Malassez, a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myome.

La malade se remit rapidement de l'opération; mais le 11e jour la température commença à s'élever à 38°, 38°,5 et même le 18e jour à 39°. En même temps on constatait de la douleur à la pression au niveau de l'hypogastre et une plaque d'induration à la partie inférieure de la cicatrice. Un peu de polyurie; 1800, 2000, 2600 grammes. Mais ces phénomènes s'amendèrent au bout de peu de temps; et dans les premiers jours de janvier la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

Réflexions. Les fibromes de l'ovaire sont extrêmement rares. Spencer Wells dit n'en avoir observé que peu d'exemples (1). La présence de fibres musculaires dans une de ces tumeurs a même été donnée comme une raison de mettre en doute son origine ovarique et de l'attribuer au contraire à l'utérus (Bristowe, Hutchinson) (2). Il est en effet difficile de distinguer un fibro-myome ovarien d'une tumeur développée aux dépens du fond de l'utérus et pédiculée; dans un cas, Spencer Wells ne reconnut ce qu'il avait fait, qu'en trouvant les deux ovaires sains et en place; jusqu'à ce moment il avait cru avoir enlevé une tumeur ovarique (3). Dans notre cas, on a pendant l'opération cherché l'ovaire du côté gauche, mais on n'a pu en trouver trace; on est donc fondé à admettre la réalité du diagnostic inscrit en tête de cette observation, fibro-myome de l'ovaire.

4. M. P. Legendre montre le *foie* d'une femme de 60 ans, atteinte pendant la vie d'*ictère chronique*. Le foie, qui renferme deux *kystes hydatiques*, est parsemé de noyaux cancéreux. De semblables masses néoplasiques se rencontrent à la surface du péritoine, et surtout dans l'épaisseur du grand épiploon. Le noyau primitif paraît s'être développé dans la tête du pancréas.

5. M. Cornil fait voir des *préparations histologiques* dans lesquelles on peut étudier les lésions initiales du phlegmon, et en particulier la situation des microbes dans les éléments de l'hypoderme.

Au début, les micro-organismes constitués par des microbes ou des chaînettes articulées siègent dans l'interstice des faisceaux conjonctifs. C'est le premier degré.

Sur d'autres points, il s'est fait une réaction inflammatoire plus ou moins intense, caractérisée par l'écartement des mailles du tissu cellulaire et l'apparition, dans leur cavité, d'éléments migrateurs. Tout d'abord les éléments cellulaires sont augmentés de volume, et dans leur intérieur on rencontre les mêmes microbes représentés encore ici par des microbes ou des chaînettes plus ou moins allongées. Quelques cellules lymphatiques sont gorgées de semblables organismes.

Les noyaux augmentent de volume, se segmentent, prolifèrent. Certaines cellules sont détruites, et l'on rencontre dans les espaces conjonctifs des noyaux libres, des débris de cellules, des microorganismes et des éléments migrateurs plus ou moins chargés de microbes. C'est le second degré. Plus tard encore il se fait une véritable nécrose des faisceaux conjonctifs.

Les micrococci et les bactéries se rencontrent aussi dans l'intérieur des vaisseaux, dans les mailles fibrineuses, au milieu des globules sanguins.

En résumé il y a deux périodes principales dans la production du phlegmon : Dans la première, les microbes arrivent et se disséminent dans les espaces conjonctifs; dans la seconde, l'inflammation apparaît caractérisée par la prolifération et la destruction des cellules conjonctives et l'apparition d'éléments migrateurs remplis de microorganismes.

Parfois la porte d'entrée des germes morbides est évidente : il y a une plaie, une solution de continuité quelconque de la peau; d'autres fois il y a eu simple contusion. Il est alors assez difficile d'expliquer l'origine et la pénétration des microbes : c'est là un problème particulièrement délicat.

6. M. Reynier présente un cas de *grossesse extra-utérine* chez une lapine.

7. Fibro-myxome de la bourse séreuse ischiatique (1); par M. Tuffier, interne des hôpitaux.

C'est un homme grand et robuste qui vient se faire soigner d'une tumeur de la fesse. Nous ne trouvons rien de remarquable dans ses antécédents. Son père a succombé à 50 ans à une tumeur de la jambe. Lui-même n'est ni syphilitique, ni alcoolique; vers l'âge de 10 ans il a eu des accès de fièvre paludéenne à type tierce, accès qui ont cédé au sulfate de quinine. L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a trois mois.

Elle se manifeste au début par des douleurs siégeant à la pointe de la fesse, douleurs lancinantes s'irradiant le long de la cuisse à sa partie postérieure. Ces phénomènes douloureux ont acquis dans ces derniers temps une violence extrême. Tout d'abord ils ne se manifestaient qu'après la marche; maintenant elles surviennent aussi bien au repos que pendant les mouvements. Elles ne durent que quelques secondes, mais elles se répètent à chaque instant.

Ces douleurs sont devenues assez vives pour provoquer une claudication très manifeste, claudication qui ressemble absolument à celle de la sciatique.

Dès le début de ces accidents, le malade s'aperçut que la fesse était le siège d'une petite grosseur qui roulait sous le doigt, grosseur qui n'a fait que s'accentuer, et c'est pourquoi il entre aujourd'hui à l'hôpital.

Nous constatons alors une légère atrophie de tout le membre correspondant (membre droit), atrophie qui porte sur tous les éléments, et ne s'accompagne d'aucune déformation spéciale. La fesse ne présente ni saillie, ni changement de coloration. Au palper on sent très nettement une tumeur du volume d'une noix, siégeant juste en dehors de la tubérosité sciatique. Cette tumeur est dure, lisse, arrondie, mobile dans le sens transversal, immobile de haut en bas ou réciproquement.

La pression réveille une douleur qui irradie dans toute la jambe et la cuisse. Par la contraction des fessiers, la

(1) *Ovarian and uterine diseases*. London 1882, p. 47.
(2) *Dict. encyclopéd.* Ferrand, art. *Ovaire*, 2e série, t. XIX, p. 7.
(3) Spencer Wells, *loc. cit.*

(1) Observation présentée en décembre 1883.

© BIU Santé

tumeur devient immobile, elle est donc sous-musculaire. — La recherche des points douloureux de la sciatique fait reconnaître que *tous ses points d'élection sont douloureux*.

La sensibilité du membre inférieur est partout intacte; il en est de même de la motilité. — La marche est difficile; le membre est plus faible et douloureux.

En présence de ces accidents, M. le professeur Verneuil porte le diagnostic : fibrome de la bourse séreuse du grand trochanter, et, probablement, fibrome en contact avec les nerfs de cette séreuse.

Le 10 novembre. M. Verneuil pratique l'extirpation. — Tumeur de 5 centimètres, parallèle au sciatique, section du bord inférieur du grand fessier. On tombe sur une tumeur adhérente à la bourse séreuse ischiatique. — Extirpation complète. — Pansement antiseptique ouvert.

Guérison en 15 jours. — Apyrexie complète. — Disparition des douleurs sciatiques. — L'examen de la tumeur fait constater un *fibro-myxome*.

8. Sarcome du creux poplité siégeant dans le nerf sciatique. — Résection du nerf (1); par M. Tuffier, interne des hôpitaux.

Am..., Ernest, âgé de 24 ans, tonnelier, entré le 21 juillet 1883, salle Michon, n° 48, à la Pitié (service de M. Verneuil.)

C'est un jeune homme de haute taille, robuste et bien constitué, qui vient se faire soigner d'une tumeur du creux poplité. Nous ne trouvons, dans ses antécédents, aucun fait digne de remarque. De temps en temps, il a eu quelques migraines, mais ne présente aucun autre accident d'arthritisme et, dans sa famille, nous ne trouvons pas traces de néoplasme.

Le 7 novembre 1879, il y a quatre ans, il ressentit, en faisant un effort, une douleur dans le jarret.

Cette douleur persista pendant quelques jours sans empêcher la marche. On appliqua plusieurs vésicatoires, mais on n'aurait trouvé à cette époque aucune tuméfaction dans le creux poplité. L'endolorissement disparut quelques semaines après. C'est seulement au bout de quinze mois que ces douleurs devinrent assez vives; le malade retourna voir un médecin. On trouva une tumeur du volume d'une petite noix, bien mobile, dans le creux poplité, tumeur indolente sans lésions de voisinage.

On appliqua de nouveaux vésicatoires, et les douleurs qui, jusqu'alors, affectaient la forme névralgique, disparurent et notre homme reprit son travail. De temps en temps, le creux du jarret était un peu sensible, le soir surtout, après une longue marche.

Sur ces entrefaites, le malade se cassa la jambe et, en moins de trois mois, la tumeur tripla de volume. Cependant, les signes fonctionnels étaient toujours très peu marqués. C'est surtout à cause de l'accroissement progressif de la tumeur que le malade entre à l'hôpital.

Nous constatons dans la région du creux poplité droit une tuméfaction qui soulève la peau du jarret et présente le volume d'une grosse orange. Cette tumeur est arrondie, lisse, mobile sur les parties profondes et sous la peau. Toutefois, cette mobilité est peu marquée dans le sens longitudinal. En faisant tendre les muscles extenseurs de la jambe, la tumeur est fixée. Les vaisseaux battent normalement. Les ganglions de l'aine ne sont point engorgés.

Les symptômes fonctionnels sont peu marqués. Il n'y a aucune douleur à la pression, pas de douleurs irradiées dans la jambe ou dans la cuisse. Tous les muscles se contractent avec une égale facilité. La sensibilité est intacte. La jambe n'a pas diminué de volume; l'état général est excellent. M. Verneuil pense à un fibrome du creux poplité et conclut à une extirpation nécessaire.

27 *juillet*. L'opération est pratiquée. Incision parallèle au grand axe du creux poplité. On tombe sur une tumeur englobant les deux nerfs sciatiques; au niveau de leur bifurcation on essaye de sculpter les nerfs, mais on ne peut y parvenir. On réséque les deux nerfs en haut et en bas. La sensibilité est abolie dans toute l'étendue des deux sciatiques; elle ne persiste que dans la région du saphène interne. Pansement ouaté. Apyrexie, sauf pendant les deux premiers jours. Réunion secondaire obtenue en trois semaines.

Le 27 *septembre*, le malade part à Vincennes. Paralysie et anesthésie dans toute la région du sciatique. Pas de troubles trophiques.

Examen histologique, par M. Babinski, interne des hôpitaux. — La tumeur, ainsi que les deux troncs nerveux qui partaient de ses deux extrémités, ont été fixés par le liquide de Müller. — Un examen à l'œil nu a permis de voir que les filets nerveux entouraient le néoplasme et que celui-ci occupait la partie centrale du nerf. — Les deux portions du nerf, celle qui arrivait à l'extrémité supérieure de la tumeur et celle qui partait de son extrémité inférieure, ont été examinées sur des coupes transversales et sur des dissociations (coloration au picrocarmin). Les tubes nerveux ont été trouvés partout absolument normaux; aucun d'entre eux n'était en voie de dégénération. — Le durcissement de la tumeur a été ensuite complété par la gomme et l'alcool. Les coupes ont été colorées par le picrocarmin et montées dans la glycérine. L'examen histologique confirme l'examen macroscopique au point de vue du siège des fibres nerveuses; toutes les fibres sont situées à la périphérie de la masse; on n'en trouve pas au centre. Le néoplasme est essentiellement constitué par des cellules rondes, régulières de 10 μ à 20 μ de diamètre, avec un ou plusieurs noyaux et se touchant les unes les autres; ces cellules sont logées dans un stroma conjonctif, qui dérive vraisemblement du tissu conjonctif interfasciculaire du nerf, à mailles très larges et sans aucune analogie avec un stroma carcinomateux. Les vaisseaux sanguins qui parcourent le néoplasme sont volumineux, remplis de sang, et les parois de la plupart d'entre eux sont constitués par des cellules embryonnaires. On a affaire à un *sarcome encéphaloïde*, développé au centre du nerf et n'ayant pas altéré les tubes nerveux.

(1) Observation présentée à la Société en août 1883.

Séance du 11 janvier 1884. — Présidence de M. Cornil.

Dans cette séance, la Société anatomique a constitué son bureau ainsi qu'il suit :

Elections.

Président : M. Cornil ;
Vice-présidents : MM. Balzer et Quénu ;
Trésorier : M. Josias ;
Archiviste : M. Marie ;
Secrétaires : MM. A. Mathieu et Charrin ;
Comité. — Membres titulaires : MM. Ballet, Talamon et Brault ;
Membres adjoints : MM. Marchant, Chantemesse et Dérignac.

M. Cornil donne lecture de notices biographiques sur Cazalis et Parrot, membres de la Société, décédés en 1883.

Notices biographiques sur Cazalis et Parrot ; par M. le professeur Cornil.

Eugène Cazalis, né le 15 juin 1808, interne en 1830, a appartenu, dès la seconde année de son internat, à la Société anatomique comme membre adjoint en 1831, trésorier de 1835 à 1839, membre du comité de 1835 à 1840, titulaire en 1838, membre honoraire en 1847.

Il fut nommé au bureau central des hôpitaux en 1847, médecin des hôpitaux en 1851. Il est resté pendant une dizaine d'années, comme médecin de la Salpêtrière, dans ce service où il avait été précédé par Cruveilher, et où M. Charcot lui a succédé en 1862. De la Salpêtrière, Cazalis passait à la Maison de Santé, où il est resté jusqu'en 1873, époque où il atteignait la limite d'âge comme médecin des hôpitaux.

Pendant la période où Cazalis était médecin de la Salpê-

© BIU Santé

trière, il a pu exploiter quelques filons de cette mine, inépuisable au point de vue de l'anatomie pathologique, des faits que présentent les maladies des vieillards. Cazalis n'y a pas manqué, et c'est assurément l'un des médecins des hôpitaux qui ont le plus pratiqué d'autopsies et recherché le plus activement les rapports des symptômes observés avec les lésions anatomiques. Il était de plus très instruit, non de la science actuelle, ni de celle qui s'élaborait et se perfectionnait à côté de lui, mais de la littérature ancienne et de celle du commencement du siècle. Les savants d'il y a trente ou quarante ans lisaient assidument les œuvres médicales du siècle dernier et les travaux de Sydenham, Baglivi, Boerhave, Haller, Van Swieten, Stahl, etc., étaient le fondement d'une bibliothèque médicale; le Morgagni, édité par les professeurs Chaussier et Adelon, qui est de 1820, était tout entier en latin, ainsi que les notes et commentaires. Les livres que, même de mon temps, on donnait aux lauréats des concours des hôpitaux, étaient souvent des œuvres de Haller ou de Van Swieten. Les temps sont bien changés, et le latin a cessé d'être la langue universelle. Les traductions en français des ouvrages de médecine sont de date relativement récente, et Cazalis n'en avait nul besoin. Alliant à la connaissance étendue de la médecine traditionnelle celle de l'anatomie pathologique macroscopique, qu'il devait surtout à la pratique des autopsies, s'étant formé par l'étude et la pratique des idées propres, absolument personnelles, Cazalis était en réalité une personnalité médicale; ses internes ne juraient que par lui.

Il faisait lui-même les autopsies de son service, et je puis dire qu'il y apportait une véritable passion et des procédés tout à fait originaux, car je l'ai vu à l'œuvre un jour. Lemarchand, son interne en 1862, m'avait fait venir un jour à la Salpêtrière pour assister à une autopsie. Cazalis fit l'ouverture du cadavre par une section suivant les côtes, près de leur insertion à la colonne vertébrale; il examina successivement tous les organes, puis il ouvrit le canal médullaire et enleva une partie de la moelle, après avoir coupé avec son couteau tous les corps des vertèbres. Ce procédé d'ouverture du canal rachidien par sa partie antérieure et cette section des corps vertébraux à l'aide d'un couteau à amputation ne fut pas sans m'étonner beaucoup; mais il faut ajouter qu'il s'agissait d'une femme très âgée, atteinte d'ostéomalacie sénile.

Il a laissé peu de travaux; des communications à notre Société sur des observations avec pièces anatomiques pendant les années 1831, 1832, 1833, 1834, 1836 et 1837, sa thèse de doctorat sur trois observations de maladies de l'enfance, un mémoire sur les fonctions du nerf glosso- pharyngien, inséré dans les *Archives de médecine*, voilà tout. Il a inspiré et fait faire à ses élèves des travaux sur des points d'anatomie pathologique, l'athérome, les lésions vasculaires dans le ramollissement et l'hémorrhagie du cerveau. Il était resté tout à fait étranger à l'histologie pathologique. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il était avant tout anatomo-pathologiste, et à ce titre, il est des nôtres.

Nous avons eu la douleur de perdre, le 5 août dernier, Jules Parrot, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie, ancien président de la Société d'anthropologie et ancien vice-président de notre Société. Parrot a voulu être enterré dans sa ville natale, à Excideuil, et nous n'avons pas pu être représentés à ses obsèques. Il a laissé dans le cœur de tous ceux qui ont pu apprécier le charme de son esprit et de ses relations un souvenir qui ne s'effacera jamais.

Né en novembre 1829, interne des hôpitaux en 1852, agrégé de la Faculté en 1860, médecin du bureau central en 1862, Parrot avait été nommé professeur de l'histoire de la médecine en 1876, à la mort de Lorain, puis professeur de clinique des maladies de l'enfance en 1878. Ses nombreux travaux, joints aux fatigues de l'enseignement et de la pratique, ont trahi ses forces. Depuis son concours d'agrégation, Parrot avait été atteint de troubles graves du côté de la poitrine, et il avait dû passer deux hivers en Algérie. Sa santé avait toujours laissé à désirer depuis cette époque. Et cependant, combien de publications touchant la médecine clinique et en particulier la pathologie infantile, l'anatomie pathologique, l'anthropologie, sont sorties de sa plume! Il était excellemment doué. Sa parole était élégante et facile; il exposait un sujet avec un grande lucidité; ses recherches cliniques et anatomiques témoignent d'un esprit d'observation fin, ingénieux et perspicace, ne laissant échapper aucun détail.

Ses *recherches cliniques sur le mode de production du râle crépitant* (thèse inaugurale, 1856), sur les *relations du zona avec les nerfs superficiels* (*Union médicale*, 1856), sur *la sueur de sang* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1859), sa thèse d'agrégation *sur la mort apparente*, ses *études sur le bruit de souffle cardiaque symptomatique de l'asystolie* (*Archives générales de médecine*, avril et mai 1865), son *étude clinique sur le siège et le mécanisme des bruits cardiaques dits anémiques* (*Archives générales de médecine*, août 1866), sur *le mécanisme des murmures vasculaires inorganiques de la région du cou* (*Archives gén. de méd.*, t. I, p. 649) ont toutes une valeur incontestable, originale, et beaucoup sont entrées d'ores et déjà dans le domaine de l'enseignement classique.

Dans l'observation des malades, dans l'appréciation des bruits d'auscultation difficiles à percevoir et à interpréter, Parrot apportait un soin méticuleux des sens exercés et d'une grande délicatesse, un tempérament d'artiste. Il en était de même dans ses travaux d'anatomie pathologique, que nous devons avant tout retenir, et dont, pour la plupart, il a donné la primeur à la Société anatomique.

Pendant les dix dernières années de sa vie, Parrot s'était installé dans l'hospice des Enfants assistés et il y avait fait créer la clinique des maladies infantiles. Il y avait trouvé un matériel d'études considérable et il avait fait graviter toutes les maladies des enfants du premier âge autour des troubles digestifs qui les mènent au dépérissement graduel et à la mort. De là son œuvre principale, l'athrepsie, cause initiale et majeure de toutes les lésions observées dans ce milieu tout spécial de l'hospice des Enfants-Assistés.

Dans ce livre sur l'athrepsie, Parrot a donné une grande place à l'anatomie pathologique, en dehors de laquelle, dit-il, le problème clinique reste sans solution précise et sans preuve. Et il ajoute : « Morgagni disait que les nécropsies ne peuvent servir que si elles sont accompagnées « de l'histoire détaillée de la maladie. Cette proposition si « vraie garde toute son importance lorsqu'on en transpose « les termes; et il est permis d'affirmer que la clinique n'a « de base solide que si elle s'appuie sur des notions étendues et exactes d'anatomie pathologique. Autrement, elle « est mouvante et conjecturale. » Aussi décrit-il avec tous ses détails, dans son livre sur l'athrepsie, les lésions de l'estomac et de l'intestin, le muguet stomacal, les altérations anatomiques variées de l'encéphale du crâne, de l'oreille, celles du poumon et des reins.

Là se trouvent ses premières recherches ou la conclusion de nombreux mémoires originaux insérés dans les *Archives de physiologie*, dans la *Revue mensuelle de médecine*, ou de notes présentées à la Société des hôpitaux, à la Société anatomique, à la Société de biologie.

Sur la stéatose diffuse de l'encéphale chez le nouveau-né (*Archives de physiologie*, t. I, 1868). — *Sur la stéatose viscérale par inanition chez le nouveau-né* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 10 août 1868). — *Sur l'otite de l'oreille moyenne chez le nouveau-né* (Société méd. de hôp., 1869). — *Du muguet gastrique et de quelques localisations de ce parasite* (*Arch. de phys.*, 1869). — *Sur un cas de tumeur strumeuse de l'encéphale* (*Arch. de physiol.*, 1870). — *Sur la stéatose viscérale que l'on observe à l'état physiologique chez certains animaux* (Acad. des sciences, 10 juillet 1871). — *Sur la stéatose viscérale dans l'intoxication phosphorée*, en commun avec Dusart (Acad. des sicences, 7 mars 1870). — *Note sur l'infarctus uratique des reins chez les nouveau-nés* (Soc. des hôp., 24 nov. 1871). — *Sur le ramollissement de l'encéphale chez le nouveau-né* (*Archives de physiologie*, 1873). —

© BIU Santé

Sur deux cas de tubulhématie rénale chez les nouveau-nés (*Arch. de physiol.*, t. V, p. 512).

Assurément, parmi ces mémoires il en est qui n'ont pas une valeur originale marquée; peut-être même trouvera-t-on certaines descriptions qui trahissent une éducation première incomplète en ce qui touche l'histologie. Mais quelle somme de travail, d'efforts et de vérités conquise! Comme conclusion pratique et humanitaire de ses travaux sur l'athrepsie, Parrot installait à l'hospice des Enfants-Assistés les nourriceries par le lait d'ânesse.

Enfin, l'attention de Parrot s'était concentrée sur le système osseux des enfants nouveau-nés portant des traces de syphilis. Il a pris en main cette question et l'a faite sienne; il a étudié avec une rare persévérance et dans une quantité d'autopsies et d'examens les rapports de la syphilis des nouveau-nés et des enfants avec les troubles de la nutrition et du développement des os, les rapports de la syphilis et du rachitisme.

J'ai présente à la mémoire, comme si j'y étais, la séance de la *Société anatomique* (1873), où Parrot apporta une série d'os d'enfants nouveau-nés qu'il regardait comme syphilitiques. Les lésions nous parurent, à Ranvier et à moi, ne différer en rien de celles du rachitisme, ce que nous fîmes immédiatement observer. D'une série de recherches et de publications sur ce sujet, Parrot en était arrivé à considérer le rachitisme infantile comme constamment lié à la syphilis. Il serait aujourd'hui, croyons-nous, prématuré de donner une solution aussi absolue à ce problème encore pendant.

L'œuvre de Parrot, dans la syphilis infantile n'en est pas moins grande, car il a posé la question de premier ordre et, de plus, il a décrit les *pseudo-paralysies syphilitiques* (*Arch. de physiologie*, 1872, p. 319) et les *ostéomes syphilitiques des os crâniens*. La collection des pièces osseuses relatives à la syphilis héréditaire, qu'il a préparée de ses mains, est des plus complètes et des plus riches.

Voici ses dernières publications sur ce sujet : *Coup d'œil sur la syphilis héréditaire* (*Revue de médecine*, t. I, 1877). — *Le rachitisme et la syphilis héréditaire* (Congrès international de Londres, 1881). — *Les perforations crâniennes spontanées du premier âge* (*Revue de médecine*, octobre 1879).

Telle est, Messieurs, cette existence scientifique si bien remplie et qui nous semble si courte. Telles sont les œuvres principales que Parrot nous a laissées et que nous trouverions encore meilleures si nous n'avions pas, en même temps, cette arrière-pensée que tant de labeur et surtout le milieu du laboratoire où il se plaisait n'aient hâté sa mort.

M. le professeur Cornil, après avoir donné lecture de ces notices biographiques lit un discours pour la rentrée de la Société anatomique, prononcé en 1808 par Laennec. Dans ce discours inédit, l'illustre médecin disait quel est le but de la Société, quel doit être l'esprit de ses séances, avec une véritable élégance et une grande clarté de langage. En voici du reste les principaux passages :

« La Société anatomique fut fondée il y a quelques années par une réunion de jeunes médecins ou d'étudiants qui, presque tous, avaient été ou étaient encore membres de l'école pratique. L'ambition de fonder une société savante, le vain désir d'appartenir à une réunion de cette nature, celui de se faire une réputation par des travaux académiques ne furent point les motifs de cette association. Ce ne fut même pas le désir, plus louable, de reculer les limites de la science, ou si les travaux de la Société peuvent avoir quelquefois ce résultat utile, elle n'en a point fait l'objet principal de son institution. L'amour de l'étude, le désir de s'instruire et de se perfectionner dans les sciences anatomiques, seule base solide des connaissances médicales, y présidèrent seuls. Le but principal de la Société fut donc l'instruction de ses membres. Une réunion formée sous de pareils auspices ne pouvait manquer d'avoir d'heureux résultats et, dès la première année de sa fondation, la Société anatomique offrit l'exemple rare d'une réunion d'hommes unis pour la plupart par les liens de l'amitié et d'une estime réciproque, travaillant à leur commune instruction, sans désir de briller, sans prétentions, et n'apportant à ses séances que du zèle et une noble émulation. »

Laënnec terminait ainsi son allocution :

« Il ne me reste plus qu'une seule chose à faire connaître à nos nouveaux confrères, c'est l'esprit qui a constamment animé la Société; cet esprit exclut toute espèce d'appui et de prétentions. Nous nous plaisons à le répéter encore, cette réunion n'est point une société savante. On ne doit pas craindre de lui présenter des faits déjà connus, des observations ou des pièces qui n'offriraient que de l'utilité et de l'instruction, sans avoir rien de propre à piquer la curiosité. Les juges auxquels ces objets sont présentés sont des condisciples qui y trouveront une occasion d'apprendre un fait nouveau ou de mieux connaître ce qu'ils avaient déjà vu, ou des médecins qui, pour avoir devancé de quelques années leurs collègues dans la carrière des études, n'en croient pas devoir mépriser des faits exacts et utiles parce qu'ils les ont déjà vus et qu'ils attachent autant de prix à conserver par de fréquentes observations, les connaissances qu'ils possèdent, que d'autres peuvent en mettre à les acquérir. »

On ne pourrait mieux dire, et la Société, par la voix de Laënnec, fait un nouvel appel à tous ceux qui peuvent avoir à présenter quelque fait intéressant, quelque pièce instructive. Depuis 1808, le champ de ses travaux s'est singulièrement agrandi et ses bulletins constituent un riche recueil, où abondent les observations cliniques et anatomo-pathologiques. Les travaux originaux mêmes n'y sont pas rares. C'est une mine dans laquelle les travailleurs peuvent largement puiser. Le contrôle mutuel qui résulte de la présentation des pièces augmente encore la valeur de ces matériaux.

M. Letulle communique une notice biographique sur G. Homolle, ancien secrétaire et membre titulaire de la Société.

M. Josias, trésorier, fait son rapport sur la situation financière de la Société en 1883. La Société lui vote des félicitations et des remerciements.

11. Hémorrhagie cérébrale au cours de la coqueluche chez un enfant tuberculeux ; par M. H. Dauchez, interne des hôpitaux.

Le 7 novembre 1883, un enfant de (?) ans, J. N., atteint de coqueluche depuis deux mois environ, est reçu à l'hôpital des enfants et couché au n° 55 de la salle Saint-Jean (service de M. Labric). Cet enfant, plus souffrant depuis huit jours, a depuis lors sensiblement décliné, il a perdu le sommeil, il tousse continuellement et est en proie à une violente dyspnée. Depuis trois jours, surtout, celle-ci s'est accusée davantage en même temps que la fièvre redoublait (le jour de l'entrée T. 40°). Enfin la diarrhée s'est déclarée et par sa persistance ajoute à la gravité de la situation. L'examen des poumons dénote effectivement des lésions fort étendues. La poitrine est envahie par des râles nombreux avec prédominence de râles fins, aux deux bases et de rhonchus sonores qui s'entendent à distance :

8 *novembre*. Depuis son entrée, aucune quinte de coqueluche n'a été notée, mais la dyspnée persiste : (44 respirat. à la minute). La pâleur est extrême et l'état général des plus graves.

9 *novembre*. Râles de plus en plus fins. (64 respirat.). L'enfant ne sort de son état de somnolence et de coma que pour tousser. Nous le trouvons couché sur le côté gauche, immobile, les traits contractés. Les mouvements des bras paraissent libres et l'enfant étend sans difficulté les mains en avant pour prendre un point d'appui en s'asseyant chaque fois qu'on le lui demande.

12 *novembre*. Le diagnostic de granulie, porté par M. Labric se confirme de plus en plus. Des râles fins, mêlés de souffle s'entendent à gauche. L'asphyxie se pro-

© BIU Santé

nonce de plus en plus : le soir l'enfant est absolument insensible à la piqûre.

13 *novembre*. La T. V. 40°,2. Enfin le 16 novembre, après plusieurs quintes assez violentes provoquées par l'auscultation, l'enfant, déjà moribond depuis 3 ou 4 jours, succombe sans convulsions.

Autopsie. *Péritoine* : tuberculeux. — *Rate* : couverte de granulations tuberculeuses. — *Poumon* : farci de tubercules miliaires.

Cerveau : La surface corticale de l'hémisphère gauche est soulevée par un foyer hémorragique de couleur noirâtre et vineuse qui occupe la scissure de Rolando et les deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes dans l'épaisseur desquelles le sang s'est infiltré. Ce foyer, du volume d'un gros œuf de pigeon est entouré de toutes parts d'un réseau vasculaire artériel et veineux qui paraît avoir été le point de départ de l'hémorragie.

L'examen histologique de la pie-mère n'a pu être fait, cette membrane ayant séjourné assez longtemps dans l'alcool.

Réflexions. A quelle cause doit-on rapporter l'hémorragie corticale reconnue à l'autopsie? En l'absence de l'examen histologique de la pie-mère altérée par son séjour de l'alcool, il est à présumer que sous l'influence des fortes quintes de toux survenues avant la mort, les vaisseaux déjà très altérés en raison de la généralisation du tubercule, se sont très facilement rompus.

M. Netter fait remarquer que les veines de la pie-mère sus-jacentes au foyer hémorrhagique sont turgescentes et qu'il pourrait bien y avoir eu une thrombose des sinus passée inaperçue.

13. Un cas de grossesse tubaire. — Rupture de la paroi de l'oviducte, hémorrhagie foudroyante dans la cavité abdominale. — Grossesse de deux mois. Mort de la malade; par M. Skinner.

La malade qui a fourni cette pièce était âgée d'environ 35 ans. Elle fut amenée, mourante, à l'hôpital Lariboisière, le 10 janvier 1884, où on la fit entrer dans le service de M. le professeur Bouchard. Aucun renseignement précis sur la nature de sa maladie n'a pu être pris de ceux qui l'accompagnaient, sauf qu'elle était devenue rapidement pâle et était tombée en défaillance quelques heures même avant son entrée à l'hôpital, à midi. Alors on constata que la malade était sans connaissance, d'une pâleur extrême, face hippocratique, la respiration arrêtée, plus de pouls radial, les battements cardiaques à peine perceptibles par l'auscultation. Il s'y rencontrait, en un mot, tous les signes d'une hémorrhagie interne foudroyante. La mort ne tarda pas à survenir, et la nécropsie, faite le lendemain matin par M. Barth, remplaçant M. Bouchard, montra les faits suivants :

A l'ouverture de la *cavité péritonéale*, on constata l'existence d'une grande quantité de sang épanché dans cette cavité : la quantité peut être évaluée à deux litres environ. Des caillots noirs, mous et volumineux occupaient la cavité du petit bassin et la partie inférieure de l'abdomen, et siégeaient surtout à droite. En effet, en cherchant plus profondément on trouva que le plus volumineux de ces caillots adhérait fortement à la trompe utérine droite. Celle-ci présentait au milieu de sa longueur, une tuméfaction ovoïde, à consistance rénitente, à surfaces lisses, à grand axe transversal, et paraissant formée par une dilatation considérable du canal de l'oviducte ; le pavillon occupait sa place normale, et l'ovaire parfaitement sain, pâle et exsangue se voyait à sa place ordinaire.

La *tumeur* offrait les dimensions suivantes : longueur 4°, hauteur 4°, épaisseur (antéro-post.) 3°. A sa partie supérieure et interne on voit une masse à surface irrégulière, tomentense et déchiquetée qui semble être le point de départ de l'hémorrhagie.

On retira les organes génitaux internes du cadavre, on débarrassa la tumeur des caillots qui sont surtout adhérents à son bord supérieur, et on l'incisa à sa face postérieure. Cette incision montra très nettement l'*embryon* entouré du liquide amniotique qui est retenu par les membranes parfaitement conservées et transparentes. Il est recourbé sur lui-même et présente 2 $^1/_2$° seulement de longueur. Les lames abdominales sont réunies sur la ligne médiane, le cordon et l'ombilic sont déjà constitués et l'on constate très facilement les bourgeons digitaux à chaque main. L'épaisseur des parois de la trompe qui entouraient l'embryon était de 8 à 9^{mm}. On ne trouva pas trace de péritonite.

L'*utérus* est hypertrophié comme dans une grossesse de deux mois, mais sa cavité ne renferme rien. Il mesure, le col compris, 12° de long, 6° de large et 4° d'épaisseur. Sa paroi présente 2° d'épaisseur. A la surface de l'organe on voit plusieurs petites saillies arrondies, fermes, solides, sessiles (myômes), dont une beaucoup plus grosse que les autres occupe le milieu du bord supérieur de l'utérus. A l'intérieur on trouve la caduque pariétale parfaitement formée. La muqueuse en effet participe à l'hypertrophie générale de l'organe : elle est épaisse, gonflée, tomenteuse, très molle, offrant des saillies et des replis avec des anfractuosités. Elle est très congestionnée partout, et à sa partie inférieure il existe de petites hémorrhagies interstitielles. Cette tuméfaction de la muqueuse s'arrête brusquement au niveau de l'orifice supérieur du col.

Réflexions. En somme, il s'agit d'une grossesse développée dans la trompe droite, brusquement interrompue par la rupture de cette trompe, suivie d'une hémorrhagie abdominale foudroyante. Quant à la cause immédiate de cette rupture, si c'était un traumatisme ou bien une congestion interne, nous ne pouvons rien affirmer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 juin 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

M. Cadet de Gassicourt offre à la Société le 3° et dernier volume de ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance. Ce volume comprend la diphthérie et la méningite tuberculeuse.

M. Bucquoy, président, fait part à la Société de la mort de l'un de ses membres, le regretté Moreau (de Tours).

M. Besnier, à l'occasion de l'épidémie de choléra qui sévit à Toulon, fait observer à la Société combien il est regrettable qu'il n'existe plus dans son sein de commission des maladies régnantes. Lorsqu'une épidémie comme celle du choléra surgit, la Société médicale ne saurait s'en désintéresser. Il importerait, au plus haut degré, qu'une commission spéciale fut instituée, qui déléguerait à son rapporteur le soin de recueillir, le cas échéant, tous les documents afférents aux épidémies en question, et fournissent à la Société des documents qui pourraient être utilisés à la fois comme renseignements et comme base de discussion.

M. Dujardin-Beaumetz ne croit pas que la Société ait à s'intéresser directement dans la question relative aux épidémies qui ne sévissent pas dans les hôpitaux de Paris. En ce qui concerne par exemple le choléra de Toulon, elle ne saurait ouvrir une discussion fructueuse, puisque cette discussion reposerait toute entière sur des documents de seconde main. Pour que la proposition de M. Besnier fut véritablement utile, il faudrait que les membres de la commission allassent étudier le choléra sur les lieux, ce qui vraisemblablement ils ne feront pas. Aussi ne voit-il pas quel avantage l'on pourrait retirer de la constitution d'une semblable commission.

MM. Bucquoy et Besnier répondent qu'on ne saurait préjuger la nature et la valeur des renseignements que le rapporteur de la commission apporterait à la Société. Toujours est-il que dans le cas où l'on donnerait suite à la proposition de M. Besnier, la Société médicale serait au moins pourvue de documents qui, pour l'heure, lui fait complètement défaut, parce que personne n'est chargé spécialement de les recueillir.

MM. Cadet de Gassicourt et Lacombe parlent dans le

© BIU Santé

même sens que MM. Bucquoy et Besnier. La Société nomme une commission des maladies régnantes ainsi constituée : MM. Vallin, Laveran, Bucquoy, Danlos, Tapret, Labric ; du Castel, rapporteur éventuel.

M. Gérin-Roze se plaint de ce que l'eau des hôpitaux, destinée à la consommation journalière des malades, ne soit pas de l'eau filtrée. Il a eu, pour sa part, grand peine à obtenir des filtres pour son service.

M. Besnier fait observer que la question du filtrage des eaux est plus complexe qu'elle n'en a l'air. L'administration de l'assistance publique a hésité jusqu'à ce jour à introduire dans les hôpitaux un système uniforme de filtres, parce qu'elle n'en a point trouvé de satisfaisant. Elle ne se refuse point toutefois à en pourvoir les services, sur la demande spéciale des médecins, qui, par cela même qu'ils réclament des filtres, semblent prêts à exercer sur le fonctionnement de ces appareils toujours plus ou moins défectueux, une surveillance nécessaire.

M. Bucquoy montre un malade qu'il avait déjà présenté à la Société en novembre dernier. Cet homme était atteint d'un kyste hydatique de la base du crâne. Les hydatiques se sont fait jour au dehors par diverses voies : par le nez, le pharynx, la paroi latérale du cou. Le malade paraît aujourd'hui guéri. Depuis un mois il n'a rendu aucune nouvelle vésicule.

M. Tenneson présente un instrument qu'il a imaginé dans le but de cautériser la surface interne de l'utérus, chez les femmes atteintes de métrite.

M. Martineau croit que tous les porte-caustiques « à ciel ouvert » sont défectueux. La substance caustique se dépose sur la muqueuse du col et lorsque l'instrument a franchi l'orifice interne, toujours très étroit, il s'est dépouillé complètement des agents médicamenteux qu'on prétend introduire dans la cavité interne. Aussi M. Martineau pense-t-il qu'il est nécessaire de recourir à des instruments construits de telle façon que le caustique ne puisse agir qu'après la tige conductrice a traversé la cavité cervicale.

M. du Castel montre le cerveau d'un malade qui a succombé à une méningite tuberculeuse, après avoir, durant la vie, présenté une monoplégie du membre inférieur droit. Les lésions des méninges sont localisées au niveau du lobule paracentral gauche. C'est une observation nouvelle à rapprocher de celles de MM. Barié et du Castel, Jean, Ballet, etc., antérieurement publiées. Ce fait établit une fois de plus : 1° que la méningite tuberculeuse affecte, avec une certaine prédilection, la lobule paracentral ; 2° qu'il y a une subordination étroite entre les lésions de ce lobule et la paralysie du membre inférieur du côté opposé.

MM. Oulmont, de Beurman et Muselier sont nommés membres titulaires de la Société.

La séance est levée à 5 h. 1/2. G. B.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 juillet 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Gallard, à propos de la discussion sur l'hystérectomie et l'ablation du col pour cancer vient communiquer à la Société le résultat de son expérience, M. Gallard ne rejette pas absolument l'hystérectomie qu'il croit surtout applicable dans ces cas très rares où le cancer débute par la cavité de l'utérus et reste longtemps limité à la muqueuse. Il a eu l'occasion d'intervenir environ 25 fois et avec des fortunes diverses par l'ablation partielle du col ; l'intéressante communication de M. Gallard peut être résumée dans les conclusions suivantes :

Le cancer de l'utérus doit, comme celui de toutes les parties du corps, qui sont accessibles à l'action chirurgicale, et avec les mêmes chances de réussite, être traité par l'ablation de la partie malade.

L'application de l'anse galvano-caustique toutes les fois qu'elle est possible est de beaucoup la meilleure manière de pratiquer cette ablation.

Elle permet d'obtenir une guérison définitive et durable quand elle est faite dans des conditions telles que toute la partie malade soit enlevée. Elle est utile, même lorsque la section ne dépasse pas complètement toutes les parties envahies ; soit qu'elle permette d'arriver à des améliorations longtemps persistantes, et même à une guérison complète lorsqu'il est possible de détruire par des cautérisations ultérieures la portion du produit morbide qui n'a pas été enlevée ; soit que dans des cas plus défavorables encore, elle ne serve qu'à ralentir la marche envahissante du cancer et ne produise qu'une amélioration tout-à-fait passagère, et soulage au moins momentanément la malade en supprimant pendant un certain temps les hémorrhagies et autres sécrétions pathologiques qui l'épuisent.

M. Anger s'est servi avec succès pour cautériser et détruire des cancers du col du cautère à gaz dont Nélaton faisait un fréquent usage.

M. Terrillon a pratiqué 6 fois l'ablation du col avec l'anse galvanique ; dans un de ces cas, une hémorrhagie foudroyante emporta la malade au 8e jour ; deux autres ont récidivé assez rapidement ; dans deux cas la récidive n'est pas encore survenue, bien que les malades soient opérées depuis 9 mois ; enfin, dans un dernier cas, opéré il y a cinq ans, la récidive n'a pas eu lieu. Bien que la pièce, examinée au laboratoire du collège de France, ait été reconnue pour un épithélioma infiltré, M. Terrillon se demande s'il a bien eu affaire à un véritable cancer.

M. Després a guéri, par des cautérisations au chlorure de zinc, un cas analogue à ce dernier. La tumeur fut aussi reconnue de nature épithéliomateuse par les histologistes ; cependant M. Després n'hésite pas à déclarer que les histologistes se trompent souvent, prenant pour de l'épithélioma la simple hypertrophie glandulaire. Il n'y a pas eu de récidive, donc ce n'était pas du cancer, conclut l'honorable chirurgien, qui préfère aux ablations les cautérisations actuelles ou potentielles.

M. Verneuil, dont nous avons rapporté la statistique dans une précédente séance, préfère à l'anse galvanique dont l'application a souvent été suivie d'hémorrhagies redoutables, l'écraseur linéaire. A la vérité, cet instrument est difficile à appliquer, mais son application devient des plus faciles si l'on veut faire la section du col en deux temps, c'est-à-dire si l'on commence par passer la chaine au travers du col ; le col est ainsi séparé en deux moitiés que l'on écrase séparément. M. Verneuil admet à la rigueur les opérations partielles qui n'enlèvent pas tout le tissu morbide, mais seulement de grosses masses bourgeonnantes qui épuisent le malade par la suppuration et les hémorrhagies.

M. Polaillon partage toutes les idées émises par M. Gallard et emploie comme lui l'anse galvanique ; après l'ablation il poursuit les restes du tissu morbide, s'il y a lieu, par l'introduction de flèches caustiques. Il lui est arrivé trois fois d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal, deux fois ce fut sans inconvénient ; dans un troisième cas la malade mourut deux heures après l'opération d'accidents nerveux imputables au chloroforme. M. Polaillon pense qu'il serait préférable de recourir à l'hystérectomie, mais qu'actuellement cette opération est encore trop dangereuse.

M. Marchand a eu l'occasion d'observer une mort par péritonite suppurée à la suite de l'ouverture du cul-de-sac, et un cas de fistule vésico-vaginale consécutive à l'ablation totale du col. Les ablations partielles lui ont donné dans cinq cas d'excellents résultats. Il a fait trois fois l'ablation du col au bistouri, et aurait volontiers recours à cet instrument. L'hémorrhagie peut être facilement arrêtée et l'opération est assez facile pour peu que l'on abaisse un peu l'organe ; M. Marchand ne voit aucun inconvénient à cet abaissement.

M. Lucas-Championnière n'est guère partisan de ces interventions dans le cas de cancer et il croit volontiers avec M. Després que les cas dans lesquels la récidive n'a pas eu lieu étaient des erreurs de diagnostic.

M. Terrier n'est pas très enthousiaste de ces opérations palliatives ou curatives ; il pense qu'en face d'un cancer il faut toujours aller au delà ; d'ailleurs ses opérations ont

© BIU Santé

leurs dangers, comme l'hystérectomie que l'on a peut-être qualifiée un peu durement.

M. Pozzi pense que les opérations partielles peuvent rendre des services dans certains cas.

M. Tillaux proteste contre les ablations partielles, au nom de la vraie chirurgie qui enseigne que l'intervention doit aller au delà du cancer, et conseille l'abstention quand on ne peut dépasser les limites du mal.

M. Gallard remercie la Société de l'accueil fait à sa communication ; il essaiera volontiers l'écraseur en introduisant la modification enseignée par M. Verneuil ; il répète qu'il a obtenu des améliorations sérieuses, bien que momentanées, dans des cas où il avait été impossible d'enlever tout le tissu morbide. P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 25 juin 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Martineau présente à la Société la thèse d'un de ses élèves, M. *Bouchet*, sur la *folliculite blennorrhagique*. Dans ce travail, l'auteur se faisant l'écho des idées de son maître, a montré le rôle important que jouaient les follicules glandulaires péri-uréthraux dans la difficulté de la guérison de la blennorrhagie chez la femme. C'est là que se cantonnent des colonies de micrococcus qu'on ne peut atteindre qu'en détruisant le follicule pour la cautérisation thermo-électrique instantanée. M. Martineau a employé avec succès les injections intra-urétrales de sublimé à 1|500 ; il fait remarquer l'injection doit être poussée avec précaution afin de ne pas occasionner de cystite.

M. Blondeau demande si, en portant directement une pommade au sublimé dans le canal, on ne remédierait pas à de semblables accidents.

M. Martineau croit que le contact prolongé de la pommade pourrait amener des accidents inflammatoires.

M. Campardon fait hommage à la Société d'un opuscule sur les *eaux minérales* auquel il a adjoint un *guide aux bains de mer*.

M. Huchard lit un mémoire sur le *régime sec dans les maladies de l'estomac et en particulier dans la dyspepsie des liquides*. Après avoir rappelé l'enthousiasme qu'il qualifie d'exagéré pour le régime lacté intégral, l'auteur établit que certaines variétés de dyspepsies, dites *des liquides*, se trouvent améliorées par le régime sec. Il est difficile d'établir des indications très nettes : la base anatomique fait défaut : néanmoins, dans certains cas d'arthritisme, lorque la tension artérielle est exagérée, dans la néphrite interstitielle, toutes les fois enfin que l'ingestion de liquides ramène les douleurs stomacales, le régime sec est indiqué. Le malade boira peu ou pas, ne prendra que des potages ou des purées très épaisses. L'intervalle entre les repas sera de huit heures. Tous les aliments solides sont indiqués : la poudre de viande donnera de bons résultats.

M. Dally croit que chez certains individus la dyspepsie serait facilement combattue par des pratiques gymnastiques très simples. Rappelant les bons effets produits par la ceinture hypogastrique chez les sujets dont la paroi abdominale est flasque, M. Dally attribue pour une certaine part les troubles stomacaux à la mauvaise attitude qui consiste à exagérer la cambrure des reins. Dans ce cas, on se trouvera très bien de faire placer le malade 2 ou 3 fois par jour devant un mur, de façon à faire toucher toutes les parties de la région postérieure du tronc, afin de faire disparaître cette ensellure en fortifiant les muscles de la masse sacro-lombaire. Ces conclusions reçoivent l'approbation de MM. Huchard et Dujardin-Beaumetz. Ce dernier présente au nom de M. *Moncorvo* deux brochures, la première : sur la *sclérose en plaques sur les enfants* ; la seconde sur un cas de mort par : le *traitement du spina-bifida au moyen des injections glycéro-iodurées*. M. Dujardin-Beaumetz présente également un nouvel instrument vaccinateur inventé par M. Bourgoin, et la thèse de M. *Coudray* sur la *paraldéhyde*. Après avoir insisté sur l'antagonisme de la strychnine et de la paraldéhyde, l'auteur vante les qualités hypnotiques de cet agent qui, néanmoins, est inférieur au chloral. A ce propos, M. Huchard dit avoir donné la paraldéhyde en potion sans aucun résultat hypnotique.

M. F. Vigier présente des échantillons d'acide *orthonyphénisulfureux* ou *sulfo-carbol*, antiseptique puissant, paraît-il, beaucoup moins toxique et moins odorant que l'acide phénique. G. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 2 juillet 1884. — Présidence de M. Proust.

M. Proust, chargé par le Gouvernement de se rendre avec M. Brouardel, à Toulon, à l'effet d'étudier l'*épidémie du choléra* qui venait d'éclater dans cette ville, expose les résultats de leur enquête, en tous points conformes à ceux rapportés la veille, à l'Académie de médecine, par M. Brouardel. (Voir plus haut le compte rendu de l'Académie de médecine).

M. Laurent (de Rouen) sollicite le concours des membres de la Société pour le prochain Congrès industriel qui doit s'ouvrir le samedi 26 courant.

M. Strauss, conseiller municipal de Paris, demande à la Société si elle ne serait pas d'avis de placer Paris dans des conditions spéciales de défense pour empêcher le choléra de pénétrer dans son enceinte. Dans le cas où elle croirait devoir intervenir, M. Strauss demande quelles mesures répondraient le plus efficacement à une semblable intervention.

M. Vallin fait observer que l'expérience épidémiologique a démontrée que rien n'est susceptible d'arrêter une épidémie, de lui opposer une barrière infranchissable.

M. Laborde se déclare partisan des cordons sanitaires terrestres, malgré les objections que ces mesures ne manqueront pas de soulever. En Russie, de semblables mesures furent adoptées pour se mettre à l'abri de la peste. Elles ont pleinement réussi.

M. Brouardel ne nie pas qu'il y ait là d'excellentes réformes à introduire dans la législation de l'hygiène. Mais il faut songer non seulement à proposer des réformes, mais à examiner si elles sont praticables. Or, l'innovation de cordons sanitaires sur le territoire français est incompatible avec nos mœurs, avec nos besoins. Pour être logique, il conviendrait de surveiller les personnes qui quittent un foyer d'épidémie, et au point de départ, et au point d'arrivée. Or, malgré tous les procédés de désinfection auxquels on ne manquera de recourir, vous ne sauriez prétendre détruire le microbe du choléra. Ce microbe, quel qu'il soit, se trouve dans les malles, les vêtements, même dans les intestins.

M. Vallin insiste sur ce point d'hygiène générale que les mesures sanitaires internationales sont les seules susceptibles de sauvegarder la santé publique. Avant tout, il faut préserver la mer Rouge. Le jour où le choléra fait son apparition dans la Méditerranée, il est en Europe, et il est trop tard. Quoi qu'on fasse, il va déjouer tous les calculs. Et cependant, il convient d'agir dans ces conditions, car nous pouvons beaucoup contre le développement du fléau. Il faut, en effet, empêcher le terrain sur lequel il a fait son apparition, d'être fertile. Dans ce but, il importe d'exiger la stricte exécution des mesures les plus élémentaires de l'hygiène, parmi lesquelles nous citerons l'enlèvement des immondices dans les rues, l'abondance de l'eau, la désinfection des matières fécales, etc.

En terminant, et après une vive discussion à laquelle prennent part successivement MM. Daremberg, Durand-Claye, Strauss, Vallin et Laborde, la Société décide : 1° qu'une Commission spéciale, dite du choléra, sera chargée d'étudier les mesures générales qu'il convient d'adopter, pour empêcher l'introduction et la propagation du choléra à Paris. ; 2° Qu'il serait dangereux pour la santé publique, dans les circonstances exceptionnellement graves que nous traversons, d'autoriser la fête du 14 Juillet.

A. Josias.

© BIU Santé

CORRESPONDANCE

Une visite à la clinique du professeur Gussenbauer.

Prague, le 29 juin.

Mon cher Rédacteur,

Nous espérons être agréable aux lecteurs du *Progrès médical*, en leur parlant du professeur Gussenbauer (que plusieurs connaissent de nom seulement) (1) et de sa clinique, que nous avons visitée à l'*Allgemeine Krankenhaus* de Prague. Le professeur Gussenbauer, appelé à prendre un jour la succession du professeur Billroth dont il a été longtemps l'*Assistant*, est tout à la fois un remarquable chirurgien, et, pour les élèves, un maître excellent et infatigable. Agé de 40 ans environ, il occupe la chaire de clinique chirurgicale à l'université de Prague depuis le 1er octobre 1878. Il avait auparavant professé en français, pendant 5 ans, la clinique chirurgicale à l'université de Liège. En 1882, Wurtzbourg lui offrit de remplacer le professeur Bergmann, appelé à Berlin. Le professeur Gussenbauer tint à rester Prague; et comme le gouvernement voulait le décorer, il demanda au lieu de cette distinction honorifique, la création de deux places d'*Operations-Zöglinge* (docteurs élèves-opérateurs), à la clinique de Prague. Il est 10 heures, la clinique va commencer; entrons avec le professeur dans l'amphithéâtre où se font les cours. C'est une grande et belle salle de construction récente, le jour pénètre par un vitrage formant plafond et par de grandes fenêtres latérales qui se correspondent. Devant les gradins, la table d'opérations, articulée, recouverte de coussins de cuir et d'une alèze. Au fond de la salle un tableau noir et deux portes à deux battants par où entrent et sortent les malades. Le professeur présente aux élèves quelques malades intéressants de la consultation (ambulatorium). Puis on apporte un à un sur des brancards, les sujets à opérer. Le professeur appelle deux ou trois élèves et leur fait faire successivement le diagnostic; quand le temps lui manque, il se contente de rappeler brièvement l'histoire du malade, de discuter le diagnostic et le genre d'opération qu'il va pratiquer.

Voici un vieillard de 70 ans qui présente un angiome caverneux de la fosse ischio-rectale gauche. Le professeur opère avec le bistouri; la dissection d'une difficulté insurmontable pour un maître moins habile, ne dure pas moins d'une heure. La tumeur, grosse comme les deux poings, est formée de deux parties distinctes; la moitié inférieure a les caractères de l'angiome, la moitié supérieure ceux du sarcome. On bourre la fosse ischio-rectale de tampons de gaze iodoformée, on panse et on emporte le malade. Vient ensuite une résection du coude, pour une arthrite fongueuse, puis l'ablation d'un lipome intra-musculaire de la nuque. Voici un malade qui doit être amputé de la jambe. On applique la bande d'Esmarch. Un des docteurs, attachés au service (*Operations-Zögling*), fait l'opération sous les yeux du professeur en décollant et refoulant le périoste avant de scier l'os, procédé qui donne d'excellents résultats, comme l'a indiqué Heine, etc, etc.

Il se fait en moyenne cinq operations par jour devant les élèves, de 10 heures à midi. Les soins d'antisepsie sont pris minutieusement. Le professeur, après s'être servi de l'acide phénique pendant plusieurs années, emploie aujourd'hui une solution de sublimé au 1/1500. Avant d'opérer on savonne et on lave le malade avec la solution de sublimé; le professeur trempe ses mains dans un liquide semblable, à plusieurs reprises. Les fils à ligature restent plongés dans des solutions de sublimé et les instruments dans des solutions phéniquées. Les deux assistants, MM. les Drs Bayer et Pietrzikowski, les six docteurs (*Operations-Zöglinge*), apportent leur concours au professeur. L'opération terminée, on panse avez la gaze antiseptique et l'ouate, et les malades ne présentent même pas de fièvre traumatique; c'est grâce à cette antisepsie rigoureuse que doit être attribué l'excellent état sanitaire du service.

(1) Nous sommes redevables à M. Gussenbauer de deux excellents travaux publiés dans la *Deutsche Chirurgie: Sephtämie, Pyohämie und Pyo-Sephtämie* (4 pl.). Lief. 4, 1882. — *Die traumatischen Verletzungen.* — Du même auteur nous avons encore: *Ueber Nervendehnung*, 1882; — *Erfahrungen über Massage*, 1881. (Note de la Réd.)

L'*Allgemeine Krankenhaus* est vieux et ne répond plus aux conditions exigées par la science. La façade donne sur une large rue du Neustadt et de l'autre sur le jardin de l'hôpital où se trouve le bâtiment d'isolement des varioleux (service du professeur Pick). C'est au *Krankenhaus* que se trouvent les deux universités tchèque et allemande avec les nombreux services de clinique qui en dépendent. Pénétrons dans les salles du professeur Gussenbauer, elles sont situées au rez-de-chaussée, fort gaies, blanchies à la chaux, les fenêtres sont largement ouvertes et garnies de fleurs, pas de rideaux aux lits, de simples stores aux fenêtres. Ni poussière, ni odeur dans toutes les salles que nous traversons, où règne la plus minutieuse propreté. Le service est fait comme dans toute l'Allemagne, par des laïques; les sœurs ont été remerciées il y a deux ans.

Pour nous résumer, il est étonnant qu'on ait pu tirer un tel parti du vieil hôpital de Prague, objet des récriminations des médecins. Dans le service de clinique chirurgicale, il y a 150 malades au lieu de 100, chiffre réglementaire! Et dans tous les services il existe le même encombrement; le *Krankenhaus* est depuis longtemps insuffisant; on n'y peut recevoir que très difficilement les malades. Les professeurs sont unanimes à se plaindre, mais ils ne sont pas appuyés par le médecin-directeur de l'hôpital qui sait que de pareilles réclamations sont peu agréables aux oreilles des gouvernants. Les plans d'un nouvel hôpital sont adoptés déjà; mais on attend maintenant qu'ils soient réalisés.....

X.

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

I. De l'angine de poitrine rhumatismale (hypérémie du plexus cardiaque); par A. Martinet, ancien interne des hôpitaux — Paris, 1884, Delahaye et Lecrosnier.

II. De la phlébite rhumatismale; par S. Schmitt, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1884. Delahaye et Lecrosnier.

III. Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens; par de Brux, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1884. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.)

I. M. Martinet, ancien interne du professeur Peter, a adopté toutes les idées de son maître sur la pathogénie de l'angine de poitrine. Il se livre, dans sa thèse, à une critique très serrée de la théorie adverse, de la *théorie ischémique* que MM. Potain, G. Sée, Huchard, Hérard, etc., opposent à la théorie *nerveuse* de M. Peter. L'angine de poitrine rhumatismale, sans névrite, par simple hypérémie du plexus cardiaque, est une rareté, puisque l'auteur n'a pu en réunir que cinq cas. Malgré ce petit nombre d'observations non suivies d'autopsie, M. Martinet, s'appuyant sur les données cliniques et physiologiques, croit pouvoir conclure que le rhumatisme aigu peut se localiser sur les nerfs du cœur, indépendamment de toute inflammation du péricarde, de l'endocarde, du myocarde ou de l'aorte, que cette localisation se fait suivant le mode hypérémique et peut, dans certains cas, aller jusqu'à la phlegmasie. Que cette variété d'*angine de poitrine ébauchée* puisse s'observer dans le rhumatisme cardiaque, le fait n'est pas douteux, et nous en avons vu pour notre part un remarquable exemple. Mais que cette localisation soit limitée aux nerfs du cœur et consiste dans une simple hypérémie, c'est ce qu'il faudrait démontrer. Les arguments présentés avec beaucoup de méthode et d'habileté par M. Martinet, ne nous ont pas entièrement convaincu.

II. La phlébite rhumatismale, que M. Schmitt étudie dans sa thèse, est une de ces localisations du rhumatisme dont l'histoire est loin d'être faite. Et d'abord, on peut se demander si la phlébite rhumatismale existe réellement. Tous les cliniciens, en effet, n'oseraient affirmer la réalité de son existence. Aussi était-il presque téméraire d'aborder cette question. Parmi les observations assez nombreuses que rapporte M. Schmitt, il en est quelques-unes qui doivent être réservées; par exemple, l'observation de Bouillaud, dans laquelle une polyarthrite suppurée avec phlébite, évoque immédiatement l'idée de ces *pseudo-rhumatismes infectieux* que le professeur Bouchard et ses

© BIU Santé

élèves ont si bien étudiés. Le mot de phlébite rhumatismale ne peut être appliqué à des cas de ce genre. Nous en dirons autant ponr les autres cas cités par Bouillaud dans son *Traité du rhumatisme*. D'autres exemples de phlébite ou de phlegmatia alba dolens, rencontrés dans le cours de rhumatismes blennorrhagiques sont passibles des mêmes objections. A notre avis, si M. Schmitt eut soumis tous les faits qu'il rapporte à une critique sévère, le domaine de la phlébite rhumatismale se trouverait singulièrement restreint. Il est bien vrai que dans quelques passages de sa thèse, il met en doute l'origine rhumatismale de la plupart de ces phlébites, mais il ne les écarte pas assez résolûment. Quant aux observations inédites et personnelles, elles semblent bien favorables à la doctrine de la phlébite rhumatismale. En résumé, il faut faire deux parts dans les cas produits sous le titre de phlébite rhumatismale : 1° les cas mal observés ou douteux ; 2° les cas positifs encore trop peu nombreux pour autoriser la description d'une phlébite rhumatismale.

III. M. de Brun étudie, dans sa thèse, la *phlegmatia alba dolens* au point de vue clinique ; il cite plusieurs observations intéressantes et insiste beaucoup sur le siège et le caractère des douleurs. Cette question, sans doute plus fouillée que la phlébite rhumatismale, présente encore bien des obscurités. Quelle est notamment la pathogénie de ces *phlegmatia alba dolens* cachectiques des tuberculeux, des cancéreux ? Faut il les considérer toujours comme des *thromboses marastiques* sur la foi de M. Virchow, et invoquer la *dyscrasie* ou l'*inopexie* ? Qu'on y prenne garde ! L'explication de ces phlegmatia alba dolens est peut-être beaucoup moins mystérieuse. Un cancéreux, un phtisique, un cachectique quelconque, fait tout à coup un *œdème blanc* douloureux ou non douloureux du membre supérieur ou du membre inférieur. On invoque tout de suite la dyscrasie et l'on ne songe pas à la possibilité d'une origine mécanique, d'une compression. S'il s'agissait d'un *leucémique* portant des masses ganglionnaires multiples, la compression veineuse serait admise naturellement et la dyscrasie rejetée au second plan. Eh bien, dans plusieurs cas de *thrombose marastique* chez des cancéreux et des tuberculeux, M. Picot (*Leçons de clinique médicale*, 1884) a relevé à l'autopsie la compression de la veine oblitérée par un ganglion. On ne saurait donc désormais étudier avec trop de soin, en pareil cas, les rapports des troncs veineux avec les ganglions qui les entourent. J. Comby.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire naturelle du dévot; par le Dr Gaëtan Delaunay (1).

D'après l'auteur, l'étude anatomique, physiologique et pathologique des prêtres et des congréganistes démontre qu'ils ne sont pas bâtis comme nous, que leurs fonctions végétatives et animales diffèrent notablement des nôtres, que leurs maladies même ne sont pas nos maladies, en un mot, qu'à l'état normal, comme à l'état pathologique, ils sont séparés de nous par des différences physiques, morales et intellectuelles qui en font une variété à part.

Après avoir prouvé que les religieux proprement dits sont essentiellement malpropres, que la tonsure est un reste de barbarie, que la robe est un vêtement inférieur, M. Delaunay montre que les phénomènes nutritifs sont moins intenses chez les religieux que chez les autres hommes. Ce qui caractérise encore les religieux, c'est la gourmandise et un relâchement naturel qu'un ancien professeur de Saint-Sulpice, consulté par M. Delaunay, a signalé en ces termes : « les gens qui ont la foi sont des foireux ».

La fonction de la reproduction est très intense chez les religieux qui commettent six fois plus d'attentats à la pudeur que le commun des mortels. — Les fonctions supérieures sont peu développées chez les religieux qui sont en général peu vigoureux et pour cette raison adonnés à la paresse. D'après les observations de M. Delaunay, les religieux ont les bras longs, les pieds plats, la voix aiguë, etc.

Au point de vue moral, le religieux a tous les vices du sauvage. Nous ne parlerons pas de la partie politique de l'ouvrage dans laquelle l'auteur démontre que les religieux sont les pires ennemis de la famille, de la patrie, de l'humanité, du progrès. Au point de vue intellectuel, M. Delaunay rappelle les conclusions du travail dans lequel, se basant sur le volume de la tête, il a démontré que les religieux sont moins intelligents que les autres hommes. En effet, les religieux ont un demi centimètre de moins de tour de tête que tout le monde. Cette différence représente 50 centimètres cubes de capacité crânienne et, comme le volume de la tête, d'après M. Broca, s'est accru de 5 centimètres cubes par siècle, il en résulte que les religieux sont des hommes du moyen âge en retard de dix siècles sur leurs contemporains. — Au point de vue pathologique les religieux étant peu nourris, sont sujets aux maladies dues au défaut de nutrition : anémie, phtisie, etc.

Après avoir étudié le religieux, M. Delaunay étudiant la religiosité, arrive aux conclusions suivantes : la religiosité étant à son maximum chez les individus peu vigoureux et peu intelligents : races inférieures, femmes, enfants, vieillards, faibles de corps et d'esprit, et à son minimum chez les individus les plus robustes et les plus intelligents : races supérieures, hommes, adultes, forts, gens intelligents, est en raison inverse de la vigueur et de l'intelligence ou en raison directe de la faiblesse corporelle et de l'imbécillité.

La religiosité est accrue par toutes les circonstances qui diminuent la nutrition : défaut d'aliments, jeûne, défaut d'exercice, retraite, menstruation. « Chaque fois que ma femme a ses règles, a dit un mari à M. Delaunay, elle va à Notre-Dame-des-Victoires. » L'été, les pays chauds, l'altitude, certaines maladies, en diminuant la nutrition, augmentent la religiosité. Conclusion : la religiosité est un caractère d'infériorité biologique et ne hante que les petits cerveaux pesant moins de 1,450 grammes ou les cerveaux malades.

Le livre de M. Delaunay fourmille de faits nouveaux et de statistiques intéressantes sur la criminalité dans les pays catholiques, sur le nombre des pratiquants qui, à Paris, n'atteint pas 5 pour 100, etc. Nous recommandons la lecture de ce volume original dans lequel l'auteur montre constamment la supériorité anthropologique du libre penseur sur le type inférieur du dévot.

(1) 1 vol. 192 pages. En vente chez Straus, 5, rue du Croissant. Prix 50 centimes, franco 60 centimes.

CONSEIL MUNICIPAL

L'hôpital des Mariniers.

Dans la séance du 20 juin, M. le Dr G. Robinet a posé une question intéressante à M. le Directeur de l'Assistance publique, sur le système de vidange de l'hôpital des Mariniers. Après avoir rappelé que le Conseil municipal, toujours généreux envers l'Assistance publique, avait voté l'an dernier 500,000 fr. pour la construction d'un *hôpital provisoire* en vue de l'apparition du choléra ; — après avoir rappelé que l'Administration n'avait communiqué au Conseil aucun plan, ni indiqué le choix de l'emplacement, M. Robinet aborde la question de l'écoulement des vidanges et des eaux sales. Ici nous citons ses paroles :

Messieurs, j'hésite presque à parler, car je crains de ne pas être cru de vous. Savez-vous où s'écoulent les eaux et les déjections d'un hôpital destiné à recevoir plus tard 350 malades et construit précisément en vue de recevoir des cholériques ? Eh bien, ces eaux s'écoulent dans un puisard ! Et ce puisard est en communication directe avec l'une des nappes d'eau souterraines qui existent à cet endroit !

Toutes les déjections, après avoir, bien entendu, passé par l'inévitable et hypocrite tinette Lesage, se rendent d'abord dans une fosse de 1 mètre de profondeur réelle. De là, elles se répandent dans une nappe d'eau très abondante, située à 22 mètres environ, probablement sur l'argile plastique, d'après les cotes que j'ai relevées sur la carte géologique de M. Delesse. La communication

© BIU Santé

se fait au moyen d'un tuyau en fonte placé au centre de la fosse et jouant le rôle de trop plein.

Quand on connaît, comme vous les connaissez tous, les faits si graves qui ont été produits à l'appui de la transmission de la fièvre typhoïde, et surtout du choléra, par suite des mouvements des nappes d'eau souterraines, on se demande comment l'administration de l'Assistance publique et, ce qui est plus extraordinaire, avec l'approbation de l'Administration préfectorale et de la Préfecture de police, a pu laisser s'établir un pareil état de choses.

Aussi, Messieurs, avant l'ouverture de l'hôpital, ai-je signalé vivement cette situation à l'Administration. L'hôpital fut néanmoins ouvert. Nous avons insisté de nouveau, nous avons examiné la question avec plusieurs personnes compétentes, notamment M. Durand-Claye, et nous avons reconnu tous les dangers de l'organisation actuelle. Devant l'émotion qui s'était produite, l'Administration prend des mesures et M. le Directeur m'a fait savoir hier que des travaux allaient être exécutés pour l'envoi de toutes ces eaux vannes au grand égout de la rue de Vanves, situé à quelques dizaines de mètres du puisard en question.

Je sais parfaitement qu'il y avait des difficultés, mais la meilleure preuve qu'elles étaient surmontables, c'est qu'on les a surmontées. Si j'ai, néanmoins, porté la question devant vous, Messieurs, c'est afin que chacun d'entre nous se rendit bien compte de cette déplorable situation ; c'est afin que les engagements de M. le Directeur, rendus publics, puissent rassurer ceux qui s'intéressent à cette importante question d'hygiène. C'est enfin, Messieurs, pour vous montrer combien s'impose à nous la nécessité de créer à Paris une direction municipale de l'hygiène publique, question sur laquelle nous aurons à revenir prochainement.

M. le DIRECTEUR a été obligé de confesser la réalité des faits et a insisté sur ce que, la faute étant reconnue, on était en train de se la faire pardonner en exécutant des travaux qu'on aurait dû faire dès l'origine. Nous nous contenterons des remarques suivantes : 1° Le Comité d'hygiène inventé par l'Administration ne sert à rien, puisqu'il n'a pas su empêcher l'Administration de commettre une faute grave ; 2° Si dans les questions d'organisation intérieure qui ne les concernent pas, les médecins ont tort d'intervenir, l'Administration, de son côté, a tort de ne pas consulter, non pas tel ou tel médecin, mais la *Société médicale des hôpitaux* et la *Société de chirurgie* sur toutes les grandes questions d'hygiène, et la construction d'un hôpital est de ce nombre.

Mort de Dauge.

Nous apprenons avec la plus vive affliction la mort de notre ami et collaborateur DAUGE, interne des hôpitaux. — Malade depuis longtemps, il n'en persista pas moins à remplir ses fonctions et à collaborer activement au *Progrès médical* et aux *Archives de neurologie*. Tout le monde a pu apprécier son zèle et son intelligence ; c'était un collègue dévoué et dont la personne était profondément sympathique à tous.

Il a publié dans le *Progrès médical* en 1883 : *Du bromure d'or dans l'épilepsie*, p. 88 ; — (Avec Bricon) *Exostoses multiples*, p. 607 ; — (Avec Bourneville) *Nouveau cas d'hystérie chez l'homme*, p. 665, — et *Différentes bibliographies*. La plupart de ces articles ont depuis été publiés dans *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, compte rendu des épileptiques, etc. de Bicêtre, pendant l'année 1882, Paris, 1883. Dans ce volume il a encore publié avec M. Bourneville une observation d'*idiotie symptomatique d'une méningo-encéphalite généralisée chez un enfant de 5 ans.*

VARIA

La veuve de Claude-Bernard.

Le 7 mai 1884, le tribunal de simple police de Courbevoie prononçait contre Mme veuve Claude-Bernard une condamnation à 5 francs d'amende pour avoir contrevenu à un arrêt du maire de Colombes. Cet arrêté avait enjoint à la veuve de l'illustre savant de fermer, dans les huit jours, une infirmerie d'animaux qu'elle aurait ouverte dans son domicile. Mme veuve Claude-Bernard a fait appel de ce jugement.

Cette affaire venait aujourd'hui devant la 8e chambre du tribunal correctionnel de la Seine. Me Feldmann, avocat de l'appelante, expose en ces termes les faits de la cause :

Mme veuve Claude-Bernard, dit-il, a été condamnée à 5 francs d'amende pour ne s'être pas conformée aux prescriptions d'un arrêté municipal ordonnant la fermeture d'une infirmerie de chiens qu'elle aurait ouverte sur le territoire de la commune de Colombes. Mme Claude-Bernard est la veuve de l'illustre savant de ce nom, et j'ai ouï dire qu'elle ne l'avait pas rendu très heureux.... Je me hâte d'ajouter qu'une cause unique de dissentiment existait entre les époux. Et que l'on se rassure, l'exemple n'est pas contagieux. Il n'y a pas à craindre qu'il soit suivi dans d'autres ménages. M. Claude-Bernard était, on le sait, l'initiateur, l'apôtre de la vivisection. Or, ma cliente était du parti opposé et elle y mettait une ardeur !

Il fallut que le grand homme choisit, la science l'emporta et son triomphe eut pour conséquence une séparation de fait. Mme Claude-Bernard se considère donc comme ayant été la victime la plus à plaindre de la vivisection et, pour réparer autant qu'il est en son pouvoir le mal causé par la science, aujourd'hui, que fait-elle ? Elle recueille charitablement, dans sa propriété de Colombes, toute une société d'animaux, tous les chiens et tous les chats qu'elle rencontre sur son passage. Hélas ! ce ne sont pas les plus beaux, mais qu'importe. Elle est persuadée — et c'est elle qui me l'a dit — elle est persuadée dans sa foi mystique, que lorsqu'elle aura sauvé autant de chiens, autant de chats que son mari en a immolé jadis, leurs âmes pourront se rencontrer en Paradis.

Dans tous les cas, c'est là une passion bien inoffensive, qui n'aurait pas dû lui valoir la guerre acharnée que lui ont déclarée ses voisins. Mme veuve Claude-Bernard est une vieille femme, et certainement les occupations auxquelles je vous ai dit qu'elle s'était vouée lui ont fait mettre de côté, toute idée de coquetterie, et ses haineux voisins, lui parlant à elle-même, lui donnent le nom de « sorcière ». C'est, je le répète, à une idée purement mystique qu'elle obéit et je regrette que, pour punir Colombes, elle n'ait pas renouvelé le moyen de Cambyse, qu'elle n'ait pas marché contre les habitants avec ses quarante chiens et ses cinquante chats. Colombes n'aurait pas résisté longtemps. Voici la plainte, la pétition que les habitants de Colombes ont adressée à l'autorité municipale :

« Le 31 mars 1884. — Monsieur le maire, — Un dépôt considérable de chiens et de chats a été établi dans le courant du mois de janvier dernier dans la maison portant le n° 227 de la rue des Aubépines, à Colombes. » Cet établissement qui, dit-on, ne renferme pas moins de quarante chiens et autant de chats, est géré par des femmes : il est tenu avec une extrême malpropreté ! Les émanations fétides qui s'en exhalent au loin et qui deviennent de plus en plus insupportables, sont pour les habitants du quartier un danger permanent et pour les simples passants un objet de profond dégoût.

« En conséquence, les habitants de Colombes, soussignés, justement alarmés pour leur santé et celle de leurs familles, ont l'honneur de faire appel à votre haute sollicitude, en vous priant de vouloir bien user des moyens que les lois et les règlements mettent à votre disposition pour éloigner de la commune ce dangereux foyer d'infection. Veuillez agréer, Monsieur le maire, l'assurance de la parfaite considération des soussignés. » Suivent une cinquantaine de signatures.

Me Feldmann fait remarquer que ces expressions : « établissement », « géré par des femmes », « atteints de maladies diverses » sont évidemment inspirées par cet ordre d'idées que Mme Claude-Bernard a créé une infirmerie, un endroit dans lequel sont soignés les chiens malades appartenant à des particuliers. Puis il donne lecture des conclusions tendant à renvoyer Mme Claude-Bernard de la poursuite sans dépens, attendu que celle-ci n'a pas et n'a jamais eu d'infirmerie de chiens. Je ne soutiens pas, dit-il, que le maire soit désarmé en pareille circonstance : mais il lui faudra prendre un nouvel arrêté dans lequel il visera simplement le danger que cette agglomération d'animaux peut faire courir à sa commune ; dans cette forme l'arrêté sera légal et exécutable. Pourquoi le dissimulerai-je au tribunal ! Mme Claude Bernard n'aime pas les procès, et elle ne veut pas imposer ses idées et ses chiens aux habitants de Colombes ; elle ne demande qu'à déménager ; mais elle a loué une maison d'une certaine importance dont le loyer est payé pour quelques mois encore, le délai nécessaire pour qu'un nouvel arrêté lui soit signifié lui permettrait d'attendre l'époque de l'expiration de son bail. M. l'avocat de la République, André Boulloche, conclut à la confirmation du jugement de simple police.

© BIU Santé

Le tribunal rend un jugement aux termes duquel, attendu que des explications même données au nom de l'appelante, il résulte qu'elle avait réuni dans son domicile une quantité considérable de chiens et de chats, recueillis par elle sur la voie publique, que, dans ces conditions, sa maison offre bien le caractère d'une infirmerie, d'un établissement insalubre, confirme le jugement dont est appel.

Choléra.

Le choléra suit une marche progressive, il a gagné les environs de Toulon, Marseille, et même, selon le *Journal de Genève*, Avignon, où deux cas se seraient produits. Il ne saurait guère en être autrement avec la façon d'agir de la municipalité de Toulon, d'accord avec le gouvernement. Les quarantaines, les cordons sanitaires, les fumigations pour les personnes et les choses, toutes précautions bonnes quand le choléra était en Egypte, ne le sont plus quand il éclate sur un point du territoire français; *dans le doute, abstiens-toi.* Si encore on s'en tenait là, mais au contraire; que pouvait-on encore licencier par répartir le germe sur tous les points du territoire; il est vrai qu'avec ce système le choléra aura bientôt disparu de Toulon où il ne sera même plus sporadique. En attendant, tous les gouvernements prennent des mesures rigoureuses pour éviter le fléau, et le gouvernement allemand vient d'envoyer à Toulon M. le professeur Koch (1), qui pourra peut-être enfin s'y rencontrer avec M. Pasteur.

D'après une dépêche reçue par *la Lanterne*, le choléra aurait éclaté à Saluzzo, (Italie); il a frappé deux ouvriers Italiens venant de Toulon; l'un est mort, l'autre en voie d'amélioration.

L'Espagne et l'Italie ont établi un cordon sanitaire sur leurs frontières.

Etant admis le système quarantenaire, l'on peut s'étonner à bon droit du zèle des autorités municipales, aidées en cela par le gouvernement central à faire rayonner le choléra sur tous les points de la France. Les mesures prises l'année dernière ne valent plus rien quand il s'agit d'isoler un point du territoire; plus de fumigations ni pour les choses ni pour les personnes, etc. Cette négligence et cette ineptie sont absolument condamnables. Nous ferons en outre observer que les dépenses faites par les municipalités en temps d'épidémie sont de beaucoup supérieures aux frais que ces mêmes municipalités auraient eu à supporter pour assainir leurs villes et éviter la propagation du fléau.

Les décès produits par le choléra, qui, pour ne pas être asiatique (?), n'en est pas moins meurtrier, se répartissent ainsi pour la semaine qui vient de s'écouler :

27	juin	9 (dont 5 dans les communes environnantes).
28	—	9
29	—	9 (Toulon et banlieue).
30	—	7
1er	juillet	9
2	—	14
3	—	19
4	—	?

A Marseille, le premier décès a été constaté le 26; le 27, un autre décès (lycéen venant de Toulon); le 28, 6 décès suspects; le 29, 1; le 30, 3; nuit du 30 au 1er juillet, 3 :

A Lyon, il aurait été constaté un cas de choléra terminé par guérison; il s'agirait de la mère du lycéen mort à Marseille. — Une autre dépêche annonce que ce fait est inexact.

A Draguignan, un décès (femme venant de Toulon).

Les mesures préventives prises actuellement consistent dans la désinfection vos voyageurs à Toulon, Marseille et Paris par les vapeurs d'acide sulfureux.

La mortalité à Paris, par le choléra, a été :

En 1832 de 18.654; — en 1849, de 19.184; — en 1853-54, de 8 096; — en 1865-66, de 12.080; — en 1873, de 885.

La fièvre typhoïde à Berne.

Nous avons annoncé l'apparition de la fièvre nerveuse à Oberwyl, près de Büren. Un homme dans la force de l'âge vient d'en mourir. Le médecin qui l'a soigné croit avoir trouvé la cause de l'épidémie. Il y a quelque temps, il y avait, non loin d'Oberwyl, un typhoïque dont les déjections avaient été jetées dans un ruisseau nommé le Grabenölibach. Ce ruisseau fait mouvoir la scierie d'Oberwyl. La femme du scieur y lavait ses légumes; en outre, on suppose que l'eau filtrait du ruisseau dans la fontaine, de sorte que les germes de la maladie y pénétrèrent. En effet, diverses personnes de la maison contractèrent le typhus.

Ce cas est analogue à ce qui se passa il y a environ dix ans, à Soleure. Le linge d'un typhoïque avait été lavé dans un ruisseau traversé par la canalisation qui amenait l'eau en ville. Les tuyaux étant en mauvais état, les germes du typhus y pénétrèrent et une grave épidémie éclata à Soleure. Les autorités d'Oberwyl demandent une enquête sanitaire. (*Journal de Genève*, 29 juin 1884.)

(1) Celui-ci est arrivé à Toulon.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 9. — M. Salle : Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis (lymphopathies syphilitiques). — M. Chatelet : Etude sur la température locale du sein après l'accouchement. — *Jeudi* 10. — M. Arami : De l'extension continue avec demi flexion dans le traitement des fractures du corps du fémur. — M. Barrion : Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie essentiellement paroxystique. — *Vendredi* 11. — M. Luria : Des injections de nitrate d'argent dans la sciatique. — M. Chotier : De l'arthrite blennorrhagique. — M. Guérin : Du zona ophtalmique. — *Samedi* 12. — M. Bourgade de la Dardye : De la typhlite rhumatismale. — M. Laprevote : Des accidents tétaniformes dans la dilatation stomacale.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 20 juin au jeudi 26 juin 1884, les naissances ont été au nombre de 1214, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 455; illégitimes, 157. Total, 612. — *Sexe féminin* : legitimes, 472; illégitimes, 130. Total, 602.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 20 juin au jeudi 26 juin 1884, les décès ont été au nombre de 962, savoir : 527 hommes et 435 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 23, F. 16. T. 39. — Variole : M. .., F. .., T. .. — Rougeole : M. 15, F. 16, T. 31. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 5, F. 9. T. 14. — Diphthérie, Croup. M. 15, F. 21, T. 36. — Dyssenterie : M. .., F. .., T. .. — Erysipèle : M. 2, F. 1, T. 3. — Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 32, F. 15, T. 47. — Phthisie pulmonaire : M. 124, F. 77. T. 201. — Autres tuberculoses : M. 6, F. 4. T. 10. — Autres affections générales : M. 33, F. 35. T. 68. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 28, F. 27, T. 55. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 10, T. 21. — Pneumonie : M. 35, F. 24, T. 59. — Athrepsie : M. 33, F. 23. T. 56. — Autres maladies des divers appareils : M. 134, F. 138, T. 272. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 26, F. 12. T. 38. — Causes non classées M. 4, F. 1, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29; illégitimes, 20. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 28. illégitimes, 16. Total : 34.

NOMINATION. — M. le professeur R. Böhm (de Marbourg), est appelé à remplacer le professeur Radius, décédé, comme professeur d'hygiène et de pharmacologie, à Leipzig.

CONCOURS. — M. REGNAULT a été nommé, à la suite du concours, interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices. — La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie, aura lieu le lundi 3 novembre 1884, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3. Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'Administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné au

© BIU Santé

moins la note *passablement satisfait*, seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux. Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le *Bureau central qu'après trois années de doctorat*. — Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 1 à 3 heures, du 21 juillet au 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera le dimanche, 6 juillet 1884, une excursion géologique publique, à Villiers-le-Bel, Ezanville, Domont et Montmorency. Rendez-vous gare du Nord, où l'on prendra à 8 h. le train pour Villiers-le-Bel. — N. B. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie, avant samedi soir à 4 h.

Charivari médical. — Nous appelons l'attention de ceux de nos lecteurs qui sont familiarisés avec la langue espagnole sur une publication d'un genre tout spécial, sorte de *Charivari médical*, *El Dr Sangredo*, revue satirique bi-mensuelle. Chaque numéro contient une galerie humoristique où deux de nos confrères espagnols sont caricaturés. *El Dr Sangredo* est un journal acquis aux idées modernes et marche à la tête du progrès. Il paraît à Madrid, Calle de Atocha, 143.

Société néerlandaise de crémation. — Cette société a été fondée à La Haye, le 29 décembre 1874, et autorisée par un arrêté royal en date du 1er septembre 1875. Elle vient de publier le catalogue de la bibliothèque que comprend 211 numéros.

Société de secours mutuels des ouvriers en instruments de chirurgie. — Cette Société a tenu récemment, dans une des salles de l'Ecole de médecine, son assemblée générale. Ses recettes se sont élevées depuis l'année 1883 à 6 374 fr. 05 cent. — Nous rappelons que cette Société admet des membres honoraires parmi lesquels figurent un grand nombre de médecins qui ne sauraient oublier que les ouvriers en instruments de chirurgie font, en quelque sorte, partie du corps médical. Aussi croyons-nous devoir recommander à tous nos confrères de contribuer, selon leurs ressources, à une œuvre aussi utile.

Congrès des naturalistes et médecins allemands. — La 57e session se tiendra, cette année, à Magdeburg, du 18 au 23 septembre. Le nombre des communications annoncées est déjà considérable.

Un fou. — Le Dr Cabrol, de Bourbonne-les-Bains, vient d'être victime d'une attaque inattendue. Un cultivateur de Martinville (Vosges) amenait au docteur son fils, âgé de vingt-huit ans, qui avait parfois des accès d'aliénation mentale. A peine étaient-ils entrés dans son cabinet que des cris retentirent. Le fils aîné du Dr Cabrol accourut et vit son père renversé par terre, la figure ensanglantée. M. Léon Cabrol dégagea son père, qu'il entraîna au dehors, et appela au secours. Un aide-major accourut à ces cris et tous deux, aidés du père du fou, réussirent à maintenir le forcené, qui, à cheval sur la croisée, les rouait de coups de poing. Les infirmiers de l'hôpital militaire arrivèrent et mirent au fou furieux la camisole de force. Il a été dirigé sur une maison de santé.

Mœurs des étudiants allemands (1). suicide. — Le suicide d'un étudiant de l'université de Strasbourg a produit une vive émotion dans la population. Voici les causes qu'on attribue à la funeste résolution de M. Hettner. Il y a quelque temps, plusieurs étudiants appartenant à la corporation *Palatia* se trouvaient en excursion dans la forêt noire. A Durbach, une de leurs étapes, ils envahirent une salle où une société d'excursionnistes se trouvait réunie, et se conduisirent d'une manière fort inconvenante. L'affaire fit du bruit, un article de blâme parut dans un petit journal de Strasbourg; le conseil d'élite (Ausschus) des étudiants fut convoqué, et Hettner fut un de ceux qui se prononcèrent avec énergie contre la conduite des étudiants en question. La conséquence en fut que plusieurs membres de la *Palatia* le provoquèrent en duel au sabre. Hettner refusa, disant n'avoir pas le temps de s'exercer à cette arme. Il offrit, dit-on, de se battre au pistolet. Cette offre fut rejetée et la *Palatia*, se constituant en tribunal, déclara Hettner disqualifié (satisfactions un fachig). La chambre disciplinaire de l'université annula bien cette sentence; mais Hettner, esclave de ce faux sentiment d'honneur qui exerce dans les universités allemandes une véritable tyrannie, se donna la mort. L'autorité universitaire a pris la décision de dissoudre le corps des étudiants de la *Palatia* (*Justice*, 27 juin 1884).

(1) Voir *Les universités allemandes*, par Raphaël Blanchard. Paris, 1883.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du Dr Repelin (de Blois) à l'âge de 88 ans; du Dr Ballanger (de Nîmes) qui avait publié un *Traité d'hématologie dynamique*, devant servir de fondement à un système de pathologie vitaliste. — *La gazette des hôpitaux*, nous apprend la mort du Dr Thomas, chirurgien en chef de l'hospice de Nevers. — Nous recevons la nouvelle du décès à l'âge de 70 ans, de M. P.-J. Le Bellequic, orthopédiste mécanicien, bien connu des chirurgien des hôpitaux de Paris.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

Quassine Frémint. Tonique apéritif. — Goudron Freyssinge. Liqueur concentrée. — Salicol Dusaule. Désinfectant hygiénique. — Capsules Dartois à la créosote de hêtre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Année médicale (L'), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales pendant l'année, publiée sous la direction du Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Aigre, Auvard, G. Ballet, Baratoux, Berne, A. Blondeau, Bottey, E. Brissaud, P. Budin, R. Calmettes, Capitan, Comby, J. Cornillon, L. Cruet, H. Duret, Eperon, Ch. Féré, Gilles de la Tourette, A. Josias, Laffont, Malherbe, Marie, Mounoury, Maygrier, Poirier, F. Raymond, P. Regnard, A. Sevestre, E. Teinturier, R. Vigouroux, collaborateurs du *Progrès médical*. Paraît tous les ans, pendant le courant du mois d'avril, analysant les progrès réalisés au point de vue médical pendant l'année précédente. Six volumes sont en vente. Un volume in-18 Charpentier. Première et deuxième années (1878, 1879). — Prix : 3 fr. 50 chaque volume. — Pour nos abonnés, par la poste, 3 fr.; dans nos Bureaux 2 fr. 50.—Troisième, quatrième, cinquième et sixième années (1880, 1881, 1882 et 1883). — Prix : 4 fr. chaque volume. — Pour nos abonnés, par la poste, 3 fr. 50; dans nos bureaux . . . . . 3 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Auvard (A.). De la pince à os et du cranioclaste. Etude historique et expérimentale précédée de quelques considérations sur la tête fœtale et la perforation du crâne. Brochure in-8° de 252 pages, avec 45 figures dans le texte. — Prix : 5 fr.

Bourgeois (A.). De la vaccination par injection sous-épidermique. Brochure in-8° de 20 pages. — Prix 1 fr.

Dron (G.). Etude sur les cancers de l'œil. Brochure in-4° de 115 pages, avec une planche en chromo-lithographie. — Prix : 3 fr. 50

Dujardin-Beaumetz et Audigé. Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique. Brochure in-8° de 60 pages. — Prix : 2 fr.

Galliot (L). Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel. Brochure in-8° de 130 pages, avec deux tableaux statistiques. — Prix : 4 fr.

Gennes (de). Etude clinique et expérimentale sur l'acétonémie. Brochure in-8° de 95 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Jaillet (J.). De l'alcool, sa combustion, son action physiologique, son antidote. Brochure in-8° de 180 pages. — Prix : 4 fr.

Malécot (A.). De la spermathorée. Brochure in-8° de 140 pages. Prix : 3 fr.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, place de l'École-de-Médecine.

Baratoux (J.). Contribution à l'étude des maladies de la cavité naso-pharyngienne. Des tumeurs adénoïdes. Brochure in-8° de 10 pages.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Preyer (W.). Eléments de physiologie générale. Traduit de l'allemand par J. Soury. In-8° de 314 pages. — Prix : 7 fr.

Commenge (O.). L'assistance et le traitement à domicile à Paris. Recrutement des médecins des bureaux de bienfaisance. Brochure in-8° de 22 pages. — Corbeil, 1884. — Imprimerie Crété.

Ladame (P.). De la prostitution dans ses rapports avec l'alcoolisme, le crime et la folie. — Conférence publique faite à Lyon le 22 mars 1884. — Neuchâtel, 1884. — Imprimerie de James Attinger.

De la réforme des expertises médico-légales. Rapport présenté au nom de la Société de médecine légale par MM. Blanche, Hortelloup, Lebaigue, Jules Lefort, Lunier, Pénard, Boudet, L. Rocher, Gallard, Brouardel, rapporteur. Brochure in-8° de 44 pages. — Paris, 1884. — A. Parent.

First report of the committee on lunacy of board of public charities of the state of Pensylvanie, september 30, 1883. Brochure in-8° de 91 pages. — Harrisburg, 1884. — Lane S. Hart.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé.* — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré.* — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

GRANULES FERRO-SULFUREUX DE J. THOMAS

Chaque granule représente une 1/2 bouteille d'eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'hydrogène sulfuré et le fer à l'état naissant sans éructations ni troubles d'aucune espèce.

Bronchite. — Catarrhe. — Asthme humide. — Enrouement. — Anémie. — Cachexie syphilitique.

Paris. — Pharmacie J. THOMAS, 43, avenue d'Italie. — Paris.

Médailles de Vermeil et d'Argent — Récompense de 2,000 fr.

PEPTO-FER JAILLET

Ancien Chef du Laboratoire de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris.

FER ASSIMILABLE AU CHLOROPEPTONATE DE FER

Le **PEPTO-FER JAILLET** est le résultat de la combinaison de la **Peptone** et du **Fer.** C'est un aliment ferrugineux, un **Peptogène** par excellence.

DOSE : UN PETIT VERRE A LIQUEUR IMMÉDIATEMENT APRÈS CHAQUE REPAS.

Dépôt général : MAISON DARRASSE & Cie, 21, rue Simon-le-Franc, PARIS.

BAGNÈRES DE BIGORRE

Est une des Stations Thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr DURAND FARDEL)

EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES

L'EAU SULFUREUSE DE LA BASSÈRE

Est la plus richement minéralisée des Sulfureuses Sodiques (PETREQUIN et SOCQUET). — *Se place en tête des Eaux Sulfureuses propres à l'exportation* (FILHOL). — *A une supériorité incontestable sur toutes les Eaux Sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des Sources* (CAZALAS). — *Trois ans d'embouteillage sans altération* (OSSIAN HENRY).

Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE

Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

DÉTAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A

LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

COLIQUES HÉPATIQUES — NÉVRALGIES — MIGRAINES — COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général.

CAPSULES BRUEL

PRIX DU FLACON, 3 FRANCS

Pharmacie DUROY, 10, Faub.g Montmartre

POUDRE HÉMATIQUE du Dr Guerder

SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ

Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie Affections organiques des Voies digestives

PRIX DU FLACON : 3 FR. 50

PARIS, Pharmacie **DALMON**, Faubourg Saint-Denis,

COQUELUCHE

guérie sûrement et promptement par le

SIROP BENZOIQUE

EX BRUNEAU D'ARMAGNAC de Ch. SERRES, Pharm.

Dépôt principal : 61, r. de Seine, Paris.

ET DANS TOUTES BONNES PHARMACIES

L'Eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à CONTREXÉVILLE

qui soit décrétée d'intérêt public.

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central à Paris, 31, boul. des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 7. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Tillaux, Reynier. — 1er *de Doctorat* : MM. Béclard, Fournier, Reclus. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Lutz, Pouchet. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). 1re *Série* : MM. Verneuil, Farabeuf, Remy ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Hayem, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Tarnier, Damaschino, Segond ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Terrillon, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Potain, Rendu, Hallopeau.

MARDI 8. — 2e *de Doctorat* (N. R., Epreuve pratique) : MM. Sappey, Cornil, Richelot. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Lutz, Hanriot, Guebhard. — 1er *de Doctorat* (N. R.) 1re *Série* : MM. Baillon, Hanriot, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Gautier, Blanchard. — 2e *de Doctorat* : MM. Hardy, Jaccoud, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). — MM. Robin, Ball, Farabeuf. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Laboulbène, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Peter, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. G. Sée, Panas, Charpentier ; — 2e *Série* : MM. Richet, Bouchard, Bouilly. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Pajot, Le Fort, Humbert.

MERCREDI 9. — 1er *de Doctorat* 1re *Série* : MM. Potain, Terrillon, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Rendu, Segond. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Gautier, Blanchard ; — 3e *Série* : MM. Lutz, Hanriot, Henninger. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Hayem, Remy ; — 3e *Série* : MM. Verneuil, Damaschino, Kirmisson ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Tillaux, Reynier.

JEUDI 10. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Baillon, Hanriot, Pouchet. — 1er *de Doctorat* : MM. Vulpian, Cornil, Raymond. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Hardy, Jaccoud, Humbert ; 2e *Série* : MM. Peter, Proust, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). 1re *Série* : MM. Brouardel, Panas, Ch. Richet ; 2e *Série* : MM. Laboulbène, Bouchard, Bouilly ; — 3e *Série* : MM. Sappey, G. Sée, Richelot ; — 4e *Série* : MM. Richet, Robin, Campenon.

VENDREDI 11. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Baillon, Gautier, Guebhard. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Regnauld, Gautier, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Gariel, lutz, Pouchet. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Trélat, Terrillon, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Hanriot, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Hayem, Remy. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Fournier, Tillaux, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Potain, Tarnier, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Verneuil, Guyon, Pinard.

SAMEDI 12. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Gautier, Hanriot, Remy. — 1er *de Doctorat* : MM. Panas, Proust, Richelot. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Gariel, Lutz, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Gautier, Guebhard. — 2e *de Doctorat*. — MM. Brouardel, Ball, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). 1re *Série* : MM. Robin, Richet, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Sappey, Bouchard, Peyrot. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, G. Sée, Campenon. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) (N. R., 2e partie) : MM. Hardy, Cornil, Raymond.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpétrière. (Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur CHARCOT a repris ses leçons du vendredi, le 9 mai. — M. A. VOISIN : clinique mentale, le dimanche à 9 h. 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. FOURNIER, les mardis et vendredis, à 10 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. PÉAN, le samedi, à 9 heures. — M. LAILLER : leçons sur les *teignes*, dimanche, 9 h.

Hôpital Beaujon. — Service de M. GOMBAULT. — Visite à 8 h. 1/2 Consultations tous les jeudis et les lundis, un sur deux. — Salle Beaujon (H.) : 1, 8, 13, 18, fièvre typhoïde ; 2, broncho-pneumonie ; 3, ataxie locomotrice ; 4, 6, pneumonie franche ; 14, insuffisance mitrale, asystolie ; 15, rhumatisme articulaire ; 16, 22, cirrhose atrophique, tuberculose pulmonaire ; 17, pleurésie ; 19, angine couenneuse ; 21, fièvre typhoïde (forme ataxique). — Salle Sainte-Monique (F.) : 1, fièvre typhoïde (forme thoracique) ; 4, néphrite parenchymateuse ; 6, manie puerpérale, éclampsie ; 8, cancer de l'utérus, phlegmatia alba dolens ; 12, hystéro-épilepsie ; 14, rhumatisme blennorrhagique ; 17, cirrhose atrophique.

Service de M. FERNET. — Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les mercredis et samedis, un sur deux. — Salle Saint-Jean (H.) : 6, tuberculose péritoneo-pleurale ; 10, néphrite interstitielle ; 11, fièvre typhoïde ; 14, cancer abdominal ; 16, paralysie générale, tuberculose pulmonaire et génitale, lupus scléreux ; 19, rétrécissement organique cancéreux de l'œsophage ; 21, ataxie ; 27, entérite chronique simple ; 29, pneumonie chronique ; 30, dilatation de l'estomac ; 32, hémiplégie. — Salle Sainte-Hélène : 1, ataxie, 3, tuberculose génitale ; 4, pelvi-péritonite simple ; 5, pelvi-péritonite tuberculeuse ; 8, fièvre typhoïde adynamique ; 10, péri-néphrite ; 12, néphrite interstitielle, encéphalopathie ; 14, oblitération du vagin, phlegmon péri-utérin ; 15, anarsarque, asystolie ; 19, pelvi-péritonite aiguë chez une femme de 53 ans ; 20, névralgie cervico brachiale.

Service de M. MILLARD. — Salles Saint-Louis (H.) et Sainte-Marthe (F.) : Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les vendredis et les lundis, un sur deux.

Service de M. GUYOT. — Salles Sainte-Claire (F.) et Saint-François (H.) : Visite à 8 h.. Consultations les mardis et samedis, un sur deux.

Chirurgie. — Service de M. TILLAUX. — Consultations les mardis, jeudis et samedis. Consultatations pour les maladies des oreilles le jeudi. Spéculum le samedi. Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. — 1re Pavillon (H.) : 19, sarcôme ossifiant du maxillaire supérieur ; 23, plaie pénétrante de poitrine ; 31, résection du genou ; 36, épithélioma du rectum ; 38, rupture de l'urèthre ; 39, résection du genou ; 49, orchite tuberculeuse ; 53, résection du genou. — Salle Sainte-Clotilde (F.) : 5, coxalgie ; 10, fracture compliquée du coude ; 12, phlegmon du petit bassin ; 18, résection du genou ; 24, dysmenorrhée membraneuse ; 31, irido-choroïdite ; 35, kyste ovarique ; 42, fistule lacrymale.

Service de M. LABBÉ. — 2e pavillon (H.) : 4, fracture du col du fémur ; 9 *bis* luxation du coude ; 18, coxalgie, abcès multiples ; 19, abcès par congestion de la cuisse ; 22, adénite tuberculeuse du cou ; 24, hématome de la cuisse ; 25, adénite tuberculeuse de l'aisselle. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 2, fracture du bassin ; 3, coxalgie suppurée ; 4, arthrite puerpérale ; 7, psoïtis ; 9, osteo-myélite ; 10, fibrôme utérin ; 12, kyste multiloculaire de l'ovaire ; 13, périnéoraphie ; 15, cancer du sein, opéré ; 16, résection du genou.

Service de M. RIBEMONT. — Accouchement (Salle Sainte-Paule), fermé pour cause de réparations.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. (*Voir nos Mémoires sur la Glycérine.*)

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0fr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCERINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0fr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 28 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 JUILLET 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Des crises de courbature musculaire au début de l'ataxie locomotrice progressive ;

Par le Dr A. PITRES, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Chez un certain nombre de malades, tout à fait au début de l'ataxie locomotrice progressive, on peut observer de véritables accès de courbature musculaire qui surviennent brusquement, sans cause appréciable, persistent pendant quelques heures ou quelques jours et se dissipent sans laisser après eux aucune fatigue persistante. Ces accès se reproduisent à des intervalles variables tous les jours, toutes les semaines ou seulement de loin en loin. Les douleurs qui les caractérisent ne sont pas aiguës, lancinantes et mobiles comme le sont d'ordinaire les douleurs fulgurantes. Elles consistent en une sensation pénible de lassitude et de brisement musculaire semblable à celle qui survient chez les gens bien portants à la suite d'un exercice physique trop violent ou trop prolongé (escrime, équitation, natation, etc.). Cette sensation a pour siège les muscles des membres ou les muscles sacro-lombaires. Elle peut être assez forte pour obliger des sujets énergiques et vigoureux à se coucher au milieu de la journée et à rester dans le décubitus dorsal jusqu'à ce que l'accès soit terminé.

Ces crises de courbature musculaire peuvent être pendant plusieurs années le seul symptôme morbide reconnu par les malades. Chez les trois ataxiques chez lesquels je les ai observées elles ont précédé l'apparition des signes non douteux du tabes et ont disparu lorsque ces signes se sont montrés. Voici, du reste, le résumé des trois obser- vations qui ont éveillé sur elles mon attention.

Obs. I. — *Ataxie locomotrice confirmée. Crises de courbature musculaire un an avant l'apparition des premières douleurs fulgurantes.*

Pur... Jean, mécanicien, âgé de 41 ans, est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, en 1883. Il a joui, jusqu'en 1876, d'une santé excellente. Il n'a jamais eu d'accidents syphilitiques. A l'âge de 23 ans il a contracté deux blennorrhagies qui ont guéri très rapidement. Jamais de chancres.

En 1876, Pur... était employé comme contre-maître dans une fonderie des environs de Bordeaux où il faisait un travail peu pénible. Malgré cela, et bien qu'il fût d'une constitution très vigoureuse, il éprouvait souvent des « *fatigues subites* » dont il ne pouvait s'expliquer la cause. Ces fatigues survenaient indifféremment le matin, l'après-midi ou le soir. Le malade ressentait tout à coup une grande lassitude dans les muscles sacro-lombaires. Il éprouvait, dit-il, dans les reins, la même sensation qu'il avait ressentie quelquefois pendant son service militaire après avoir fait de longues marches le sac au dos. Il n'y avait aucune sensation anormale dans les membres. Peu à peu, la courbature augmentant, la station verticale devenait très pénible. Alors Pur... s'appuyait fortement le dos contre un mur ou bien il sortait de l'atelier et s'étendait pendant une demi-heure ou une heure dans le décubitus dorsal. Au bout de ce temps la courbature avait complètement disparu et Pur... reprenait son travail comme s'il ne s'était rien passé d'anormal. Ces crises ne duraient jamais en tout plus de deux heures consécutives. Aucune régularité ne présidait à leur apparition. Elles survenaient en moyenne cinq ou six fois par semaine. Quelquefois il en venait deux ou trois dans la même journée. Quelquefois aussi il se passait plusieurs jours sans qu'il s'en montrât aucune. Les exercices physiques, les variations de température étaient sans influence sur elles.

A cette époque Pur... ne ressentait aucun autre symptôme morbide. Il mangeait avec appétit, ne souffrait d'aucune espèce de douleurs aiguës et n'attachait aucune importance à un phénomène intermittent qui se dissipait toujours spontanément après une heure de repos.

Ces accès de courbature se sont produits avec les caractères et la fréquence qui viennent d'être indiqués, pendant quatre mois consécutifs (d'avril à juillet 1876). Puis ils ont disparu complètement et depuis cette époque le malade n'en a jamais plus souffert. Mais, à partir des premiers mois de 1877, il a commencé à éprouver des douleurs à type fulgurant siégeant dans les membres inférieurs, puis des douleurs en ceinture, à la base de la poitrine, des troubles de la miction et enfin de l'incoordination motrice des membres inférieurs.

Actuellement Pur... est un ataxique confirmé : il marche difficilement en s'appuyant sur deux cannes ; il ne sent pas la résistance du sol ; la notion de position des membres inférieurs est très obtuse ; l'occlusion des yeux augmente singulièrement l'incoordination des mouvements ; la sensibilité cutanée est pervertie ; le chatouillement de la plante des pieds est perçu comme simple contact ; les piqûres ne sont ressenties qu'après un retard de une à deux secondes, et, bien que les réflexes rotuliens soient conservés, il ne peut y avoir aucun doute sur le diagnostic de l'affection médullaire dont il est atteint. Ajoutons que ce malade n'a plus de crises de courbature spontanée, mais qu'il éprouve assez souvent, le matin particulièrement, des crampes très douloureuses dans les muscles des membres inférieurs.

Obs. II. — *Ataxie locomotrice progressive précédée pendant dix-huit mois par des crises intermittentes et spontanées de courbature musculaire.*

Dusom..., coiffeur, âgé de 48 ans, est malade depuis deux ans. Il jouissait avant cette époque d'une santé excellente. Il a eu la chaudepisse à l'âge de 18 ans. Il affirme qu'il n'a jamais eu de chancres et qu'il ne se livre pas à l'alcoolisme.

Sa maladie a débuté il y a deux ans par des sensations douloureuses dans les muscles des membres, ressemblant à de la courbature. Sans aucune cause appréciable, il éprouvait de temps en temps un sentiment de lassitude musculaire qui persistait quelques jours et se dissipait ensuite spontanément. Il avait en même temps, dit-il, des soubresauts subits dans les membres « comme des secousses électriques », mais ces soubresauts n'étaient pas douloureux. Jamais il n'a eu d'élancements douloureux d'aucune espèce, jamais de douleurs en ceinture. Les lassitudes musculaires ont été pendant dix-huit mois le seul symptôme qu'il ait remarqué. Il n'a fait pour s'en débarrasser aucun traitement. Il n'en était du reste pas sérieusement inquiet, car dans leurs intervalles il se portait tout à fait bien.

Il y a six mois, il a commencé à ressentir de l'engourdissement dans le pouce, l'index et l'annulaire de la main droite. Puis, deux mois après, l'engourdissement a gagné le pied droit et la main gauche. Enfin, il y a six semaines

© BIU Santé

seulement, il a eu de la diplopie et la marche est devenue hésitante.

Quand je vois le malade, je constate qu'il a la démarche franchement ataxique. Il marche avec hésitation, lance les jambes au delà du but, frappe du talon. Si on lui dit de fermer les yeux, il chancelle et il lui est impossible d'avancer. Il a aussi un peu d'ataxie du membre supérieur droit, car il a beaucoup de difficultés pour se boutonner, pour ramasser une épingle; quand il mange, la cuillère s'échappe souvent de sa main et il est obligé de faire grande attention pour qu'elle soit portée directement à sa bouche. La force musculaire est intacte.

Les principaux troubles de la sensibilité sont les suivants : sensation permanente d'engourdissement aux deux pieds et à la main droite. Le chatouillement de la plante des pieds est nettement perçu et provoque des réflexes normaux. Le contact, la piqûre, la résistance du sol sont perçus normalement. Le malade accuse une altération assez étrange de la sensibilité du pied gauche, il croit toujours avoir ce pied recouvert par une chaussette.

Ces jours derniers seulement, il a ressenti quelques petits élancements douloureux dans les doigts des deux côtés. Ces douleurs étaient peu intenses et le malade ne m'en aurait probablement pas parlé si je n'avais insisté d'une façon toute particulière sur la recherche de douleurs à type fulgurant. Les pupilles sont très étroites et inégales. Diplopie, mouches volantes, nuages passant devant les yeux. La paupière supérieure gauche est un peu plus tombante que la droite. Pas de troubles du goût, de l'ouïe ni de l'odorat. Pas de troubles de la miction. Pas de douleurs en ceinture. Intelligence parfaitement intacte. Depuis six mois le malade n'a plus les lassitudes musculaires qui ont caractérisé le début de sa maladie.

Obs. III. *Amaurose tabétique, précédée pendant dix ans par des crises de courbature musculaire sans autres douleurs.*

M. X..., négociant en vins à Agen, âgé de 37 ans, est venu me consulter en juillet 1883.

C'est un homme robuste, qui a eu en 1870, à l'âge de 24 ans, un chancre induré, suivi d'accidents secondaires non douteux. Jusque-là, il avait toujours été bien portant. A partir de 1871, il devint sujet à des lassitudes musculaires qui survenaient de loin en loin, sans cause connue, et persistaient rarement plus de quelques heures. Ces lassitudes n'étaient précédées ni accompagnées d'aucune espèce de douleurs aiguës. Elles étaient constituées par une sensation de fatigue, de courbature, analogue à celles que provoquent les premières séances d'escrime ou d'équitation. Elles siégeaient dans tous les membres et dans les reins. Elles survenaient alors même que le malade n'avait fait auparavant aucun exercice fatigant et disparaissaient spontanément sans laisser de traces. Quand elles étaient un peu fortes, le malade s'étendait sur son lit pendant quelques heures et tout rentrait dans l'ordre; il se levait alors, et vaquait à ses occupations le reste de la journée sans éprouver la moindre fatigue. A part ces crises de courbature, M. X... jouissait en apparence d'une excellente santé. Il n'avait jamais de douleurs aiguës ni aucun autre symptôme qui fût de nature à l'inquiéter.

En 1879, il éprouva à plusieurs reprises des tournements de tête sans perte de connaissance. En 1881, de nouveaux symptômes apparurent; ce furent d'abord des érections violentes et prolongées, puis un affaiblissement rapide de la vue, des douleurs gastralgiques permanentes, de la dysurie et, enfin, une douleur constrictive assez forte au niveau de la base du thorax. Jamais il n'y a eu de douleurs fulgurantes.

Actuellement (juillet 1883), M. X... est amaurotique : il distingue à peine le jour de la nuit. Myosis très prononcé, réflexe pupillaire à la lumière presque nul; sous l'influence d'un effort d'accommodation, la pupille est au contraire très mobile (signe d'Argyll Robertson).

La miction est lente, difficile. Les érections sont devenues rares et incomplètes. La sensibilité cutanée paraît normale partout. Il n'y a pas de troubles ataxiques de la marche. Le sens musculaire est conservé. Le réflexe rotulien est totalement aboli des deux côtés. M. X... ne signale comme phénomène douloureux que la douleur en ceinture qui étreint la base de la poitrine, et qui est du reste assez modérée. Quelquefois, il a eu un peu de céphalalgie.

Depuis quelque temps seulement, il accuse en outre de petits picotements qui ne sont presque pas douloureux et n'ont pas les caractères des crises fulgurantes. Les crises de courbature musculaire ne se sont pas reproduites depuis 1880.

Les phénomènes de courbature qui sont décrits dans les trois observations précédentes ne sauraient, je pense, être considérés comme les effets ordinaires de la fatigue physiologiques des muscles. Leur début brusque, l'absence de tout travail antérieur capable de les expliquer, leur disparition rapide après un laps de temps relativement court, l'intégrité complète de la sensibilité musculaire pendant leurs intervalles sont autant de raisons qui doivent les faire distinguer de la courbature vulgaire que tout le monde a ressentie quelquefois après un exercice violent.

On objectera peut-être que les ataxiques se fatiguent beaucoup plus facilement que les sujets sains. Mais il faut remarquer ici que cette fatigue plus rapide des ataxiques se produit seulement chez les malades qui ont déjà de l'incoordination motrice et qui dépensent, pour se maintenir en équilibre ou pour marcher, une somme de travail musculaire bien supérieure à celle que développe, pour le même effet utile produit, un sujet non ataxique. Or, ce ne sont pas là les conditions dans lesquelles se trouvaient nos trois malades, puisque chez tous les trois les accès de courbature se sont montrés à une époque où il n'existait encore aucun trouble appréciable de la coordination des mouvements.

Il est très vraisemblable que ces accès font partie, dans un certain nombre de cas, de la symptomatologie du début du tabes au même titre que les crises de douleurs fulgurantes des membres et que les crises viscéralgiques. L'existence des nerfs sensitifs des muscles est aujourd'hui démontrée par la physiologie et par l'histologie. Il est probable que ces nerfs peuvent être affectés isolément au début de certains cas d'ataxie locomotrice, et que les crises de courbature sont l'expression clinique de leur souffrance. S'il en était ainsi, il faudrait considérer ces crises de courbature musculaire comme des *équivalents cliniques* des autres crises tabétiques et leur attribuer la même valeur séméiologique qu'aux crises gastriques, intestinales, néphrétiques, vésicales, etc., qui surviennent si fréquemment au début ou dans le cours du tabes et qui permettent, dans un grand nombre de cas, de fixer le diagnostic bien avant l'apparition des troubles caractéristiques de la coordination des mouvements et même des fulgurations douloureuses des membres.

THÉRAPEUTIQUE

De la transfusion directe du sang vivant (1).

Par M. le Dr J. ROUSSEL.

La revue critique des diverses méthodes de transfusion et de leurs appareils nous a conduits à l'appréciation des difficultés provenant de la nature même du

(1) Voir les nos 21, 22, 24 et 25.

© BIU Santé

sang ; nous arriverons à élucider le meilleur manuel opératoire en procédant par l'élimination des fausses manœuvres de nos prédécesseurs. 1° Le sang à transfuser ne doit provenir ni d'une espèce différente, ni d'une saignée artérielle, elle ne doit être ni diminué de quelques-unes de ses parties composantes, ni augmenté de substances étrangères, ni altéré dans sa vitalité. Le sang transfusé à l'homme doit être humain, veineux, complet et vivant. 2° La meilleure méthode de transfusion ne doit admettre ni manipulation, ni rupture du courant sanguin, ni temps d'arrêt ou repos du sang dans quelque réservoir, ni déperdition de sa température et de ses gaz. Elle ne peut être qu'une anastomose directe, à

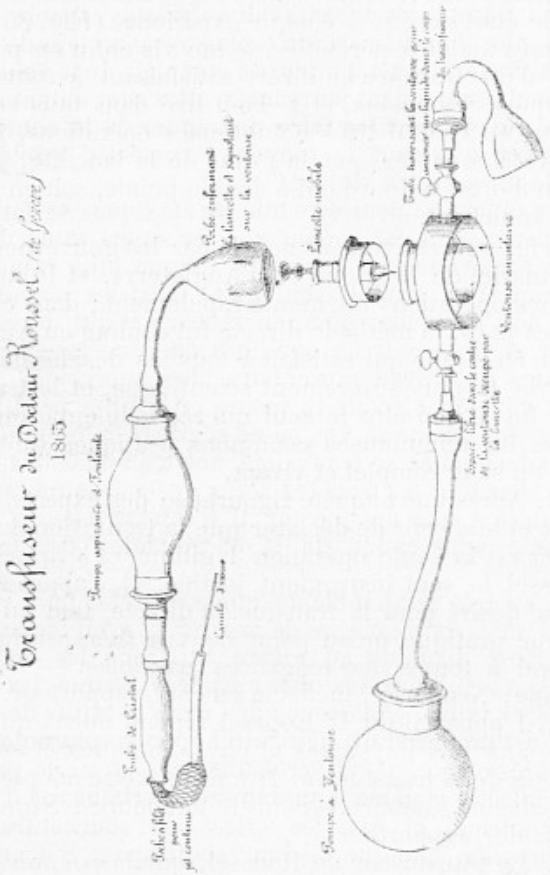


Fig. 54.

courant rapide, donc embranchée sur une veine ouverte, et non sur un étroit trocart. 3° L'appareil ne doit pas être construit de métal et de verre ; mais bien d'une substance organisée dont le contact soit indifférent au sang, et puisque les tubes animaux (artères ou trachées de Folli et de Nuck) sont impossibles à conserver frais, il ne nous reste comme organisme utilisable, que le caoutchouc pour construire un moteur s'adaptant sur une large saignée de laquelle jaillisse un jet abondant de sang, toujours en mouvement. 4° En aucun temps de l'opération, le sang ne doit être exposé à rencontrer de l'air dont le contact crée aussitôt le ferment de la fibrine. On doit chasser l'air de l'appareil ; cela ne peut s'obtenir par l'aspiration d'un piston ; il faut donc remplacer l'air par une substance plus inoffensive que lui ; cette substance ne peut être que de l'eau dont un courant doit entrer par la tête de l'appareil, le remplir en entier et sortir par l'autre extaémité.

En juillet 1867, le professeur C. Robin me fit l'honneur de présenter à l'Académie l'appareil avec lequel j'avais en décembre 1865, à Genève, sauvé une jeune femme mourant d'hémorrhagies. Cet instrument pour lequel j'ai créé le nom de *transfuseur* (*fig.* 54) remplissait les deux grandes lacunes que j'avais constatées dans la méthode de Maisonneuve. 1° Il permettait l'introduction d'un courant d'eau destiné à purger le transfuseur de l'air y contenu. 2° Il permettait d'obtenir le sang par une large saignée pratiquée dans l'intérieur même de l'appareil, et sous une couche d'eau, sans employer de trocart pour l'aspiration.

J'avais imaginé de faire adhérer le transfuseur à la peau du donneur, par une ventouse d'une forme originale, que j'ai nommée *ventouse annulaire ;* il y était réservé un espace libre, rempli d'eau, où était ajustée une lancette montée sur un ressort à détente. Par une pression sur la détente, la lancette chassée par le ressort décrivait un quart de cercle, et pratiquait à la peau une incision de 0.03 centimètres, au fond de laquelle était ouverte la paroi supérieure de la veine turgide.

La ventouse et les divers ajutages étaient d'argent. Une poche mince de caoutchouc enfermait la tête et le ressort de la lancette, et se continuait par un grand et fort ballon élastique muni de soupapes contenues dans des tubes de verre. Après le ballon moteur, venait une seconde poche mince recouverte d'un filet ; à la façon du ballon de Richardson, et destinée à rendre continu le jet de sang poussé en ondées successives par le ballon moteur. Enfin une grosse canule d'argent terminait l'appareil du côté du transfusé.

Un courant d'eau chaude pénétrait par un tube spécial traversant la ventouse, baignait la lancette, et remplissait le transfuseur ainsi purgé d'air avant que la veine ne soit ouverte. J'espérais avoir ainsi éloigné du sang les principales causes de sa coagulation.

Après de nombreuses opérations sur des chiens et des moutons et quelques saignées expérimentales, ma première transfusion sur l'homme fut un grand succès. Je résumerai plus loin cette opération dont les circonstances particulières me commandèrent alors une discrétion professionnelle, qui fut très préjudiciable à l'intérêt scientifique. Lorsque, plus d'une heure après la transfusion, je voulus laver mon appareil, je constatai aussitôt qu'il ne remplissait pas encore toutes les conditions imposées par la coagulabilité du sang. Les deux poches minces de caoutchouc et les ampoules de verre contenant les soupapes étaient remplies d'une épaisse couche coagulée, percée d'un canal par le courant sanguin. Une autre couche vernissait les parois de tous les tubes d'argent. Je compris que le sang en excès dans ces poches y était demeuré immobile et s'était coagulé, ainsi qu'il arrive dans une poche anévrysmale à circulation ralentie ; il me fut facile d'observer que le sang, traversant un tube de verre, s'arrête contre les parois et les obscurcit de façon à rendre impossibles les renseignements que l'on aurait espérer tirer de leur transparence. Je vis enfin qu'une canule de métal, fût-elle même du plus gros calibre, se rétrécit dangereusement par la formation d'un caillot que le courant sanguin pourrait entrainer.

La ventouse annulaire et sa lancette intérieure s'étaient montrées d'excellentes inventions, puisqu'aucune goutte de sang n'était apparue au dehors, et que la veine du donneur n'avait souffert en rien de cette saignée franche. La présence de l'eau au lieu d'air avait beaucoup retardé et diminué la coagulation puisque 300 gr. de sang pur avaient librement traversé le transfuseur. Mais je n'avais pas le droit d'être satisfait puisqu'il s'était cependant formé une couche coagulée dangereuse par sa désagré-

© BIU Santé

gation possible, et qu'en somme ces caillots pesant environ 200 gr. représentaient autant de sang non reçu par le transfusé, quoique sacrifié par le donneur.

J'avais encore observé que le jet de sang envoyé au cœur doit être non pas continu, mais par petites quantités successives, réglées sur la contenance de l'oreillette, et sur le nombre des diastoles du cœur.

Je reconstruisis le transfuseur sans poches de caoutchouc, sans soupapes compliquées dans des ampoules

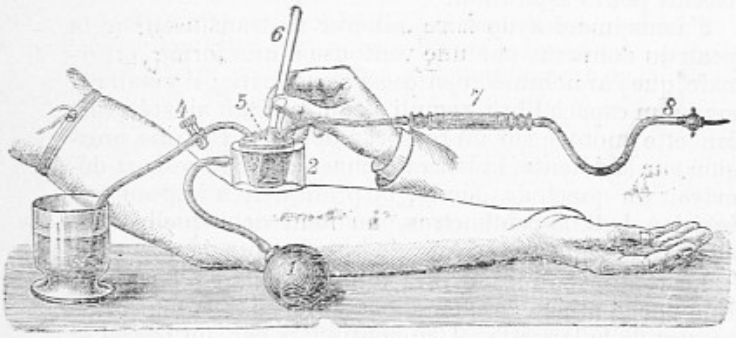


Fig. 55.

de verre ; son ballon moteur fut muni de très simples clapets et réduit à la contenance de dix grammes ; sa canule finale fut taillée dans de l'ivoire.

Ce second modèle, très parfait déjà, fut présenté plusieurs fois en vain, en 1870 et 1871, à l'administration de la guerre, qui, sans examen, adopta l'appareil à entonnoir de Collin.

Plusieurs chirurgiens étrangers employèrent le transfuseur à la fin de la guerre, notamment à Pontarlier ; et le gouvernement autrichien, ayant reçu de ses délégués un rapport très favorable, m'invita à venir démontrer la méthode de transfusion directe au Congrès de 1873 à Vienne.

C'est pendant un séjour de deux ans à Vienne, que je pus enfin fixer la forme définitive du transfuseur, après avoir obtenu du caoutchouc élastique pur, et remplacé toutes les pièces de métal par l'admirable caoutchouc durci que les Autrichiens fabriquent si bien, mais dont les Français ne savent pas encore aujourd'hui tirer le moindre parti.



Fig. 56.

Entre temps, avec l'intention de pratiquer la saignée à l'œil et à la main, j'essayais la construction d'une ventouse de verre dans le cylindre de laquelle jouait la lame d'une lancette munie d'un long manche extérieur ; mais je dus y renoncer, n'y trouvant aucun avantage pratique (*Fig.* 55).

J'ai aussi achevé, par une fabrication plus parfaite, un appareil commencé déjà en 1867 pour le professeur Laugier, et destiné à opérer sous l'eau la *saignée des os*, et la ponction des abcès profonds, en pratiquant l'*aspiration* des liquides au moyen du ballon moteur du transfuseur. Dans cet appareil, un *drill* à manche extérieur à la ventouse, commande une couronne de trépan, un foret ou une pointe de trocart, enfermée dans le cylindre plein d'eau fixé par la ventouse. Il permet une ponction profonde, et l'évacuation par aspiration au moyeu d'un appareil rempli d'eau, donc à l'abri de l'air.

Je construisis aussi, au moyen de la ventouse annulaire, un *thermo-sthétoscope* se fixant automatiquement à la peau, et permettant d'interroger à la fois par la variation de la température locale et par les bruits sthéthoscopiques un point douteux d'un poumon réagissant sur la plèvre et la paroi thoracique. Le professeur Raciborsky prisait beaucoup ce petit appareil (*Fig.* 56).

C'est à cette époque que je pus rendre aussi parfait qu'il l'est aujourd'hui, le transfuseur direct, pour l'usage sang *veineux* d'animal, que personne n'avait pu employer auparavant ; on ne connaissait que la transfusion artérielle, de sorte que chaque mouton saigné à la carotide était sacrifié à chaque expérience (*Fig.* 35 N°2).

Après maintes péripéties, je me vis enfin en possession d'un transfuseur direct satisfaisant à toutes les critiques ràisonnées, et si bien fixé dans tous ses organes, qu'après de très nombreuses opérations, je n'ai trouvé à modifier que la forme de la lancette, jadis à grain d orge, aujourd'hui à double pointe, soit en croissant tranchant.

Je fus successivement appelé par les gouvernements de Russie, de Belgique et d'Angleterre, et le nombre de mes opérations augmenta rapidement ; dans chacun de ces pays, la méthode directe fut comme en Autriche jugée être celle qui satisfait à tous les désidérata de la théorie la plus sévèrement scientifique, et le transfuseur fut estimé être le seul qui réponde entièrement à toutes les minutieuses conditions pratiques du transport du sang complet et vivant.

.... Après une enquête rigoureuse des experts, j'ai le droit et le devoir de déclarer que la tranfusion du sang entier est la seule opération légitime, et le tranfuseur Roussel le seul instrument justifié. Il s'approche de l'idéal désiré pour la transfusion directe, tant au point de vue pratique qu'au point de vue thérapeutique, il répond à toutes les exigences possibles. — *Signé :* Vienne : Neudörfer, médecin en chef, rapporteur.

.... L'appareil du Dr Roussel répond mieux que tout autre aux lois physiques et physiologiques et aux nécessités de la transfusion. Il mérite d'être adopté dans la médecine militaire.—Saint-Pétersbourg : *Signé :* O. Heyfelder, rapporteur.

.... Le transfuseur de Roussel, que la commission a reconnu être le seul parfait, a été introduit dans les hôpitaux civils et militaires, dans les ambulances urbaines et dans les postes de secours des chemins de fer de l'Etat.—Bruxelles : *Signé* : Fromont, médecin-chef.

.... Avec le transfuseur de Roussel, on peut pratiquer la transfusion directe, sans aucun risque de mélange du sang avec l'air, ni de coagulation pendant son transport, par conséquent, on doit en attrendre le succès dans les indications légitimes. — 17 octobre 1876, Ecole médicale de marine de Netley : *Signé* : Longmoore, chirurgien en chef.—L'appareil a été introduit dans les ambulances de terre et de mer.

.... L'instrument du Dr Roussel remplit mieux que tout autre à ma connaissance les conditions exigées par la transfusion du sang entier et inaltéré *intransitu*. Par son secours, la transfusion peut être accomplie avec sécurité par tout chirurgien compétent. — Londres, juin 1876 : *Signé :* James Pajet, baronnet.

Le transfuseur direct, est entièrement construit de caoutchouc pur, souple ou durci ; substance végétale d'une durée et d'une pureté inaltérables, bon conserva-

© BIU Santé

teur du calorique, et sans effets catalytiques sur les liquides animaux. Il forme entre les deux circulations une anastomose fermée à l'air extérieur et vidée d'air par un courant d'eau, entrant d'un bout par un tube

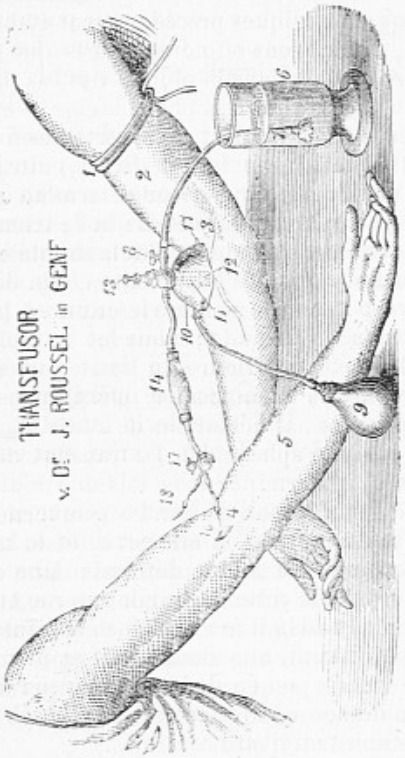


Fig. 57. — Organes du transfuseur direct : 1. Bras du donneur de sang. — 2. Ventouse du transfuseur avec son ballon de succion. — 3. Tête de la lancette. — 4. Tube aspirateur d'eau. — 5. Ballon récepteur. — 6. Tube d'issue avec le clamp de fermeture. — 7. Canule insinuée dans la veine de l'opéré.

aspirateur spécial (*Fig.* 57) et sortant de l'autre (*Fig.* 57) par un embranchement voisin de la canule afférente, avant l'arrivée du courant sanguin (*Fig.* 57).

(*A suivre*).

CLINIQUE NERVEUSE

Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hypnotiques ;

Par MM. Ch. FÉRÉ et A. BINET.

Le phénomène du transfert, qui a été découvert par la Commission de la Société de Biologie chargée d'étudier l'action des applications de métaux sur la surface cutanée chez les hystériques, consiste en une transposition de certains phénomènes pathologiques sous l'influence de plusieurs agents dits œsthésiogènes. Parmi ces agents, un des plus actifs et des plus commodes à employer est l'aimant ; c'est à lui que nous avons eu recours dans la plupart de nos expériences.

Disons tout de suite que dans ces expériences faites à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, nous ne sommes occupés que du grand hypnotisme, dans lequel les phénomènes somatiques permettent de se tenir en toute circonstance à l'abri de la fraude.

I. Il est à peine nécessaire de rappeler que le *transfert des troubles spontanés* nous a servi de point de départ. 1° Parmi les troubles spontanés dont on peut obtenir la transposition chez les hystériques, il faut citer tout d'abord les *troubles unilatéraux de la sensibilité*, se présentant soit sous forme d'hémianesthésie, soit sous forme d'hémidysesthésie. 2° Les *troubles unilatéraux de la motilité*, paralysies flasques ou contractures peuvent également être transférés dans un certain nombre de circonstances. Le phénomène est aujourd'hui bien connu, au moins dans ses manifestations extérieures, nous n'y insistons pas davantage.

II. Nous nous arrêterons plus longtemps sur le *transfert des troubles provoqués, des divers états de l'hypnotisme artificiel* pour lesquels nous adoptons la classifications établie par M. Charcot (1), auquel nous nous contentons de renvoyer, pour la définition des termes de *léthargie*, *catalepsie*, *somnambulisme* que nous allons avoir à employer.

1° Lorsqu'une hypnotique est plongée dans la léthargie totale avec hyperexcitabilité dite neuro-musculaire, si on ouvre l'œil gauche, le sujet devient cataleptique de ce côté, tout en restant léthargique du côté droit où l'œil reste fermé. Si dans ces conditions, nous appliquons un aimant à quelques centimètres du bras droit, au bout de deux minutes, nous voyons la main droite s'agiter d'un léger tremblement, puis prendre graduellement la consistance des membres cataleptiques, et se placer peu à peu dans la position qu'occupait le bras gauche. Ce dernier, après avoir été animé de tremblements plus violents qui ont cessé tout à coup, comme un accès d'épilepsie partielle, pour laisser la main flasque, a pris tous les caractères de la léthargie. La catalepsie comprend maintenant le côté droit tout entier, tandis que le côté gauche, *face*, *bras*, *jambe*, est léthargique et hyperexcitable. Le *transfert de l'hémi-léthargie et de l'hémi-catalepsie* a été complet, sauf sur un point : l'œil est resté ouvert du côté qui est devenu léthargique et fermé du côté droit devenu cataleptique.

2° Lorsqu'un sujet est en léthargie ou en catalepsie, si on frôle légèrement le vertex sur la ligne médiane, on détermine un troisième état : le somnambulisme. Lorsqu'au lieu de faire la friction sur le milieu de la tête, on la pratique latéralement, le côté frictionné passe en état de somnambulisme, tandis que le côté opposé reste dans l'état préexistant, léthargie ou catalepsie. L'*hémisomnambulisme* offre tous les caractères somatiques du somnambulisme total, absence d'hyperexcitabilité musculaire, et de la plasticité cataleptique, hyperexcitabilité, aux excitations légères de la peau, au souffle, etc.. Si on donne une suggestion hallucinatoire, l'hallucination n'existe au réveil que du côté somnambulisé. Le sujet est capable de répondre, quand l'hémisomnambulisme est combiné à l'hémiléthargie ; il ne fait, en général, que bredouiller quand il s'agit de l'hémicatalepsie. Que l'hémisomnambulisme soit associé à l'hémiléthargie ou à l'hémicatalepsie, il est susceptible de transfert tout comme ces deux états combinés, ce sont eux-mêmes *dans un sens ou dans l'autre*.

III. Si les divers états dimidiés sont transférables, il en est de même des différents *phénomènes unilatéraux des trois états de l'hypnotisme*.

1° C'est ainsi que les contractures provoquées de la *léthargie* peuvent être transférées soit avant, soit après le réveil. Ce fait a été mis en lumière par MM. Charcot et Richer.

2° Dans la *catalepsie*, l'aimant peut opérer le transfert des attitudes :

W. est en catalepsie, les yeux largement ouverts, fixés et dirigés en haut ; elle est assise sur un fauteuil, le côté droit contre la table ; le coude gauche repose sur le bras du fauteuil, l'avant-bras et la main sont relevés verticalement, le pouce et l'index sont étendus, les autres doigts sont dans la demi-flexion ; l'avant-bras droit et la main sont étendus sur la table, l'aimant est sous un linge à cinq centimètres environ. Au bout de deux minutes l'index droit commence à trembler et à se lever ; à gauche, les doigts

(1) J.-M. Charcot — *Essai d'une distinction nosographique des divers états nerveux compris sous le nom d'hypnotisme* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1882.)

© BIU Santé

étendus se fléchissent et la main reste un instant flasque. La main droite et l'avant-bras se lèvent et se placent dans la position où était primitivement la main gauche, qui s'étend sur le bras du fauteuil avec la mollesse cireuse propre à l'état cataleptique.

Cette expérience, ainsi que les précédentes, montre bien que l'aimant agit en dehors des états de conscience, et que l'*attention expectante* ne joue aucun rôle dans le transfert.

3° L'aimant a la même action sur les phénomènes unilatéraux du *somnambulisme*, dont le transfert peut avoir lieu soit avant, soit après le réveil, s'il s'agit de suggestion persistante. Parmi ces phénomènes, les uns sont *moteurs*, les autres sont *sensitivo-sensoriels* ; les uns et les autres peuvent résulter soit de suggestions excitatrices (spasmes, mouvements impulsifs, hallucinations), soit de suggestions inhibitives (paralysies, anesthésies générales ou systématisées) (1).

a) Motilité. — Nous ne citerons qu'un exemple de transfert de *paralysie par suggestion* :

W. est dans le sommeil somnambulique : nous lui suggérons une paralysie de la main gauche qu'elle gardera au réveil, et nous la réveillons immédiatement. Au bout d'une minute la main gauche s'engorge, devient chaude, rouge, se couvre de sueur à sa face palmaire, elle est complètement immobile, les réflexes tendineux de l'avant-bras sont exagérés. La main droite est allongée sur une table à 2 centimètres d'un aimant à cinq branches. Au bout d'une minute commence un tremblement très intense de la main droite, l'avant-bras et le bras s'agitent aussi de mouvements oscillatoires qui rappellent ceux de l'épilepsie partielle ; puis tout à coup, au bout d'une minute et demie, la main s'arrête, elle est complètement inerte et flasque, et peu à peu elle s'engorge, tandis que la main gauche reprend progressivent ses mouvements, sa température et sa couleur normale.

Les paralysies de mouvements adaptés, de mouvements d'articulation des mots par exemple, lorsqu'elles sont soumises à l'action de l'aimant, offrent certaines particularités sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici (2). Le transfert s'effectue aussi pour les *spasmes localisés*, et enfin pour les *mouvements impulsifs suggérés*. Un des exemples les plus curieux est le suivant :

Nous suggérons à notre malade l'idée de faire des chiffres ; après son réveil elle se met à faire des chiffres de sa main droite comme de juste ; mais un aimant est caché à proximité de sa main gauche. Quand elle a écrit jusqu'au nombre 12, sans s'interrompre, elle commence à hésiter ; puis elle change sa plume de main, et se met à écrire de la main gauche. Les caractères qu'elle trace nous paraissent tout d'abord sans signification ; mais en y regardant de près nous constatons qu'elle a fait des chiffres qui, regardés au miroir, sont à peu près aussi corrects que ceux qu'elle a faits de la main droite ; c'est-à-dire qu'elle a exécuté avec sa main gauche des mouvements absolument symétriques à ceux qu'elle est maintenant incapable de tracer de la main droite.

L'expérience a réussi de la même manière pour d'autres mouvements impulsifs plus ou moins compliqués.

b.) Sensibilité. — Les *anesthésies sensitives et sensorielles*, soit générales, soit systématisées, sont susceptibles d'être transférées par l'aimant ; il en est de même des *dysesthésies*, des *hallucinations*, de l'odorat, de l'ouïe, de la vue, du goût, du toucher. Dans le transfert des hallucinations, soit unilatérales, soit bilatérales différentes, il existe une période d'oscillations bien sentie par le sujet qui éprouve, pendant quelques instants, des sensations alternantes plus ou moins confuses.

Une circonstance intéressante à noter, c'est que le transfert des phénomènes localisés, attitude d'un membre dans la catalepsie, paralysie, hallucination, etc., s'accompagne d'une *douleur de tête localisée*, débutant en général du côté de l'aimant, puis passant dans le point symétrique du côté. Cette douleur qui est quelquefois assez intense pour nécessiter l'interruption de l'expérience, occupe un siège constant pour le même membre, pour le même sens. A l'aide des notions anatomiques précédemment établies par l'un de nous (1), nous avons pu nous assurer que la *douleur de transfert* répond, dans la plupart des cas, aux centres corticaux que les recherches physiologiques et anatomo-cliniques ont mis en rapport avec certaines fonctions déterminées. C'est ainsi que le transfert des attitudes ou des paralysies du membre supérieur détermine une douleur qui siège au niveau du pied de la deuxième frontale et de la région correspondante de la frontale ascendante ; pour les mouvements d'articulation, elle siège au-dessous et en avant ; pour le membre inférieur, à la partie supérieure du sillon de Rolando ; pour les hallucinations de la vue, dans la partie antérieure du lobule pariétal inférieur, dans la région où on a localisé l'hémianopsie et la cécité verbale ; pour les hallucinations de l'ouïe, dans la région antérieure du lobe sphénoïdal. Le transfert des troubles sensitifs paraît déterminer à la fois une douleur siégeant à la fois dans la région du centre moteur et dans la partie postérieure du cerveau où elle est diffuse. Le transfert des hallucinations du goût a déterminé une douleur siégeant au-dessus de la crête occipitale externe, et à deux centimètres en dehors de la ligne médiane ; le transfert des hallucinations de l'odorat, une douleur siégeant à un centimètre au-dessus et un peu en dedans. Ces deux derniers résultats sont en désaccord avec ceux des recherches expérimentales et ils méritent d'être contrôlés.

IV. Le transfert des phénomènes que nous venons de passer en revue s'accompagne de faits objectifs qui permettent de s'avancer avec assurance. Nous devons mettre plus de réserve lorsqu'il s'agit du transfert d'attitude volontaire à l'état de veille chez les sujets hypnotisables. Nous avons observé quelques faits de ce genre qui n'ont laissé aucun doute dans notre esprit ; mais nous désirons faire de nouvelles expériences avant d'entrer dans le détail. Notons toutefois que dans ce groupe de faits comme dans le transfert des hallucinations, il se produit des *oscillations consécutives* analogues à celles que l'on observe dans le transfert de l'hémianesthésie des hystériques.

(1) Ch. Féré. — *La médecine d'imagination* (*Progrès médical*, 1884, p. 309). — A. Binet et Ch. Féré. — *Les paralysies par suggestion* (*Revue scientifique*, juillet 1884).

(2) *Revue scientifique*, *loc. cit.*

(1) Ch. Féré. — *Note sur quelques points de la topographie du cerveau* (*Arch. de phys. norm. et pathol.*, 1876, p. 247). — *Nouvelles recherches sur la topographie crânio-cérébrale* (*Revue d'anthropologie*, 1881, p. 468), etc.

Par arrêté préfectoral en date du 10 juin, le service de l'inspection médicale des écoles, dans le Ier et IIe arrondissements, a été réparti de la manière suivante entre les docteurs en médecine ci-après désignés : — Ier Arrondissement. — 1re circonscription : M. Richard ; 2e circonscription : M. Carpentier-Méricourt ; 3e circonscription : M. Lenoir. — Xe arrondissement. — 1re circonscription : M. Schweich ; 2e circonscription : M. Goguel ; 4e circonscription : M. Chenet ; 5e circonscription : M. Béclère ; 6e circonscription : M. Bloch ; 7e circonscription : M. Mareau.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 28 juin 1884, les docteurs en médecine ci-après désignés ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, savoir :

Au grade de médecin aide major de 1re classe, M. Destrem (Marie-Antoine), médecin de 2e classe dans la marine.

M. Moriez (Robert-Joseph-Palmyre), médecin aide-major de 1re classe, démissionnaire, de l'armée active.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe, MM. Le Mouligon, Foucher, Harbulot, Bouilly, Avrard, Salase, Guyard, Deschamps, Casteigneau, Caumon, salis, Jarjavay, Lochard,

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Nouveau traitement de l'ulcère de l'estomac.

L'ulcère simple de l'estomac, l'*ulcère de J. Cruveilhier*, que certains auteurs appellent également ulcère rond, *ulcus rotundum*, est une des maladies les plus rebelles à la thérapeutique. Pourquoi cette ulcération, dite *simple*, persiste-t-elle pendant des mois et des années sans aboutir à la cicatrisation? Pourquoi cette forme généralement arrondie qui semble attester une origine spéciale ou *spécifique*? Quelle cause préside à la formation de l'ulcère, quelles influences règlent son développement, sa marche chronique? Si l'on veut donner à ces questions une solution vraiment scientifique et qui satisfasse tous les esprits, on est obligé d'avouer son impuissance et de reconnaître qu'il y a derrière cette lésion simple une inconnue qui échappe complètement. Car les théories de la thrombose, de l'embolie, de l'inflammation, si elles peuvent expliquer des pertes de substance, des ulcérations de la muqueuse stomacale, n'expliquent nullement la forme et les allures de l'ulcère rond. Quant à l'action du suc gastrique, elle a besoin d'être expliquée; si le suc gastrique contribue aux progrès et à l'extension de l'ulcère par une sorte de digestion, comme on l'a voulu, pourquoi cette digestion se limite-t-elle si souvent et n'entraine-t-elle pas fatalement la perforation et la destruction de la poche stomacale? Ce que l'on peut soutenir avec plus de probabilités, c'est que la réaction acide des liquides gastriques a une influence fâcheuse, puisque l'empirisme a montré les bienfaits du traitement par les alcalins en général et par l'eau de Vichy en particulier.

Si les plus grandes obscurités règnent encore sur l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac, il n'en est pas de même du traitement.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que les bienfaits de la diète lactée dans le traitement de l'ulcère simple sont connus. J. Cruveilhier lui-même avait pu les apprécier.

Mais si le régime lacté compte à son actif de nombreux succès, il est loin d'être infaillible et il échoue dans certains cas rebelles. C'est pourquoi le nouveau traitement préconisé par M. Debove et éprouvé déjà par quelques guérisons inespérées, mérite d'attirer l'attention des médecins (1).

Avant d'exposer les traits principaux de la méthode thérapeutique de M. Debove, signalons les inconvénients et même les dangers que comporte, d'après lui, le régime lacté tel qu'il est prescrit journellement.

Un individu atteint d'ulcère simple de l'estomac doit ingérer, s'il est soumis à la diète lactée exclusive, trois ou quatre litres de lait. Cette quantité énorme de liquide qui représente sa ration d'entretien peut être parfaitement tolérée, et l'on peut voir les crises douloureuses, les vomissements et les hémorrhagies disparaître rapidement. Mais ce n'est pas impunément qu'on introduit dans un estomac sain, et à plus forte raison dans un estomac malade, quatre litres de liquides en 24 heures. La conséquence de cet excès de boissons, c'est la dilatation de l'estomac.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 25 avril 1884.

On pourra sans doute atténuer dans une certaine mesure la manifestation de cette ectasie gastrique, si l'on surveille les malades et si l'on a soin de multiplier les prises de lait de façon à empêcher la dilatation brutale que l'ingestion immédiate d'un demi-litre ou d'un litre de lait pourrait provoquer. Il faut, en outre, tenir compte de l'état morbide et de l'atonie de la muqueuse stomacale qui rendent la digestion plus lente et plus difficile. Pour ces deux raisons, abondance des liquides ingérés, insuffisance stomacale, la dilatation est presque fatale.

Si l'on ajoute que cette dilatation des parois de l'estomac peut, en tiraillant l'ulcère, provoquer les hémorrhagies et la perforation, on aura mis le doigt sur les véritables dangers de la diète lactée.

Ces complications mises sur le compte du régime lacté, par induction plutôt que par démonstration directe, seraient évitées par le nouveau régime que propose M. Debove. Il parait de toute évidence, en effet, étant donné un ulcère de la muqueuse stomacale, que toute ampliation gastrique exagérée sera dangereuse, tandis que tout retrait de la poche sera favorable.

Depuis longtemps déjà M. Debove se préoccupait, tout en admettant le principe de la diète lactée, des moyens propres à réduire le volume du lait ingéré. C'est dans ce but qu'il avait fait usage du lait concentré et de poudres de lait représentant, sous un petit volume, des quantités considérables de lait. Mais ces produits n'avaient pas la valeur nutritive que nous trouvons aujourd'hui dans les poudres de viande. On a objecté à M. Debove que la dilatation stomacale qu'il attribuait au volume des aliments ingérés, était due à la maladie elle-même, à l'ulcère de l'estomac. Mais, comme l'a vu M. Bouchard, qui, depuis longtemps déjà, préconise le *régime sec* dans la dilatation de l'estomac, comme l'a vu également M. Debove, la dilatation constatée au début disparait sous l'influence seule du régime, ce qui prouve bien que l'ulcère de l'estomac n'est pour rien dans cette ectasie.

Le régime sec de M. Bouchard, comme l'indique son nom, consiste dans l'ingestion d'aliments très divisés ou très divisibles (poudre de viande, purée de viande, fromage, etc.) et en même temps très nutritifs.

En même temps qu'on réduit le volume des aliments secs, on ne permet au malade qu'un minimum de liquide, c'est-à-dire 400 grammes d'eau pure ou d'eau veineuse en 24 heures. Avec ce régime, l'estomac n'est jamais distendu par les aliments, et la dilatation morbide diminue ou disparait. C'est également par le régime sec que M. Debove traite l'ulcère de l'estomac: mais il ajoute à ce régime quelque chose dont nous allons bientôt parler.

Avant d'instituer le traitement, il faut commencer par laver l'estomac pour le débarrasser des mucosités et des débris d'aliments qui ont pu y séjourner. Ce lavage de l'estomac fait avec le tube en caoutchouc sera surveillé ou pratiqué par le médecin lui-même, à cause des hémorrhagies qui pourraient survenir et que plusieurs médecins attribuent au contact du siphon ou à une action aspiratrice exercée sur l'ulcère. M. Duguet a cité un cas dans lequel une hématémèse mortelle avait succédé à

© BIU Santé

un lavage de l'estomac fait par le malade lui-même, en l'absence des médecins (1).

M. Cornillon a également publié dans ce journal (2) un cas d'hématémèse consécutive au lavage de l'estomac. M. Debove qui n'a jamais observé d'hémorrhagie imputable au lavage de l'estomac, fait remarquer avec raison que les hémorrhagies (hématémèse et mélœna) sont très fréquentes dans l'ulcère de l'estomac, et que lorsqu'on retire du sang noirâtre ou marc de café par le lavage, cela ne veut pas dire que le lavage ait été la cause de l'hémorrhagie. C'est précisément le cas de M. Cornillon qui s'accuse bien à tort d'avoir provoqué une hématémèse, alors que le sang marc de café qu'il a retiréde l'estomac de son malade, était probablement dû à une hémorrhagie de la veille ou de l'avant-veille.

Ce qu'il faut surveiller, dans le lavage de l'estomac, c'est la teinte du liquide qui revient dans l'entonnoir ; s'il est teinté par le sang, s'il est rosé, on suspend immédiatement l'opération. Cela dit sur le lavage de l'estomac et sur les dangers qu'on lui a attribués, passons au traitement véritable de l'ulcère simple.

M. Debove est parti de cette idée théorique que si l'on pouvait supprimer complètement la digestion stomacale, et annuler l'action du suc gastrique, on favoriserait grandement la cure de l'ulcère de l'estomac. En rendant alcalin le suc gastrique, on lui enlève ses propriétés digestives et on empêche la transformation en peptones des substances albuminoïdes ; les aliments non digérés dans l'estomac, grâce à cet artifice, passent dans l'intestin avec leur réaction alcaline très favorable à la digestion intestinale. M. Debove a obtenu les effets qu'il espérait en faisant ingérer à ses malades 30 grammes de bicarbonate de soude, en trois prises, dans les 24 heures. Il a pu vérifier, par des lavages, que sous l'influence de ce traitement, le liquide stomacal n'était jamais acide et ne contenait pas de peptones. Les malades ainsi traités font trois repas composés de :

Poudre de viande.	25 grammes.
Bicarbonate de soude	10 —

Ce mélange étant peu agréable au goût, il est bon de l'introduire dans l'estomac à l'aide du siphon. On ajoute à ces aliments secs qui représentent 300 grammes de viande et 30 grammes de bicarbonate de soude par jour, un litre de lait que le malade boit dans la journée en plusieurs fois.

La *cachexie alcaline* que redoutait Trousseau et bien d'autres médecins, devrait s'observer chez les malades de M. Debove, si elle existait réellement. Or, ces malades supportent parfaitement des doses énormes de bicarbonate alcalin. Peut-être même ce médicament n'agit-il pas seulement en permettant d'éviter la digestion stomacale, mais a-t-il aussi une action directe et favorable sur l'ulcère lui-même, dont la guérison, par ce traitement, semble assez rapide. Tel est le traitement : quels sont les résultats qu'il a donnés ? Deux cas graves d'ulcère de l'estomac accompagnés de crises douloureuses atroces, d'hémorrhagies et d'amaigrissement profond, ayant résisté à tous les traitements, ont rapidement guéri par le traitement de M. Debove. Nous avons vu dans le service de ce médecin ces deux cas désespérés d'ulcère simple si favorablement terminés.

Ces résultats sont si frappants qu'ils ne peuvent manquer de provoquer partout l'essai de cette nouvelle méthode thérapeutique.

Si ces premiers succès ne restent pas isolés, le procédé ingénieux de M. Debove marquera un progrès important dans la thérapeutique des maladies de l'estomac.

(1) *Soc. méd. des hôp.*, 25 avril 1884.
(2) *Progrès médical*, p. 317. Hématémèses produites par un lavage de l'estomac chez un malade atteint d'ulcère simple, 1883.

Cours de pathologie interne. M. Damaschino.

Depuis 1880, M. Damaschino faisait chaque année à l'hôpital Laënnec des cours très suivis dans lesquels, il mettait à large contribution, pour le plus grand profit des élèves, les projections à la lumière électrique. Au début de ce semestre, devant l'agencement défavorable du grand amphithéâtre de l'école, le professeur dut renoncer momentanément à cette partie complémentaire de son enseignement. Aussi, dans sa leçon du 5 juillet, faite dans le petit amphithéâtre, M. Damaschino a-t-il projeté devant les yeux d'un auditoire empressé les photographies se rapportant aux sujets principaux de son cours sur les *maladies des vaisseaux*. Procédant par gradations, il a fait assister les élèves, à la naissance des anévrysmes des artères cérébrales, à leur évolution, à leur rupture, en même temps qu'il leur faisait suivre parallèlement sur des micro-photographies la marche des lésions histologiques. Nous ne saurions trop insister sur l'intérêt que présente ce mode d'enseignement qui exige de la part du professeur une habileté toute spéciale et une connaissance approfondie de l'histologie.

Etudiant les lésions vasculaires dans les maladies de la moëlle, M. Damaschino a projeté une série remarquable de coupes obtenues au moyen de son procédé de fixation inaltérable des pièces par l'acide osmique. A l'aide de photographies instantanées, il a montré l'attitude des malades, et a composé et reconstitue toutes les variétés de tremblements. Cette introduction par la photographie du malade et de sa lésion dans un cours de pathologie interne est certainement une innovation des plus heureuses. L'association de la théorie et de la clinique ne peut donner que d'excellents résultats :

Nous espérons que l'année prochaine l'agencement du grand amphithéâtre permettra aux élèves qui n'avaient pu trouver de place, de suivre avec assiduité un cours pour lequel le professeur ne néglige rien de ce qui fait l'intérêt et qui, nous nous plaisons à le constater, a obtenu cette année un grand et légitime succès.

De la Roséole idiopathique ou Rubéole (1).

En terminant notre premier article, nous disions qu'il nous restait encore à parler de la discussion qui a eu lieu sur la rubéole au congrès de Londres et dire quelques mots de la thèse de M. Delastre. C'est ce que nous allons faire aujourd'hui.

Au congrès de Londres, MM. W. B. Cheadle (de Londres), M. Kassowitz (de Vienne), J. Lewis Smith (de New-York), G. E. Shuttleworth (de Lancaster),

(1) Voir le n° 26.

© BIU Santé

William Squire (de Londres), ont fait des communications intéressantes qui ont été le point de départ d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Fergus (Marlborough), J. Glaister (Glasgow), Martin Oxley (Liverpool), J. A. Wood (Liverpool), d'Espine (Genève), A. Jacobi (New-York), J. P. J. Houstorm (Savannah), W. Stewart (Barnsley), Schuttleworth et Cheadle (1).

Le Dr West, président de la section, a résumé cette discussion à peu près dans les termes suivants :

Un consentement général existe, car il n'y a que deux dissidents, quant à l'existence d'une maladie distincte, semblable à certains points de vue, mais non identique, à la rougeole ou à la scarlatine. Elle se sépare de la précédente par une période d'incubation qui est plus longue, et qui se rapproche davantage de celle de la rougeole, laquelle, toutefois, la dépasse ordinairement. Elle se distingue ultérieurement de la scarlatine, non seulement par une différence dans les caractères de l'éruption, qu'il n'est pas cependant toujours possible d'apprécier dans les premières 24 heures de son apparition, mais aussi par l'absence de desquamation ou d'albuminurie. La période de convalescence ne présente pas les complications qui s'observent dans la rougeole ou la scarlatine. Une particularité qui accentue la distinction de la rubeole de ces deux maladies, c'est la fréquence de son développement chez les individus qui ont eu la rougeole et la scarlatine. Sur les 32 cas du Dr Cheade, 22 avaient eu antérieuremenf la rougeole, dont 10, sous ses yeux. Des 48 cas du Dr Smith, 19 avaient eu la rougeole, et, dans une autre épidémie, 8, avaient eu et la rougeole et la scarlatine dans un espace de huit mois ; et, bien que cela soit un fait connu, que ces deux maladies puissent se présenter plus d'une fois, cependant une fréquence telle que celle qui vient d'être citée, est sans exemple dans l'une et l'autre maladie. Elle paraît se rapprocher surtout de la rougeole et ressembler, si elle ne lui est pas identique, à la *rubeola sine catarrho* de Willan. L'éruption est souvent tout à fait analogue dans les deux maladies d'une façon générale, les symptômes se rapprochent étroitement. En règle, ils ont une moyenne intensité, ne font courir aucun danger, n'exigent aucun traitement, quoique le cas relaté par le Dr Cheadle montre que, nonobstant les particularités distinctives, elle puisse offrir une série très grave de symptômes. Une observation du Dr Jacobi doit être présente à l'esprit : c'est que, se développant, comme cela arrive souvent, entre deux épidémies l'une de rougeole, l'autre de scarlatine, suivant ou précédant l'une ou l'autre, ses caractères peuvent être modifiés au point de se rapprocher à quelques égards de l'une ou de l'autre fièvre éruptive... Un grand point pratique c'est de prendre soin dans les cas douteux de scarlatine, parce qu'ils peuvent être moyens, de dire d'un cas, pour calmer sur le moment l'anxiété des parents, c'est la rougeole des germains et d'être ainsi cause de l'expansion de la scarlatine dans une famille. Il ne faut pas oublier que ses affinités sont avec la rougeole, non avec la scarlatine et qu'elles se ressemblent quelque peu l'une à l'autre comme la varicelle et la variole. Semblables, mais non les mêmes,

« *Facies non una, nec diversa tamen*
Qualis solet esse sororum. »

Non deux sœurs jumelles, mais, à un certain degré, demi-sœurs.

Cette citation montre que la rubéole considérée comme entité morbide rallie la plupart des observateurs.

M. Delastre (2) a été amené à faire des recherches sur la rubéole par suite d'une épidémie d'exanthèmes à forme mixte, indéterminée, ayant sévi à l'hôpital de la Charité de Lyon, de novembre 1881 à mai 1882, mais n'ayant aucune parenté avec la rubéole. Voici la définition qu'il donne de la rubéole (p. 45) :

« La rubéole est un exanthème spécifique, de nature contagieuse, se rapprochant par la forme mixte de son éruption de la rougeole et de la scarlatine, dont il se distingue néanmoins par des caractères spéciaux, et surtout par l'absence de certains symptômes généraux qui accompagnent toujours ces deux lésions éruptives (1). »

M. Delastre dit (p. 27) que MM. d'Espine et Picot n'admettent pas l'existence de la Rötheln. Il est vrai que dans leur manuel (p. 46) ils prétendent que pour eux les rubéoles (Rötheln) ne sont que des scarlatines, ou, ce qui est plus rare, des cas de rougeole plus ou moins modifiés. Mais il ne s'agit là évidemment que de l'ancienne Rötheln des allemands, car un peu plus loin (p. 47) ils consacrent un chapitre à la roséole, qui y est décrite d'après les travaux de MM. Thomas, Emminghaus, etc. Autrement dit la roséole de ces auteurs est bien la Rötheln moderne des allemands (2).

M. Raymond (3) a publié une observation de Rubéole, vraie Rötheln des allemands, en présentant tous les symptômes tels qu'ils sont décrits actuellement; mais une partie des critiques que nous faisons à l'article de M. Longuet peut aussi s'adresser à M. Raymond ainsi qu'à MM. Talamon et Lécorché, Trastour, qui ont depuis publié des observations de rubéole.

Quant aux observations relatées dans la thèse de M. Delastre et fournies par MM. Laure et Bondet, les unes se rapportent à l'ancienne Rötheln des Allemands (forme mixte) et et les autres à la rubéole moderne.

Nous nous sommes quelque peu étendus sur l'historique, voulant ainsi montrer que la roséole des auteurs français est bien la Rötheln actuelle des auteurs allemands. Nos citations le prouvent suffisamment ; le mérite des auteurs étrangers a été de la mieux étudier, d'avoir signalé quelques nouveaux symptômes, et de l'avoir fait accepter facilement, ainsi transformée, par

(1) *Transactions of the international medical Congress*, seventh session. — 1881. t. IV, p. 1-34. — Cheadle. *On the existence of two distinct forms of Eruptive Fever, usually included under the head of Measles, and the relation of them to the so-called Rubeola or Rhötheln*, p. 1-10. — Kassowitz. *Die Wirkliche Stellung der sogenannten Rubeola, Röthaln oder « German Measles », und die Verwandschaft derselben mit Scharlachfieber und Masern*, p. 10-14. — Smith. *Contributions to the Study of Rötheln*, p. 14-21. — Schuttleworth. *The real Position of the so-called Rubeola, Rötheln, or German Measles, and-its relation to Scarlatina and Measles, as illustred in the history of thirty-one observed Cases*, p. 21-27. — W. Squire. *On Rubella, Rubeola sine catarrho, Rötheln, or German Measles*, p. 27-31.

(2) Delastre. — *Contribution à l'étude de la rubéole*. Thèse de Lyon, 1883.

(1) La symptomatologie de la Rötheln moderne, tracée par M. Longuet ne s'accorde nullement avec la définition qu'il accepte de la maladie, définition qui est celle de l'ancienne Rötheln, en effet Niemeyer dont il invoque l'autorité, et qui, comme il le dit, acceptait la définition de Canstatt admettait une roséole scarlatiniforme et une roséole morbilleuse; pour lui la roséole épidémique représentait des formes modifiées par des causes inconnues, de la scarlatine et de la rougeole (*Eléments de path. interne*, t. II, 1869, p. 541). Or rien n'est plus contraire aux théories actuellement régnantes au sujet de la roséole idiopathique ou Rötheln actuelle des Allemands. Cette dernière n'est que la roséole contagieuse des français et par suite ne constitue nullement une entité nouvelle. Par quelle confusion M. Longuet est-il arrivé, à avancer que nos traités classiques gardaient un silence unanime sur la rubéole quand lui-même reproduit un tableau fidèle de leurs opinions, comme on en peut juger par l'analyse des travaux des quelques auteurs français que nous citons. Loin de nous toutefois la pensée de prétendre que les travaux contemporains étrangers n'aient pas aidé à élucider plusieurs points obscurs de la rubéole, et à la mieux différencier qu'on ne l'avait fait auparavant. Il est à regretter que M. Longuet dans sa revue d'ailleurs intéressante ait si souvent confondu les deux Rötheln allemandes. Et cependant les auteurs qu'il cite (note 2, p. 1090), entre autres Thomas, auraient dû lui éviter une pareille confusion.

(2) Quant à la description de la « *Rubéole* » de Baillou, nous croyons qu'il est difficile d'y reconnaître la Rubéole actuelle. Ce serait aussi à tort que M. Thomas aurait classé M. Danis parmi les auteurs ayant admis la Rötheln comme entité morbide.

(3) *Progrès médical*, 16 décembre 1881.

© BIU Santé

tous les cliniciens. Ces auteurs tiennent du reste compte des travaux français, leur bibliographie en fait foi, et il serait étonnant que, nous français, méconnaissions des travaux que d'autres reconnaissent (1). (*A suivre*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 juillet 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. GLEY a enregistré les contractions fibrillaires qui se produisent chez les individus soumis à des expériences analogues à celles de M. Cumberland. Ces contractions sont de deux ordres : les unes existent sur place dans les muscles de la main ; les autres peuvent avoir pour siège le bras tout entier. Elles sont plus ou moins violentes suivant les individus, suivant le degré d'attention, suivant la nature de l'objet caché ; enfin elles peuvent s'accompagner de l'accélération des battements cardiaques et des mouvements respiratoires.

M. MAIRET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, présente un travail intitulé : *Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique, l'hystérique.* Il formule les conclusions suivantes : 1° Si l'acide phosphorique sert à la nutrition et au fonctionnement d'autres tissus que le tissu nerveux il est intimement lié à la nutrition et au fonctionnement de ce dernier ; 2° Les maladies fonctionnelles du système nerveux peuvent modifier les échanges nutritifs qui se passent au sein de ce système ; les modifications que produisent les matières dans l'élimination de l'acide phosphorique le prouvent.

M. P. BERT complète le résultat de ses recherches sur l'anesthésie chloroformique. Il a fait de nouvelles expériences qui ont confirmé ce qu'il avait déjà avancé, à savoir que la mort par le chloroforme est due à l'action funeste de cet agent sur les cellules sensibles de la moelle épinière.

Dans une deuxième communication, M. P. Bert étudie l'action des divers agents sur les *chrysalides de ver à soie*. Ce qui l'a particulièrement frappé c'est la résistance de ces êtres à l'électricité ; de même le séjour dans un air très oxigéné ou chloroformé, l'augmentation de pression n'ont pas modifié les conditions d'existence de ces chrysalides qui, ainsi que M. P. Bert l'a constaté, consomment de l'oxygène et produisent de l'acide carbonique.

M. KUNCKEL se propose d'étudier à nouveau la respiration des chrysalides : pendant une certaine période de la métamorphose il y a une pause respiratoire, une simple interruption et non une cessation complète de la respiration ainsi qu'on l'a prétendu en Allemagne.

M. FÉRÉ a, en collaboration avec M. BINET, fait des recherches sur le *transfert par l'aimant dans les diverses périodes de la série hypnotique*. Si, chez un sujet en hémi-catalepsie, on place un aimant près du côté en catalepsie, on voit bientôt celui-ci passer à l'état léthargique, l'œil restant ouvert toutefois ; on peut de même produire le transfert des hallucinations ; modifier les phénomènes d'aphasie provoquée et instituer une série d'expériences qui confirment toutes la théorie des localisations cérébrales.

M. DUBOIS communique le résultat de ses recherches sur la *déshydratation des tissus* : il a constaté entre autres choses que dans le règne végétal, comme dans le règne animal, la deshydratation se faisait beaucoup plus vite chez les êtres morts que chez les êtres vivants.

G. GILLES DE LA TOURETTE.

(1) Thomas, *loc. cit.*, p. 144, écrit : « d'après ses observations l'exanthème de la Rötheln ne possède de ressemblance qu'avec celui de la rougeole, il n'a pas la plus petite parenté avec celui de la scarlatine normale. » Cette opinion vraie pour la plupart des cas paraît toutefois souffrir quelques exceptions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juillet 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit la lettre suivante que M. FAUVEL a adressée à M. le président de l'Académie : « Me trouvant dans l'impossibilité d'assister à la séance d'aujourd'hui, je vous adresse la présente lettre, avec prière d'en donner lecture à l'Académie, dès l'ouverture de la séance. A bout de forces, j'ai obtenu l'autorisation de quitter Paris pendant un mois pour aller me reposer des fatigues physiques et morales qui m'ont surmené dans ces derniers temps et ont gravement altéré ma santé. Je serai donc privé pendant un mois d'assister aux séances de l'Académie qui, je l'espère, me le pardonnera. Toutefois, au moment de partir, alors que les fausses nouvelles et les statistiques de fantaisie sont publiées par certains journaux ; alors que les microbes vont entrer en scène, je ne me sens pas la force de lutter contre tant d'adversaires qui ont plus de prise que moi sur le public ; j'aime mieux laisser le champ libre et attendre avec confiance que le résultat final soit venu me donner raison. Ma conviction première n'a pas été ébranlée, car les faits, jusqu'ici, viennent à l'appui de mes prévisions, et je tiens à le redire. Je persiste à croire que l'épidémie de Toulon, quel que soit le nom dont on l'a qualifie aujourd'hui, achèvera son cours à la manière d'une épidémie de choléra nostras, c'est-à-dire que, née à Toulon, elle s'y éteindra sans se prolonger en dehors de son foyer, de manière à devenir le point de départ d'une épidémie qui envahirait la France. J'ajoute qu'à mon avis les cas épars, plus ou moins cholérique, et plus ou moins nombreux, signalés à Marseille, s'y éteindront rapidement avec la fin des grandes chaleurs, sans avoir donné naissance à une véritable épidémie de choléra asiatique. Si, comme je le crois, ce pronostic se vérifie, j'estime que le public n'en demandera pas davantage, et se montrera très satisfait de ce résultat final prévu et annoncé envers et contre tous. Dans ce cas, tout est bien qui finit bien. »

Du choléra de Toulon. — M. ROCHARD vient communiquer à l'Académie les résultats qu'il a consignés à Toulon et à Marseille, depuis le départ de MM. Brouardel et Proust. Le choléra a continué sa marche et a pris en ville une plus grande extension. Le chiffre des décès s'est élevé à 17, 18 et même 20 par jour. La localisation par maisons et par quartiers s'est nettement prononcée. A l'heure actuelle, et depuis longtemps, tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'on se trouve en présence du choléra asiatique. M. Rochard avait été envoyé à Toulon par le ministre de la marine, pour prendre les mesures d'hygiène que les circonstances comportaient et pour suivre la marche de l'épidémie. A l'heure présente, nous comptons 140 cas et 29 décès, ce qui ne fait guère qu'un cas de mort sur 5. En ville, il y a eu 130 morts. En somme, 159 décès en 24 jours, pour une population de 50,000 âmes, malgré l'émigration. M. Rochard espère que les appréhensions de tous ne se réaliseront pas, et puise son espérance dans le petit nombre des décès et la bénignité de la plupart des cas ; il a surtout confiance dans les mesures qui ont été prises. Abordant le côté étiologique de l'épidémie actuelle, M. Rochard partage les idées que M. Brouardel a émises dans la précédente séance, c'est-à-dire qu'il est matériellement impossible de dire comment, dans quelles conditions, le choléra a été importé à Toulon. Et cependant, personne ne songe à nier un seul intant qu'il vienne des Indes. Toutes les fois que le choléra s'est montré dans la mer Rouge, il a fait successivement son apparition, en Egypte d'abord, en Europe ensuite. Il fallait donc l'empêcher de pénétrer en Egypte. L'inobservation des règlements en vigueur a causé tout le mal. Nous n'avons pas attendu l'épidémie actuelle pour produire nos protestations. La symptomatologie de l'épidémie de Toulon ne se révèle par aucun caractère exceptionnel. On ne peut méconnaître, toutefois, que cette épidémie ne se signale par la bénignité des cas. Il y a tout lieu d'espérer que cette bénignité persistera. Quant à la propagation de la maladie, c'est en s'adressant aux mesures hygiéniques qu'on parviendra à l'éviter. En terminant,

© BIU Santé

M. Brochard s'élève contre la pratique des fumigations, dirigées dans les gares, contre les voyageurs.

M. Feréol pense que dans les conditions actuelles, il est imprudent de permettre, à Paris, une agglomération d'individus à l'occasion de la fête du 14 Juillet, et croit utile de provoquer un vœu d'opposition contre l'autorisation de cette fête. Après une discussion échangée sur ce sujet entre MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz, Lunier, H. Guéneau de Mussy, Hardy et Ernest Besnier, l'Académie adopte la proposition de M. Ernest Besnier. Cette proposition est ainsi rédigée : « L'Académie déclare que, dans les circonstances présentes, il serait éminemment dangereux de créer une agglomération considérable de population, et que la célébration de la fête du 14 Juillet réaliserait ce danger. »

M. Mesnet fait une intéressante communication sur la valeur séméiolique des manifestations abdominales dans le cours des épidémies cholériques ; sur les troubles du système nerveux de la vie organique, comparés aux troubles du système nerveux de la vie de relation, dans la période algide, et dans la période de réaction du choléra.

Election d'un membre correspondant national, dans la 4e division. — Sont présentés : en première lihne, M. Périer (de Bordeaux) ; en seconde ligne, MM. Crié (de Rennes) et Lotard (de Lille). Votants : 59. Majorité : 30. Au premier tour de scrutin, M. Périer est élu par 52 voix contre 3 données à M. Lotard et 2 à M. Crié. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 juillet 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Martineau présente à la Société une *goudronnière* préférable à celle de Saxe.

Elle est constituée par une boîte rectangulaire contenant un cylindre muni d'ailes. Celui-ci est placé au milieu de la boîte et tourne sur son axe au moyen d'un mouvement d'horlogerie. La boîte est à moitié remplie de goudron, qui est continuellement battu par les ailes du cylindre. L'appareil peut marcher pendant vingt-quatre heures sans être remonté. Il est très solide et d'un prix relativement peu élevé, 25 à 30 francs.

M. E. Labbé, au nom de M. Joulie, pharmacien en chef de la maison de santé, demande aux membres de la Société de bien vouloir expérimenter le *chloroforme dans les maladies infectieuses*, pour son compte il n'a qu'à se louer des bons résultats qu'il a obtenu en l'administrant dans la fièvre typhoïde en injections sous-cutanées et en potion à la dose de 1 gramme ; c'est un antiseptique et un calmant.

M. Labbée. — Il n'est pas démontré que le chloroforme soit un antiseptique.

M. Blondeau fait remarquer qu'une potion contenant du chloroforme en nature est très désagréable à prendre et qu'il peut en résulter des accidents, qu'il est bien plus facile à administrer sous forme d'eau chloroformée, qui possède encore l'avantage d'avoir un parfum des plus agréables.

M. Vigier partage l'avis de M. Blondeau et emploie l'eau chloroformée comme véhicule, à la dose de 30 à 50 gr., dans une potion et comme gargarisme. « Elle est d'ailleurs, dit-il, facile à préparer. Il suffit de verser une petite quantité de chloroforme dans un litre d'eau distillée (100 gr. d'eau distillée dissolvent à peu près 0,90 centigr. de chloroforme), agiter fortement, laisser reposer, puis décanter. Quant aux propriétés antiseptiques du chloroforme elles ont été bien mises en lumière par Miquel, dans son étude sur les antiseptiques. »

M. Catillon fait observer que Lasègue recommandait de laisser un excès de chloroforme dans l'eau chloroformée.

M. Dujardin-Beaumetz offre la thèse d'un de ses élèves, M. Guy, sur l'hamamelis virginica, où il est démontré que cette substance n'a aucune action sur la circulation des animaux bien portants. Il présente ensuite un appareil pour les inhalations d'oxygène. Il est constitué par un simple récipient métallique contenant environ 8 litres d'oxygène sous la pression de 8 atmosphères. Ce récipient communique avec un tube en caoutchouc qui, par son autre extrémité, peut s'adapter sur la bouche ou être introduit dans les narines. Ce gazomètre est actuellement employé à Toulon par M. Cunéo dans le traitement de la forme algide du choléra. Dans ce cas, l'action de l'oxygène sur le sang est analogue à celle étudiée par M. Constantin Paul, dans l'asphyxie en général, mais les inhalations ne doivent pas être continuer autrement, l'oxygène deviendrait toxique ; il faut faire respirer alternativement de l'oxygène et de l'air atmosphérique.

M. Huchard propose à la Société de protester énergiquement contre les fêtes du 14 juillet, à l'exemple de la Société d'hygiène et de l'académie de médecine.

M. Blondeau, au nom de la Société, remercie M. Huchard de cette proposition acclamée par tous les membres. En conséquence, la Société de thérapeutique, bien que n'ayant pas été consultée sur les moyens à prendre pour éviter le fléau, croit de son devoir d'émettre l'avis que l'agglomération d'individus provoquée par la fête du 14 juillet, avec les écarts de régime qu'elle amène, constitue un réel danger pour la population parisienne dans les circonstances actuelles, même en l'absence de toute épidémie cholérique.

M. Dujardin-Beaumetz informe la Société qu'il a été chargé de choisir le procédé de désinfection des voyageers et des bagages aux gares d'arrivée, et qu'il s'est arrêté aux pulvérisations avec de l'eau contenant 20 0[0 d'acide borique additionnée de 1 0[0 d'acide thymique, parce que l'acide borique, produit éminemment français, est le seul désinfectant puissant qui ne présente pas d'inconvénients.

M. Blondeau lit un mémoire de M. Bouley sur le traitement des diverses formes du choléra.

G. Gilles de la Tourette.

REVUE D'HYDROLOGIE

XII. Constitution médicale de Cannes pendant l'année 1880-1881 ; par M. le Dr Bernard.
XIII. Luchon, son avenir ; par M. le Dr Garrigou, 1880.
XIV. Action physiologique des bains de mer ; par M. le Dr Calvet, 1883.

XI. Nos lecteurs consulteront avec intérêt les lettres de M. Bernard sur la constitution médicale de Cannes pendant le quatrième trimestre de 1880 et les trois premiers trimestres de 1881. Les causes de mortalité parmi les gens du pays sont les mêmes que partout ailleurs : fièvre typhoïde, pneumonie, pleurésie, diphthérie, etc. ; cependant, il faut avouer qu'on meurt peu dans ce ravissant pays par le fait des maladies aiguës. Le gros contingent de la léthalité est fourni par les affections chroniques, la phthisie pulmonaire notamment ; ce sont alors les personnes venues pour passer l'hiver à Cannes qui remplissent les registres des décès. Parmi les étrangers, il y eut, pendant le quatrième trimestre de 1880, 17 morts pour tuberculisations diverses, 36 durant le premier trimestre de 1881, 15 dans le deuxième trimestre et 17 pendant les mois de juillet, août, septembre de la même année. Au total, 85 malades ont succombé de tubercules. C'est peu si on se reporte au chiffre de phtisiques qui viennent demander chaque hiver à Cannes, un terme à leurs maux.

XII. « Luchon si beau, Luchon si bienfaisant par ses puissantes ressources hydro-minérales, Luchon exploité depuis plus de trente ans d'une façon peu intelligente et égoïste, semblait voué à un avenir désastreux. » Tel est le début pompeux d'une petite brochure de 7 à 8 pages, de M. le Dr Garrigou. Tous les ans, il est vrai, des milliers de touristes et de malades visitent notre belle hydropole des Pyrénées, si bien que le Casino est maintenant trop petit et qu'on parle d'en construire un autre. La réputation de Luchon n'est donc plus à faire, et fort heureusement, car des réclames semblables à celle-là nuisent plus qu'elles ne profitent.

XIII. On ne saurait trop s'appesantir sur les indications et les contre-indications des bains de mer, sur leur action

© BIU Santé

physiologique, sur leur maniement, sur leurs applications diverses, car cette médication constitue la majeure partie de la thérapeutique hydriatique chez l'enfant. La scrofule, le rachitisme, l'anémie ne sont-ils pas en effet le triste apanage de la jeunesse de nos grandes villes et même de nos campagnes? Dans ses remarquables leçons, M. J. Lémon a insisté avec raison sur l'importance de la cure maritime. Aujourd'hui, M. Calvet revient avec non moins d'insistance sur ce délicat sujet.

L'air de la mer est, dit-il, fortifiant, reconstituant au plus haut point. Le bain de mer froid est stimulant, le tiède est sédatif, le chaud est déprimant. Avec les affusions froides, on obtient les effets stimulants et excitants du bain froid; avec l'affusion tiède, des effets sédatifs. L'eau de mer en boisson purge rarement; mais, par contre, en augmentant la sécrétion de la salive et du suc gastrique, elle favorise la digestion des aliments amylacés.

Là ne s'arrête pas la thérapeutique maritime. M. Calvet a retiré d'excellents résultats des injections sous-cutanées d'eau de mer dons la maladie de Bright. Jamais, il est vrai, il n'a vu l'albumine disparaître complètement des urines, mais, à la suite de plusieurs injections, elle a diminué dans de notables proportions. Certaines adénopathies rebelles, chez des enfants lymphatiques, se sont amendées sous cette influence. Malheureusement, dans ces deux affections si disparates, les faits de M. Calvet sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse conseiller cette méthode avec certitude de succès.

Cependant, il est une donnée qu'il est bon de retenir : c'est que l'eau de mer filtrée ne produit aucune douleur en injection sous-cutanée; qu'on ne voit qu'exceptionnellement des abcès, des phlegmons survenir à la suite des injections hypodermiques. C'est assurément fort peu encourageant pour les expériences futures. J. Cornillon.

BIBLIOGRAPHIE

Die Medicin in Wien wæhrend der Letzen 100 Jahre; par le Dr Th. Puschman, professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Vienne. Vienne 1884, Moritz Perles, in-8 de 327 p. avec 1 plan.

Il serait à souhaiter qu'à chaque fête universitaire, une personne compétente suivit l'exemple du Dr Puschmann qui, à l'occasion d'un jubilé, nous donne aujourd'hui l'histoire des progrès accomplis par la médecine viennoise pendant les cent années qui viennent de s'écouler. Si cet exemple avait, depuis plusieurs siècles, été mis en pratique, combien de précieux documents auraient été conservés.

M. le Dr Puschmann a entrepris une lourde tâche : c'est presque toute l'histoire de l'école de Vienne qu'il veut présenter à ses lecteurs, et dans un siècle où la médecine a fait tant de progrès, a tant créé pour détruire et détruit pour édifier de nouvelles théories, il était difficile de louvoyer au milieu de toutes les opinions sans se laisser séduire outre mesure ou choquer d'une façon exagérée.

M. Puschmann a divisé son œuvre en quatre parties : dans la première, l'une des plus intéressantes, il nous montre l'illustre Van Swieten se rendant à Vienne en 1645, appelé par Marie-Thérèse. Nommé directeur de la Faculté de médecine, il réorganise bientôt l'enseignement, et imbu des leçons de son illustre maître, Boerhaave, dirige les études médicales dans le sens de la clinique, jusque-là trop négligée. Il ouvre à tous la Bibliothèque impériale, s'entoure de savants tels que Storck, Cruntz, et assiste à la découverte d'Avenbrugger, qu'il était donné à Corvisart de mettre en pleine lumière cinquante ans plus tard.

Nous passons sur l'époque de Joseph II, la fondation du Grand Hôpital de Vienne, l'un des plus beaux du monde, la création de nouvelles chaires et d'un Institut anatomo-pathologique, sur le rôle joué par Franck dans toutes ses créations, pour arriver avec M. Puschmann à une période plus moderne. L'auteur a su apprécier la médecine française à sa juste valeur, à l'inverse de beaucoup d'historiens médicaux d'outre-Rhin. Il rend pleine justice à l'influence française pendant la première moitié du XIXe siècle : à Vienne plus qu'ailleurs les travaux de Bichat, Laënnec, Cruveilhier, Bouillaud ont été appréciés. M. Puschmann ne peut s'empêcher, du reste, en parlant de la nouvelle Ecole de Vienne, de faire des rapprochements entre cette Ecole et celle de Paris; il voit, lui, bien des analogies, qui sont le résultat d'une même tradition originelle. Est-ce que nous n'avons pas également profité des travaux de Skoda, de Rokitansky : tout le monde médical en France connaît Billroth, et les dermatologistes français rivalisent avec ceux de Vienne.

M. Puschmann a écrit un bon livre, qui sera certainement très apprécié en Autriche, et qui, en France, trouvera un accueil des meilleurs, qu'on ne saurait refuser à la grande érudition et à la parfaite courtoisie de son auteur.

G. Gilles de la Tourette.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Instruction concernant les précautions à prendre en temps de choléra.

En temps de choléra, les règles hygiéniques recommandées habituellement doivent être rigoureusement observées. C'est en prenant au début les précautions les plus rigoureuses qu'on peut empêcher les épidémies locales de devenir graves ou de s'étendre. Ces mesures sont de deux ordres; elles ont trait à l'hygiène de chacun, ou bien, elles concernent l'hygiène publique.

HYGIÈNE INDIVIDUELLE

1° *Précautions à prendre à l'état de santé.* — Même dans les grandes épidémies, les personnes atteintes ne sont qu'une très rare exception et la maladie guérit souvent. Ceux qui ont peur résistent moins que les autres; il faut donc s'efforcer de conserver le calme de l'esprit.

Surveillance au point de vue des fatigues; des refroidissements; des eaux; des alcools; des boissons glacées.

On évitera les fatigues exagérées, les excès de travail et de plaisir, les veilles prolongées, les bains froids et de trop longue durée; en un mot, toutes les causes d'épuisement. Le refroidissement du corps, surtout pendant le sommeil par les fenêtres ouvertes, les vêtements trop légers le soir après une journée très chaude, l'ingestion de grandes quantités d'eau froide, sont particulièrement dangereux en temps de choléra. L'usage d'une eau de mauvaise qualité est une des causes les plus communes du choléra. L'eau des puits, des rivières, des petits cours d'eau, est souvent souillée par les infiltrations du sol, des latrines, des égouts, par les résidus de fabriques. Quand on n'est pas sûr de la bonne qualité de l'eau servant aux boissons ou à la cuisine, il est prudent d'en faire bouillir chaque jour plusieurs litres pour la consommation du lendemain, l'ébullition donnant une sécurité complète. On peut encore faire infuser dans l'eau bouillante une petite quantité de thé, de houblon, de centaurée, de plantes amères ou aromatiques, et boire ces infusions mélangées au vin. La boisson suivante, qui a le très grand avantage d'étancher la soif sans qu'il soit nécessaire d'en boire de très grandes quantités, doit être recommandée :

Rhum	40 grammes.
Teinture alcoolique de gentiane. . .	4 —
Eau fraîche.	1 litre.

Nous devons aussi recommander la filtration au charbon. Les eaux minérales *naturelles* dites « eaux de table » rendent dans ces cas de grands services. Il doit être interdit aux boulangers de fabriquer le pain avec l'eau de puits placés dans les cours des maisons, lorsque le voisinage des fosses des latrines et des fumiers souille fréquemment cette eau. Il faut même renoncer complètement à se servir de ces puits en temps de choléra. Il n'y a aucun inconvénient à faire un usage modéré de fruits bien mûrs et de bonne qualité; on doit toujours les peler et, mieux encore, les manger cuits. Cette recommandation s'applique surtout aux légumes; autant que possible, il faut les faire cuire : les salades, les radis, les produits maraîchers, pourraient à la rigueur retenir quelques germes dangereux répandus à la surface du sol.

On doit éviter tout écart de régime et toute indigestion. Dans toutes les épidémies de choléra, on a reconnu que les excès de boissons et l'intempérance favorisaient au plus haut point les attaques de la maladie. Certaines personnes croient se préserver du choléra en buvant une quantité inaccoutumée d'eau-de-vie et de liqueurs alcooliques : rien n'est plus dangereux; l'abstention complète vaudrait encore mieux que le plus léger excès. Les glaces et

© BIU Santé

les boissons glacées prises rapidement en pleine digestion ou le corps étant en sueur, peuvent déterminer en tout temps des indispositions ayant quelque ressemblance avec le choléra : il faut donc en faire un usage très réservé en temps d'épidémie.

2° *Précautions à prendre en cas de maladie.*

Influence d'un trouble digestif. — Des personnes qui doivent donner des soins aux cholériques. — Transmission du choléra. — De la désinfection : vases, linges, vêtements, planchers, literies, matelas ; étuves ; cabinets d'aisances ; tuyaux d'évier ; siphons ; ordures ménagères.

— Le moindre trouble digestif peut être le prélude d'une attaque de choléra ; il ne faut jamais le négliger, et l'on doit appeler immédiatement le médecin. Une attaque peut être prévenue ou arrêtée par un traitement rapide. Les gardes des infirmiers ou de toutes personnes attachées au service des cholériques ne dépasseront pas douze heures. Ils auront double ration de vin et, pendant la nuit, du café. Tous les jours, après la visite du matin, le médecin se fera rendre compte de l'état de santé de ces infirmiers et prescrira, lorsqu'il y aura lieu, des repos et des suspensions de fonctions. C'est le plus souvent par les matières de vomissement et les selles que le choléra se propage ; ces matières ne sont pas beaucoup moins dangereuses dans les attaques les plus légères que dans les cas les plus graves. Il faut donc les désinfecter et les faire disparaître le plus tôt possible de la chambre des malades. On peut empoisonner toutes les latrines d'une maison en y jetant ces matières non désinfectées. Les désinfectants recommandés sont en première ligne le sulfate de cuivre et, à son défaut, le chlorure de chaux et le chlorure de zinc (1). L'acide phénique et le sulfate de fer sont insuffisants. Il faut d'abord mêler à chaque selle ou à chaque litre de matières liquides : Ou bien un grand verre de la solution suivante de couleur bleue : Sulfate de cuivre du commerce ou couperose bleue, 50 grammes. Eau simple, 1 litre. Ou bien une petite tasse à café de chlorure de chaux en poudre (environ 80 gr.). Ou bien du chlorure de zinc au centième. Il est préférable de déposer par avance le désinfectant au fond du vase destiné à recevoir les déjections. Les linges de corps ou de literie souillés par les déjections doivent être plongés, avant de sortir de la chambre, dans un baquet contenant 20 litres d'eau auxquels on mêlera : Ou bien 4 litres de la liqueur bleue ; Ou bien deux tasses à café (150 à 200 grammes) de chlorure de chaux sec qu'on noue dans un sac en toile. On les retirera du baquet, en les tordant, au bout d'une demi-heure d'immersion dans ce liquide, qu'il suffit de renouveler tous les jours. Mais il faut remettre le linge, humide encore, au blanchisseur, qui le rincera immédiatement dans l'eau bouillante avant de le soumettre à la lessive commune. Les pièces de vêtement susceptibles d'être lavées sont soumises au même traitement. Les pièces en drap et en tissus de laine seront envoyées, avec la literie, à l'étuve dont il sera parlé plus loin. On peut toutefois les désinfecter au soufre, de la manière suivante : on les suspend dans un cabinet vide dont toutes les ouvertures sont bien closes, on asperge le sol avec un peu d'eau, pour rendre l'air humide, et l'on y fait brûler 30 grammes de fleur de soufre par mètre cube de l'espace ; le soufre sera placé dans une terrine, reposant elle-même au fond d'une cuvette à demi remplie de sable humide ; on se retirera rapidement après avoir allumé le soufre ; le cabinet ne sera ouvert qu'au bout de vingt-quatre heures.

Quand les vêtements sont profondément souillés et de peu de valeur, il est préférable de les brûler. Les taches ou les souillures sur les planchers, les tapis, devront immédiatement être lavées à l'aide d'un chiffon, soit avec la solution bleue de couperose, soit avec un lait de chlorure de chaux obtenu en mêlant une cuillerée de chlorure sec à un litre d'eau. Le chiffon sera ensuite brûlé. Autant que possible, les literies occupées par les malades devront être garnies de larges feuilles de papier goudronné ou de journaux pour prévenir la souillure des matelas. Ces papiers seront détruits par le feu. Les matelas tachés et souillés devront être humectés, à l'aide d'un chiffon ou d'un tampon d'ouate, avec la solution bleue étendue de cinq fois son volume d'eau, ou avec la solution de chlorure de chaux (une cuillerée à café de chlorure sec par litre d'eau). Ces matelas pourront dès lors être enlevés sans danger par des voitures spéciales et désinfectés dans des étuves, soit par la vapeur, soit par l'air chauffé à plus de 110 degrés environ (2). En l'absence d'appareils ou d'établissements aménagés à cet effet les matelas devront être étalés sur des chaises dans une chambre close et exposés pendant vingt-quatre heures aux vapeurs résultant de la combustion de 30 grammes au moins de soufre par mètre cube du local (soit un kilogramme de soufre (1) pour une chambre longue de 4 mètres, large de 3 mètres, haute de 3 mètres). Deux fois par jour, dans les maisons où s'est produit un cas de choléra, on versera dans la cuvette des cabinets deux litres de la liqueur bleue, ou deux tasses à café de chlorure de chaux sec délayé dans deux litres d'eau. Une tasse à café de la liqueur bleue ou de chlorure de zinc liquide à 45 degrés devra être versée chaque soir dans les tuyaux d'évier, les plombs, les conduites des eaux ménagères. Partout où il sera possible, on établira sur le trajet des tuyaux de chute des siphons ou tubes en plomb ou en grès recourbés en U, afin d'empêcher le reflux des gaz de l'égout dans l'intérieur des maisons. Les ordures ménagères et les rebuts de cuisines devront être gardés dans une caisse bien fermée, à couvercle ; chaque jour on répandra à leur surface, soit un demi-verre de solution de couperose bleue, soit une ou deux cuillerées de chlorure de chaux en poudre. Ces débris seront descendus chaque soir dans une caisse métallique bien close, établie par le propriétaire dans la cour de chaque maison ; on en saupoudrera la surface avec du chlorure de chaux avant la nuit. Chaque matin, cette caisse serait vidée dans les charrettes publiques par les soins des employés de la voirie, qui déposeraient une certaine quantité de chlorure de chaux au fond de la caisse vide pour la désinfecter.

(1) Le sulfate de cuivre en cristaux, ou couperose bleue, coûte moins de 1 franc ; le chlorure de chaux sec, environ 60 centimes, et le chlorure de zinc liquide à 45 degrés, au-dessous de 1 franc le kilogramme.

(2) Les municipalités pourraient facilement improviser des étuves en cas de besoin, en établissant des poêles de fonte, qu'on chaufferait au rouge dans des locaux loués à cet effet sur divers points des villes. Il suffira d'y disposer des claies et des porte-manteaux pour y suspendre les les objets suspects ; les poêles pourraient être alimentés du dehors et une vitre scellée dans la muraille permettrait la surveillance.

(1) Le soufre en fleur coûte environ 50 centimes le kilog.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Mesures contre les agglomérations d'hommes ; contre les accumulations d'immondices ; contre la stagnation dans les égouts ; contre les vidanges. — De la déclaration obligatoire. — Du transport des cholériques. — Désinfection de l'appartement infecté. — Utilité des ambulances spéciales. — Surveillance des maisons ; des lavoirs. — Distribution gratuite des matières désinfectantes. — Des voitures.

En temps de choléra, il faut éviter toutes les grandes agglomérations d'hommes sur un même point ; ces réunions et ces foules deviennent facilement un foyer de propagation de l'épidémie ; les foires, les courses de chevaux, etc., doivent autant que possible être ajournées. L'accumulation des immondices, fumiers, résidus industriels en décomposition dans les cours et au voisinage immédiat des maisons, doit être sévèrement prohibée. Ces amas en décomposition ne seront toutefois remués et enlevés qu'après avoir été arrosés avec une des solutions désinfectantes citées plus haut. On arrosera avec le même liquide l'emplacement devenu libre. Il faut plus que jamais empêcher la stagnation des matières dans les égouts, surtout au-dessous des bouches ouvrant sur la rue. Le lavage de ces bouches pourrait être fait avec un mélange désinfectant. En temps d'épidémie de choléra, les opérations de vidange ne devraient être autorisées qu'à l'aide de tonneaux hermétiques, actionnés par la vapeur et brûlant les gaz sous les chaudières. Après chaque opération, le radier et les murs de la fosse doivent être désinfectés. Il faut qu'en temps d'épidémie toutes les fosses fixes soient surveillées et désinfectées par les soins de l'Administration.

La déclaration immédiate à l'Administration municipale de tout cas de choléra survenu dans la maison doit être obligatoire. Dans des circonstances aussi exceptionnelles, les maires doivent user des droits que l'art. 3 du titre 10 de la loi des 16-24 août 1790 et la loi du 5 avril 1884 leur confèrent en cas d'épidémies et de fléaux calamiteux. Cette déclaration doit être faite à la mairie, avant l'expiration des vingt-quatre heures, par les soins et sous la responsabilité des personnes qui entourent le malade. Lorsqu'un cas survient dans un hôtel ou un logement garni, la déclaration doit être faite immédiatement au commissaire de police ou à la mairie. Les malades ne doivent pas séjourner, même vingt-quatre heures, dans cet hôtel ou garni ; ils seront transportés d'urgence soit dans un hôpital spécial, soit dans une maison de santé affectée exclusivement à cet usage d'après convention passée entre le gérant et l'autorité locale ; toutefois, les malades auront le droit de se faire transporter dans un appartement loué par eux, pourvu qu'il soit possible de les isoler ainsi sans danger pour les voisins. La chambre occupée momentanément par un cholérique ne pourra être livrée à un nouveau voyageur ou locataire qu'après désinfection complète par la combustion de 30 grammes de soufre par mètre cube. Quand plusieurs personnes occupent une même chambre et que l'une d'elles contracte le choléra, c'est faire courir le plus grand danger aux membres de la famille encore bien portants, et particulièrement aux enfants, que de vouloir traiter le malade dans la chambre commune. Il faut le faire transporter immédiatement

© BIU Santé

dans un hôpital ou ambulance spéciale où les chances de guérir sont plus grandes que dans un logement encombré, où tout manque pour des soins immédiats et incessants. Dans toute maison où survient un cas cholérique, une inspection rapide doit être faite par un délégué de l'Administration municipale, d'abord pour constater la réalité de la maladie, puis pour s'assurer que toutes les mesures de désinfection ont été prises et qu'elles sont suffisantes. Quand les garanties d'exécution et de sécurité ne seront pas complètes, les opérations de désinfection devront être faites par les soins de l'Administration. Il sera nécessaire d'assurer pendant vingt-quatre heures un abri aux habitants du logement, pour procéder à une purification sérieuse.

Les lavoirs publics doivent être l'objet d'une surveillance particulière afin que le linge souillé par les cholériques ne soit pas lavé en commun. Ce linge doit, d'ailleurs, avant d'être livré aux blanchisseuses, être désinfecté, comme il a été dit plus haut. Chaque poste de police doit renfermer un dépôt de matières désinfectantes par paquets ou flacons dosés d'une manière uniforme, et munis d'une étiquette imprimée indiquant très exactement la manière de s'en servir (fleur de soufre, chlorure de chaux sec, sulfate de cuivre pulvérisé, chlorure de zinc liquide à 45°). Ces substances seront délivrées gratuitement aux personnes qui en feront la demande, sur un bon du médecin ou d'un délégué de l'Administration municipale. Il faut se précautionner d'un nombre suffisant de voitures spéciales exclusivement affectées au transport des cholériques. Elles doivent être désinfectées chaque jour; il en sera de même de celles qui, venant prendre à domicile le matériel contaminé, doivent le rendre plus tard purifié. Enfin, il faut préparer immédiatement des ambulances de secours, des chambres d'urgence bien isolées dans les hôpitaux généraux, des hôpitaux ou baraques affectés spécialement aux cholériques.

A. Proust, *rapporteur*.

Adopté par le Comité consultatif d'hygiène publique, dans sa séance du 2 juillet 1884.

Le président : P. Brouardel.

Le secrétaire : Dr Vallin.

CORRESPONDANCE

Le choléra à Toulon.

Toulon (Saint-Mandrier), 9 juillet 1884.

Monsieur et cher Directeur,

Vous me demandez quelques impressions médicales sur les faits pathologiques dont nous sommes témoins à l'hôpital de Saint-Mandrier. Mon embarras est extrême, je vous l'avoue. Ce qu'il importe, en effet, aux lecteurs d'un journal qui s'intitule à si juste titre *Progrès médical*, c'est de trouver dans leur recueil des documents intéressants par leur nouveauté. Or, je le déclare tout d'abord, rien n'est nouveau dans ce que nous avons observé, dans ce que nous observons pour le moment.

Je me trompe, une chose est nouvelle : c'est l'obscurité de l'étiologie de l'épidémie actuelle. Voici la première fois que le choléra entre en Europe par *Toulon*. Jamais, dans les épidémies antérieures, pareille chose ne s'était vue. — On sait bien, par exemple, que le fléau asiatique, parvenu à Paris en 1832 par le trajet classique, n'arriva à Marseille, et par suite à Toulon, que d'une manière récurrente, en 1835, par l'Espagne (Barcelone), c'est-à-dire trois ans après l'invasion du typhus asiatique à Paris. Nul n'ignore qu'en 1849-1854, Toulon ne fut visité que *viâ* Paris-Marseille. Et l'invasion méditerranéenne cette fois, et non plus terrestre (*viâ* Russie-Allemagne, etc.), de 1865, avec la *Stella* et ses pèlerins algériens débarquant à Marseille, est dans toutes les mémoires.

Cette fois c'est donc Toulon qui devient « la fissure » suivant le terme expressif adopté par M. Rochard, par laquelle, a pénétré dans ses murs pour rayonner, ensuite, suivant l'itinéraire de 1865, le choléra indien. De nouveau nous allons voir Marseille envahi par nous, envahir sur la ligne PLM; de nouveau nous allons constater l'étonnante immunité de la ville de Lyon, et par suite la consécration de la loi géologique, corollaire inverse des lois de Pettenkoffer qui confère l'invulnérabilité aux sols granitiques; de nouveau nous allons constater la bénignité du fléau à Paris, déjà affirmé par l'avortement de l'épidémie de 1873 (*viâ* Hambourg. Le Havre. Dr Lecadre.)

Mais cette fissure où est elle ? nous, médecins de la marine, nous n'avons pas un instant hésité dès le 20 juin, dès la mort du capitaine de vaisseau Duroch, dès la mort du jeune Serres (élève du Lycée) à reconnaître le choléra indien. Les hésitations de MM. Brouardel et Proust nous avaient quelque peu étonnés. Nous ne pouvions nous tromper, familiarisés que nous sommes, de longue date, à rencontrer un peu partout le cholréa surtout à Saïgon, dans notre jugement. Mais, encore une fois, où est la fissure ! Comment s'est opérée la rupture de ban de l'ennemi? Le saura-t-on jamais?

La *Sarthe*? les sacs de riz de la *Sarthe* jetés par la *Moselle* en rade de Rochefort? les sacs des décédés ouverts à la division?... le *Shamrock*?... tout cela est bien maigre et bien subtil. Un germe comme le germe-x du choléra peut bien s'introduire d'une manière inattendue, imprévue, par son infinitésimalité même. Une réflexion me frappe, à ce sujet : J'ai reçu à diverses reprises des sujets de la Cochinchine, dans des caisses d'emballage et j'ai chez moi, aujourd'hui, dans mon domicile, des *cancrelats* de Cochinchine, sortes de grosses blattes qui volent et nous incommodent. Pourquoi le bacille (si bacille il y a) ne serait-il pas venu, lui, le microscopique, par une voie semblable chez quelqu'un de nous.

On ne sait pas au juste où eurent lieu les premiers cas. — Ce que l'on sait, c'est que la maladie asiatique a frappé deci delà, restants ou émigrants, et que Toulon fut, dès le 23 juin, un vaste foyer de répullulation.

La maladie est donc bien établie, malheureusement; malgré M. Fauvel qui affirmait qu'elle devait frapper un grand coup dès les premiers jours, nous savons que le grand coup va avoir lieu dans 5 ou 6 jours — un mois environ après les premiers cas. — Déjà, dans nos hôpitaux, dans le nôtre à St-Mandrier, les cas se pressent et sont d'une gravité croissante. Nous touchons à l'acmé, nous finissons les échelons ascendants de la courbe de la marche du fléau. Vers le 15 nous serons donc au fastigum, au faite; pendant 8 jours nous nous y maintiendrons, puis vers le 22 ou 24 commencera la défervescence.

Que vous dirai-je comme symptomatologie. Le choléra est, lui aussi un Protée. J'ai des malades qui ont eu 3 selles, des crampes et ont guéri en 20 heures. J'en ai d'autres qui, pris le matin, sans vomissements, presque sans selles, sans crampes, ont succombé à midi, à peine froids, non cyanosés, comme terrassés par une décharge d'induction sur les pneumo-gastriques. D'autres furent classiques, spasmodiques d'abord, puis phlegmorrhagiques suivant l'énergique expression de Briquet, puis asphyxiques par ultrà; perte liquide; quelques-uns de ceux-ci ont pu réagir, mais à la réaction ont succombé à des méningo-encéphalites aiguës.

... Rien n'est nouveau ; tout a été décrit... la clinique de nos aînées reste admirable de précision, de clarté.

Comme anatomie pathologique macroscopique, nos amis nous ont déjà montré ce que nous voyons aujourd'hui. La parole est au microscope; à l'histochimie... à MM. Strauss, Roux, etc., aux spécialistes de ce genre d'études. Comme nature du mal : *zogela*, *urocystis*, *occulta*; bacille virgule, vibrioniens, etc., c'est encore à des spécialistes — et nous voyons avec quel courage ils travaillent — que la parole est donnée. Comme thérapeutique, la parole est à nous! or que faisons-nous? Je n'ose rien affirmer. — Les cas de choléra seraient-ils un billet de loterie? Il en est, sous mes yeux qui n'ont bu que de la glace et qui ont guéri. — J'ai fait inhaler, trop parcimonieusement peut-être, avec le Dr Troncin, de l'Oxygène a des asphyxiques et ils ont paru un instant vouloir revivre. — J'ai certainement arrêté, je dois cet hommage à la vérité, des attaques (période de diarrhée et vomissement tout à fait au début) en collodionnant largement le ventre, chez quelques-uns. Je crois avoir dans la même période, du *début*, obtenu de bons effets des piqûres de morphine répétées à dose de un demi-centigramme. Mais les cas graves; les cas où en une heure, le sujet tombe dans la respiration costale, où son diaphragme semble contracturé; où tout son thorax est marbré; quand dès les premières heures les ailes du nez s'affaissent à l'inspiration, ces cas-là, qui les guérira et comment?...

Telles sont, Monsieur et cher directeur, mes premières impressions. Vous en excuserez le décousu. Nous rassemblons

© BIU Santé

des matériaux, nous ramassons des pierres, pourrons-nous construire quelque édifice sérieux sur elles.. nous nous y efforcerons.

Dr Félix Thomas

Médecin en chef de la marine.

VARIA

Le choléra.

Il est très difficile d'établir une statistique exacte de la mortalité par le choléra à Toulon et Marseille, les dépêches reçues ne donnent, en effet, jamais la mortalité de minuit à minuit.

M. Koch a été reçu à Toulon par MM. Strauss et Roux qui se sont mis à sa disposition. Nous ne serions trop en cette circonstance féliciter nos deux compatriotes dont la conduite contraste avec la rigidité et la correction trop administrative de M. le professeur Rochard qui, en cette circonstance, s'il s'est montré tout-à-fait marin, nous semble avoir oublié qu'il était médecin et homme de science.

Toulon et banlieue : 4 juillet, 14 décès ; — 5 juillet, 13 ; — 6 juillet, 16 ; — 7 juillet, 25 ; — 8 juillet, 12.

Marseille : 4 juillet, 6 décès ; — 5 juillet, 11 ; — 6 juillet, 26 ; — 7 juillet, 3.

Aix : 5 juillet, 1 décès ; — 8 juillet, 3.

Le docteur Koch vient de se rendre de Toulon à Marseille.

M. le Dr Borel, médecin de 1re classe de la marine, a succombé du *choléra* à Toulon.

On signale un cas de choléra à Nimes. Le cas de Vérone et celui de Constance (Allemagne), sont officiellement démentis. On aurait constaté 3 cas au lieu de 2 à Saluces (Italie).

A la commission de salubrité de Toulon, M. Koch a émis l'avis que le choléra avait dû être apporté par un homme ou par des objets contaminés et restés humides. Pour lui, l'eau est le grand véhicule du microbe ; celui-ci vit dans l'eau et ne renait pas après le dessèchement.

Le gouvernement italien a établi un cordon sanitaire à la frontière Suisse. Une quarantaine sévère est établie en Sardaigne et en Sicile pour toutes lee provenances d'Italie.

Arrêtés prescrivant des mesures préventives contre le choléra.

Nous, Préfet de police, Vu la loi des 16-24 août 1790, et l'arrêté des Consuls du 12 messidor an VIII. Arrêtons :

Article premier. — Tous les voyageurs et leurs bagages provenant des régions où le choléra aura été officiellement constaté subiront, dans les gares, avant d'entrer à Paris, des mesures de désinfection.

Art. 2. — Les commissaires spéciaux des chemins de fer et le chef de la police municipale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 2 juillet 1884. *Le Préfet de police.*

E. Camescasse.

Nous, Préfet de police. Vu la loi des 16-24 août 1790 et les arrêtés des Consuls du 12 messidor an VIII et du 3 brumaire an IX. Arrêtons :

Aritcle premier. — La mise en vente, à Paris et dans le département de la Seine, de fruits et légumes provenant des départements du Var et des Bouches-du-Rhône est, jusqu'à nouvel ordre, interdite.

Art. 2. — Les commissaires de police, le chef de la police municipale et les inspecteurs principaux des pavillons de gros des Halles centrales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 juillet 1884. *Le Préfet de police,*

E. Camescasse.

Il nous semble y avoir un certain trouble moral dans les régions administratives, au sujet du choléra. Certaines mesures, les unes préjudiciables, sans motif sérieux, au commerce, les autres nuisibles aux individus, sont prises à la légère. C'est ainsi que des entraves sont apportées à l'expédition des marchandises de Marseille. (Les citrons eux-mêmes n'échappent pas à cet ostracisme.) C'est ainsi que l'on soumet à la gare de Lyon, les voyageurs arrivant de Toulon ou de Marseille, à des fumigations de vapeur de chlore ou de soufre. A quoi servent ces opérations fort désagréables ? Si la contagion peut se faire par le contact des vêtements des voyageurs de Toulon et de Marseille, dans le trajet, la transmission a pu se faire aux autres voyageurs qui, eux, ne sont pas désinfectés.

Les vapeurs désinfectantes pénètrent-elles jusqu'à la peau ? c'est peu probable. Mais, ce qui est certain, c'est qu'elles ne s'introduisent pas dans l'intérieur du tube digestif qui, déjà, peut être malade. Les mesures prescrites en Suisse, sans être absolument efficaces, nous paraissent plus hygiéniques et moins insupportables : les voyageurs sont obligés de prendre un bain et leurs vêtements sont passés à l'étuve.

L'administration doit prendre toutes les mesures pour assurer la propreté des rues, des places, des marchés surtout, veiller à ce que le transport des détritus organiques des marchés, des hôpitaux, etc , se fasse dans des conditions convenables et ne traverse pas toute la ville. Elle doit s'assurer qu'il n'y a pas d'encombrement dans les garnis, exiger que l'eau y soit distribuée en abondance, que les cabinets d'aisance soient tenus proprement. Elle doit exiger la plus grande propreté dans les hôpitaux, les écoles, les établissements publics (morgue, postes de police, casernes, etc.). Il faut que la *pratique* réponde aux indications de la théorie, c'est-à-dire des circulaires.

En ce qui concerne l'hygiène individuelle, l'administration a donné des conseils qui, pris dans leur ensemble, ne peuvent que rendre de réels services si les intéressés veulent bien s'y conformer.

Malgré les dires de personnages haut placés, nous sommes heureux de constater que, d'après les renseignemsnts que nous avons recueillis, la situation morale des habitants de Paris est excellente et que s'il y a « affolement » c'est dans l'esprit de l'administration et peut-être dans une partie de la bourgeoisie.

A Paris, d'après des informations prises aux meilleures sources, il n'y a pas eu et il n'y a pas un seul cas de choléra.

Autopsie Saint-Elme.

Nous publions, à titre de document, le rapport suivant :

Nous, soussignés : A. Berlingeri, Stoupy, médecin-major au 141e de ligne et V. Ramaroni, docteurs en médecine, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction, près le tribunal de 1re instance de Bastia, à l'effet de visiter le cadavre du sieur Dosquet (Emile), dit Saint-Elme, publiciste, décédé en cette ville le 8 du courant, d'en opérer l'autopsie et faire connaitre, dans un rapport écrit, si la mort reconnaît pour cause immédiate et directe les violences dont le précité a été l'objet à Ajaccio, le 13 du mois de janvier dernier ; De dire, en outre, si ces mêmes violences ont pu avoir une influence quelconque dans la maladie à laquelle a succombé le sieur Dosquet, qui s'est plaint d'avoir eu des vomissements de sang provoqués par les coups qu'il avait reçus ; Avons, serment préalablement prêté, de remplir fidèlement la mission qui nous était confiée, pris connaissance de la nature de ces violences, ou blessures, consignées dans un rapport médico-légal. Les lésions notées ont été les suivantes dans ce rapport : 1° A la région médiane et à la partie supérieure du frontal, une plaie mesurant un centimètre de longueur, dirigée de haut en bas, et n'intéressant pas les téguments dans toute leur épaisseur ; 2° à l'œil gauche une plaie contuse ; 3° à la région occipito-pariétale droite, une plaie n'intéressant que l'épiderme ; 4° à la région mastoïdienne droite, une plaie contuse, dirigée d'avant en arrière, sur une longueur de trois centimètres, 6° au bord externe de l'omoplate droite, une ecchymose de la largeur d'une pièce de 2 fr. ; 6° à la tête fémorale gauche, une large ecchymose. Toutes ces lésions avaient été produites par un corps contondant, et étaient de natere à donner lieu à une incapacité de travail de quatre jours.

Conduits auprès du cadavre, nous trouvons celui-ci déposé dans une dépendance du cimetière de la ville. Son état de conservation, quarante-huit heures environ après le décès, peut permettre nos investigations. L'examen du corps ne nous révèle, en effet, qu'une légère infiltration des parties déclives. Sur le devant de la poitrine et à droite, au-dessous de la clavicule de ce même côté, nous voyons l'empreinte évidente d'un vaste vésicatoire appliqué en ce point. Du côté gauche, à l'hypogastre, des phlyctènes ulcérées, résultant d'une sinapisation ou de révulsifs cutanés. Au niveau du grand trochanter de ce même côté gauche, une escharre circulaire de 1 centimètre environ de diamètre, ulcération apparemment produite par le decubitus prolongé au niveau d'un point osseux saillant chez un sujet émacié. Enfin, à la région abdominale, nous devons noter un développement anormal et très apparent des vaisseaux de la paroi, résultant d'une gêne ou d'un obstacle à la circulation veineuse. Aucune particularité, consistant en malformations ou vices constitutionnels apparents, ne nous est révélée par l'examen de l'habitude extérieure du corps. Recherchant successivement les traces de violences qui nous ont été signalées, nous retrouvons : 1° A la partie supérieure et médiane du front, une cicatrice

© BIU Santé

linéaire, dirigée de haut en bas, se rapportant aux indications données sur la blessure siégeant à ce point ; à l'angle externe de l'œil gauche une petite cicatrice de quelques millimètres, à laquelle, par les caractères qu'elle nous présente, on peut assigner la même date qu'à la précédente. Malgré l'examen le plus minutieux, nous ne pouvons, même après tonsure, retrouver les traces de la plaie occipito-pariétale. Il en est de même de celle ayant siégé à la région mastoïdienne droite. Le même résultat négatif est obtenu par l'examen des tissus qui entourent l'omoplate droite et la tête fémorale gauche. Ces tissus sont, du reste, infiltrés et n'ont pas gardé trace de contusions déjà anciennes. (*A suivre.*)

La crémation devant le Parlement d'Angleterre.

Le débat, qui a suivi la lecture du bill présenté par le Dr Cameron à la Chambre des communes sur la crémation, a montré que le Parlement accueillait cette mesure avec quelque faveur. Malgré l'opposition manifeste des ministres, ce bill a rallié 76 partisans. La seule objection sérieuse qu'on puisse opposer à la pratique de la crémation, est la destruction du poison avec le cadavre, dans le cas de crime. Cependant, ce n'est pas cette considération qu'a fait valoir Sir William Harcourt en combattant le projet de loi du Dr Cameron, avec des arguments de peu de poids et présentés à la légère. Une des doctrines qui s'opposent à la mise en pratique de la crémation, c'est le défaut d'assistance qui convient de la part des hommes de loi, et des philosophes qui traitent cette question avec le scepticisme du siècle.

Quoi qu'il en soit, si la proposition du Dr Cameron n'a pas eu la majorité dans ce sentiment, il faut se réjouir de voir que la logique et la raison étaient de son côté, tandis que les opposants, avec Sir W. Harcourt, n'avaient d'autre argument à présenter que celui qui a consisté à dire que l'opinion publique ne s'était pas suffisamment prononcée. Le sujet est cependant digne de plus de considération, et ne devrait pas être mis de côté avec autant de légèreté. Il n'existe en effet aucune disposition légale concernant la crémation, et s'il n'y a pas de réglementation qui l'autorise, il n'y a pas non plus de loi qui en interdise la mise en pratique. Quant à l'opinion publique, il est malaisé de se prononcer sur ce point ; il est certain que la crémation compte un très grand nombre de partisans. La proposition de loi telle que l'a déposée le Dr Cameron, rend vaines les appréhensions qu'on aurait pu avoir. Au point de vue médico-légal, dans les cas d'empoisonnement la pratique des autopsies, faites indistinctement et avec soin, obvie certainement à cet inconvénient qui n'est qu'apparent.

Le Conseil municipal de Londres, reconnaissant les graves inconvénients au sujet de la santé publique, qui tiennent à l'inhumation dans les villes, s'est montré hautement partisan de la crémation. D'ailleurs l'absence de toute loi interdisant la crémation permettra à la société qui a fondé un crématoire à Woking, de poursuivre son œuvre.

Le Dr Cameron a été félicité pour avoir si clairement dépeint les défauts du système d'inhumation actuelle ; et Sir Lyon Playfair a très nettement démontré à la Chambre des communes, que la question se réduirait à une simple question d'oxydation : rapide par le feu, beaucoup plus lente dans la terre. Néanmoins le gouvernement n'a pas autorisé la présentation à nouveau du bill du Dr Cameron (*British med. Journ.*, 5 mars 1884.)

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 14. — Pas d'actes.

Mardi 15. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Gariel, Lutz Henninger ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Hanriot, Guebhard. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. G. Sée, Brouardel, Hanot. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Panas, Proust, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Richet, Peter, Humbert. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Bouchard, Cornil, Raymond.

Mercredi 16. — 1er *de Doctorat*. (N. R.). 1re *Série* : MM. Lutz, Hanriot, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Cariel, Gautier, Pouchet. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Lutz, Henninger. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Potain, Damaschino, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Charcot, Terrillon, Kirmission ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Rendu, Reclus ; — 3e *Série* : MM. Trélat, Hayem, Ribemont-Dessaignes.

Jeudi 17. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Gariel, Gautier, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Hanriot, Lutz, Pouchet. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Laboulbène, Tillaux, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Terrillon, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Le Fort, Humbert. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Panas, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Vulpian, Cornil, Troisier.

Vendredi 18. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Baillon, Gautier, Guebhard. — 5e *de Doctorat* (Pitié) 1re *Série* : MM. Verneuil, Rendu, Charpentier ; 2e *Série* : MM. Jaccoud, Tillaux, Richelot. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. G. Sée, Panas, Humbert ; 2e *Série* : MM. Richet, Vulpian, Pinard ; — 3e *Série* : MM. Le Fort, Cornil, Peyrot. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Hardy, Terrillon, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Tarnier, Reclus. — 5e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Trélat, Potain, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Proust, Segond. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Hanriot, Lutz, Henninger. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Vulpian, Charcot, Remy. — 5e *de Doctorat* (Charité) 1re *Série* : MM. Trélat, Fournier, Segond ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Rendu, Reynier. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : M. Guyon, Terrillon, Ribemont-Dessaignes.

Samedi 19. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Gariel, Hanriot, Pouchet ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Lutz, Guebhard. — 5e *de Doctorat* (Pitié) : MM. Jaccoud, Tillaux, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Pitié) : MM. Verneuil, Tarnier, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. G. Sée, Panas, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Richet, Vulpian, Humbert. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Laboulbène, Terrillon, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Peter, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (Necker). 1re *Série* : MM. Trélat, Damaschino, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Potain, Guyon, Reynier. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Le Fort, Peter, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Richet, Jaccoud, Charpentier ; — 3e *Série* : MM. Laboulbène, Panas, Humbert.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 16. — M. Cantacuzène : Des foyers d'auscultation en obstétrique. — M. Grisel : Contribution à l'étude de la version dans les bassins rétrécis. — M. Gressin : Contribution à l'étude de l'appareil à venin des poissons du genre « vive ». — M. Karline : Contribution à l'étude des vaso-moteurs. — M. Ben Larbey : La médecine arabe en Algérie. — M. Mattei : Du traitement des abcès froids par l'injection d'éther iodoformé. — M. Jacquin (Gabriel) : Etude sur la phthisie syphilitique chez l'adulte. — *Jeudi* 17. — M. Poirier de Narçay : De l'ascite congénitale. — M. Alexandre (Henri) : Contribution à l'étude du rhumatisme pendant la grossesse. — M. Gelez : Des lésions osseuses dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — M. Chauveau : Contribution à l'étude de la grippe. — M. Reymondon : Etude sur l'élimination simultanée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires et dans la cavité thoracique. — M. Boudault : Du traitement de l'orchite par la compression et la sudation. — M. Magnin : De quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques à l'état de veille et d'hypnotisme. — M. Gillard : Contribution à l'étude du vaginisme. — *Vendredi* 18. M. Jacquin (Pierre) : F[illegible]de sur l'adénite inguinale de la blennorrhagie. — M. Ebeid : Des fistules vésico-vaginales et de leur traitement par la réunion immédiate secondaire. — M. Pagnier : Essai sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu. — M. Heulez : De l'asthénie du tissu conjonctif. (Etude pathogénique des dilatations veineuse, annulaire, pulmonaire, etc.). — M. Roussel : Températures élevées et températures simulées.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 27 juin au jeudi 3 juillet 1884, les naissances ont été au nombre de 1286, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 491 ; illégitimes, 172. Total, 663. — *Sexe féminin* : légitimes, 452 ; illégitimes, 171. Total, 623.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 27 juin au jeudi 3 juillet 1884, les décès ont été au nombre de 991, savoir : 538 hommes et 453 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 24, F. 19, T. 43. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 17, F. 24, T. 41. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 8, T. 12. — Diphthérie, Croup. M. 11, F. 15, T. 26. — Dyssenterie : M. .., F. .., T. .. — Erysipèle : M. 4, F. 5, T. 9. — Infections puerpérales : 7. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 23, F. 28, T. 51. — Phthisie pulmonaire : M. 113, F. 83, T. 196. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres affections générales : M. 27, F. 39, T. 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 21, F. 22, T. 43. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 9, T. 18. — Pneumonie : M. 29, F. 28, T. 57. — Athrepsie : M. 50, F. 25, T. 75. — Autres maladies des divers appareils : M. 161, F. 127, T. 288. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 32, F. 5, T. 37. — Causes non classées M. 1, F. 3, T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 94 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 17. Total : 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 17. Total : 46.

Concours. — *Bureau central* (médecine). La seconde épreuve terminée mercredi dernier a donné le résultat suivant : questions données : *Néphrite scarlatineuse, crises viscérales de l'ataxie lo-*

© BIU Santé

comotrice, complications du cancer de l'utérus, paralysie agitante, hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire, pleurésie sèche, symptômes et diagnostic des dégénérations secondaires de la moelle, des ulcérations de la langue.

Candidats conservés pour la troisième épreuve : MM. Barié, Barthélemy, Brissaud, Dreyfous, Faisans, Hirtz (E.), Hirtz (H.), Martin, Merklen, Renault, Talamon.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Dr ROUSSY, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, a été élu dimanche, 7 courant, médecin du bureau de bienfaisance du 5e arrondissement.

FACULTÉ DE PRAGUE. — Le corps des professeurs conformément à l'ordre du ministère de l'instruction publique, a désigné trois noms pour la place de professeur d'anatomie. ŒBY (de Berne), seul proposé d'abord, SCHWALBE (de Strasbourg), MERKEL (de Göttingen).

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro d'une nouvelle revue, *Rivista veneta di scienze mediche*, publiée sous la direction du Dr A. MINICH et paraissent à Venise tous les mois

NÉCROLOGIE. — M. le professeur E. RITTER vient de mourir à Nancy, à la suite d'une longue maladie, à l'âge de 48 ans. Nous avons de lui un *Manuel de chimie pratique* à l'usage des étudiants en médecine et en pharmacie, 1874. — La *Gazette des hôpitaux* annonce la mort du Dr BECHET, doyen des médecins d'avignon. — Nous apprenons la mort de M. E. JAGER, professeur extraordinaire d'ophthalmologie à la Faculté de Vienne. Né en 1818, il fut Privat-Docent en 1854, professeur extraordinaire en 1857. Voici le titre de quelques-unes de ses publications : *Uber Staar u. Staaroperationen nebst anderen Beobachtungen u. Erfahrungen aus seines Vaters* F. JAGER, *u. aus der eigenen ophthalmolog. Praxis*, 1854. — *Beiträge zur Pathologie d. Auges*, 1855-56. — *Uber Glaucom u. seine Heilung durch Iridectomie*, 1858. — *Uber die Einstellungen d. dioptrischen Apparates im menschlichen Auge*, 1861. — *Escala de numeros* (en portugais, en espagnol et en français, etc. — *Ein freies Wort üb. Med. Unterrichts. U. Präfungsnormen*, 1867.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre par
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES FOSSÉS-ST.-JACQUES.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles, Lymphatisme, Maladies de la peau et des voies respiratoires, Asthme, Diabète, Fièvres intermittentes.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

TRAJET DIRECT DE PARIS A PLOMBIÈRES EN 8 HEURES

EAU EN BOISSON. — BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.

Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — ADRESSER LES DEMANDES DIRECTEMENT A LA *Cie de Plombières* ou au *Dépôt Principal*, **Maison ADAM**, *31, Boulevard des Italiens, à Paris.*

VALS

Eaux Minérales naturelles. Sources dont l'usage est admis dans les Hôpitaux civils de France.

PRESCRIPTIONS MÉDICALES :

SAINT-JEAN. Affections des voies digestives, pesanteur d'estomac.
PRÉCIEUSE. Appareil biliaire, calculs hépatiques, jaunisse, gastralgies.
RIGOLETTE. Appauvrissement du sang, pâles couleurs, débilité.
DÉSIRÉE. Constipation, incontinence d'urine, calculs, coliques néphrétiques.
MAGDELEINE. Maladies du foie, des reins, de la gravelle et du diabète.
DOMINIQUE. Souveraine contre les maladies de la peau, asthme, catarrhe pulmonaire, chlorose, anémie, débilité.

Détail : dans tous les Dépôts d'eaux minérales et les Pharmacies, au prix de **80** c. la bouteille. Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — Dose, une bouteille par jour.

Le commerce doit adresser ses demandes à
LA SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, A VALS (ARDÈCHE)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, **M. J. BAIN** a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*. — **Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — **Pour la vente en gros, 16, rue de Londres, à Paris.**

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Laënnec. — Service de M. Ball, remplacé par M. Cuffer. Visite à 9 heures. Consultation les lundis. — Salle Broca (F.) : 3, ulcère simple de l'estomac ; 6, érysipèle de la face ; 10, 17, hystérie ; 12, insuffisance aortique ; 13, 14, 15, fièvre typhoïde ; 16, fibrome utérin ; 19, cancer de l'estomac ; 21, pleurésie ; 24, morphiomane ; 26, pleurésie sèche ; 27, mal de Pott ; 28, arthrite fongueuse du genou. — Salle Larochefoucauld (H.) : 2, rhumatisme articulaire aigu, endocardite : 3, fièvre typhoïde ; 4, alcoolisme chronique ; 6, broncho-pneumonie caséeuse ; 9, myélite syphilitique ; 10, intoxication mercurielle ; 15, néphrite interstitielle ; 17, ataxie locomotrice progressive ; 19, tumeur cérébrale syphilitique ; 22, pleurésie gauche ; 29, fièvre typhoïde.

Service de M Damaschino. — Visite à 9 heures. Exercices cliniques tous les jours Consultation les mardis. — Salle Monneret (F.) : 1, arthrite ataxique ; 4, pleurésie gauche ; 5, 12, 14, 18, 30, 31, fièvre typhoïde, 8, 29, cancer du foie ; 10, érysipèle de la face ; 15, maladie de Werlhof ; 16, 25, rhumatisme chronique ; 20, hémiplégie droite, contracture ; 21, rhumatisme génital ; 27, paralysie bulbaire. — Salle Bayle (H.) : 1, atrophie musculaire de l'enfance ; 3, atrophie musculaire progressive ; 4, angine phlegmoneuse ; 5, sclérose en plaques ; 6, asthme ; 7, 19, fièvre typhoïde ; 8, pachyméningite cervicale ; 11, pleurésie sèche droite ; 12, 20, néphrite interstitielle ; 14, insuffisance aortique ; 16, goitre exophtalamique ; 18, pneumonie du sommet droit ; 21, asystolie mitrale ; 23, 25, 30, rhumatisme articulaire aigu, endocardite ; 27, Impaludisme ; 29, œdème de la glotte.

Service de M. Ferrand. — Visite à 8 h. 1/2. — Exercices cliniques tous les jours. Consultations les mercredis. — Salle Legroux (F.) : 1, corps fibreux de l'utérus ; 3, hystérie ; 4, assystolie mitrale ; 5, 19, fièvre typhoïde ; 7, anarsarque cachectique ; 9, sciatique double ; 10, rhumatisme goutteux ; 11, rhumatisme articulaire aigu ; 15, chloro-anémie ; 16, rhumatisme noueux ; 18, albuminurie ; 20, pneumonie droite ; 21, tumeur cérébrale ; 23, hémiplégie gauche, aphasie ; 25, ulcère de l'estomac ; 28, pleurésie aiguë ; 30, hystérie, paraplégie. — Salle Cruveilhier (H.) : 1, albuminurie ; 2, 6, 13, 18, fièvre typhoïde ; 3, pleurésie droite ; 4, tuberculose pulmonaire, hémoptysies incoercibles ; 7, albuminurie ; 8, rhumatisme articulaire aigu ; 9, colique de plomb ; 12, cœur forcé, emphysème ; 21, péritonite ascitique ; 22, phtisie laryngée ; 23, hémiplégie syphilitique ; 26, pneumonie droite ; 28, pleurésie interlobaire ; 19, cancer de l'estomac ; 31, ataxie ; 33, cœur forcé ; 34, anévrysme de l'aorte ; 37, hémichorée rhumatismale.

Service de M. Legroux. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation les jeudis. Exercices cliniques tous les jours. — Salle Claude-Bernard (T.) : 1, hydropisie de la vésicule biliaire ; 3, pelvi-péritonite, vaginite ; 4, 12, 21, fièvre typhoïde ; 7, tuberculose ; 8, péritonite tuberculeuse ; 9, maladie d'Addison ; 10, nymphomanie ; 13, chancre de la lèvre supérieure ; 14, grossesse, douleurs rhumatoïdes ; 16, rhumatisme ; 18, phlegmation alba dolens ; 19, corps fibreux ; 23, insuffisance aortique, double lésion mitrale ; 28, myélite ascendante. — Salle Grisolle (H.) : 1, hémophilie : 2, phlegmatia, suite de fièvre typhoïde ; 4, rhumatisme ; 12, paralysie générale ; 15, anévrysme de l'aorte ; 18, arthrite du genou ; 20, pleurésie ; 28, fièvre typhoïde ; 29, rhumatisme.

Chirurgie. — Service de M. Nicaise. Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours. Opérations, lundi, mercredi, vendredi. — Salle Chassaignac (F.) : amputation double de cuisse ; 2, cancer de l'utérus ; 4, métrorrhagie, septicémie ; 6, hydarthrose ; 7, fracture de jambe ; 9, épithélioma du col ; 10, fracture du cubitus ; 14, abcès du sein ; 15, amputation de cuisse ; 16, abcès de la fesse ; 18, fracture bimalléolaire ; 21, fracture de l'olécrâne. — Salle Malgaigne (H.) : 2, hydrocèle ; 4, gangrène du scrotum ; 6, ostéite de l'humérus ; 9, fracture de jambe ; 11, ostéite de la rotule ; 13, rétrécissement de l'urèthre ; 16, hypertrophie prostatique ; 17, amputation de cuisse ; 20, *opération d'Estlander* ; 21, fracture de la clavicule ; 22, hydarthrose double des genoux ; 25, fracture de l'olécrâne ; 28, gangrène sénile du pied ; 20, synovite fongueuse des deux mains ; 35, coxalgie ; 38, sténose du larynx, trachéotomie.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Bouchard. — Consultation le jeudi. Visite à 9 h. 1/2. — Salle Saint-Landry ; 6, pneumonie droite ; 15, ataxie locomotrice ; 19, rhumatisme blennorrhagique ; 19 *bis*, typhlite ; 21, sclérose en plaques ; 31, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Mathilde : 7, fièvre typhoïde, rechute ; 14, rhumatisme articulaire subaigu, gale ; 26, pleurésie droite ; 31, ictère, dilatation de l'estomac.

Accouchements. — Service de M. Pinard.

Service de M. Duguet. — Consultation le vendredi. Visite à 9 h.

Service de M. Gérin-Roze. — Consultation le samedi. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Augustin : 13 *bis*, fièvre typhoïde ; 17, néphrite chronique ; 19, lésion aortiques et mitrale ; 21, pleurésie sèche, rhumatismale. — Salle Sainte-Geneviève : 6, périmétrite ; 8, carcinome de l'estomac ; 16, ataxie locomotrice ; 17, chorée symétrique d'origine hystérique ; 26, épithélioma du col ; 33, rhumatisme articulaire aigu.

Service de M. Const. Paul. Visite à 9 heures. Consultation le mercredi. — Salle Saint-Henri : 1, insuffisance pulmonaire ; 16, kyste hydatique du foie ; 19, hémiplégie syphilitique ; 32 *bis*, diplégie faciale, atrophie musculaire congénitale, hérédité. — Salle Sainte-Elisabeth : 3, épithélioma du col ; 16, phlegmon péri-néphritique ; 17, péricardite sèche.

Service de M. Proust. — Consultation le mardi. Laryngoscope tous les jours. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Charles : 2, tuberculose pulmonaire ; 7, néphrite interstitielle ; 11, endocardite rhumatismale ; 12, pachyméningite cervicale ; 15, méningite syphilitique ; 17, scarlatine ; 18, insuffisance mitrale ; 19 *bis*, paralysie saturnine ; 20, rhumatisme déformant ; 21, ataxie ; 22, emphysème pulmonaire ; 23, fièvre continue ; 34, urticaire. — Salle Sainte-Marie : 1, fièvre typhoïde ; 4, emphysème et dilatation cardiaque ; 7, endocardite rhumatismale ; 14, pneumonie double ; 15 *bis*, diabète ; 17, scarlatine ; 19-20, métrite ; 23, érysipèle facial ; 27, 32, pleurésie ; 33, tuberculose pulmonaire ; 33 *bis*, scrofulides ; 34, chlorose.

Service de M. Siredey. — Consultation le lundi. Visite à 8 h. 1/2 — Salle Saint-Jérôme : 1 *bis*, ancien saturnin, coliques de plomb ; 9, rhumatisme articulaire aigu, insuffisance mitrale ; 14, syphilitique, sciatique double, sclérose latérale ; 16, péritonite tuberculeuse, compression ou oblitération de veine porte ; 17, néphrite albuminurique, hydro-pneumo-thorax ; 29, fièvre typhoïde ; 33, cancer de l'estomac. — Salle Sainte-Claire : 2, rein mobile, dilatation de l'estomac ; 4, 29, fièvre typhoïde ; 16, métrite ; 17, érysipèle de la face ; 18, *choléra nostras estival* ; 25, alcoolisme chronique ; 31, grossesse et fibrome utérin.

Chirurgie. — Service de M. Duplay. — Visite à 9 h. Consultations, lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint Ferdinand : 1, abcès urineux ; 5, fracture compliquée d'avant-bras ; 15 *bis*, synovite suppurée ; 17, ostéo-sarcome de la cuisse locale, amputation, récidive locale et probablement à la base du cerveau.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le rectum comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande.

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 f.

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 f.

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS, 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 29 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 JUILLET 1884.

Le Progrès Médical

ÉLECTROTHÉRAPIE

De l'électricité statique comme agent préventif du choléra.

Par Romain VIGOUROUX.

Parmi les innombrables préservatifs du choléra qui sont proposés chaque jour, les uns sont manifestemen insignifiants, d'autres peuvent à la longue affaiblir l'économie et par suite vont contre leur but. D'autres enfin plus rationnels consistent dans l'emploi des antiseptiques. Mais les antiseptiques sont nombreux ; en général, chacun d'eux ne s'adresse qu'à une catégorie particulière d'organismes inférieurs. Or, comment faire un choix puisque nous ne connaissons ni l'agent de transmission du choléra, ni ses conditions d'existence. Dans cette incertitude, il est logique de rechercher l'antiseptique dont la sphère d'activité est la plus étendue et dont l'action destructive s'exerce indistinctement sur tous les éléments parasitaires. A ce titre l'ozone doit être mis au premier rang. Il a déjà, d'ailleurs, attiré l'attention des médecins. En Angleterre notamment on a proposé, il y a une douzaine d'années, de faire respirer de l'ozone aux cholériques. Voici comment s'exprime à son égard M. Duclaux, le savant collaborateur de M. Pasteur :

Les expériences de Boillot, d'Angus Smith, de Chappuis témoignent que l'ozone peut être, dans certains cas, un agent très actif de désinfection. M. Chappuis soumet à un courant d'ozone des bourres de coton chargées de poussières puisées dans l'air, et trouve qu'on peut les ensemencer ensuite dans un liquide nutritif sans qu'elles le fécondent. Le doses d'ozone nécessaires pour amener la désinfection n'ont été, à ma connaissance, mesurées dans aucune expérience, mais elles peuvent sans doute être très faibles ; et si on s'arrange pour rendre cette désinfection continue, si par conséquent on met de son côté l'action des temps, on est fondé à en espérer de bons résultats.

C'est en effet un problème relativement facile à résoudre que de charger l'air de doses appréciables d'ozone. Il existe des ozoniseurs divers dont quelques uns très efficaces, mais le moyen le plus pratique repose sur l'emploi des essences. Schönbein a remarqué le premier que certaines huiles essentielles en voie d'oxydation dégagent de l'ozone. Angus Smith a classé les huiles volatiles les plus répandues d'après les quantités d'ozone qu'elles dégagent, en prenant pour guide les teintes du papier des appareils ozonométriques. Il a placé au premier rang l'essence de peau d'oranges, puis l'essence de térébenthine, puis celle de genévrier, de cumin et de lavande. L'essence de térébenthine est celle que son bas prix rend la plus abordable, et un courant d'air circulant sur des toiles à larges mailles imbibées de cette essence, mériterait d'être étudié comme agent de désinfection (1).

On remarquera dans cette citation deux choses capitales. D'abord le résultat des expériences de M. Chappuis qui prouvent que l'ozone neutralise *tous* les germes contenus dans l'atmosphère ; ensuite, le fait connu que les essences doivent leur efficacité incontestée à la production d'une certaine quantité d'ozone.

(1) Duclaux. — *Chimie biologique*, et *Encyclopédie chimique* de Frémy. Paris 1883.

A ce propos, on ne peut nier que l'exposition d'huiles essentielles à l'air libre ne soit un moyen à la portée de tous d'obtenir un dégagement d'ozone en vue de désinfecter les habitations, s'il s'agit d'applications plus localisées et où la quantité du gaz doit être plus considérable, il faut de toute nécessité recourir aux appareils ozoniseurs tels que ceux de Houreaux, Siemens, A. Thénard, Berthelot. Tous ces appareils sont fondés sur la propriété dont jouit la décharge électrique de transformer partiellement l'oxygène en son isomère. Ajoutons deux détails importants : d'une part la décharge obscure est beaucoup plus active que l'étincelle électrique, et de l'autre le mélange de certains gaz avec l'oxygène favorise sa transformation. L'azote est celui de tous qui agit le plus dans ce sens. La production de l'ozone doit donc s'opérer très facilement par la décharge obscure dans l'air.

D'après cela, on voit que l'électrisation avec la machine électrique telle qu'on commence actuellement à la pratiquer en électrothérapie réunit, au plus haut degré, les conditions favorables à l'ozonisation. Point n'est besoin pour s'en convaincre de recourir au papier ozonométrique. Dès que la machine commence à tourner, l'ozone annonce sa présence par son odeur caractéristique. Cette odeur devient beaucoup plus marquée si, sans provoquer l'étincelle, on dirige vers le patient placé sur le tabouret isolant, un excitateur métallique en pointe ou une tige mousse de bois. Certains malades déclarent qu'après avoir été électrisés ainsi, ils conservent pendant plusieurs heures et même jusqu'au lendemain l'odeur de l'ozone dans leurs vêtements et sur leur épiderme. Dans ce cas, on le voit, l'ozone n'est pas seulement répandu dans l'air ; il se produit à la surface du corps qu'il imprègne, c'est-à-dire à la limite même que doit franchir pour devenir dangereux l'agent morbifique.

Or, étant données les propriétés préventives de l'ozone, n'est-il pas évident que la manière la plus sûre de les utiliser est l'électrisation statique ? On est donc conduit à considérer cette électrisation comme un des plus rationnels parmi les moyens préventifs du choléra. Nous avons d'autant moins d'hésitation à le signaler, qu'en dehors de son action prophylactique probable il présente, à l'inverse de la plupart des moyens préconisés, l'avantage positif d'améliorer la nutrition et d'augmenter ainsi la résistance vitale. L'influence accélératrice si remarquable de l'électricité statique sur les phénomènes chimiques de la nutrition, explique son utilité dans les états morbides nombreux qui se rattachent au ralentissement de cette fonction.

Sans parler des observations cliniques, nous avons constaté un fait qui montre bien l'énergie de cette action de l'électricité sur les phénomènes intimes de la nutrition : le simple bain électrique, c'est-à dire une séance de quelques minutes sur le tabouret isolant suffit pour élever la température du corps de 3 à 7 dixièmes de degrés (suivant les sujets). Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur cet argument que nous nous proposons de développer dans un travail spécial. Il est temps de formuler une conclusion. La voici :

© BIU Santé

D'après les données généralement admises sur la prophylaxie du choléra, l'électrisation statique pratiquée journellement est le moyen dont l'efficacité est le plus probable. Elle agit à la fois par la production d'un antiseptique par excellence, l'ozone et par la stimulation de toutes les fonctions de l'organisme et surtout de la nutrition.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE [1]

Note sur la coloration des corps granuleux

par le Dr KORNILOWICZ.

Nous savons qu'on trouve les *corps granuleux* dans plusieurs maladies du cerveau et de la moelle épinière. Jusqu'à présent, c'est sur les pièces fraîches qu'on a pu les observer; car, s'il est vrai qu'on peut aussi les voir sur des coupes après durcissement, il n'est pas moins certain qu'il est impossible d'en faire des préparations persistantes, étant donné qu'ils se dissolvent dans tous les liquides conservateurs : glycérine, alcool, baume, etc. De plus, il est très difficile de les colorer. Je me suis proposé le double but de les colorer et de les conserver.

M. le Dr Marie, chef de la clinique des maladies nerveuses, a bien voulu m'aider de ses conseils dans le cours de ce travail et mettre à ma disposition des moelles et des cerveaux atteints de sclérose en plaques, dans lesquels se trouvaient des corps granuleux en grande abondance. Ces organes étaient déjà restés cinq mois dans le liquide de Müller.

Afin d'éviter que les corps granuleux ne fussent dissous par l'alcool, je me suis servi uniquement, ainsi que l'avait fait M. Marie dans un cas de sclérose latérale amyotrophique de la méthode par congélation, avec le microtome de M. Malassez.

Après avoir laissé mes coupes plusieurs jours dans le liquide de Müller, je les place pendant dix minutes dans une solution de violet de méthyl-aniline (2), préparée par M. Londe, chef des travaux cliniques du laboratoire de M. Charcot, dans la proportion de 30 gouttes de cette solution pour 10 grammes d'eau distillée. Puis, je sors les coupes, je les lave et je les plonge pendant 30 minutes dans du picrocarmin, préparé dans le laboratoire de M. le professeur Ranvier. Un nouveau lavage suffit pour que les coupes soient prêtes à être conservées dans la glycérine.

On obtient ainsi les corps granuleux colorés en bleu, tandis que toutes les autres parties sont colorées en rouge. Si ceux-ci sont un peu nombreux, ils ne peuvent manquer d'être aperçus à première inspection. En terminant, j'ai l'honneur de remercier M. le professeur Charcot de m'avoir permis de travailler dans son laboratoire et d'avoir bien voulu vérifier mes préparations.

CLINIQUE MÉDICALE

De la Roséole idiopathique ou Rubéole;

Par BOURNEVILLE et BRICON (3);

La *roséole idiopathique* ou *rubéole* a, par les caractères de son éruption, la plus grande ressemblance avec la rougeole. Mais elle ne confère aucune immunité à l'égard de cette maladie ou de toute autre avec laquelle on a parfois voulu la confondre (scarlatine). Elle récidive (1) de plus facilement, aussi n'est-on pas étonné de voir tant de gens déclarer qu'ils ont eu plusieurs fois la rougeole (2).

Cette absence d'immunité de la roséole et de la rougeole vis-à-vis l'une de l'autre est, à elle seule déjà, une raison suffisante pour en faire une maladie à part et pour ne pas la ranger dans le cadre des rougeoles avortées ou anormales.

Dans l'épidémie que nous avons observée à Bicêtre en 1881, Grum... (14 ans) avait, au dire des parents, eu la rougeole à l'âge de 2 ans (?) Boissière (7 ans) à l'âge de 2 ans et demi, Cantrel (17 ans) à l'âge de 15 mois, Monatte (8 ans) à l'âge de 2 ans, Juven.. (9 ans) à l'âge de 4 mois) (?) (3). S'il reste quelque doute au sujet de ces malades, il n'en persiste aucun pour les suivants dont la *rougeole* a été observée et traitée dans le service. Juven,. a eu la rougeole le 12 janvier 1881, Weiss (Georges) le 13 janvier 1881, c'est-à-dire avant leur roséole (juin 1881) (4); au contraire, Mathieu (7 ans) atteint de roséole le 8 juillet 1881 a eu la *rougeole* le 5 mai 1883.

Enfin chez l'enfant Monatte (8 ans) la maladie s'est composée de deux éruptions successives (5). — 18 juin, 1re éruption effacée le 20 juin; 21 juin, 2e éruption effacée le 22 juin; celle-ci plus forte que la première.

L'enfant (obs. VIII) soigné par Rayer avait eu, deux ans auparavant, une rougeole bien caractérisée ainsi que ses deux frères qui habitaient le même appartement et qui l'avaient contractée à la même époque. Ces rougeoles avaient été constatées et traitées par Rayer.

Nous définirons la rubéole un exanthème aigu, contagieux, à taches rouges, irrégulières, souvent apyrétique, ou s'accompagnant d'une réaction fébrile modérée, débutant brusquement ou précédé de prodromes très courts; affection se compliquant assez souvent de catarrhe naso-pharyngien et oculaire, mais généralement moins prononcé que dans la rougeole, se différenciant de cette dernière par l'absence de complications pulmonaires, sa courte durée, par sa récidivité, et par l'absence d'immunité qu'elle présente à l'égard de la rougeole.

La *contagiosité* de la rubéole est évidente et n'est plus niée actuellement; admise par Trousseau, Rilliet, Roger, Damaschino, Balfour, Emminghaus, etc.; l'un de nous a eu l'occasion d'en observer dernièrement un exemple :

Le samedi 29 mars nous sommes appelé avenue des Gobelins, 60 pour donner des soins à une jeune fille de 18 ans atteinte depuis le matin, d'une éruption pseudo-morbilleuse surtout prononcée à la face, au cou et au thorax, éruption apparue sans autre prodrome qu'une légère céphalalgie la veille; l'éruption sur les membres

(1) Laboratoire de M. le professeur Charcot.

(2) Violet de méthyl-aniline . . . . . 30 gr.
Eau distillée bouillante. . . . . 210 gr.
Après refroidissement ajouter :
Alcool absolu. . . . . 30 gr.
Glycérine . . . . . 10 gr.
Ether sulfurique . . . . . 0,05 c.

(3) Voir les nos 26 et 28.

(1) Sur ce point Thomas (*loc. cit.*, p. 144) diffère d'opinion avec nous : « Je n'ai encore observé jusqu'ici une deuxième atteinte de Rötheln chez le même individu, et si on l'observe, elle doit être aussi rare qu'une deuxième atteinte de rougeole. » Mais il cite et nous citerons plus loin d'après lui des auteurs ayant observé des récidives.

(2) Nous avons eu l'occasion de voir dans un service d'enfants le chef de service diagnostiquer, une rougeole chez un enfant présentant une éruption pseudo-morbilleuse apparue sans prodromes et dont la température était normale. Trois semaines auparavant le même enfant avait eu une rougeole nettement caractérisée.

(3) Probablement une roséole ou un érythème; voir plus loin.

(4) Voir aussi l'observation XIII de Rayer, citée plus bas.

(5) Emminghaus vit une fois une récidive de Rötheln un jour après la disparition d'une première éruption, dans deux autres cas après 14 jours. Chaque fois la première éruption fut plus faible que la seconde. Nymann a vu plusieurs récidives dans la même épidémie, et cela de 18 jours à 9 mois après la première atteinte de la maladie d'après Thomas, *loc. cit.*, p. 144 et 145.

© BIU Santé

présente un caractère papuleux sans caractère précis; mais le soir et le lendemain matin l'éruption (qui pâlissait déjà à la face le 30 mars) présentait partout le caractère morbilleux. Les yeux étaient très-légèrement larmoyants ; pas de céphalalgie, pas d'inappétence ; le pharynx et les amygdales étaient légèrement rouges. Le troisième jour la malade était complètement remise.

Le 5 avril, c'est-à-dire huit jours après le début de la roséole chez notre première malade, nous sommes de nouveau invité à nous rendre dans la même famille pour visiter la sœur aînée de notre première malade.

Cette jeune fille âgée de 19 ans était atteinte à son tour sans prodrômes aucuns d'une éruption rubéiforme de même aspect que celle de sa sœur, mais l'éruption était presque confluente à la face et au tronc et les symptômes de catarrhe naso-pharyngien et oculaire furent plus prononcés, la durée plus longue (4 jours). Le pouls était légèrement accéléré (84), pas de céphalalgie, pas d'inappétence. Pas de complications laryngées et pulmonaires. Urines normales.

Dix jours après le début de l'éruption de la sœur aînée, le 14 avril, nous retournons dans la même famille pour visiter la petite sœur de nos précédentes malades. Tandis que les deux sœurs aînées couchaient dans la même chambre, celle-ci avait été isolée autant que cela est possible dans un appartement, c'est-à-dire que l'on avait empêché qu'elle n'allât dans la chambre de ses sœurs et que celles-ci pendant toute la durée de l'éruption ne sortissent de la leur.

La petite malade, âgée de 4 ans, présentait aussi une éruption pseudo-morbilleuse en tout semblable à celle de ses sœurs, mais ici la maladie avait revêtu son caractère le plus bénin : pas de fièvre, pas de prodrômes, pas d'inappétence, pas d'abattement, pas de symptômes oculaires ou naso-pharyngien. L'enfant n'a jamais eu la rougeole. Guérison en deux jours. Nos trois malades ont accusé du prurit pendant toute la durée de l'éruption.

La famille nous a déclaré n'avoir connaissance d'aucun cas de rougeole ou roséole parmi les personnes qu'elle fréquente. Il n'y avait pas de maladies éruptives dans la maison ; mais nous devons ajouter qu'à cette époque la rougeole règnait avec une certaine intensité dans le XIIIe arrondissement.

Cette observation nous fournit un bel exemple de contagion, et semble aussi prouver que l'incubation ne serait pas toujours aussi longue que l'admettent certains auteurs (1).

L'apparition de la roséole, suivant la plupart des auteurs, est précédée d'une période d'incubation de 14 à 21 jours. Dans les cas que nous avons observés en ville nous n'avons pu en déterminer approximativement la durée que dans la famille dont il a été question tout à l'heure. Si nous apprécions la durée de l'incubation selon la méthode adoptée par Thomas, c'est-à-dire en calculant l'espace de temps, le nombre de jours qui sépare le début de l'exanthème de la personne infectante de celle infectée, méthode qui du reste, selon la remarque très juste de l'auteur, n'est qu'approximative, nous trouvons que pour ces cas la durée de l'incubation n'a été que de 8 à 10 jours.

La rubéole est surtout une maladie de l'enfance ; au delà de 17 ans la maladie serait rare, mais toutefois on a publié des cas concernant des personnes âgées; c'est ainsi que Seitz cite un cas de Rötheln chez une femme de 73 ans. L'âge de nos malades varie depuis 4 ans jusqu'à 22 ans.

L'éruption est en général le premier phénomène observé, mais parfois on note des prodromes très légers et de courte durée: céphalalgie, cuisson des yeux, etc. Cette bénignité des prodromes ressort bien nettement dans l'observation XIII de Rayer (1) qu'il nous semble bon de reproduire.

« L'enfant âgé de quatre ans est bien constitué. Le matin, en l'habillant, la bonne avait été étonnée de lui voir le visage couvert de petites taches roses, sans élévation à la peau, isolées, et offrant une teinte à peu près semblable à celle de la rougeole. Lors de ma visite, non seulement ces taches existaient, mais on en distinguait plusieurs autres sur la poitrine ou sur les bras. La teinte de ces dernières étaient moins animée. Je n'en découvris point sur les autres régions du corps. L'enfant était sans fièvre; il avait bien dormi la nuit précédente et demandait à se livrer à ses jeux habituels ; cependant la langue était sale à sa base et légèrement piquetée. L'appétit était diminuée depuis quelques jours et les garde-robes étaient rares ; la pression ne provoquait pas de douleur à l'épigastre ni dans aucune autre région de l'abdomen ; la gorge n'était pas enflammée, il n'y avait ni toux, ni larmoiement..... Le lendemain 20 juin, l'état de l'enfant ne présentait pas de changement notable; le 21 juin l'exanthème était déjà pâle; l'enfant fit une petite promenade de deux heures. Le surlendemain il n'existait plus de traces de ce léger exanthème. »

La plupart de nos malades de Bicêtre n'ont eu ou n'ont pu accuser de prodromes; Boissière seul est noté comme ayant été grognon la veille. En ville, une de nos malades nous dit avoir eu mal à la tête la veille, mais le soir elle était assez bien pour aller suivre les cours du soir à la mairie. L'éruption est généralement constatée au réveil. Dans les quatre cas que nous avons pu observer en ville, elle était déjà presque généralisée, abondante surtout à la face, au cou et au tronc, ne présentant encore le caractère pseudo-morbilleux qu'à la face et au cou, sur les autres parties du corps elle se présentait plutôt sous la forme papuleuse, forme du reste très transitoire, car, en quelques heures, elle faisait place aux macules pseudo-morbilleuses ; en général, l'éruption a atteint son summum d'intensité en 24 heures. Elle se développe de la tête vers les extrémités.

La forme de l'éruption semble assez variable (2) si l'on en croit les auteurs. Chez nos malades, elle était d'ordinaire franchement morbilleuse, mais chez quelques-uns des enfants de Bicêtre, on a noté parfois une ressemblance avec l'éruption de la scarlatine. La durée en est très courte et il est rare qu'elle n'ait complètement disparu dès le troisième ou quatrième jour (voir notre tableau). Elle commence à pâlir parfois dès le second jour et même avant. Nous n'avons observé de desquamation d'aucune sorte. Quand celle-ci existe, elle serait furfuracée, mais jamais lamelleuse comme dans la scarlatine.

L'état général est le plus souvent satisfaisant. Nos malades de ville avaient conservé leur entrain, leur appétit, etc. Ceux de Bicêtre ont, en petit nombre, paru abattus, anorexiques.

Les symptômes de catarrhe naso-pharyngien et oculaire, présents chez quelques-uns de nos malades, ont fait complètement défaut chez les autres. Ils ont été très prononcés (larmoiement, hypérémie très forte des conjonctives, rougeur du pharynx (3) avec difficulté d'avaler) chez M. R..., interne en pharmacie du service, mais ces symptômes diminuaient en même temps que l'éruption et ne lui survivaient pas.

La langue était généralement sale; jamais elle ne

(1) Nous ajouterons encore que pendant l'époque de l'année où nous avons observé ces malades, la température atmosphérique était peu élevée et presque froide.

(1) Rayer. — *Loc. cit.*, t. I, p. 53.

(2) Thomas a cherché à établir les caractères qui distinguent l'éruption rubéolique de l'éruption de la rougeole ; ces caractères différentiels sont difficiles à observer, et quant à nous n'avions pas jusqu'ici essayé de les rechercher.

(3) Selon Thomas on observerait toujours une rougeur partielle de la muqueuse du palais.

© BIU Santé

présentait de desquamation. — M. Thomas signale la toux et l'éternuement qui existeraient parfois au début de la maladie; la toux et un léger enrouement peuvent persister pendant toute la durée de la maladie.

L'enfant de 4 ans que l'un de nous a soigné en ville

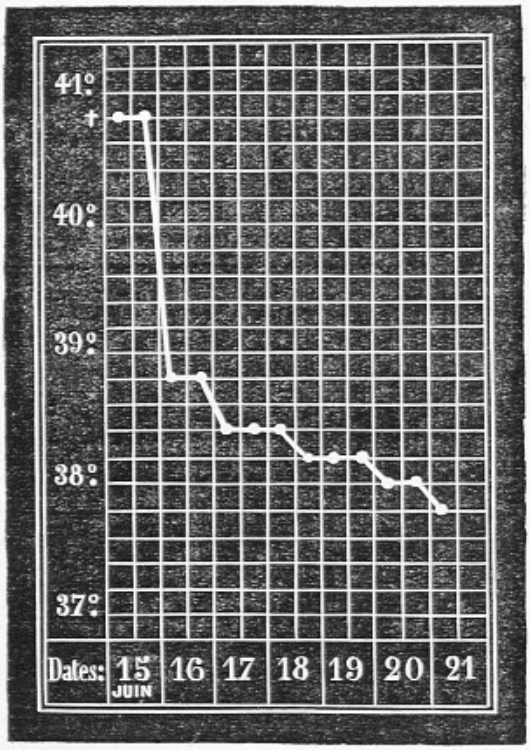


Fig. 58. — Juv... — + Eruption.

et qui tenait la maladie de ses sœurs, eut une roséole tellement bénigne sous tous les rapports, que c'est à peine si nous crûmes devoir changer quelque chose à

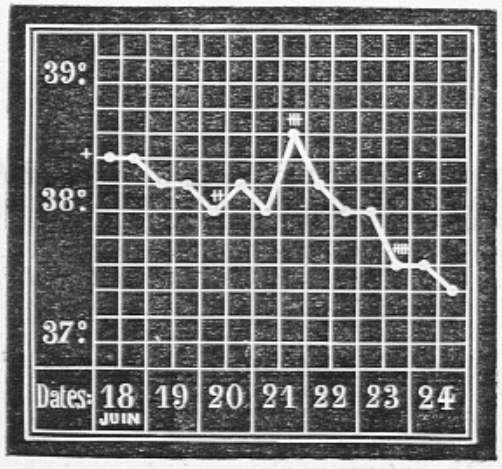


Fig. 59. — Mon... + Eruption. ⧺ Fin de l'éruption. ⧺ Nouvelle éruption. ⧺ Fin de la seconde éruption.

son régime ordinaire. Elle était gaie, voulait se lever et manger, etc.

Le *pouls*, le premier jour de l'éruption, est un peu plus élevé que normalement; dans nos cas en ville nous avons noté de 80 à 84 pulsations. — La *température* est parfois normale, d'autres fois elle est assez élevée, mais, dans la règle, l'élévation est modérée et le thermomètre oscille entre 38° et 38°,5 (voir le tableau) (1).

Les tracés (*Fig.* 58, 59, 60, 61), que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs montrent que dans trois cas le maximum de la température est resté au-dessous de 39° et qu'une seule fois (*Fig.* 58), la température s'est élevée à 40°,8. Presque toujours ce *maximum* se produit dès le début. Chez un de nos malades, une nouvelle éruption étant survenue, la température s'est élevée, du soir au lendemain matin, de 38° à 38°,6 (*Fig.* 59).

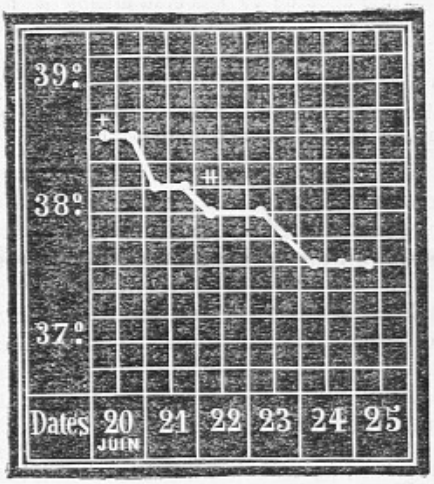


Fig. 60. — Gir... + Eruption. ⧺ Fin de l'éruption.

L'*élévation thermométrique* est tout à fait *transitoire*. La *défervescence* suit immédiatement et est régulière. (*Fig.* 60 et 61).

Deux de nos malades, comme nous l'avons déjà dit, ayant eu la rougeole en 1881, nous avons jugé bon de reproduire les tracés de leur température. De cette comparaison il résulte que, dans la rougeole, le *maximum* de la température est atteint en plusieurs jours, qu'il y a des oscillations (*Fig.* 62), qu'elle se maintient sur deux ou trois jours, à un chiffre assez élevé, que la défervescence est plus lente (*Fig.* 62), et qu'elle se fait parfois en offrant des oscillations assez étendues (*Fig.* 63).

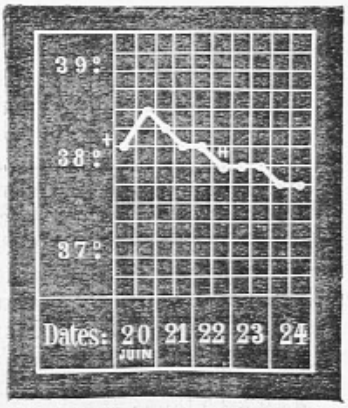


Fig. 61. — Weis G. + Eruption. ⧺ Fin de l'éruption.

Nous avons encore noté chez plusieurs de nos malades l'existence d'un *prurit* assez prononcé et persistant pendant toute la durée de l'éruption.

Plusieurs auteurs (Thierfelder, Mettenheimer, etc.) ont signalé l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou et de la nuque; selon Thierfelder, l'engorgement des « ganglions lymphatiques subauriculaires et jugulaires » serait le seul prodrome constant. On pouvait même encore les retrouver jusqu'à la troisième semaine après le début de la maladie.

(1) Voir les nombreux tracés de rougeole publiés dans le *Progrès médical*, 1882. Nous rappelons qu'il s'agit ici de températures rectales.

© BIU Santé

Nymann a observé 19 fois sur 119 cas un frisson initial, une fois deux jours, ordinairement un jour avant

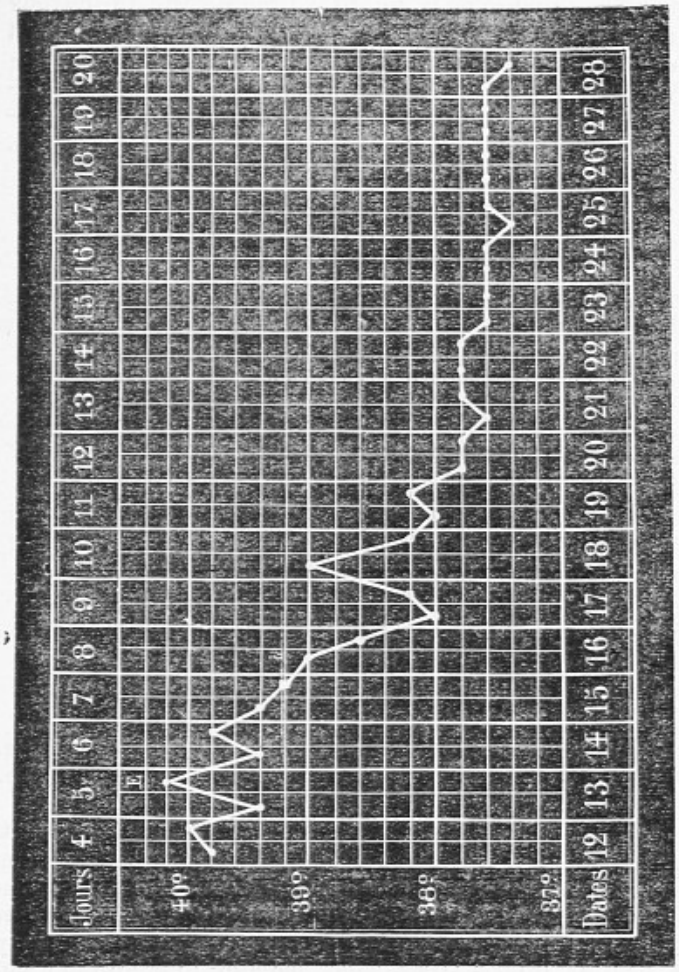


Fig. 62. — Juven. — Rougeole.

l'apparition de l'exanthème. Jamais ce frisson n'aurait eu d'influence sur la force et la durée de la fièvre et de l'éruption.

Diagnostic. — Il est facile de faire le diagnostic d'une roséole apyrétique avec la rougeole ; mais, lorsque la roséole est accompagnée de fièvre et de catarrhes naso-pharyngien et oculaire, le diagnostic ne peut être établi qu'en tenant compte d'une rougeole antérieure, de l'absence de prodromes ou de leur fugacité, et de leur peu d'intensité, de la marche de l'éruption qui disparait rapidement, de l'absence de complications laryngées et pulmonaires, etc.

Le diagnostic avec les *roséoles symptomatiques* n'offre pas de difficulté sérieuse. Il en est de même de certains érythèmes dont le siège et la marche sont tout à fait différents. Le diagnostic avec la scarlatine n'a pas lieu d'être fait, et nous sommes étonnés qu'on ait pu confondre la roséole avec cette affection. Il n'y aurait lieu de s'y arrêter que dans les cas où les deux maladies existeraient simultanément (?). Le diagnostic ne saurait être, du reste, établi exclusivement sur la forme de l'éruption.

Les *roséoles estivales*, etc., des anciens auteurs, doivent être rangées pour la plupart dans le cadre de la roséole idiopathique ou rentrer dans les érythèmes saisonniers, sudoraux et autres.

Dans la rougeole on a décrit, depuis Hallier, des micrococcus, mais nous ne savons si dans la roséole il en a été trouvé ; ils n'auraient, en tous cas, de valeur au point de vue du diagnostic que si on pouvait les différencier les uns des autres.

En résumé, nous croyons qu'il y aurait tout avantage à rayer de la terminologie médicale les mots roséole (en tant qu'affection idiopathique) et Rötheln (jadis employé en Allemagne pour désigner une forme bâtarde de rougeole et scarlatine, mais qui, actuellement, est synonyme de roséole), pour adopter le nom de rubéole qui évite toute confusion et serait à la rougeole ce que la varicelle est à la variole.

Le *pronostic* de la maladie est bénin, puisque la rubéole ne donne jamais lieu à des complications. Tous les cas graves cités par les auteurs doivent être rattachés à des rougeoles anomales ou méconnues. — Quant au *traitement*, il est purement expectant. Le séjour à la chambre, le repos au lit, une diète légère, telles sont les précautions qu'il convient de prendre.

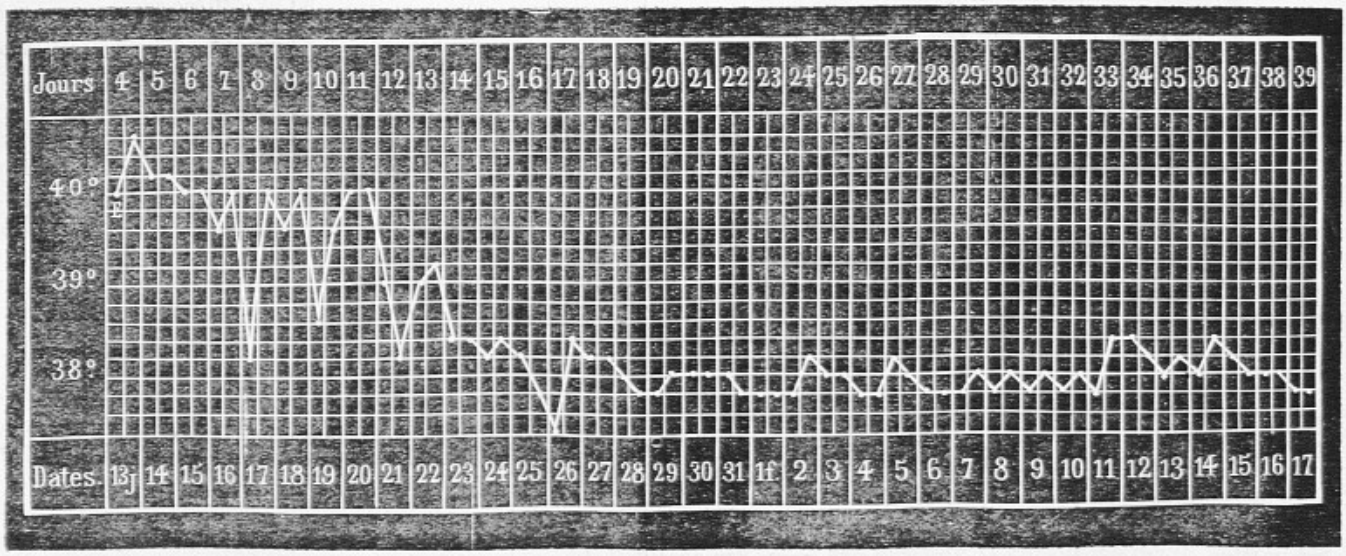


Fig. 63. — Weiss. — Rougeole.

© BIU Santé

NOMS.	AGES.	MALADIES ÉRUPTIVES ANTÉRIEURES.	MARCHE DE LA MALADIE.	CARACTÈRES DE L'ÉRUPTION.	SYMPTOMES CONCOMITANTS
Grenu . . . . . Idiotie complète ; méry-cisme.	14 ans.	Rougeole (?).	12 juin soir (1). 15 juin. Disparition de la presque totalité de l'éruption (elle persiste aux membres infér. 17 juin. Plus de traces d'éruption ; l'anorexie persiste.	Eruption pointillée, généralisée, abondante au thorax. Rien au visage (2).	Vomissement, abattement, inappétence, éternuement fréquent, langue blanche saburrale. Ni angine, ni toux.
Jan. Auguste. . Idiotie ; microcéphalie.	12 ans.	—	13 juin. T. R. 39°. S. 40°,4. 14 juin. T. R. 39°,8. S. 39°. 15 juin. T. R. 39°,. S. 39°,2. Eruption localisée au pourtour du genou, à la face antérieure des cuisses et aux fesses. 16 juin. T. R. 38°,2. S. 38°,2. 17 juin. T. R. 38°. Toute éruption a disparu.	Erupt. pointillée sous forme de petites macules rose-clair, non surelevées, généralisée et abondante, surtout au dos.	Sensation de douleur de cuisson dans les yeux. Bouffissures. Pas d'angine, etc.
Boiss., Edouard. Idiotie ; balancement ; épilepsie.	7 ans.	—	13 juin. T. R. 38°,4. S. 39°,8. 14 juin. T. R. 39°,6. L'éruption persiste sur les membres.	Erupt. macul., rose-clair, formant un ensemble pointillé peu foncé, non-sur., gén.	Grognon la veille de l'érup. ; Bouf. de la face, Toux intermitt. ; Epistaxis le 14 juin.
Naud., Pierre . Idiotie congénitale ; épilepsie (5 ans)	9 ans.	Rougeole à 2 ans 1/2.	13 juin. T. R. 39°. S. 40°. 14 juin. 40°. De pâle et rosée, l'éruption devient écarlate dans les parties où elle n'a pas disparu (fesses et racine des cuisses).	Erup. confl. et génér., macul., point. (d'aspect scarlatiniforme (?) sauf la roug. qui est moins intense).	Pas d'angine. L'enfant reste gai et a conservé l'appétit.
Perri., Joseph. Imbécillité.	12 ans.	Pas de renseignements.	14 juin. T. R. 38°,8. S. 39°. 15 juin. T. R. 39°,2. S. 38°,8. L'éruption pâlit. 16 juin. T. R. 39°,2. S. 39°,2. 17 juin. T. R. 38°,6. S. 38°,6. Toute trace d'éruption a disparu. 18 juin. T. R. 38°,4. S. 38°,4	Eruption d'apparence scarlatiniforme à maximum d'intensité à la face ; discrète au tronc et aux membres. Peau lisse, rouge, pointillée.	Anorexie complète. Pas de toux, etc.
Cantre., Henri. Epilepsie idiopathique ; convulsions ; début des accès à 19 mois ; idiotie ; gâtisme.	17 ans.	Rougeole à 15 mois.	14 juin. T. R. 39°,8. S. 40°,4. 15 juin. T. R. 39°,8. S. 39°,6. La totalité de la peau du dos est rouge framboisée. La press. du doigt laisse une tache blanche. 16 juin. T. R. 39°. S. 39. 17 juin. T. R. 38°,8. S. 38°,8. Toute éruption a disparu. 18 juin. T. R. 38°,6. S. 38°,4. 19 juin. T. R. 38°. S. 38°.	Eruption confluente à la face et au tronc, discrète aux membres. Dans le dos, l'aspect est scarlatiniforme, grenu, rouge écarlate. Le visage est couvert d'une rougeur en plaque.	Pas d'état général.
Horni., Constant Idiotie.	13 ans.	—	14 juin. T. R. 39°. S. 39°,4. 15 juin. T. R. 39°,4. S. 39°,4. 16 juin. T. R. 39°,6. S. 39°. 17 juin. T. R. 38°,8. S. 38°,8. L'éruption a totalement disparu. 18 juin. T. R. 38°,6. S. 38°,2.	Eruption de la face, du tronc et des membres, rouge assez pâle, rappelant plutôt la rougeole que la scarlatine.	Larmoiement. Eternuement fréquent. Anorexie persistante.
Juven. . . . . Epilepsie ; idiotie ; méry-cisme.	9 ans.	Roug. à 4 m. (?) et le 12 janvier 1881 dans le service.	15 juin. T. R. 40°,8. S. 40°,8. 16 juin. T. R. 38°,8. S. 38°,8. 17 juin. T. R. 38°,4. S. 38°,4. 18 juin. T. R. 38°,4. S. 38°,2.	Pas de détails.	Pas de complication.
Monatt., Réné. . Idiotie ; gâtisme ; épilepsie.	8 ans.	Rougeole à 2 ans.	18 juin. T. R. 38°,4. S. 38°,4. 19 juin. T. R. 38°,2. S. 38°,2. 20 juin. T. R. 38°. S. 38°,2. L'éruption pâlit ; elle a disparu du tronc et de la face. 21 juin. T. R. 38°. S. 38°,6. L'éruption, qui avait presque disparu, reparaît avec une nouvelle intensité aux endroits où elle s'était d'abord montrée. 22 juin. T. R. 38°,2. S. 38°. L'éruption a de nouveau disparu ; elle persiste encore sur les bras. 23 juin. T. R. 38°. S. 37°,6.	Eruption assez confluente et généralisée.	Anorexie. Léger enchifrènement.
Weis., Georges. Idiotie ; balancement.	9 ans.	Rougeole le 13 janv. 1881 dans le service.	20 juin. T. R. 38°,2. S. 38°,6. 21 juin. T. R. 38°,4. S. 38°,2. 22 juin. T. R. 38°,2. S. 38°. L'éruption a presque disparu ; elle reste localisée aux jambes et au niveau de la région inguino-crurale.	Eruption généralisée, confluente par place, discrète en d'autres.	Léger coryza et larmoiement.
Girou., Charles. Idiotie.	11 ans.	—	20 juin. T. R. 38°,6. S. 38°,6. 21 juin. T. R. 38°,2. S. 38°,2. L'éruption est un peu moins marquée. 22 juin. T. R. 38°. R. 38°. L'éruption a complètement disparu. Bon appétit.	Eruption pseudo-morbilleuse, abondante au tronc et à la racine des cuisses ; discrète à la face et au bras.	Anorexie. Enchifrènement. Léger abattement.

(1) La première date indique le début de l'éruption.
(2) Il est probable que l'éruption était déjà effacée.

© BIU Santé

NOMS.	AGES.	MALADIES ÉRUPTIVES ANTÉRIEURES.	MARCHE DE LA MALADIE.	CARACTÈRES DE L'ÉRUPTION.	SYMPTOMES CONCOMITANTS.
Mathi.., Eugène. Epilepsie symptomatique.	7 ans.	Rougeole le 5 mai 1883 dans le service.	8 juillet. Eruption maculeuse sur la figure, les bras, la poitrine.		Ni larmoiement, ni coryza. Toux légère.
Gal. ., Alice...	18 ans.	Rougeole à 7 ans.	29 mars 1884. Eruption maculeuse à la face, au cou, au thorax, papuleuse aux membres. 30 mars. L'éruption a pris partout le caractère maculeux; elle pâlit à la face. 31 mars. Disparition complète de l'éruption.	Eruption pseudo-morbilleuse accompagnée de prurit.	Céphalalgie le 28 mars. Pas de céphalalgie après l'érupt. Très léger larmoiement. Légère rougeur du pharynx. — Appétit conservé.
Gal..., Amélie.	19 ans.	Rougeole à 8 ans. Scarlatine.	5 avril. Eruption de même forme et de même nature que la précédente mais très confluente. 9 avril. Disparition de l'éruption.	Idem.	Pas de prodromes; ni céphalalgie, ni inappétence. Catarrhe naso-pharyngien assez prononcé.
Gal...,M.-Louise	4 ans.	—	14 avril 1884. Eruption présentant les mêmes caractères que les précédentes mais très discrète. 15 avril. Disparition de l'éruption.	Idem.	Pas de prodromes. Pas d'abattement; aucun signe de catarrhe naso-pharyngien ; appétit conservé.
Rouf.	22 ans.	—	25 avril 1884. Eruption maculeuse à la face et au cou, papuleuse sur les membres et le thorax. P. 88. 28 avril. Eruption muculeuse du tronc et des membres. 29 avril. Disparition de l'éruption.	Idem.	Insomnie la nuit du 24 au 25 avril. Larmoiement très prononcé. Angine. Diminution du larmoiement et de l'angine le 26 avr. Appétit conservé.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La nature vivante de la contagion. Contagiosité de la tuberculose (1).

Il est une notion qui, hier encore, semblait être un mythe et qui aujourd'hui s'impose aux esprits non prévenus, c'est celle de la nature vivante de la contagion. Pour quelques maladies la démonstration en a été faite d'une façon irrécusable, tel est le cas du charbon, du rouget des porcs, de la morve, etc. Pour d'autres, on a admis par analogie que la contagion se faisait au moyen de la transmission du microbe spécifique de la maladie, du sujet malade au sujet non encore atteint : les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, etc., seraient dans ce cas. Il y a bien des années déjà que la contagiosité de la tuberculose avait été établie par Villemin, mais ses multiples expériences avaient rencontré des contradicteurs acharnés et ses démonstrations si précises étaient restées en dehors du courant de l'opinion médicale. Ce n'est que depuis les récentes recherches de Toussaint et surtout de Koch que, le mouvement étant donné, la question a pris une actualité nouvelle, et que l'on nous pardonne ce mot, a été *lancée* dans le monde médical et dans le gros public. Aujourd'hui la phase de discussion est terminée, les faits anciens ou nouveaux sont admis en général, et pour le plus grand nombre des esprits l'évidence est faite sur bien des points de cette grave question de la tuberculose.

M. le professeur Bouley a consacré son enseignement de l'année dernière au Muséum à exposer tous les faits de pathologie comparée qui établissent d'abord que la phtisie est une maladie microbienne, en second lieu que c'est une maladie contagieuse. Une première objection pouvait être soulevée, c'est celle de la dissemblance de la pathologie humaine et de la pathologie animale, et de fait, objection purement philosophique, elle a trouvé un défenseur convaincu dans M. le professeur Peter. On se souvient de son ardente polémique au sein de l'Académie contre les *chimiâtres* et les doctrines microbiennes. M. Bouley a consacré plusieurs pages de son livre à réfuter ces théories ; il a montré, par une série d'exemples des plus intéressants, que la médecine humaine était la même que celle des animaux. Quelque irrévérencieuse que puisse paraître la comparaison, y a-t-il par exemple une différence entre la venue au monde d'un premier né, espoir de la famille et la mise bas d'un veau dans une étable ? La bactéridie charbonneuse se comporte-t-elle si différemment sur le mouton et chez l'homme ? Tout au plus pourrait-on arguer d'une puissance réactionnelle plus ou moins grande. Bien plus, une foule d'observations d'ordre psychologique : faits de mémoire, hallucinations, montrent bien que l'organisme, qu'il soit humain ou animal, fonctionne toujours de même. Etant admis ce point, il y a lieu tout naturellement de considérer comme valables en pathologie humaine, sauf parfois quelques modifications de détail, les données fournies par l'étude de la micropathologie animale.

Et tout d'abord, n'est-ce pas une idée toute naturelle et d'ailleurs bien vieille que de comparer nombre de mala-

(1) Vers la même époque nous avons observé un autre cas de rubéole, mais l'affection nous a paru si bénigne que nous n'avons visité l'enfant (7 ans) qu'une seule fois. Nous avons depuis été voir la mère, elle nous a dit que la maladie avait évolué sans autre symptôme que l'éruption qui toutefois aurait eu une durée assez longue.

(2) Leçons de pathologie comparée faites au Muséum pendant l'année 1882-1883 par H. Bouley, membre de l'Institut, Paris, Asselin, 1884.

© BIU Santé

dies contagieuses aux fermentations. Cette analogie, tirée du domaine populaire, l'expérience a démontré sa réalité. La fermentation, en effet, depuis les premières recherches de Pasteur, est devenue corrélative à la manifestation de l'activité vitale du monde invisible des infiniment petits, des microbes, suivant l'heureuse expression de Sedillot. Mais cette notion entrainait tout naturellement celle de la *panspermie*, et de celle-ci devait fatalement découler celle de la nature microbienne de toutes les maladies contagieuses. Depuis les recherches de Davaine sur la bactéridie charbonneuse, dont il ne comprit toute la portée qu'après la publication des premiers travaux de Pasteur, jusqu'à la création des virus atténués, il s'est produit, dans la voie devinée et ouverte largement par Pasteur, une série ininterrompue de travaux démontrant d'une façon irréfutable que la *contagion est fonction d'un élément vivant*, suivant l'expression de Bouley.

L'anatomie pathologique elle-même est venue apporter un appui puissant à cet ordre de recherches. Dans toute lésion, elle trouve toujours un agent matériel, point de départ de l'irritation qui aboutira à la formation du tissu pathologique. Qu'il s'agisse de faits grossiers comme ceux de la gale, l'acare expliquera les lésions constatées et en pathologie purement animale, ne voit-on pas, dans les faits de bronchite vermineuse étudiés par Laulanié en 1867, des strongles microscopiques ou leurs œufs, entrainés dans les capillaires du poumon, devenir le siège d'une production pathologique constituée exactement comme la granulation tuberculeuse : au centre, le nématode ou ses œufs, contenu dans une cellule géante, entourée d'une couronne de cellules épithélioïdes, puis d'une zone de cellules embryonnaires. De l'analogie des effets, il était rationnel de remonter à la similitude des causes, mais la certitude n'était pas encore faite. Ce n'est que depuis la grande démonstration donnée par Koch qu'il est permis de rapprocher ces deux faits, la cause dans un cas étant un ver et dans l'autre le bacille tuberculeux, mais toujours un élément vivant.

Dès 1869, Villemin avait montré que la tuberculose était inoculable, et par suite contagieuse, mais il n'avait pu déterminer la nature des éléments même de la contagion. Cette découverte a eu pour corollaire celles de Toussaint, puis de Koch. En 1881, Toussaint annonça qu'il avait pu isoler par des cultures de produits tuberculeux un coccus avec lequel il avait reproduit la maladie sur une longue série d'animaux. Mais la démonstration était imparfaite, il était réservé à Koch, en 1883, de la faire complète et jusqu'à nouvel ordre irréfutable. C'est un bacille qu'il a décrit si constant et si facile à voir, surtout avec le procédé imaginé par Ehrlich, que les minutieuses vérifications auxquelles on s'est livré depuis, dans le monde entier, ont toujours démontré la parfaite exactitude des affirmations de Koch. On connait les nombreuses recherches de Cornil et Babès qui ont montré que dans toutes les lésions tuberculeuses on trouvait le bacille de Koch, soit entier, soit fragmenté sous forme de chapelets ou de grains, et que là, où par hasard il manquait, c'est qu'il avait disparu laissant après lui la lésion que constatait le microscope.

Il a été de plus bien établi que la coïncidence des lésions anatomiques et du bacille n'était pas fortuite, d'une part, au moyen des cultures qui ont permis d'isoler le bacille et de reproduire la maladie en l'inoculant seul, et en second lieu, par la démonstration de ce fait, indiqué par Hipp. Martin, Toussaint, Chauveau, etc., que seule la lésion tuberculeuse bacillaire est inoculable en série, les pseudo-tubercules ne reproduisant jamais la maladie.

Mais si la nature microbienne de la tuberculose est un fait avéré, si bien établi qu'il ne peut plus donner prise à la discussion, il n'en est pas tout à fait de même pour la question de la contagiosité. C'est donc sur ce point surtout que les faits tirés du domaine expérimental et de la pathologie animale ont été accumulés par M. Bouley.

A la suite des recherches de Villemin, Chauveau fit ingérer à des veaux de la matière tuberculeuse en plus ou moins grande quantité, et il obtint chez tous des lésions plus ou moins étendues, parfois *épouvantables*. Non seulement l'appareil digestif et ses dépendances étaient envahis, mais l'appareil respiratoire lui-même était atteint dans toute son étendue.

Or, fait grave, chez les sujets dont le tube digestif n'était que faiblement atteint, la santé semblait s'être conservée avec un embonpoint moyen qui, abstraction faite des lésions pulmonaires, aurait pu faire considérer ces animaux comme parfaitement aptes à la consommation, leur chair, d'ailleurs, ayant le plus bel aspect; et pourtant nous verrons plus loin tout le danger que présente la viande de pareils animaux si elle est livrée à la consommation.

Chauveau fit aussi des injections intra-veineuses de matière tuberculeuse, réduite en particules extrêmement tenues et toujours, aussi bien sur les veaux que sur les chevaux et les ânes, il obtint des lésions pulmonaires accompagnées ou non de tuberculisation des ganglions bronchiques, quand bien même il n'employait pour les inoculations qu'une minime quantité de matière.

De plus, Chauveau a montré qu'il s'agissait bien d'éléments figurés, puisque après filtration, le liquide filtré ne reproduisait presque jamais la maladie, qui se développait au contraire toujours lorsqu'on inoculait la matière restée sur le filtre. Toutes les fois que les produits pathologiques, recueillis sur des animaux inoculés avec des éléments tuberculeux, étaient inoculés à leur tour à d'autres animaux, ceux-ci, après quelque temps, présentaient les mêmes lésions, pouvant de la même manière se reproduire indéfiniment. Cette inoculation par série, ainsi que Chauveau s'en est assuré, ne se produit que dans le cas de la tuberculose bacillaire et jamais lorsqu'il s'agit d'une pseudo-phtisie avec production d'éléments analogues comme aspect dans les viscères. D'ailleurs, la virulence des produits tuberculeux se comprend, puisque d'après Debove, un millimètre cube de poumon tuberculeux ne contiendrait pas moins de cinq milliards de bacilles.

Les recherches de Chauveau furent reprises par beaucoup d'expérimentateurs, M. le professeur St-Cyr, en 1874 à Lyon, des professeurs des écoles vétérinaires de Hanovre et de Dresde, Leisering (de Dresde), Zürn (d'Iéna), rendirent tuberculeux une série d'animaux, veaux, lapins ou porcs, en leur faisant ingérer des pro-

© BIU Santé

duits tuberculeux ou même simplement de la viande et du lait d'une vache tuberculeuse. Bien plus, cette contagiosité fut démontrée encore plus puissante lors des expériences faites en 1872 par Chauveau devant une commission de l'Association française pour l'avancement des sciences. Plusieurs animaux inoculés moururent avec des lésions considérables, mais, un des veaux conservés comme témoins, présenta aussi quelques lésions tuberculeuses qui s'expliquèrent par ce fait que l'animal ayant mangé constamment dans la même auge que les autres animaux, avait pu s'inoculer leur salive ou leur mucus nasal et se contagionner ainsi.

Du reste, c'est là un fait qui, depuis lors, a été plusieurs fois observé. On a cité des étables dont toutes les vaches étaient devenues phtisiques à la suite de la présence parmi elles d'une seule vache tuberculeuse ; la tuberculose, d'ailleurs, débutant chez elles par les ganglions de l'auge. Au reste, ce résultat a pu être obtenu expérimentalement, et l'inoculation du mucus nasal d'une vache tuberculeuse à des lapins, a amené chez ceux-ci une tuberculose à prédominance dans le tube digestif.

Suivant son habitude, M. Colin s'inscrivit en faux contre tous ces résultats et, rendant compte, en 1873, à l'Académie de médecine, de nombreuses expériences qu'il avait faites, il affirma l'innocuité complète des produits tuberculeux. Pourtant en 1879, avec une grande loyauté, il communiqua à l'Académie de médecine une remarquable observation, où trois piqûres avec une lancette, chargée d'une minime quantité de produits tuberculeux, produisit sur un lapin une tuberculose généralisée à tous les organes.

En 1880, Toussaint publia une nombreuse série d'expériences dans lesquelles il avait rendu tuberculeux diverses espèces d'animaux, en leur inoculant non seulement des produits tuberculeux, mais même quelques gouttes de sang (le sujet était un porcelet), du jus extrait des muscles d'animaux tuberculeux. Bien plus, il retira par expression le suc d'un poumon tuberculeux et le chauffa à 55° et 58° pendant 10 minutes et, malgré cela, l'inoculation de ce liquide donna naissance à une tuberculose des plus nettes chez des lapins qui devinrent le point de départ d'inoculations en série absolument confirmatives. Voulant encore aller plus loin, Toussaint fit cuire sur le gril comme s'il se fût agi d'un bifteck destiné à être mangé saignant, des tranches de viande provenant d'une vache tuberculeuse ; la température atteignit au centre des morceaux de viande, 52°. Or, le jus exprimé de cette viande ayant été ingéré par des lapins, les fit périr de tuberculose aiguë en 120 jours.

De même du jus de viande et du sang défibriné, chauffés à 65° degrés, et bien plus du jus chauffé pendant 2 minutes à 70 et 71 degrés conservèrent toute leur virulence et tuèrent les lapins en expérience qui purent être pris comme point de départ d'inoculations en série. Galtier, il est vrai, répétant ces expériences échoua plusieurs fois, puisqu'il n'eut que 15 0/0 de résultats positifs.

Cette virulence si extrême de la tuberculose peut être démontrée, d'après Toussaint, par un grand nombre d'inoculations qu'il a faites au moyen des liquides de culture. D'après lui un douzième de culture du coccus qu'il a décrit est encore très virulente ; le microbe peut passer par une série d'organismes, être conservé pendant plusieurs mois, ensemencé de nouveau et toujours sa virulence se conservera intacte. Des 16e et 20e cultures peuvent même reproduire la maladie mais un peu plus lentement. Ces recherches portent sur 56 sujets.

Le lait peut aussi contagionner, même s'il provient d'une vache tuberculeuse dont les mamelles sont saines et bien plus activement si elles renferment des produits tuberculeux. Gerlach, Bollinger, Klebs, Peuch ont montré qu'en faisant absorber à des animaux une quantité même relativement minime de lait (14 litres dans un cas de Peuch) provenant d'une vache tuberculeuse on produisait la maladie chez eux. Si l'on tient compte de tous ces faits, on voit qu'indépendamment des tissus tuberculeux le lait et la viande, provenant des animaux tuberculeux peuvent transmettre la maladie malgré la belle apparence et les qualités que semblent présenter ces produits. On comprend donc que les vétérinaires se soient vivement préoccupés de cette question, mais les avis sont loin d'être concordants. Tandis, en effet, que Wolf en Saxe, trouve dans les animaux des abattoirs 15 0/0 de sujets tuberculeux, Adam, à Augsbourg, n'en trouve que 1,3 0/0 et Fuchs, à Mannheim, 0,68 0/0. Aussi a-t-il été impossible d'interdire la vente de la viande provenant d'animaux tuberculeux lorsque cette viande a un bel aspect et renferme une certaine quantité de graisse.

D'ailleurs la lumière est encore loin d'être complètement faite sur tous ces points et il y a lieu de se montrer réservé surtout dans l'interprétation des faits expérimentaux. Certainement, les résultats annoncés par Toussaint sont remarquables et doivent vivement attirer l'attention, mais il faut encore attendre que des faits multiples et de sources diverses soient venus les corroborer. Lorsqu'il s'agit, en effet, d'une maladie à aussi longue évolution que la tuberculose, quand les causes d'erreur sont si multiples et si diverses, quand la cohabitation ou même le seul séjour dans une cage, habitée antérieurement par un animal tuberculeux, suffit pour infecter un sujet sain, quand l'infection par les voies digestives peut se produire si aisément, malgré toutes les précautions, il est bien légitime d'exiger encore un surcroît de preuves avant d'admettre irrévocablement tous les résultats expérimentaux.

A cet envahissement de la tuberculose par tant de moyens divers, on pourrait joindre les faits d'infection de la femelle par le mâle, la contagion au moyen du liquide des pustules vaccinales recueilli sur un animal tuberculeux, ainsi que les exemples d'infection héréditaire pouvant se manifester de bonne heure ou n'apparaître qu'assez tard dans l'évolution vitale du sujet et dépendant soit du père soit de la mère. Lydtin, dans son rapport au Congrès vétérinaire de Bruxelles en 1883 rapporte de nombreux faits tirés de la pratique des vétérinaires allemands qui démontrent la réalité de ces divers modes d'infection.

C'est surtout dans l'appréciation des diverses méthodes de prophylaxie de la tuberculose que cette réserve devra être appliquée avec encore plus de rigueur. L'i-

© BIU Santé

dée émise par Bouley, par Bert et née dans l'esprit de bien d'autres chercheurs, d'après laquelle, en rendant l'organisme impropre au développement du microbe tuberculeux, au moyen d'agents chimiques, on empêcherait la maladie d'éclater, est une idée fort ingénieuse mais dont l'application est entourée de bien grandes difficultés. Polli, de Milan, a essayé dans ce but les sulfites et les hyposulfites, dont il faisait prendre pendant quelques jours jusqu'à 10 gr. par jour aux animaux qu'il inoculait ensuite ; dans d'autres cas il les soumettait au médicament immédiatement après l'inoculation. Malgré la vogue dont a joui ce procédé en Italie, la lecture des expériences faites sur des chiens, auxquels l'auteur inoculait des produits putrides, purulents ou morveux, donne le droit de juger sévèrement ces affirmations.

On sait en effet, pour ne prendre qu'un groupe de faits, combien il est difficile de rendre un chien morveux et par suite quelle peut être la valeur d'un procédé qui empêche le chien de prendre la morve. Plus sérieuse serait la tentative faite par Tommassi Crudeli qui aurait fait prendre de l'arsenic préventivement à un grand nombre de sujets exposés à la malaria et en aurait tiré avantage. Mais l'expérimentation manque à ces essais et ne permet pas d'affirmer quoi que ce soit.

En somme, ces nombreux faits expérimentaux empruntés à la pathologie animale, sont bien valables en pathologie humaine et permettent d'affirmer la grande contagiosité de la phtisie, qu'explique d'ailleurs et que permet de comprendre sa nature microbienne, établie par Toussaint d'abord et définitivement démontrée ensuite par Koch, en s'appuyant sur les preuves les plus fortes et les démonstrations les plus rigoureuses. Aussi faut-il savoir grand gré à M. le professeur Bouley d'avoir réuni dans son livre et exposé d'une façon claire et intéressante tous les éléments tirés de la pathologie vétérinaire qui jettent quelque lumière sur cette question si neuve et si complexe de la contagiosité de la phtisie bacillaire.

L. CAPITAN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 juillet 1884.— PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. MAIRET donne le résnmé d'un travail sur l'*élimination de l'azote et de l'acide phosphorique chez les aliénés*. Ses recherches ont d'abord porté sur l'homme sain : le travail musculaire et le travail intellectuel font varier l'élimination de ces substances. Il passe ensuite en revue la lypémanie, la manie et l'épilepsie ; dans chacune de ces maladies il observe leur élimination en 24 heures, d'abord à l'état de repos ensuite après un travail musculaire et après un travail intellectuel.

Chez l'homme sain il donne comme moyenne en 24 heures 1 gr. 55 à 2 gr. 11 d'acide phosphorique. D'après ses observations, de 6 h. à 11 h. du matin l'azote est excrété en moins grande quantité, il arrive au maximum pendant la nuit. Dans la manie, la quantité varie suivant les périodes de la maladie (phases de dépression, de rémission et de convalescence). Pendant la période d'agitation il y a à la fois une augmentation de l'azote, de l'acide phosphorique uni aux terres et de l'acide phosphorique uni aux alcalis. Au contraire, pendant la période de dépression, l'azote est diminué ainsi que l'acide phosphorique uni aux alcalis, tandis que l'acide phosphorique uni aux terres est augmenté. Pendant la période de rémission et pendant la convalescence, il y a diminution générale de tous ces matériaux. L'auteur conclut de ses recherches que l'élimination de l'acide phosphorique uni aux terres est en rapport avec l'activité des échanges nutritifs du système nerveux et que l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique uni aux alcalis est liée à l'activité du système musculaire.

Dans la lypémanie il a observé une diminution de l'azote, une augmentation de l'acide phosphorique uni aux terres, et une diminution de l'acide phosphorique uni aux alcalis : on constate aussi des troubles de l'hématopoièse ; augmentation des globules blancs et souvent une leucocythémie véritable. Dans l'épilepsie on ne trouve pas de modification pour l'élimination de l'azote en dehors des attaques. Pendant l'attaque comme pendant l'état normal on a une augmentation de l'azote, de l'acide phosphorique uni aux terres et de l'acide phosphorique uni aux alcalis. Pendant l'état vertigineux, l'azote et les phosphates terreux sont excrétés normalement, il y a seulement augmentation de l'acide phosphorique uni aux alcalis. Au point de vue thérapeutique, M. Mairet renvoie aux conclusions de son travail.

A l'occasion d'un autre travail de M. Mairet sur la *démence mélancolique*, cet auteur tend à admettre un type clinique qui a été jusqu'ici confondu avec la lypémanie ou la paralysie générale. L'inflammation chronique (périméningo-encéphalite) qui donnerait lieu à des idées de tristesse et à un affaiblissement radical de l'intelligence siégerait sur la lèvre inférieure de la scissure de Sylvius, sur les lobes sphénoïdaux, la circonvolution de l'hippocampe, et les circonvolutions temporales. On aurait donc affaire à une véritable périméningo-encéphalite qui, au lieu d'être diffuse comme dans la paralysie générale, resterait localisée à certaines circonvolutions.

M. GRÉHANT rapporte le résultat d'expériences faites avec M. QUINQUAUD sur les *vapeurs nitreuses* : on tend à s'en servir actuellement pour la désinfection de bagages et de colis : ces vapeurs sont excessivement dangereuses à respirer, comme l'a déjà signalé M. Rabuteau. En faisant respirer pendant 10 minutes ces vapeurs à un chien, la respiration devient haletante et l'animal tombe bientôt; au bout de 48 heures tout phénomène a disparu. Si on soumet de nouveau le même animal aux inhalations de bioxyde d'azote, il succombe dès les premières inspirations. Sur un autre chien, les vapeurs nitreuses respirées pendant une demi-heure, amenèrent la mort : à l'autopsie, les bronches sont remplies de liquide spumeux, et on trouve des noyaux apoplectiques.

M. BOUCHEREAU. Ces vapeurs employées dans certains établissements ont souvent causé des accidents.

M. RABUTEAU. La toxicité de ces vapeurs est excessive, et souvent la mort ne se produit qu'au bout de plusieurs jours.—M. HENNINGER rappelle le cas d'un professeur d'Edimbourg qui mourut le lendemain, après avoir respiré accidentellement des vapeurs d'acide nitrique fumant ; son garçon de laboratoire, plus jeune, se remit au bout de quelques jours.

M. GRÉHANT donne la composition d'une *peptone de fibrine pour l'alimentation* : Voici la formule :

Pepsine (du commerce).	2 grammes.
Fibrine (provenant des abattoirs). . .	100 grammes.
Eau.	1,000 grammes.
Acide chlorhydrique..	4 centᵉ. cubes.

M. BOUCHEREAU a nourri des aliénés avec cette préparation ; il a obtenu une amélioration au bout de un mois à un mois et demi : il se propose de continuer ses expériences.

M. P. BERT. A-t-on trouvé une augmentation de l'urée chez ces malades ? — M. BOUCHEREAU. La recherche n'a pas été faite : la péripeptone a toujours été donnée par l'estomac, jamais en lavement. — M. HENNINGER. J'ai expérimenté les peptones en lavement chez un malade, sans provoquer de rectite, ainsi que l'a signalé M. Dujardin-Beaumetz, et j'ai obtenu une augmentation de 4 à 5 grammes dans l'excrétion de l'urée par 24 heures.

© BIU Santé

M. Quinquaud a essayé la fibri-peptone sur ses malades. La ration quotidienne était de 200 gr. dans du bouillon maigre : il a toujours obtenu une augmentation de poids, un accroissement du chiffre de l'urée et de l'acide carbonique exhalée par la respiration.

M. Bochefontaine présente trois notes : la première communiquée par M. Lesage sur l'*action thérapeutique de l'adonis vernalis* ; la deuxième de M. Razetti concernant l'*extraction de l'adonidine* ; la troisième note de M. Marcus et de Tornery sur le *microbe de la syphilis*.

M. Pouchet lit une note du Dr Chabri sur la *dilatation des animaux par la chaleur* ; ses recherches ont porté surtout sur des animaux marins. Il expose en son nom un travail démontrant que les noctiliques descendaient des péridiniens.

M. Henninger donne un nouveau procédé de *dosage de l'azote dans les urines* ; il est modifié du procédé de Kyédahl, chimiste danois. M. Henninger communiquera des résultats plus complets. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juillet 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

Discussion sur le choléra. — M. Béclard, secrétaire perpétuel, donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. le ministre du commerce. Cette lettre invite l'Académie à se prononcer sur les mesures qu'il convient d'adopter pour combattre le choléra.

M. Brouardel expose les opinions du comité consultatif d'hygiène publique, relativement aux mesures qui semblent susceptibles d'atténuer les ravages de l'épidémie qui frappe en ce moment Toulon et Marseille. L'opinion publique est inquiète et démoralisée ; il convient tout d'abord de lui dire l'exacte vérité et, par suite, de la rassurer. Dans le but de combattre l'extension de l'épidémie et de protéger leurs concitoyens, les municipalités sont armées de pouvoirs légaux. Assurément, les moyens auxquels on a eu recours jusqu'ici sont loin de répondre à tous les désirs. On s'est demandé notamment s'il n'importerait pas de s'opposer à la sortie des habitants d'un lieu contaminé. Malheureusement, une semblable conduite est impraticable et ne saurait reposer sur une sanction quelconque. D'un autre côté, il est inutile de s'illusionner sur la valeur des procédés de désinfection actuellement en vigueur. Quelque perfectionnés que soient ces moyens, ils n'empêcheront jamais le choléra d'éclater, par cela même que les voyageurs apportent avec eux le germe de la maladie. Ce germe réside dans les intestins et se retrouve dans les déjections. Or, si nous sommes impuissants à détruire ce germe, nous sommes capables de modifier, d'améliorer le sol, le terrain sur lequel il se trouve. Il convient, à cet effet, de laver les linges ou de les brûler, et d'adopter comme désinfectants le sulfate de cuivre, le chlorure de zinc, le chlorure de chaux, etc. Les germes peuvent être transmis par le tube digestif, d'où l'indication de ne boire que de l'eau de puits, à la condition toutefois que le sol ait été préalablement inspecté. Les voyageurs qui auront quitté un endroit contaminé, devront être surveillés d'une façon continuelle. Le rôle des municipalités est d'éviter les grandes agglomérations d'individus, de surveiller les qualités des denrées alimentaires et des eaux, les immondices, et de veiller à ce que les mesures de désinfection soient appliquées. En ce qui concerne les maisons des cholériques, il est impossible de les faire évacuer ; toutefois, lorsque de nombreux cas se seront produits dans une même maison, on ne devra pas hésiter à la fermer et à la désinfecter. Les vêtements seront passés à l'étuve.

La communication de M. Brouardel peut se résumer dans les propositions suivantes, qui ont été adoptées par la commission du choléra : 1° Les quarantaines terrestres, quelle que soit la forme sous laquelle on les établisse, sont impraticables en France ; 2° les pratiques de désinfection imposées aux voyageurs et à leurs bagages, dans les gares de chemins de fer, sont inefficaces et illusoires ; 3° il y a lieu d'établir sur les lignes de chemins de fer, dans les grandes gares, des postes de surveillance médicale, pour donner des soins aux malades atteints par l'épidémie, et les isoler des autres voyageurs ; 4° les mesures de préservation efficaces sont celles que chaque personne doit prendre pour elle-même et pour sa maison. Le devoir des municipalités est de veiller à ce que les prescriptions relatives à l'isolement des malades, à la désinfection des linges, vêtements, chambres, etc., soient rigoureusement accomplies, et à ce que les précautions d'hygiène privée et générale soient exécutées dans toute leur rigueur, conformément aux instructions adoptées par le ministre du commerce, sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique.

M. le Président annonce que les membres de la section d'hygiène vont immédiatement se constituer en commission et rédiger un ensemble de propositions qui seront discutées avant la fin de la séance.

Propositions de la commission de l'Académie. — M. Lunier, rapporteur, lit les conclusions adoptées par la commission. Ces propositions sont les suivantes : 1° Les quarantaines terrestres, quelle que soit la forme sous laquelle on les établisse, sont impraticables en France ; 2° les pratiques de désinfection imposées aux voyageurs et à leurs bagages, dans les gares de chemins de fer, sont inefficaces et illusoires ; 3° il y a lieu d'établir sur les lignes de chemins de fer, dans les grandes gares, des postes de surveillance médicale, pour donner des soins aux malades atteints par l'épidémie, et les isoler des autres voyageurs ; 4° les mesures de préservation efficaces sont celles que chaque personne doit prendre pour elle-même et pour sa maison. Le devoir des municipalités est de veiller à ce que les prescriptions relatives à l'isolement des malades, à la désinfection des linges, vêtements, chambres, etc., soient rigoureusement accomplies, et à ce que les précautions d'hygiène privée et générale soient exécutées dans toute leur rigueur, conformément aux instructions adoptées par le ministre du commerce, sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique.

Après une discussion qui ne porte que sur des points de détail, toutes ces propositions, mises aux voix, sont successivement adoptées. La dernière proposition est modifiée en ce sens que le dernier membre de phrase est supprimé.

M. L. Colin fait une communication qui a pour but de montrer que l'on a eu tort d'incriminer, à l'occasion de la propagation du choléra, les eaux souillées par les cholériques.

Élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. — Sont présentés : en première ligne, M. Cornil ; en deuxième ligne, M. Voisin ; en troisième ligne, M. V. Hanot ; en quatrième ligne, M. Grancher. Votants : 74 ; majorité, 38. Au premier tour de scrutin, M. Cornil est élu par 64 voix, contre 8 données à M. Voisin et 2 à M. Grancher. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 4 janvier 1884. — Présidence de M. Cornil.

12. Kyste hydatique du foie. — Mégalosplénie consécutive par gêne circulatoire. — Compression du canal cholédoque. — Cirrhose et cholémie par rétention. Mort ; par H. Dauchez, interne des hôpitaux.

Roba..., 14 ans, ayant toujours habité Asnières, près Paris, entré le 23 octobre 1883. Salle St-Jean, n° 40 (service de M. Labric). Cet enfant est grand et d'apparence vigoureuse ; il a été admis, une première fois en 1880, chez M. le Dr Labric, à l'Hôpital des Enfants ; l'examen auquel il fut soumis fit reconnaître l'existence d'une volumineuse tumeur de la rate (mégalosplénie) dont le poids énorme gênait l'enfant pendant la marche. Bien qu'il n'ait jamais présenté jusqu'alors aucun accès de fièvre intermittente, le sulfate de quinine fut administré à titre d'essai, mais sans succès. — La rate était alors volumineuse, lisse, indolente, et l'état général excellent. Trois ans plus tard (à la fin d'octobre 1883), Roba... revient trouver M. Labric,

© BIU Santé

mais cette fois, indépendamment du volume de la rate, toujours aussi grosse qu'autrefois, il s'est déclaré un ictère très intense paru depuis quatre jours dans les conditions suivantes.

24 *octobre*. L'enfant qui, depuis la veille, se sentait fatigué, s'est plaint à ses parents d'une douleur assez vive dans le flanc droit : cinq jours après, en même temps que l'ictère, paraissait la diarrhée qui persiste encore actuellement. En découvrant l'enfant, on est frappé du ballonnement du ventre, dont la saillie uniforme masque la dépression normale du creux épigastrique.

30 *octobre*. État actuel. En même temps, on sentait par le palper, de chaque côté des muscles droits de l'abdomen un plan résistant formé dans l'hypocondre gauche par la rate et du côté opposé par le foie. En effet, dans le flanc droit, on trouve en déprimant la paroi, le bord inférieur de la glande hépatique au-dessous et en arrière duquel la main perçoit l'existence d'une tumeur bosselée assez irrégulière, difficile à bien limiter. En outre, le rebord costal est soulevé par la tumeur (haute de 0,11 à 0,12 m) qui descend à 0,07cm au-dessous des fausses côtes et dépasse légèrement la ligne médiane en avant. Dans toute cette étendue la percussion donne un son mat, la pression du doigt à ce niveau est absolument indolente. Pas de fluctuation, ni à plus forte raison de frémissement hydatique. — La langue est sale, rouge sur les bords; le malade dit n'avoir jamais éprouvé ni coliques ni vomissements. La cause de l'ictère doit donc être cherchée ailleurs.

La rate, isolée du bord gauche du foie par une zone sonore, mesure verticalement de 18 à 20cm. Transversalement elle est encore plus hypertrophiée (environ 0,20cm). Inférieurement, elle est limitée par une ligne horizontale qui passe à 0,02cm au-dessous de l'ombilic. La tension du ventre permet difficilement d'apprécier la profondeur à laquelle pénètre le viscère. Les matières excrémentitielles rendues dans l'après-midi sont absolument grises, décolorées; les urines très abondantes sont chargées de pigment biliaire.

En somme, il y a rétention biliaire et ictère par compression du canal cholédoque.

Enfin le pouls est ralenti et bat 60 fois par minutes.

Traitement : Purgatif. Cataplasmes et frictions sur le ventre. Potion, hydrate de chloral.

31 *octobre*. Selles décolorées, abondantes, en purée, couleur café au lait. Les urines sont d'un vert très foncé, ne renferment pas d'albumine. T. 40°. Douleurs assez vives au creux épigastrique.

1er *novembre*. La tumeur du foie devient rénitente.

6 *novembre*. Dans la nuit du 5 au 6 novembre, le malade est repris de douleurs assez vives au creux de l'épigastre, suivies de vomissements. La sensibilité du ventre nécessite la suppression des cataplasmes. — Frictions sur l'abdomen avec de l'huile de camomille camphrée. Le soir, la température reste élevée. En même temps, la partie la plus saillante de la tumeur, celle qui borde le muscle droit est devenue fluctuante sur une étendue de 0,03 à 0,04 cent. carrés. La saillie, formée par la collection liquide, se dessine très nettement sous la peau.

7 et 8 *nov*. Légère épistaxis; localement il n'est survenu aucun changement, mais l'état général s'aggrave manifestement : le soir, la fièvre redouble, la langue devient rouge, sèche, et se dépouille, la soif est vive. La nuit, le malade dort peu.

10 *nov*. Nous voyons s'exagérer un phénomène paru depuis deux jours, la dilatation des veines superficielles de la paroi du ventre (circulation supplémentaire), nouvel indice de la gêne circulatoire dans le système de la veine porte et de l'occlusion des voies biliaires.

11 *nov*. Ictère de plus en plus foncé. M. Labric prend alors le parti de pratiquer une ponction exploratrice. La tumeur fluctuante est traversée et vidée à l'aide de la plus fine aiguille de l'appareil Dieulafoy. Cette ponction donne issue à 280 gr. d'un liquide vert, bilieux, peu épais, examiné le jour même par M. Suchard au laboratoire de M. le professeur Potain. L'examen histologique a permis de constater dans les dépôts du liquide filtré, la présence de globules blancs et rouges, sans aucun crochet. La ponction avait donc porté sur la vésicule biliaire. Le soir, le pouls bat 160 fois par minute.

13 *novembre*. Exagération de la circulation supplémentaire du réseau veineux abdominal. Le ventre se remplit de liquide. Le malade s'affaiblit progressivement. La diarrhée persiste sans qu'il se soit jamais rencontré de matières grasses dans les selles. Enfin, le malade tombe dans le coma le 14 novembre au soir, et succombe le lendemain sans avoir retrouvé sa connaissance.

Autopsie le 17 novembre. — *Péritoine* : Adhérent aux parois abdominales, poisseux, très injecté; renferme beaucoup de liquide fortement coloré en jaune. — *Foie* : volumineux, bosselé, granuleux à sa surface, d'un rouge foncé, couleur chamois, comme dans la cirrhose par rétention. Ses dimensions sont de 0,14cm en hauteur, 0,20cm en longueur, et de 0,06cm d'avant en arrière. Le long de son bord antérieur nous trouvons la vésicule très dilatée. Celle-ci a été effectivement ponctionnée. Elle renferme environ 100 gram. de liquide bilieux verdâtre épais. En retournant le foie sur sa face convexe, on est frappé par l'énorme dilatation du canal cholédoque, sur tout son trajet. Sa distension est suffisante pour permettre d'introduire le doigt dans sa cavité. A son entrée dans l'intestin, l'orifice des voies biliaires retrouve son étroitesse et ne laisse plus passer que la sonde cannelée. Bien que dilaté, ce canal ne renferme pourtant aucun corps étranger capable de mettre obstacle à l'écoulement de la bile. En remontant vers le hile du foie on trouve, à quelques centimètres plus haut, un orifice assez large, arrondi, conduisant dans une poche anfractueuse creusée aux dépens de la face inférieure du foie d'une part et constituée de l'autre par des adhérences du péritoine à l'intestin. Cette cavité, logée sous le lobe gauche du foie, renferme une poche kystique (hydatique) blanchâtre, nacrée, formée de plusieurs couches stratifiées séparées les unes des autres par des granulations pigmentaires; sa paroi interne tapissée de plusieurs vésicules adhérentes est lisse, un peu tintée en jaune. Cette poche, absolument indépendante du foie est à moitié vide et renferme à peine quelques cuillerées de liquide blanchâtre.

La *rate*, parfaitement lisse, mesure en hauteur 0,21cm; transversalement, 0,13cm 1/2, est très congestionnée. Son tissu paraît normal, peut-être un peu plus dense. — L'*intestin*, lavé à grande eau, renferme seulement quelques matières décolorées sans aucune hydatide. — La *veine cave* inférieure est fortement dilatée, l'intestin, lavé à grande eau, renferme seulement des matières fécales décolorées sans aucune hydatide.

Réflexions : A quelle cause faut-il reporter l'occlusion totale des voies biliaires avec dilatation totale du canal cholédoque jusqu'à son embouchure dans l'intestin? Est-ce à une bride péritonéale enflammée et rétractée s'opposant à l'écoulement de la bile? — Outre que nous n'avons pu la constater, cette hypothèse ne saurait cadrer avec la marche des accidents péritoneaux survenus tardivement et postérieurement à l'ictère.

Il faut donc admettre la compression du canal cholédoque par le kyste hydatique avant sa rupture, les phénomènes de compression ayant porté d'abord sur la veine splénique, d'où gêne circulatoire et congestion passive de la rate pour retentir, en dernière analyse, sur le canal cholédoque au-dessous du canal cystique. La mort serait dès lors la conséquence de la rétention biliaire (cirrhose biliaire) avec cholémie aiguë (ictère grave).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juillet 1884. — Présidence de M. M. Sée.

Suite de la discussion sur le cancer de l'utérus. — M. Labbé croit que jusqu'à nouvel ordre, l'ablation totale de l'utérus doit être réservée à certains cas exceptionnels; il a recours de préférence à l'ablation partielle qu'il pratique avec l'anse galvanique, sans abaisser l'utérus et en

© BIU Santé

plaçant la malade dans la position adoptée pour la fistule vésico-vaginale. Les guérisons définitives sont rares, mais la malade retire toujours un bénéfice incontestable de l'opération.

M. Marchand trouve ces opérations palliatives excellentes; elles suppriment toujours la douleur, et il y a des exemples de guérison radicale. Il cite à l'appui les statistiques de Schröder.

M. Terrier constate avec tout le monde les bons résultats des opérations incomplètes ; mais comme elles ne sont pas sans danger, il exprime l'espérance qu'un jour viendra où l'ablation totale, bien préférable en principe, pourra être pratiquée sans exposer davantage la vie des malades.

M. Lucas-Championnière opine dans le même sens.

M. Trélat est très partisan de l'anse galvanique pour l'ablation du col utérin. Il insiste sur la difficulté de diagnostiquer le cancer au début ; il fait remarquer qu'un des effets du cancer est de rendre plus difficile l'abaissement de l'organe, presque indispensable pour enlever dans de bonnes conditions la totalité de l'utérus. Au point de vue du mode d'intervention, M. Trélat pense qu'il est difficile de poser des règles précises à cet égard, car les opérations sont d'autant plus dangereuses qu'elles sont plus puissantes; cependant il prévoit que le nombre des chirurgiens partisans de l'opération radicale augmentera au fur et à mesure du perfectionnement des méthodes opératoires.

M. Verneuil attendra pour pratiquer l'ablation totale que l'opération ne fasse pas perdre un malade sur deux, tandis que 20 cas d'ablation partielle ne lui ont donné que deux insuccès.

M. Polaillon préfère l'ablation partielle à l'ablation totale incomparablement plus grave.

M. Terrier croit qu'il est souvent difficile de dire, après l'ablation partielle, si on a enlevé le tout ou seulement une partie du mal ; il ne conteste pas la gravité de l'ablation totale, mais prétend que l'ablation partielle n'est pas aussi bénigne qu'on pourrait le croire.

(*Résection du nerf dentaire inférieur*). — M. Monod a pratiqué la section de ce nerf après trépanation de la branche montante du maxillaire, dans un cas de névralgie atroce ; le résultat parut d'abord excellent; mais au bout de six mois les douleurs reparurent. Alors M. Monod arracha le nerf par une trépanation faite à un centimètre en arrière du trou mentonnier. La malade a guéri définitivement à la suite de cette seconde opération. M. Monod a eu l'occasion de répéter cette opération : le résultat a encore été excellent.

M. Polaillon croit que l'opération ne réussira que dans les névralgies tout à fait périphériques.

M. Tillaux est d'avis que le point d'élection pour l'opération est variable avec l'origine de la névralgie. Quand les douleurs partent du trou mentonnier, on doit agir sur le nerf à sa sortie de l'os, et le plus souvent on trouve alors que le mal est causé par un petit névrome. Quand on est obligé de remonter plus haut, il est préférable d'aller chercher le nerf en trépanant la branche montante ; cette opération est plus facile que celle qui consiste à aller chercher le nerf par la voie buccale.

M. Monod partage entièrement l'avis de M. Tillaux sur ce dernier point ; mais il pense qu'il faut toujours essayer l'arrachement du nerf au niveau du trou mentonnier ; parce que cette opération réussit souvent même dans des cas où elle semblait vouée à un échec certain. P. Poirier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 juillet 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

M. Vallin présente à la Société une *instruction sur le meilleur traitement* à suivre en cas d'*épidémie de choléra*. Cette instruction rédigée l'an dernier, à l'occasion du choléra d'Egypte, vient d'être rééditée ; de nombreux exemplaires en ont été vendus.

M. Besnier constate avec regret que les prévisions de la Société médicale relatives à la nature du choléra de Toulon se sont réalisées. Il n'est plus douteux pour personne aujourd'hui qu'on ait affaire au choléra asiatique; et il faut s'attendre à voir la maladie faire son invasion à Paris. — M. Besnier relève avec raison ce qu'il y a eu d'incorrect dans l'attitude à Marseille de M. Koch, prenant en quelque sorte les allures d'un médecin inspecteur ; et ce, un peu par la faute des médecins marseillais qui, s'ils avaient à se renseigner sur la ligne de conduite à suivre en face de l'épidémie, devaient savoir à qui s'adresser pour obtenir des instructions. L'administration de l'assistance publique, dit M. Besnier, s'est préoccupée de ce qu'on aurait à faire au cas où le choléra sévirait à Paris. Elle a renoncé à l'idée première de répartir les cholériques dans les divers hôpitaux ; et il a été décidé, d'après l'avis des médecins, que ces malades seraient reçus dans deux hôpitaux spéciaux : les Mariniers sur la rive gauche, Bichat sur la rive droite. Ces deux établissements comptent 400 lits, qui suffiront pour parer aux premières éventualités. Mais comme ces 400 lits pourraient à un moment donné être insuffisants, comme d'autre part il importera de pouvoir isoler sans retard les malades qui contracteraient le choléra dans l'intérieur d'un hôpital, l'administration a désigné par avance, dans chaque hôpital, les locaux spéciaux, qui serviraient en cas d'épidémie à l'isolement des cholériques. M. Besnier engage ses collègues à s'enquérir, dans leurs hôpitaux respectifs, si les locaux en question réunissent bien les conditions exigibles pour l'usage auquel on les destine. Il a pour sa part constaté qu'à St-Louis, les baraques qu'on se propose d'affecter aux cholériques sont très défectueuses à certains égards. C'est ainsi que les matières fécales y sont réunies dans une chambre où se trouvent deux tinettes filtrantes, qui laisseraient facilement couler au dehors une partie des déjections. Or, ces déjections se rendraient dans un conduit, qui communique lui-même avec l'égout commun. Conditions très défectueuses et bien propres à faciliter la propagation de la maladie. M. Besnier pense que pour obvier aux dangers qui résulteraient de la mauvaise disposition et des vices de construction des fosses à vidanges, il serait bon et prudent de désinfecter les matières rendues par les cholériques avant de jeter celles-ci dans les fosses. M. Lallier a proposé de brûler les matières ; si la chose est réalisable, ce sera à coup sûr un excellent procédé pour détruire l'agent infectieux. Mais à défaut de la combustion, M. Besnier recommande de verser dans les vases du chlorure de zinc, par exemple, qui est un bon désinfectant.

MM. Martineau et Gérin-Roze se plaignent tour à tour des difficultés que les médecins éprouvent à obtenir de l'administration qu'elle fasse droit à certaines réclamations fort légitimes. M. Martineau n'a pu obtenir à Lourcine du vinaigre de Pennès ; M. Gérin-Roze, entre autres choses, a vainement réclamé l'interdiction pour les parents des malades des hôpitaux Trousseau et Sainte-Eugénie, de se faire accompagner de leurs autres enfants quand ils vont rendre visite à ceux de ces derniers qui sont atteints de maladies contagieuses.

M. Besnier ne prétend pas se faire le défenseur de l'Administration. Il se met, au contraire, à la disposition de ses collègues pour présenter à celle-ci leurs réclamations. Mais il considère que si certaines questions n'obtiennent pas de solution, c'est que la solution est souvent difficile à trouver. M. Martineau, par exemple, se plaint qu'on lui ait refusé du vinaigre de Pennès, mais il s'agit là d'un produit très coûteux qui n'est pas d'ailleurs un agent désinfectant plus actif que beaucoup d'autres produits qu'on peut se procurer à bon marché. M. Gérin-Roze se plaignait sérieusement de ce qu'il n'existait pas, dans les salles des hôpitaux, d'appareils de filtrage pour l'eau. Mais il est très difficile de se procurer de bons filtres. Tous les appareils dont on dispose aujourd'hui sont plus ou moins défectueux. Ils salissent l'eau, dit M. Vallin. En l'état, donc, il était bien difficile que l'Administration prît une mesure générale et introduisit dans ses hôpitaux des appareils qu'elle sait être mauvais.

M. Vallin, au nom d'une Commission nommée par la Société dans la séance du 14 mars, lit un rapport sur la

© BIU Santé

prophylaxie de la tuberculose pulmonaire. Ce rapport sera le sujet d'une discussion publique devant la Société. Nous reviendrons à cette occasion sur cet intéressant document, qu'il serait difficile d'analyser brièvement. G.B.

BIBLIOGRAPHIE

Classification des antiseptiques; par le Dr MIQUEL (1).

M. Miquel les classe d'après les doses minima auxquelles il a eu recours pour s'opposer à la putréfaction de un litre de bouillon de bœuf neutralisé. Voici quelques exemples que l'on peut extraire du tableau qu'il a publié, où les substances sont rangées par ordre de grandeur.

I. *Substances éminemment antiseptiques.* — 1° Biiodure de mercure; 2° Iodure d'argent; 3° Eau oxygénée; 4° Bichlorure de mercure; 5° Azotate d'argent.

II. *Substances très fortement antiseptiques.* — 7° Acide chromique; 8° Chlore; 9° Iode; 12° Acide cyanhydrique; 14° Brome; 15° Iodoforme; 18° Chloroforme; 19° Sulfate de cuivre.

III. *Substances fortement antiseptiques.* — 20° Acide salicylique; 21° Acide benzoïque; 22° Cyanure de potassium; 25° Acide picrique; 29° Chlorure de zinc; 30° Acide thymique; 43° Acide phénique; 44° Permanganate de potasse; 49° Tannin; 51° Acide tartrique; 52° Acide citrique, Acide arsénieux, Acide borique, Hydrate de chloral, Sulfate de fer, Alcool ordinaire, Hyposulfite de soude.

Nous ne pouvons publier ce tableau sans faire les observations suivantes :

M. Miquel est un opérateur consciencieux, et l'on ne saurait mettre en doute ses observations. Aussi elles s'appliquent aux bactéries que l'on peut cultiver dans le bouillon de bœuf.

Vouloir étendre ce tableau à tous les microbes serait certainement commettre des inexactitudes. On remarquera, en effet, que l'acide arsénieux, l'acide borique, le sulfate de fer, l'hyposulfite de soude, considérés jusqu'ici comme des antiseptiques puissants, occupent le dernier rang dans la classification de M. Miquel. Ses résultats s'appliquent aux bactéries du bouillon de bœuf, mais ils ne vont pas plus loin. Dr Q.

VARIA

Le choléra.

OBSÈQUES DE L'ÉTUDIANT DUMAS.—Vendredi après-midi ont eu lieu, à Toulon, les obsèques de l'étudiant en médecine DUMAS, mort à l'hôpital principal. L'amiral Krantz y assistait, ainsi que le directeur du service de santé M. Gestin, des médecins, des professeurs, en un mot tout le corps de santé. M. Gestin à prononcé sur la tombe un discours éloquent, qu'il a terminé par ces paroles « Notre devise à nous, médecins de la marine, est Patrie et Devoir. » (*Lanterne*, 14 juillet).

— On télégraphie de Toulon, au sujet des obsèques du quartier-maître infirmier PONS, décédé dans l'exercice de ses fonctions, et qui ont eu lieu hier soir: « Le vice-amiral Krantz assistait à la cérémonie, qui a été marquée par un incident. Le clergé se faisant trop attendre. Le préfet maritime ordonna au cortège de se mettre en marche; les sœurs de l'hôpital quittèrent alors le convoi. » (*Lanterne*, 14 juillet).

Nous apprenons la mort de M. BOURGAREL, décédé à Toulon, le 16 juillet, à la suite d'une attaque de choléra.

	Toulon et Banlieue	Marseille
11 juillet	20 décès	74 décès
12 —	30 —	65 —
13 —	21 —	57 —
14 —	16 —	66 —
15 —	(?) —	(?) —
16 —	39 —	(?) —
17 —	(?) —	53 —

Deux personnes venues de Toulon à Sigale (Alpes-Maritimes), seraient mortes du choléra.

La faculté de médecine de Montpellier a mis à la disposition de la ville de Toulon huit étudiants en médecine : Ce sont MM. Rauzier, Eugène Estor, Louis planchon, Ernest Bercus, Fauret, Coldecarrera, Clément et Beltier.

Un de nos correspondants nous signale que trois cas de choléra suivis de mort se sont déclarés à Ventabreu (Bouches-du-Rhône), sur des fugitifs de Marseille. Le dernier décès est du 12 juillet (*Semaine médicale*, 17 juillet).

Les Ministres du Commerce, des travaux publics et de l'intérieur sont partis lundi soir pour *Marseille* et *Toulon*. Ils sont rentrés à Paris hier.

Nice. — Les cas observés à Nice sont peu nombreux, écrit le *Nice journal* du 13 juillet. Il n'y en a eu que quatre, dont trois se sont produits chez des individus qui venaient de Toulon, et un autre chez une personne demeurant à Nice, dont la maison était dans de déplorables conditions auxquelles la police a formellement refusé de remédier. Tous ces sujets ont guéri...» Le même journal dit que « les autorités font mystère de tout et que beaucoup de médecins sont disposés à agir de même. A notre avis, continue-t-il, il serait préférable de donner des bulletins détaillés et sincères; le mal qui est franchement avoué cause moins d'effroi que celui qu'on suppose au gré de l'imagination et de la peur. » Nous ne pouvons que nous associer à ces sages paroles.

La ville de Nice a établi un cordon sanitaire autour de la ville; tous les voyageurs sont soumis à une quarantaine de quinze jours.

Italie. — Le journal l'*Italie* (14 juillet) dit que Mme Falgetti, femme du directeur de la poste de *Luino* est morte des suites d'une *cholérine*. Des mesures ont été prises pour l'isolement et la quarantaine de la famille. Le même journal reproduit une dépêche de la *Lombardia* de Milan ainsi conçue : « Les sœurs de charité qui s'étaient d'abord offertes pour prêter leurs soins à Mme Falgetti se sont retirées au dernier moment. Il n'y a aucune probabilité que le mal s'étende. » De ce côté aussi les voyageurs seront soumis à une quarantaine de cinq jours.

Le choléra et les quarantaines.

Le journal l'*Italie* (14 juillet) publie un article vigoureux contre les *médecins* et contre les *quarantaines* :

C'est un grand malheur pour les nations comme pour les particuliers, écrit ce journal, de tomber entre les mains des médecins. Leur seule raison d'être est la peur qui nous livre à eux et, comme la peur est mauvaise conseillère, nous substituons notre volonté à la leur, nous acceptons aveuglément toutes les extravagances qu'ils nous imposent.

.... Personne ne sait comment se propage le choléra, personne au monde, pas plus le Dr Koch, émettant en ce moment des sentences qui sont l'élément comique de la situation, que le plus pauvre ouvrier du port de Marseille.

Ce langage, assurément, est fort empreint d'exagération. Cependant nous sommes obligés de reconnaître que les incertitudes singulières des médecins officiels à propos du choléra de Toulon; que l'étrange et tardive discussion à l'Académie de médecine de Paris; que certaines mesures vexatoires et dont l'utilité est contestable, imposées aux voyageurs, donnent une apparence de raison aux exagérations de l'*Italie*. Voici maintenant quelques citations au sujet des *quarantaines* :

Il y a autant de faits plaidant en faveur des quarantaines qu'il y en a démontrant leur inutilité.

.... Aix-en-Provence accueille des réfugiés de Toulon. Trois de ces réfugiés succombent à Aix, on peut supposer la ville contaminée par un foyer d'infection. Pas du tout, l'épidémie ne se propage pas et s'éteint sur place. On croit que si le choléra n'a pas fait son apparition en Italie, cela tient à la surveillance exercée à la frontière. Alors nous demandons pourquoi Paris, où Marseillais et Toulonnais ont émigré, jouit encore de l'immunité et, non seulement Paris, mais le reste de la France.

Ces réflexions méritent en effet une sérieuse attention. Pour condamner les gens à la misère, à la ruine, dans le but de les préserver du choléra qui ne viendra peut-être pas, il faudrait s'appuyer sur des faits bien démontrés. Malheureusement le doute existe encore sur la plupart des points les plus importants. L'action des médecins serait plus efficace si elle portait sur la propagation des notions d'hygiène individuelle, sur les moyens à employer pour assainir les habitations, les villes, les ports, les établissements publics, les casernes surtout; sur la nécessité de combattre le choléra à son origine même, là où il règne endémiquement et d'où il irradie, à des époques variables, sur le reste de la terre.

(1) *Annuaire météorologique de Montsouris pour* 1884.

© BIU Santé

Les lazarets. — Les voyageurs soumis aux quarantaines se plaignent vivement des conditions déplorables dans lesquelles ils sont placés par l'Administration. C'est ainsi que la *Vigie algérienne* enregistre des plaintes contre le lazaret du cap Matifou; divers journaux ont signalé des plaintes énergiques contre le lazaret de Paulliac.

Russie. — On signale deux cas de choléra, dont l'un suivi de mort, dans le gouvernement de Pultawa.

Angleterre. — D'après un témoin digne de foi, le choléra aurait fait son apparition à Liverpool et à Londres.— Cette dernière ville est, en outre, cruellement éprouvée par une épidémie de scarlatine. Le nombre des décès cholériques a été le 7 juillet de 14 à Londres; les décès par la scarlatine se sont élevés à 50. (*Semaine médicale,* 17 juillet.)

Egypte. — On aurait constaté au Caire un cas de choléra jusqu'ici resté isolé.

Sumatra. — On annonce l'apparition du choléra à Sumatra.

Paris. — Divers journaux politiques, parlant de la visite des Ministres à Toulon et Marseille, disent que ceux-ci, tout en reconnaissant que la situation est grave, ne l'est pas cependant au point d'expliquer la panique qu'elle a jetée en France et *notamment à Paris.* Nous nous sommes déjà élevés contre cette prétention de certains hauts fonctionnaires à faire croire qu'il existe une panique à Paris; malgré une observation attentive, nous n'avons rien vu qui justifie une telle assertion.

Nous regrettons aussi voir l'administration de l'Assistance publique, en vue de l'invasion terrible du choléra, désorganiser les services et refuser ses secours aux malades actuels en vue de malades à venir. Nous reviendrons sur cette question.

— On nous signale, au dernier moment, un cas de cholérine et un cas de choléra probablement sporadique à l'hôpital de la Charité.

Le Dr Koch.

On télégraphie de Berlin, 17 juillet: Le Dr Koch est de retour depuis hier. D'après la *Gazette de l'Allemagne du Nord,* la plupart des communications qui circulent dans la presse, surtout en France et en Angleterre, relativement aux déclarations du Dr Koch sur le choléra, et aux mesures prophylactiques qu'il recommande, sont controuvées ou inexactement reproduites. En conséquence, la *Gazette* conseille de n'admettre les communications de sources très peu sûres qu'avec la plus grande circonspection.

Autopsie Saint-Elme (1).

Les communications et les renseignements que nous publions sur le choléra ne nous permettent de donner aujourd'hui qu'une partie de l'autopsie Saint-Elme.

Procédant ensuite à l'autopsie du cadavre et à l'examen des organes contenus dans les diverses cavités, nous remarquons à l'ouverture de la cavité thoracique une grande quantité de points grisâtres répandus en véritable semis ou réunis en îlots par places, venant soulever la surface pulmonaire. Le poumon droit se trouve principalement envahi dans toute sa face antérieure devenue irrégulière. Ces productions morbides sont plus nombreuses et plus apparentes aux lobes supérieur et moyen; le lobe inférieur n'en est cependant pas exempt. Le poumon gauche participe aussi à la lésion qui occupe en frange de trois à quatre centimètres de largeur le bord interne à peu près également dans les deux lobes. Aucune adhérence de la plèvre tapissant la paroi sterno-costale n'est à noter; mais, si posant la main à plat, on essaie de faire le contour des deux poumons en pénétrant dans l'espace limité par les deux plèvres, on constate que le poumon droit a contracté de fortes adhérences aux points correspondant aux creux sus-claviculaire et sus-épineux. Le poumon droit se trouve manifestement retenu en ces points, tandis que du côté gauche rien de pareil n'existe. Après avoir détruit ces adhérences, preuve matérielle d'un travail pathologique correspondant, nous retirons les deux poumons de leur cavité naturelle. Celle-ci, soigneusement lavée et explorée dans tous les sens, ne nous paraît avoir subi aucun travail pathologique, en dehors des points où existaient les cohérences signalées. La plèvre pariétale nous apparaît absolument indemne; aucune suffusion sanguine, aucun exsudat, pouvant résulter d'une cause quelconque traumatique ou pathologique ne sont révélés à notre attention. Nous constatons en même temps l'intégrité de la cage thoracique dont les différentes pièces osseuses n'accusent aucun cal, aucune déformation pouvant révéler l'existence d'une fracture antérieure. L'état des organes contenus dans cette cavité nous est déjà, superficiellement du moins, connu. Les élevures que nous avons notées, appréciables au toucher et à la vue à la surface du tissu pulmonaire, variant entre la grosseur de grains de sable et le volume d'un grain de millet ou de chenevis, isolées en îlots ou ne sont autre que la manifestation tuberculeuse. Ces granulations se montrent, à la section, dures, d'une coloration grisâtre, montrant le tubercule dans ses phases de début, ou jaunâtres presque purulentes de consistance caséeuse, c'est-à-dire à l'état de fonte ou de suppuration de ce même tubercule suivant son âge.

A la coupe, le poumon nous apparaît pâle anémié ne laissant sourdre qu'une sérosité purulente, s'échappant des bronches ou des tubercules ramollés ou à différents degrés de leur développement. A son sommet, au point correspondant aux adhérences de celui-ci à la plèvre, existe une cavité irrégulière et anfractueuse, limitée dans sa position sous-claviculaire par une mince couche de tissu pulmonaire. Cette cavité admet facilement un œuf de poule et laisse s'échapper une matière purulente grisâtre mêlée à quelques débris solides. Les parois sont, par places, tapissées par des granulations qui ne sont autres que des tubercules. Deux tractus fibreux, vestiges du tissu détruit sont étendus entre deux points opposés de la cavité. L'existence de cette *caverne pulmonaire,* dernier terme du tubercule dans son évolution, nous permet d'assigner deux âges différents à la manifestation tuberculeuse. Ici, ce tubercule a apparu en premier lieu, a eu le temps de parcourir les diverses périodes de son état, tandis que le reste du poumon n'a été que postérieurement envahi, mais l'a été sans permettre à cette évolution de se faire jusqu'au bout. Le poumon gauche est fortement hyperhémié: la mort semble l'avoir surpris au moment de la manifestation inflammatoire créée par l'élément tuberculeux dont il est aussi atteint à son bord droit. Le phénomène de la crépitation n'y est plus aussi net; son tissu nous apparaît, à la coupe, imprégné de sang, ressemblant à la pulpe de la rate, et par conséquent mis dans l'impossibilité d'entretenir la vie. L'état que nous constatons nous explique aussi comment, jusqu'à sa production rapide et presque apoplectique, la formation granuleuse a permis, pendant un certain temps, l'acte respiratoire sans troubles bien manifestes, ou sans apporter, dans tous les cas, un obstacle aux occupations du malade. Le cœur nous présente ses cavités à peu près vides de sang; de volume normal, il ne présente rien de particulier à noter.

A l'ouverture de la cavité abdominale, nous remarquons une coloration plus vive du tissu péritonéal dans la partie droite du grand épiploon. Les vaisseaux qui y aboutissent sont congestionnés; et il nous est facile, en froissant entre les doigts les feuillets péritonéaux, de saisir l'existence de tubercules miliaires, comparables à des grains de sable disséminés en ce point. L'appareil digestif (estomac et intestins), distendu par des gaz, est d'une coloration pâle, anémique; aucune adhérence pathologique, ou agglutination de ses parois entr'elles n'est révélée à notre examen. Aucune ulcération de l'intestin ou de l'estomac n'est à noter. La cavité abdominale ne nous offre qu'une légère quantité de sérosité. Le foie, plus petit qu'à l'état normal, manifestement atrophié, a une coloration jaune régulière. Le lobe droit, à son bord postérieur, est fortement adhérent à la portion diaphragmatique du péritoine. Son tissu est mou et friable; une déchirure de sa substance se produit en voulant détruire ces adhérences. La vésicule biliaire est presque vide. En un mot, l'organe considéré dans tous ses détails nous présente les caractères de « l'atrophie jaune aiguë ». Les reins, la rate, successivement examinés, nous paraissent de volume normal, et ne présentent rien de particulier à noter.

(A suivre.)

(1) Voir le n° 28.

La proposition Paul Bert sur le choléra.

M. Paul Bert vient de déposer à la Chambre la proposition de loi suivante :

Art. 1er. — Tout médecin est tenu de déclarer dans le plus bref délai possible, à la municipalité et au délégué préfectoral spécial tout cas de choléra qu'il est appelé à soigner.

Art. 2. — Le délégué préfectoral se transporte aussitôt au domicile indiqué, décide et fait exécuter toutes les mesures qu'il juge utiles et fait le nécessaire pour isoler le malade et les personnes qui le soignent ou ont rapport avec lui, pour désinfecter ou même détruire les hardes, linges, meubles et effets, pour assainir l'appartement ou même la maison; cela aussi bien pendant le traitement qu'après la guérison ou la mort. En cas de mort, il prendra toutes les précautions qu'il jugera indispensables pour que le cadavre ne puisse devenir une cause de propagation de la maladie.

Art. 3 — Le maire est autorisé à prendre avant l'arrivée du délégué préfectoral toutes mesures de précaution qu'il considérera comme nécessaires. Il est tenu de mettre à la disposition du délégué toutes les ressources exigées par celui-ci, et d'user à cet effet des droits que lui confèrent les lois générales de police.

Art. 4. — Dans le délai d'un mois à partir de la promulgation de la présente loi, des délégués seront nommés par les préfets en nombre suffisant dans les contrées menacées; ce nombre pourra

© BIU Santé

toujours être augmenté. Ils recevront des indemnités payées ainsi que les secours aux malades et remplacement, pour les nécessiteux, des objets détruits et en général les dépenses exigées pour l'exécution de la présente loi sur le budget de l'Etat.

Art. 5. — Toute infraction à l'article 1er de la présente loi est punie des peines portées à l'article 459 du code pénal. Les personnes qui s'opposeraient aux mesures ordonnées par le délégué en exécution de l'article 2 seront punies des peines spécifiées à l'article 460 du code pénal. Si de ces infractions il était résulté une contagion dans les communes, les peines seraient celles portées à l'article 461 du code pénal. Si l'opposition aux mesures prescrites par le délégué venait du maire ou des officiers de police à quelque titre que ce soit, les peines seraient celles de l'article 462 du code pénal. En ces différents cas, l'article 463 sur les circonstances atténuantes pourra être appliqué.

Les articles 459, 460, 461, 462 et 463 du Code pénal, visés par M. Paul Bert, sont ceux qui concernent les infractions aux lois concernant les épizooties. Les peines varient de six jours à deux mois, de deux à six mois, de deux à cinq ans de prison. Pour les maires et officiers de police, la peine d'emprisonnement serait d'un mois au moins et d'un tiers au plus en sus de la peine la plus forte qui serait appliquée à un autre coupable du même délit. Les amendes infligées varient de 16 fr. à 1,000 fr.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 21. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Baillon, Gautier, Guebhard. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Regnauld, Gautier, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Lutz, Gariel, Henninger. — 5e *de Doctorat* (Charité) 1re *Série* : MM. Fournier, Terrillon, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Hayem, Tarnier, Segond ; — 3e *Série* : MM. Potain, Tillaux, Pinard.

Mardi 22. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Hanriot, Lutz, Guebhard. — 2e *de fin d'année* : MM. Sappey, Campenon, Remy. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Panas, Proust, Charpentier ; — 2e *Série* : MM. Richet, Jaccoud, Humbert. — 5e *de Doctorat*. (Charité) (N. R., 2e partie) : MM. Laboulbène, Cornil, Raymond.

Mercredi 23. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Verneuil, Tillaux, Straus. — 5e *de Doctorat*. (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Terrillon, Pinard.

Jeudi 24. — 1er *de Doctorat* (N. R.) : MM. Gariel, Lutz, Blanchard.

Vendredi 25. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Trélat, Rendu, Reynier. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Verneuil, Terrillon, Reclus. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Charcot, Potain, Straus

Samedi 26. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Le Fort, Laboulbène, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Richet, Hardy, Bouilly.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 21. — M. Amiot : Du traitement du pédicule après l'hystérectomie par la voie abdominale. — M. Forget : De la guérison spontanée des abcès froids et des abcès par congestion. — M. Charlier : De la torsion des artères et de l'hémorrhagie secondaire. — M. Brou-Duclaud : Contribution à l'étude de la pyohémie. — M. Leclerc : Compression du nerf médian par un cal vicieux de l'extrémité inférieure du radius. — M. Denise : Traitement du bec-de-lièvre simple et compliqué. — M. Mondon : Températures locales et phtisie pulmonaire. — M. Artus : Contribution à l'étude des œdèmes d'origine nerveuse. — *Mardi* 22. — M. Gonzalez : Indications et contre-indications de l'ignipuncture du col de l'utérus. — M. Caillet : De l'insuffisance aortique consécutive à l'athérome de l'aorte. — *Mercredi* 23. — M. Bellan : Traitement du psoriasis. — M. Delay : Contribution à l'étude du mal perforant dans la période préataxique du tabes. — M. Emery-Desbrousses : De la rupture du tendon sus-rotulien. — *Jeudi* 24. — M. Ch. Bonnet : Essai sur l'histoire de la trachéotomie. — M. Muleur : Essai historique sur l'affection calculeuse du foie depuis Hippocrate jusqu'à Fourcroy et Pujol (1801-1802). — M. Montoya : De la dilatation de l'estomac consécutive à la fièvre typhoïde. — M. Delespierre ; Des néphrites sans albumine. — *Vendredi* 25. — M. Zwetitch : Sur le chancre syphilitique hypertrophique. — M. Portalier : Des troubles trophiques de la période préataxique du tabes spécifique. (Etude clinique). — M. Giraud : Traitement du trichiasis et de l'extraction par le procédé Hotz. — M. Basset : Gommes sous-cutanées. — M. Bruneau : Recherches sur les végétations polypiformes de l'estomac. — *Samedi* 26. — M. Gelle : Des fractures chez les syphilitiques. — Mlle Ellaby : De l'amplitude de convergence — M. Labusquière : Des ruptures utérines dans le travail à terme. Pathogénie et traitement. — M. Peyrat : De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares jeunes.

FORMULES

22. — Choléra.

M. Edouard Peyrusson, dans une communication faite à la Société de médecine de la Haute-Vienne, du 7 juillet, (1), recommande l'*acide borique* dans le traitement du choléra. « Pour que l'action recherchée se produisit bien dans tout le tube intestinal, il faudrait l'administrer à dose massive (30 grammes par exemple) en une seule fois. Il faudrait le donner en poudre, délayé dans un peu d'eau ; enveloppé dans des pains azymes ou sous forme d'électuaire. Cette dose ne présenterait aucun inconvénient surtout dans les cas de choléra, où l'absorption des muqueuses étant très amoindrie, il traverserait sans être absorbé le canal digestif dans toute sa longueur et pourrait exercer son action microbicide sans irriter la tunique intestinale. »

Le même auteur recommande encore les formules suivantes :

Protoiodure de mercure	0,30 centigr.
Poudre d'opium	0,05 —
Glycérine neutre.	H gouttes.
Vaseline pure	5 grammes.

M. à prendre en une seule fois chaque matin.

Biiodure de mercure.	0,01 centigr.
Iodure de potassium.	0,25 —
Eau distillée	1 gramme.

Pour une injection sous-cutanée qu'on pourrait renouveler deux, trois et même quatre fois dans la journée, suivant la gravité des cas.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 4 juillet au jeudi 10 juillet 1884, les naissances ont été au nombre de 1267, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 486 ; illégitimes, 166. Total, 652. — *Sexe féminin* : légitimes, 464 ; illégitimes, 151. Total, 615.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 4 juillet au jeudi 10 juillet 1884, les décès ont été au nombre de 1105, savoir : 589 hommes et 516 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 30, F. 11. T. 41. — Variole : M. .., F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 18, F. 21, T. 39. — Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 1, F. 13 T. 14. — Diphthérie, Croup. M. 13, F. 14, T. 27. — Dyssenterie : M. .., F. ., T. .. — Erysipèle : M. 5, F. 1, T. 6. — Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 36, F. 24, T. 60. — Phthisie pulmonaire : M. 119, F. 69 T. 188. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 6. T. 14. — Autres affections générales : M. 38, F. 35. T. 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 24, F. 23, T. 47. — Bronchite aiguë : M. 10 F. 11, T. 21. — Pneumonie : M. 33, F. 20, T. 53. — Athrepsie : M. 67, F. 61. T. 128. — Autres maladies des divers appareils : M. 153 F. 187, T. 340. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 28 F. 9. T. 37. — Causes non classées M. 2, F. 4, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 100 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 15. Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 41. illégitimes, 14. Total : 45.

Concours. — La mort de M. le Dr Moreau de Tours, a laissé vacante une place de médecin des quartiers d'hospice de la Salpétrière et de Bicêtre. Nous espérons que l'Administration de l'Assistance publique prendra les mesures nécessaires pour faire procéder au concours avant la fin de l'année.

Nomination. — Le Dr Louis Cénas a été nommé, à la suite d'un concours, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

Faculté de médecine de Paris. — M. Trélat est transféré, sur sa demande, de l'hôpital Necker à l'hôpital de la Charité, dans la chaire de clinique de M. Gosselin. M. Le Fort prend le service de M. Trélat, à l'hôpital Necker.

Faculté de Lille. — Une chaire de clinique des *maladies cutanées syphilitiques* vient d'être créée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

M. le ministre de l'instruction publique a nommé, à cette nouvelle chaire, notre ami et collaborateur M. le Dr Leloir ; nos lecteurs ont pu apprécier la valeur des travaux de M. Leloir et, avec nous, ils applaudiront à ce choix.

Faculté d'heildelberg. — Un habitant de Heidelberg, a offert à l'Université de cette ville la somme de cent mille marks, à condition que désormais les femmes soient admises à suivre les cours

(1) *Journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, Juillet 1884.

© BIU Santé

des différentes facultés. Le sénat de l'Université a refusé ce don, ne croyant pas devoir consentir à l'innovation demandée (*Semaine médicale*, 17 juillet).

MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES. — Par arrêté préfectoral du 8 juillet 1884, M. le Dr PERRIN, nommé par l'arrêté du 24 février dernier, médecin inspecteur des écoles pour la 5e circonscription du XXe arrondissement, est désormais chargé de la 7e circonscription. — M. le Dr MIGNET fils, nommé médecin inspecteur de la 7e circonspection, est désormais chargé de la 5e circonspection.

NÉCROLOGIE. — La *France médicale* annonce la mort du Dr VICTOR DESCHAMPS (de Clermont-Ferrand), décédé le 30 juin, à l'âge de 59 ans. — Le *Concours médical* annonce la mort de trois de ses membres, les Drs FRENOY (Aix-les-Bains), de VILLENEUVE (de Meyzieu, Isère), et BONVARD (de Vaugles-Malinges, Jura). — Mort de M. DUMAS, étudiant en médecine (voir p. 590, du Dr BOURGAREL (de Toulon) (voir p. 590).

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)
BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE
Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.
L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Institut de France
PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
VINS titrés D'OSSIAN HENRY
Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ D'OSSIAN HENRY
Composition : 1 gr. d'alcaloïdes, 12 gr. d'extractifs pour 1000 gr. de vin d'Espagne diastasé. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *inaltérable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.
Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX D'OSSIAN HENRY
Composition : 10 centigr. de sel ferreux pour 30 gr. de vin de quinquina titré. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.
Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.
PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

Médailles de Vermeil et d'Argent — Récompense de 2,000 fr.
PEPTO-FER JAILLET
Ancien Chef du Laboratoire de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris.
FER ASSIMILABLE AU CHLOROPEPTONATE DE FER
Le PEPTO-FER JAILLET est le résultat de la combinaison de la Peptone et du Fer. C'est un aliment ferrugineux, un Peptogène par excellence.
DOSE : UN PETIT VERRE A LIQUEUR IMMÉDIATEMENT APRÈS CHAQUE REPAS.
Dépôt général : MAISON DARRASSE & Cie, 21, rue Simon-le-Franc, PARIS.

VALS
SOURCES RICHES en LITHINE
Analyse de l'Académie :
MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : Affections de l'Estomac.
SOPHIE Souveraine dans les Engorgements du Foie, les Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.
AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les Dépôts uriques et les Calculs biliaires. Favorable dans les Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique et les Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.
Les eaux des Sources Marie, Sophie et Augustine contiennent une proportion de lithine en harmonie avec leur minéralisation.
Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*
EN DETAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.
POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — MIGRAINES
SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général.
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, rue Montmartre
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

POUDRE HÉMATIQUE du Dr Guerder
SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ
Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie
Affections organiques des Voies digestives
PRIX DU FLACON : 3 FR. 50
PARIS, Pharmacie DALMON, Faubourg Saint-Denis,

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878
GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON
PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*
VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*
VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.
SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.
GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (Ogr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.
ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.
PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*
SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties
POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .
Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées
PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — Service du professeur Fournier.— Consultation le samedi. Visite des entrants le lundi. — Salle Henri IV : 2, psoriasis généralisé ; 5, herpetide exfoliatrice; 4, stomatite mercurielle ; 19, psoriasis anormale ; 20, prurigo chronique de Hebra ; 29, lupus ; 30, eczéma marginé. — Salle Saint-Louis : 1, ichthyose ; 5, rhumatisme blennorrhagique ; 18, ulcération linguale d'origine dentaire, syphilides palmaires ; 69, syphilis maligne précoce.

Service de M. E. Besnier. — Salles Cazenave et Gibert. Consultation le lundi. Les cliniques du mardi sont suspendues.

Service de M. Guibout. — Salles Bichat et Henri IV : Consultation le vendredi. Visite des entrants le samedi. Examen au spéculum, clinique gynécologique tous les lundis à 8 h. 1/2.

Service de M. Lailler. — Pavillons Bazin et Lugol : Visite tous les matins à 8 h. 1/4. Consultation le mercredi. Examen des entrants le jeudi. Examen des enfants teigneux le samedi.

Service de M. Hallopeau. — Salles Biett et Hillairet: Visite à 9 heures. Consultation le jeudi. Examen des entrants le vendredi.

Service de M. Péan. — Opérations le samedi. — Salle Denonvillers (F.) : 38, résection du genou ; 40, tumeurs fibreuses de l'utérus ; 41, tumeur blanche du coude ; 42, hématome de la vulve; 43, épithélioma du vagin ; 44, abcès à l'anus ; 45, tumeur blanche tibio-tarsienne, amputation ; 50, bec de lièvre ; 51, allongement hypertrophique du col de l'utérus ; 54, kyste de l'ovaire ; 56, tumeur abdominale. Salle Nélaton : 1, 27, carie du calcanéum ; 2, 18, castration ; 6, 10, 31, fractures de jambe ; 7, résection du maxillaire inférieur ; 12, hypospadias ; 13, épithéliomas du menton et de la lèvre ; 16, tumeur blanche du pied ; 25, abcès ostéopathique de la fesse; 29, gomme tuberculeuse du grand dorsal ; 35, épanchement sanguin de la jambe.

Service de M. Richelot. — Salle Denonvillers (F.): 57, arthrite blennorrhagique du poignet ; 59, polype de l'utérus ; 60, kystes synoviaux des poignets; 61, métrite chronique; 64, résection du coude; 66, gommes tuberculeuses; 68, tumeur blanche du genou ; 70, prolapsus utérin, opéré ; 71, 72, arthrite fongueuse du pied. — Salle Cloquet : 14, fistule du canal du Sténon ; 17, rétrécissement syphilitique du larynx ; 18, Iritis syphilitique ; 26, épithélioma de la lèvre ; 32, épididymite tuberculeuse; 40, varicocèle, opération ; 48, fongosités tuberculeuses du poignet ; 55, cystite blennorrhagique ; 69, abcès rétro-pharyngien.

Hôpital des Tournelles. — Service de M. Debove. — Consultation : lundi, mercredi, vendredi à 9 heures. Spéculum le samedi. — Salle des femmes : 1, polypes de l'utérus ; 3, sacro-coxalgie ; 4, hystérie (crises d'éternuements) ; 12, rhumatisme noueux ; 17, insuffisance mitrale ; 27, ulcère de l'estomac ; 32, bronchite chronique, emphysème. — Salle des hommes : 13, pneumo-thorax, tuberculose pulmonaire ; 15, colique saturnine ; 16, typhlite ; 17, rhumatisme blennorrhagique ; 18, hystérie ; 22, carcinôme stomacal ; 23, fièvre typhoïde ; 26, mal de Bright ; 30, hémiplégie droite, paralysie du moteur oculaire externe gauche ; 32, épilepsie ; 38, tuberculose pulmonaire, pleurésie gauche ; 39, pleurésie purulente ; 42, pneumothorax, tuberculose pulmonaire ; 45, asthme, bronchite chronique et emphysème.

Hôpital Bichat. — Service de M. Huchard. — Consultation lundi et mercredi. Visites à 9 heures. Spéculum vendredi. — Salle Andral (H.) : 1, syphilis hépatique ; 6, cancer de l'estomac ; 9, rhumatisme articulaire aigu; endocardite ; 12, sciatique ; 15, fièvre typhoïde à rechute ; 17, ataxie locomotrice progressive ; 18, fièvre typhoïde ; 21, tuberculose péritonéale ; 22, pleurésie ; 23, sclérose latérale amyotrophique; 28, cirrhose syphilitique ; 29, néphrite, interstitielle. —Salle Récamier (F.) : 1, pleuro-pneumonie ; 3, pelvi-péritonite ; 5, cirrhose graisseuse alcoolique ; 8, fièvre intermittente ; 22, néphrite interstitielle ; 17, métrite du col ; 21, fièvre typhoïde, convalescente ; 23, phlegmon du ligament large ; 25, rétrécissement aortique, bruit de souffle extra-cardiaque ; 27, corps étranger de la trachée (canule de trachéotomie).

Service de M. Gouguenheim. — Consultations mardi et vendredi. Consultation spéciale pour les maladies des voies respiratoires. — Salles Bazin (H.) : 7, pleurésie, sténose pulmonaire; 8, gastrite chronique; 9, tuberculose du larynx, sclérose de la glotte ; 11, insuffisance mitrale ; 13, tuberculose du larynx, trachéotomie ; 14, sténose de la glotte, paralysie des dilatateurs, trachéotomie ; 16, ozène syphilitique ; 26, laryngite chronique, tuberculose pulmonaire; 31, érysipèle de la face. — Salle Louis (F.) : 1, insuffisance mitrale ; 6, péritonite, post-puerpérale ; 8, syphilis chez une femme âgée ; 16, péritonite chronique ; 18, pneumonie bâtarde chez une femme âgée.

Chirurgie. — Service de M. Terrier. — Consultations, mardi, jeudi, samedi. — Salle Jarjavay (H.) : 10, suture osseuse de l'humérus ; 12, ostéo-myélite double ; 14, amputation de jambe ; 16, taille sus-pubienne ; 17, fracture de la colonne vertébrale ; 17 *bis*, sarcome des fosses nasales ; 18, enchondrôme de la parotide ; 20, anévrysme du pli du coude ; 25, résection tibio-tarsienne ; 29, épithélioma du nez. — Salle Chassaignac (F.) : 6, résection tibio-tarsienne ; 8, amputation de cuisse ; 14, hématocèle rétro-utérine ; 15, hyste de l'ovaire ; 16, sarcome de la cuisse ; 18, 19, 20, 21, ovariotomies guéries ; 22, kyste de l'ovaire ; 23, corps fibreux utérin ; 24, kyste de l'ovaire ; 28, osteo-sarcome du tibia ; 29, kyste paraovarien ; 30, corps fibreux de l'utérus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

ANNÉE MÉDICALE (L'), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales pendant l'année, publiée sous la direction du Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Aigre, Auvard, G. Ballet, Baratoux, Berne, A. Blondeau, Bottey, E. Brissaud, P. Budin, R. Calmettes, Capitan, Comby, J. Cornillon, L. Cruet, H. Duret, Eperon, Ch. Féré, Gilles de la Tourette, A. Josias, Laffont, Malherbe, Marie, Mauroury, Maygrier, Poirier, F. Raymond, P. Regnard, A. Sevestre, E. Teinturier, R. Vigouroux, collaborateurs du *Progrès médical*. Paraît tous les ans, pendant le courant du mois d'avril, analysant les progrès réalisés au point de vue médical pendant l'année précédente. Six volumes sont en vente. Un volume in-18 Charpentier. Première et deuxième années (1878, 1879). — Prix : 3 fr. 50 chaque volume. — Pour nos abonnés, par la poste, 3 fr. ; dans nos Bureaux 2 fr. 50.—Troisième, quatrième, cinquième et sixième années (1880, 1881, 1882 et 1883). — Prix : 4 fr. chaque volume. — Pour nos abonnés, par la poste, 3 fr. 50; dans nos bureaux . . . . . 3 fr.

F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

Debout-d'Estrées. — Seize années de pratique médicale à Contrexeville (Etude clinique). Broch. in-8 de 44 pages.

Laennec (R.-T.-H.). — Traité inédit sur l'anatomie pathologique ou exposition des altérations visibles qu'éprouve le corps humain dans l'état de maladie. Introduction et premier chapitre précédés d'une préface par V. Cornil. Broch. in-8 de 77 pages, avec deux portraits de Laënnec tirés en taille douce. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie ASSELIN et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

Philbert (E.). — Etude clinique sur les eaux thermales de Brides-les-Bains. — Extrait du rapport adressé à M. le Ministre. Broch in-8. de 16 pages.

Librairie G. MASSON, 120, boul. St-Germain.

Féréol. — Contribution à l'étude des pleurésies pulsatiles. Brochure in-8 de 6 pages. — Paris, 1882.

Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. In-8 de 464 pages. Année 1882.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

Boy (J.). — Du poumon cardiaque (sclérose pulmonaire). Br. in-8 de 122 pages, avec 2 planches. — Nimes, 1883. — Typogr. Clavel.

Delthil. — D'un traitement spécifique de la diphthérie par la combustion d'essence de thérébentine et de goudron de gaz. Broch. in-8 de 20 pages.

Dupau. — Observations à l'appui de la thèse déjà soutenue sur l'ictère grave. Broch. in-8 de 20 pages. — Toulouse, 1882. — Imprimerie Douladoure-Privat.

Garnier (P.). — Onanisme seul et à deux sous toutes ses formes et leurs conséquences. 1 vol. in-12 de 560 pages. — Paris, 1884. — Librairie Garnier.

Librairie J. CHEVALIER, 23, rue Racine

Camus (G.). — Guide pratique de botanique rurale. In-8 cartonné de 178 pages, avec 50 planches et 39 tableaux. Paris, 1884.

Jégu (G.). — De la syphilis de l'oreille (Etat actuel de nos connaissances). Broch. in-8 de 134 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1884.

Lediberder. — De la scarlatine, sa nature et son traitement. Broch. in-8 de 8 pages. — Paris, 1884. — Alcan-Lévy.

Lenger (M.). — Double fistule vésico-vaginale. Deux opérations. Procédé américain, guérison radicale. Broch. in-8 de 6 pages. — Liège, 1884. — H. Vaillant-Carmann.

Mahé. — La recherche de l'origine du choléra en Egypte en 1883. Broch. in-8 de 35 pages. — Ambassade de France à Constantinople.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 30 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 26 JUILLET 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Trois mois à la clinique chirurgicale de l'Ecole de plein exercice de Nantes.

Par J. PÉROCHAUD, interne des hôpitaux de Nantes.

Nous venons de passer trois mois à la clinique chirurgicale de Nantes en qualité de chef de clinique intérimaire et nous voudrions donner une idée de cet important service.

Ce travail, nous l'entreprenons à l'instigation de M. le Dr L. Poisson, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant des chaires de chirurgie, chargé, pendant les mois d'août, septembre et octobre, de remplacer les professeurs de clinique : MM. Chenantais et Heurtaux. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous aider de ses conseils et nous diriger.

Cette courte étude aura deux buts : 1° Publier un certain nombre d'observations que M. Poisson a bien voulu nous abandonner, leur servir de lien commun et en faire un tout utile. 2° Etablir que certains services des grandes villes de province n'ont rien à envier comme importance aux services de Paris, et que les étudiants peuvent y trouver les éléments nécessaires à une éducation clinique sérieuse. Pour Nantes, en particulier, comment pourrait-il en être autrement? N'est-ce pas là que viennent se réunir tous les cas chirurgicaux de la région de l'ouest? — La ville pour les travaux du port, les grandes industries, etc., fournit à elle seule des grands traumatismes et des accidents quotidiens, mais le département et les départements voisins dépourvus de grande ville sont une source inépuisable de cas importants.

Pour ne pas étendre trop cette étude nous n'aurons en vue que le service des hommes. Nous laissons complètement de côté les 36 lits qu'occupent les femmes. Le service des hommes à la clinique de Nantes est réuni dans une vaste salle (salle Lorette de la Refoulais) située au rez-de-chaussée d'un des huit pavillons qui constituent l'Hôtel-Dieu par leur réunion. Cette salle se compose de trente-six lits disposés sur deux lignes. Ils sont dépourvus de rideaux et séparés de deux en deux par une large fenêtre qui s'ouvre sur deux cours plantées d'arbres. A l'extrémité de la salle se trouvent les dépendances : lavabos, lieux d'aisances, etc., et un cabinet d'isolement pour les cas spéciaux. — Tout près de la salle est l'amphithéâtre d'opération, très confortablement installé. Les mois d'août, septembre et octobre sont ordinairement les moins chargés de l'année; cette année, cependant, pour rester dans la plus stricte exactitude, ils ont présenté la même physionomie que les autres mois.

Nous diviserons les cas qui ont été soumis à notre observation en catégories qui représent les différentes classes des affections chirurgicales.

1° *Traumatismes*. Ils ont consisté en : A. *fractures* qui ont été : Quatre fractures du crâne. Qu'on ne s'étonne pas de ce chiffre, Nantes est une ville essentiellement industrielle, les grands traumatismes y sont très fréquents et nous avons presque toujours observé une aussi grande proportion. Une fracture de cuisse simple. Une fracture de jambe simple au tiers moyen. Une fracture du radius à l'extrémité inférieure et une à l'extrémité supérieure par cause directe. Deux fractures de la colonne vertébrale. Une fracture de l'humérus au tiers supérieur. Une fracture multiple de côtes. Une fracture du calcanéum. Une fracture de l'os hyoïde.

B. *Luxations* qui ont été : Deux luxations de l'épaule, récentes et réduites l'une sans chloroforme, l'autre avec chloroforme (sous-coracoïdienne et intra-coracoïdienne). Une luxation du coude (en arrière); chez le même individu existait une fracture du calcanéum et une luxation de l'astragale (chute d'un lieu élevé).

C. *Grands traumatismes* qui ont consisté en : N° 1. Un écrasement du pied par une barre de fer (amputation sus-malléolaire. Mort).

N° 2. Fracture de cuisse, contusion violente de l'abdomen, rupture de l'intestin, écrasement du poignet et de la main (amputation de l'avant-bras) tous accidents produits sur le même individu par l'écrasement d'une meule de minoterie (mort). N° 3. Arrachement du bras par un engrenage. (Désarticulation de l'épaule.) Guérison. N° 4. Ecrasement de l'avant-bras dans une tannerie. Première amputation, sphacèle des lambeaux. Deuxième amputation (guérison). N° 5. Ecrasement du bras. (Désarticulation de l'épaule. Mort). N° 6. Plaie par arme à feu. (Accident de chasse.) Amputation de l'index et désarticulation de la dernière phalange du médius de la main droite (guérison). N° 7. Ecrasement de la main gauche. Amputation du pouce avec son métacarpien (guérison). N°8. Ecrasement de la main par la chute d'un palâtre (Pas d'intervention). N° 9. Brulûre très étendue des deux jambes (greffes épidermiques et animales.) (En voie de guérison.) Hémorrhagie du corps thyroïde. Différentes contusions avec ou sans plaie.

Avant de passer outre, quelques-uns de ces traumatismes ont présenté un intérêt qui légitime quelques observations. De nos fractures du crâne, l'une a été l'un de ces grands fracas de la voûte et de la base accompagné de commotion cérébrale au troisième degré. Le blessé, apporté mourant dans la salle, a succombé quelques heures après. La seconde a été curieuse, au contraire, par l'absence presque complète de commotion et la limitation de la lésion. Elle existait à la région pariétale droite d'un ouvrier sur la tête duquel était tombé verticalement un levier de fer pesant par son extrémité mousse. — Pas de plaie et un enfoncement très léger mais très manifeste de la grandeur d'une pièce de deux francs. — Pouls à 60 pulsations et un peu ds prostration pendant les premières heures. — Saignée, diète, repos absolu, glace sur la tête. Il ne se produit aucun accident pendant toute la durée du séjour à l'hôpital qui est d'un mois environ; il a semblé que nous ayons eu affaire à une fracture de la table externe seule.

Les deux autres fractures du crâne qu'il nous a été donné d'observer méritent d'être rappelées avec plus de détails. Ces deux observations sont bien en faveur de la trépanation dans les cas où il existe des signes ds compression cérébrale si légers qu'ils soient.

© BIU Santé

Premier cas. — Lit n° 22. La fracture du crâne en question a été produite par l'une de ces énormes grues à vapeur qui servent à décharger les navires. La grue s'est rompue au niveau de son axe mobile et dans sa chute a blessé plusieurs hommes. Celui qu'on nous apporte le 11 septembre, vers 11 heures du matin, a été frappé à la tête. C'est un homme vigoureux de 40 ans ; il est dans un coma profond, la respiration suspireuse, les membres en résolution, mais non paralysés, le bras droit agité de quelques mouvements saccadés et convulsifs, le pouls bat 60 pulsations à la minute. La tête rasée présente deux petites plaies transversales à la partie supérieure et postérieure du pariétal droit ; ces deux plaies saignent abondamment et un caillot déjà volumineux soulève le cuir chevelu ; point d'écoulement par le nez ou par l'oreille, le doigt introduit par la plaie la plus large débarasse des caillots et permet de sentir une fêlure osseuse. Un peu de compression assure l'hémostase, et prévoyant la nécessité d'une intervention, nous nous hâtons de prévenir notre chef de service.

M. Poisson arrive vers quatre heures du soir et constate en soulevant les paupières une sorte de mouvement giratoire lent de l'œil droit, un peu de strabisme de l'œil gauche et par moment quelques contractions spasmodiques des muscles de la face. Pas de troubles pupillaires.

Aidé de son collègue M. A. Malherbe fils, M. Poisson réunit par une incision courbe les deux plaies parallèles et taille ainsi un lambeau qui met à découvert le pariétal dénudé et traversé d'arrière en avant par une longue fêlure dont les extrémités se perdent sous le cuir chevelu resté intact. Les deux lèvres de la plaie osseuse sont pourtant au même niveau, mais à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs d'une ligne fictive qui irait du bregma au lambda, il existe un enfoncement de la paroi qui se déprime d'environ 5 millimètres, et cela dans une étendue d'un peu plus d'un centimètre. Le fragment est très solidement enclavé et il n'y a pas à chercher à le relever autrement que par une application de trépan. C'est à cette intervention que M. Poisson se décide en présence de phénomènes de compression qui permettent de vérifier chirurgicalement une localisation intéressante, celle de certains mouvements oculaires dans le pli courbe. L'enfoncement répond, en effet, absolument à cette circonvolution et les troubles que nous avons exposés en sont vraisemblablement la conséquence. Une couronne de trépan est appliquée ; le tire-fond ne ramène d'abord que la lame externe qui se sépare au niveau du diploë, mais une spatule introduite par la fissure permet de retirer également la lame interne et de relever en même temps la partie de la fêlure enfoncée au delà de la couronne de trépan. Un caillot occupe le fond de la plaie, il est enlevé et on aperçoit alors la dure-mère absolument intacte.

Durant l'opération on tente au catgut la ligature d'artérioles nombreuses en certains points; un certain nombre sont faites, mais, pour en finir plus vite, M. Poisson touche au thermo-cautère les points qui continuent à donner, puis le lambeau est réappliqué sur l'os et maintenu par des bandelettes de diachylon.

L'opéré qui s'était agité au début et auquel on avait été obligé de faire respirer un peu de chloroforme, se réveille et paraît reprendre connaissance ; les mouvements spasmodiques des yeux ont cessé. Pansement de Lister. Diète.

Le lendemain, le blessé est en pleine connaissance et nous raconte la manière dont est arrivé l'accident; il ne s'est aperçu qu'après son réveil chloroformique qu'on l'avait transporté à l'hôpital. Aucun trouble paralytique, pouls 60, température 38. Plaie en très bon état. Le surlendemain, état général absolument satisfaisant, la plaie paraît réunie par première intention.

20 *septembre*. Teinte bleuâtre ecchymotique assez prononcée sous-orbitaire droite, elle fait penser que la partie antérieure de la fêlure se prolongeait plus loin encore qu'on pouvait le croire. — Aucune réaction fébrile. Le pouls se relève à 70 pulsations ; température normale. — La plaie est complètement réunie en arrière, elle suppure très superficiellement en avant.

27 *septembre*. (20 jours après l'opération). La guérison est complète. La plaie n'a pas suppuré, le malade se lève, l'ecchymose sous-orbitaire passe au jaune-paille. On a peine à faire comprendre à L..., qu'il doit prolonger son séjour à l'hôpital.

Trois faits à retenir de cette observation :

L'heureux bénéfice que le blessé a retiré de la trépanation et la cessation immédiate des accidents de compression. — La localisation du pli courbe. — La réunion par première intervention malgré les points d'escharification qu'a produits le thermo-cautère pour assurer l'hémostase.

Deuxième cas. — P. Daniello, épileptique, réduit à la misère par l'alcoolisme et sa maladie, s'endort sous le péristyle de la Bourse. Il veut se lever à son réveil, tombe à la renverse sur les marches et se fracasse le crâne contre son angle.

Il est trouvé le matin du 2 octobre baigné dans son sang et conduit à l'Hôtel-Dieu. A la visite, il répond à peine aux questions qu'on lui adresse, le regard est hébété — aucun signe de compression — une petite plaie existe au niveau de l'angle supérieur et antérieur du pariétal droit et un peu au-dessous un enfoncement manifeste dans une grande étendue. Cet enfoncement est tel que M. Poisson se décide à une intervention. La plaie qui existe est allongée et une incision faite à angle permet d'examiner la lésion. Un peu au-dessus et en avant des insertions du muscle temporal, la paroi crânienne est enfoncée de telle sorte que le fragment inférieur à chevauché par-dessous le supérieur, des esquilles solidement enclavées se dirigent du côté cérébral. Une première couronne de trépan est appliquée, puis une seconde en arrière de la première, on fait sauter le pont intermédiaire et on peut alors retirer la tranche osseuse qui a chevauché entre la paroi et la dure-mère. Cette membrane apparaît alors dans une étendue qui mesure certainement bien 4 centimètres de longueur sur 3 de largeur ; en avant, elle est très légèrement déchirée et contuse, dans tout le reste de la plaie elle est en assez bon état. L'hémostase ne se fait pas sans quelques difficultés ; le champ opératoire se trouvait du reste très peu en avant du passage de la méningée moyenne et l'on avait dû songer à la respecter durant toutes les manœuvres. — Réunion de la plaie. Lister. Diète. Le lendemain et les jours suivants, pour abréger, tout se passe de la façon la plus satisfaisante, sans réaction, sans la moindre trace de méningo-encéphalite. La suture ne tient pas, mais la dure-mère et les os bourgeonnent dans le point laissé à découvert. — L'opéré se lève et se promène quand nous quittons le service. Il a eu depuis sa trépanation deux ou trois attaques d'épilepsie qui n'a paru en rien modifiée.

Nos fractures de la colonne vertébrale se sont toutes les deux terminées par la mort. L'une siégeait à la région dorsale (partie moyenne), l'autre portait sur la septième cervicale et les deux premières dorsales. — Dans le 1er cas la mort s'est produite en six mois avec les phénomènes de cachexie et d'escharification ordinaire ; dans le second la mort est survenue beaucoup plus rapidement (12 jours) avec dyspnée, cystite, érections, eschares profondes et rapides. — Les deux moelles ont été confiées à l'étude de M. A. Malherbe.

Rien à dire des autres fractures. Celle de l'os hyoïde seule mérite de nous arrêter à cause de sa rareté.

X... (42 ans), cherchait à faire reculer son attelage pour engager sous un porche une lourde voiture ; les chevaux firent tout à coup un mouvement en avant, le larynx fut frappé et écrasé par le timon contre la colonne vertébrale, sans que le charretier pût se reculer en arrière, acculé qu'il était contre un mur. La fracture eut lieu à la réunion du corps avec la grande corne droite. Le mécanisme paraît avoir été celui qu'a désigné Gurl, le redressement violent de la courbure de l'os.

X... entre à l'Hôtel-Dieu, presque aphone, avec du gonflement notable de la région. La déglutition est très douloureuse et presque impossible. Pas d'emphysème. Respiration anxieuse. Le lendemain le gonflement a diminué, X... parle un peu mieux et peut boire un peu de lait ; le doigt appliqué sur l'os hyoïde a parfaitement conscience d'une crépitation osseuse douloureuse pour le malade. Il ne paraît pas y avoir de déplacement notable. Les jours suivants le gonflement diminue, l'aphonie disparaît, la déglutition devient plus facile.

© BIU Santé

X... sort au bout d'un mois sans consolidation. On perd le malade de vue.

Laissons également de côté les luxations et les plaies simples et contuses pour passer en revue quelques-uns des grands traumatismes que nous avons signalés.

Premier cas. — Jeune garçon dont le pied a été broyé par une barre de fer. Les métatarsiens sont brisés en maints endroits et crépitent au milieu des tissus réduits en bouillie. M. Poisson espère pouvoir conserver la jambe et propose une amputation sus-malléolaire. Elle est refusée énergiquement par la famille et le jeune malgré toutes les insistances, c'est seulement alors que les tissus se sont sphacélés et répandent une odeur infecte, que le blessé est pris de fièvre ardente, qu'on se décide à une intervention tardive. La situation semble si grave qu'on se décide à intervenir immédiatement (60 heures après l'accident). L'opération est faite suivant le procédé de M. Guyon. Dans la journée qui suit, la température monte à 40°8 ; un peu de délire apparaît et le blessé succombe 20 heures après l'opération.

Deuxième cas. — Il a été curieux par le fait de la rupture intestinale. Le blessé nous arrive d'une minoterie d'Orvault, près Nantes, avec une fracture double de cuisse, sans plaie, mise immédiatement dans un appareil de Scultet ; un écrasement du poignet et de la main tel qu'il est impossible de songer à la conservation et que l'on doit pratiquer une amputation immédiate de l'avant-bras vers le tiers inférieur (lambeaux antérieur et postérieur). La paroi abdominale présente une contusion avec excoriation de la peau, mais rien n'indique une rupture des viscères. C'est seulement dans la soirée que les douleurs deviennent vives du côté du ventre et que le malade succombe 24 heures après le traumatisme. A l'autopsie : la paroi abdominale, à part la contusion superficielle, est intacte, mais la première chose qui se présente à l'ouverture du péritoine est un lombric. L'examen de l'intestin est poursuivi avec attention et l'on découvre une perforation intestinale à 0 m. 50 de la valvule iléo-cœcale, la perforation à le diamètre d'une pièce de 50 centimes ; elle est entourée d'une zone contuse et ecchymosée ; des matières fécales se sont épanchées dans le petit bassin. Au même niveau, il existe un commencement de péritonite, mais le malade a succombé avant son entier développement. — Ce cas vient s'ajouter à ceux qui ont été rapportés par Longuet, Bled, Bouilly, etc.

Troisième cas. — Désarticulation du bras par la méthope ovalaire modifiée. Guérison.

Quatrième cas. — Ecrasement de l'avant-bras dans une tannerie. Amputation par la méthode circulaire au-dessous du coude ; elle a été faite immédiatement après l'accident au milieu de tissus sains en apparence, mais comme cela se produit fréquemment en pareil cas, la peau contuse et décollée se sphacèle et laisse après son élimination un moignon suppurant au centre duquel apparaissent à découvert les extrémités du radius et du cubitus. — Le temps passe, le malade s'affaiblit par cette suppuration prolongée sans qu'on puisse espérer que la nature viendra à bout de régulariser les choses. — Une seconde amputation est pratiquée au-dessus du coude (il n'y a pas de lambeau pour une désarticulation) un mois après l'opération ; elle est faite à lambeau antérieur pour profiter des tissus sains et laisser la plus grande longueur possible au membre mutilé. M. Poisson nous fait à ce propos remarquer combien il faut être réservé dans l'appréciation de la vitalité des tissus au voisinage de ces traumatismes par écrasement ; — mieux vaut, quand on le peut, attendre pour juger plus sainement de l'étendue du sphacèle. Quant on ne peut attendre, se rappeler le fait et ne pas trop chercher à faire servir pour les lambeaux des tissus douteux.

Cinquième cas. — La mort dans cette désarticulation de l'épaule a été le résultat des chocs traumatique et opératoire. Mort 35 heures après l'accident.

Les autres cas n'offrent rien de bien particulier.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

De la transfusion directe du sang vivant (1).

Par M. le Dr J. ROUSSEL.

Le sang pénètre largement dans le transfuseur par l'ouverture d'une saignée, opérée sous une couche d'eau au moyen d'une lancette contenue dans la tête de l'appareil (*fig.* 64 L). Cette lancette est à deux pointes qui, descendant à cheval sur la veine, l'empêchent de rouler, et tout en pratiquant une incision de profondeur minimum, elle taille les parois latérales et la paroi supérieure de la veine, sans pouvoir jamais atteindre la paroi postérieure. La course et la direction de la lancette se règlent selon l'épaisseur de la peau, et la direction de la veine. La tête de l'instrument est adaptée à la veine du donneur, non par une ligature, mais par une ventouse annulaire fixée par la succion d'un ballon spécial (*fig.* 57, nos 9, 10). Ni le sang ni l'eau ne pénètrent dans le cercle de succion, qui ne sert que de base de fixation imperméable à l'air extérieur.

Le moteur destiné à donner au sang veineux une impulsion suffisante, est un ballon ovale, à clapets, de la contenance de 10 centimètres cubes (*fig.* 57, n° 14). La canule afférente est de caoutchouc durci, sa position dans la veine de l'opéré est assurée par le jeu d'une grande serre-fine fixée au talon de la canule (*fig.* 65), et dont les mors pincent à la fois la peau, et sous elle la veine avec la canule qui y est insinuée. Cette serre-fine remplace un aide s'occupant du bras du malade, de même que la ventouse en remplace un autre, vers le bras du donneur de sang. Le chirurgien peut à lui seul exécuter l'opération tout entière, dans les cas d'urgence extrême, qui sont ordinaires à la transfusion. La veine du sujet à transfuser est rétractée et d'un très petit calibre, s'il s'agit d'un anémique chronique ; ou aplatie, vidée et cachée sous une peau épaisse doublée d'un abondant tissu cellulo-graisseux, s'il s'agit d'un sujet frappé d'hémorrhagies foudroyantes ; il est impossible de pouvoir pénétrer sûrement dans cette veine avec un trocart métallique ; sa présence, du reste, prédispose à la coagulation du sang du sujet et son étroitesse ne fournit pas un assez grand courant de sang. Une large canule est nécessaire.

Préparation de la veine de l'opéré. C'est une des veines du pli du coude que je choisis d'habitude, mais il peut y avoir quelquefois avantage à préférer la saphène interne, à cause de sa distance plus grande du cœur.

Il y a double intérêt à ne pas répandre le sang du sujet, non seulement parce que c'est une perte pour lui, mais encore parce que le sang baignant les tissus, obscurcit le champ opératoire et empêche de bien discerner la veine dans laquelle il s'agit de pénétrer (*fig.* 65). Une bande ischémique sera enroulée sur la main et l'avant-bras jusqu'auprès du pli du coude. En refoulant ce qui reste de sang veineux dans le membre, cette manœuvre permet de distinguer la veine et de faire une trace sur la direction de laquelle la peau devra être incisée. On place alors un lien fortement serré sur le milieu du biceps ; un tronçon de veine turgide est ainsi enfermé entre les deux bandes, et séparé de la circulation générale. La peau sera incisée directement, ou par la transfixion d'un pli transversal. Le tissu graisseux et la gaine celluleuse sont écartés, jusqu'à ce que la paroi supérieure de la veine soit découverte sur deux centi-

(1) Voir les nos 21, 22, 24, 25 et 28.

© BIU Santé

mètres. Un fin crochet est piqué sur cette paroi pour la soulever, et d'un coup de ciseau on taille un lambeau oblique en forme de V, dont la base est tournée du côté central de la veine, pendant que sa pointe relevée par le crochet, comme un couvercle, offre une ouverture précise á la pénétration de la canule pleine d'eau. La serre-fine attachée au talon de la canule, est placée de façon à ce que ses mors referment l'incision de la peau, et compriment sous elle la veine avec la canule qui est

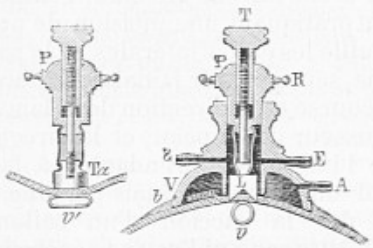


Fig. 64. — Détails de la tête du transfuseur: V. Ventouse annulaire. — A. Tube pour son ballon de succion. — *b*. Bord souple de baudruche. — E. Entrée du courant d'eau dans le cylindre intérieur de la ventouse. — S. Sortie de l'eau, puis du sang. — P. Porte lancette bouchant le cylindre. — T. Tête de la lancette à vis millimétrique. — L. Lancette bifurquée. — *v*. Veine. — R. Repères indiquant la direction de la lame.
P. Porte-tampon pouvant remplacer le porte-lancette. — Ta. Tampon allongé et comprenant la veine *v'* après une saignée faite à la main.

ainsi solidement fixée en position. On délivre alors le bras des deux bandes qui l'enveloppaient.

Pour rendre plus certaine l'introduction de la canule dans la veine, j'ai fait construire un petit instrument adopté par les chirurgiens Russes. C'est un *phlébotôme dilatateur*, à branches croisées, l'un des mors est

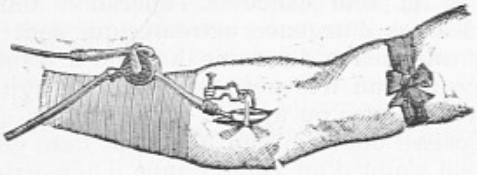


Fig. 65. — Bras du transfusé portant la bande ischémique et le lien de saignée.
Serre fine fixant la canule dans la veine.

aigu et tranchant, l'autre est mousse; à eux deux ils forment un taillant à pointe régulière. On plonge l'instrument fermé dans la veine découverte, on presse sur les branches et les mors s'écartent en offrant à la canule un passage immanquable (*fig.* 66).



Fig. 66.— Phlébotome dilatateur ouvert dans la veine et conduisant la canule.

Le donneur de sang, homme ou femme, a été choisi sain, vigoureux et à veines saillantes. On recherche le trajet de l'artère humérale et on le trace à la plume dans l'intention de s'en écarter autant que possible; on place sur le biceps le bandage classique de la saignée, et l'on choisit la veine la plus turgide, la plus éloignée de l'artère, et celle au-dessus de laquelle la ventouse adhère le mieux.

On estime la profondeur de cette veine sous la peau, et d'après cette profondeur on règle par la vis millimétrique la longueur de la course de la lancette (*fig.* 64 T), puis on applique la ventouse sur le point à saigner, facile à distinguer à travers le cylindre ouvert de la ventouse, et on ferme ce cylindre par le *porte-lancette* qui s'adapte comme un bouchon rodé (*fig.* 64 P). Deux yeux métalliques (*fig.* 64 R), fixés au porte-lancette, indiquent la direction de la lame que l'on place obliquement à la ligne de la veine.

Le tube aspirateur d'eau est alors plongé dans un vaste contenant de l'eau légèrement sodique et chauffée à 40° (*fig.* 57, n° 6). Cette eau est aspirée par la diastole du ballon moteur; elle remplit le cylindre, couvre la peau au-dessus de la veine, baigne la lancette, remplit l'instrument tout entier et s'échappe par l'*embranchement* ouvert près de la canule afférente, après avoir chassé tout l'air de l'intérieur de l'instrument (*fig.* 57, n° 18).

C'est à ce moment que l'on saigne le donneur de sang,

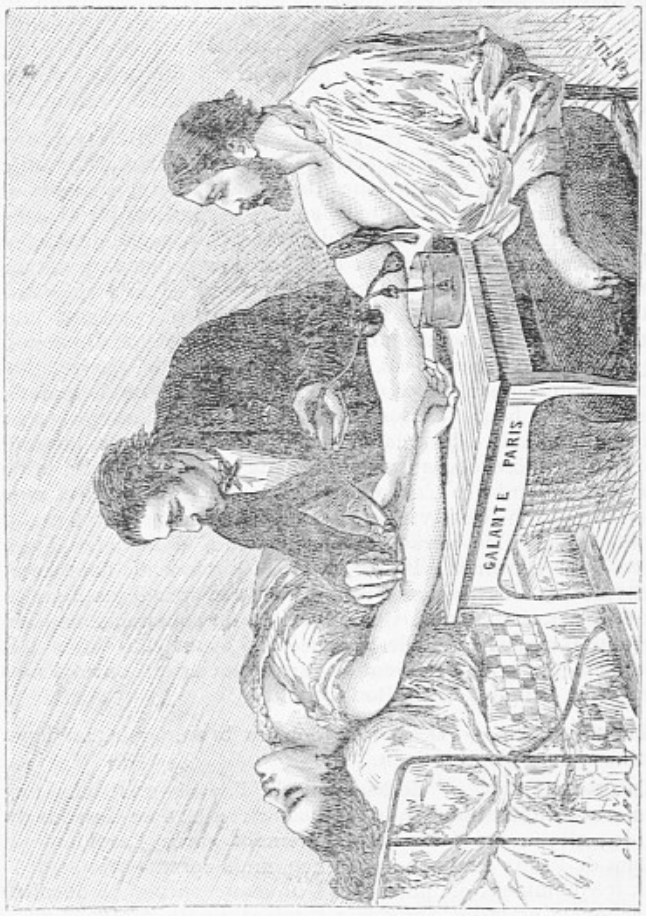


Fig. 67. — Position des personnages pour la transfusion directe.

par un coup sec appliqué sur la tête de la lancette. J'ai l'usage de pratiquer la saignée en deux temps successifs; du premier j'incise la peau, puis j'allonge de quelques millimètres la course de la lame, et, d'un second coup, j'ouvre la veine. Cette précaution me préserve d'une incision trop profonde.

Le sang jaillit de la veine ouverte, il repousse devant lui l'eau qui venait de repousser l'air, puis il se présente à l'embranchement terminal. Entre le tube d'issue de l'eau et la canule afférente, est ajusté *un clamp* (*fig.* 57, n° 17) qui peut fermer alternativement les deux tubes. On s'en était servi précédemment pour fermer le tube de la canule introduite pleine d'eau dans la veine. Il suffit, au moment où le sang se présente pur, de changer le clamp de position, pour fermer l'issue extérieure et ouvrir en même temps le libre passage du sang dans la veine. On ferme aussi le tube aspirateur d'eau au moyen d'un autre clamp (*fig.* 57, n° 8). La transfusion s'exécute alors par

© BIU Santé

pressions successives sur le ballon moteur au nombre de 5 à 6 par minute; ce qui envoie environ un demi-gramme de sang à chaque diastole du cœur de l'opéré.

Si le transfusé était un blessé, ou une femme morte d'hémorrhagie (il va sans dire qu'on a pris déjà toutes les précautions possibles pour fermer la source de la perte sanguine) on continue la transfusion aussi longtemps que le permet la physionomie générale du donneur de sang, ou, tout au moins, jusqu'à ce que de nombreuses et profondes respirations et de vigoureux et réguliers battements du cœur du blessé aient confirmé son retour à la vie. Il en sera de même si le sujet était un asphyxié ou un empoisonné auquel on aura, par une abondante saignée déplétive, soustrait en même temps une grande quantité de son sang devenu impropre à l'hématose, et une grande dose de l'agent toxique.

Dans ces deux cas, la dose du sang à transfuser peut facilement s'élever à 250-300 gr. et plus.

J'ai ressuscité un homme mort d'asphyxie par l'oxyde de carbone, dont le sang épaissi refusait de sortir par les saignées des veines et ne s'était montré qu'après une section de l'artère radiale. Je lui ai transfusé 300 gr. de sang mêlé à plus de 200 gr. d'eau chaude légèrement sodique et albumineuse. J'ai agi de même, avec le concours du Dr Barnes, sur un moribond à la période ultime et algide du choléra (*ce dernier n'a été que passagèrement amélioré, mais il a repris conuaissance et a pu faire son testament*). Ce n'est que vers le milieu de la transfusion que le sang du premier a pu enfin jaillir de ses vaisseaux ouverts; et je l'ai laissé se perdre tant qu'il s'est présenté noir et poisseux.

Si le transfusé est un malade, la dose de sang peut être réduite à 150 ou 200 gr., mais la transfusion doit se continuer aussi longtemps que l'opéré la supporte sans dyspnée, et sans agitation trop marquée. C'est par de grandes doses que l'on obtient d'un coup une convalescence franche.

Après l'opération, la ventouse est détachée du bras du donneur, auquel on peut confier momentanément le soin de poser son pouce sur la saignée. On ouvre la serre fine et on retire la canule de la veine de l'opéré, dont on bande le bras avec un 8 de chiffre, sur un petit pansement antiseptique. On bande de même le bras du donneur dont la saignée sera cicatrisée en 24 heures. Jamais la phlébite n'est venu m'inquiéter pour l'un ou l'autre des deux sujets, lorsque la préparation de la veine a été exécutée comme je l'ai dit, sans manipulations maladroites et sans ligatures.

Le transfuseur a été jeté d'emblée dans une cuvette pleine d'eau, quelques mouvements du ballon suffisent à le laver du sang demeuré liquide, et lorsqu'on le démonte, on ne trouve aucun caillot adhérent, dans toutes les parties où le sang a circulé.

CHIMIE BIOLOGIQUE

De l'élimination du bichromate de potasse;

Par DUMOUTIERS, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.

Depuis longtemps, déjà, on emploie le bichromate de potasse en thérapeutique : 1° dans les maladies vénériennes (Cumin *Edinburgh med. and surg. journal*, octobre 1827. — *Ann. in arch. de med.* 1828, p. 614; — 2° comme émétique (Jacobson, séance de l'Académie des sciences, 14 octobre 1883); — 3° comme stimulant et antispasmodique.

Orfila a expérimenté ce sel au point de vue physiologique en injections hypodermiques et par la voie stomacale. D'après Priestley, il aurait une action marquée sur la muqueuse des parois digestives et sur les centres nerveux.

M. le Dr Vulpian, après de nombreuses expériences sur les animaux, arrive sensiblement aux mêmes résultats qu'Orfila au point de vue physiologique; mais M. Vulpian a obtenu, dans son service à l'Hôtel-Dieu, de bons résultats dans les dyspepsies et des soulagements dans les cancers de l'estomac. (*Journal de Pharmacie et de Chimie*, septembre et octobre 1883.) M. le Dr Lacassagne, de Lyon, a fait, en février 1883, l'autopsie de deux hommes empoisonnés par le liquide de la pile de Grenet.

Bichromate de potasse	100
Acide sulfurique	100
Eau	1.000

L'analyse des urines, rapporte M. Lacassagne, n'a pu être faite; la muqueuse œsophagienne était imprégnée d'un liquide vert clair qui a été considéré comme du sesquioxyde de chrome. Dans les diverses expériences qui ont été faites, nous ne trouvons nulle part l'analyse des urines, une seule analyse des matières fécales, nous avons donc cru qu'il serait intéressant de rechercher comment s'élimine un sel qui est appelé, depuis les expériences de M. Vulpian, à entrer dans la thérapeutique courante. C'est pourquoi nous avons fait une série d'expériences qui nous ont amené aux résultats suivants :

Expérience I. Il a été donné à un premier chat, par la voie stomacale, 0 gr. 15 de bichromate de potasse. L'ingestion a été accompagnée de bœuf bouilli. Une demi-heure après on observe : salive spumeuse, selles abondantes et liquides. Le lendemain (16 heures après l'ingestion) l'autopsie montrait des reins rougis, bruns; un estomac très congestionné, et tous les symptômes indiqués par M. Vulpian. Le liquide de la vessie (20 centigr.) et les matières fécales ont été recueillis et ont servi à l'analyse.

Exp. II. Un deuxième chat a absorbé une dose plus forte (0 gr. 20). 10 heures après l'autopsie était faite, les urines et les matières fécales recueillies.

Exp. III. Enfin, il a été donné à un fort chien 0 gr. 75 de bichromate. Une partie du médicament a été vomie; cinq injections hypodermiques de 0 gr. 10 ont été faites et ont amené la mort au bout d'une heure et demie. Les selles ont été recueillies, ainsi que l'urine. Les mêmes analyses ont été faites sur les urines et les matières fécales des trois animaux et nous ont donné les mêmes résultats.

La couleur verte des matières fécales faisait déjà soupçonner, ainsi que l'a indiqué M. Lacassagne, la présence du sesquioxyde de chrome. Traitées par la potasse en excès, elles ont donné une solution verdâtre. Après avoir été desséchées à 100°, l'ammonique-froide donnait une solution rose. Cette solution chauffée a abandonné un précipité qui a été reconnu pour un dérivé chromique après oxydation et transformation en chromate de potasse.

La couleur jaune de l'urine indiquait l'absence du bichromate. Un acide rendait la couleur du sel primitif. Dans le liquide lui-même nous avons obtenu, au moyen de l'acétate de plomb, un précipité jaune de chromate de plomb soluble dans la potasse, insoluble dans l'acide acétique.

Pour mieux mettre en évidence le sel de chrome, nous avons calciné avec un mélange d'azotate et de carbonate de potasse; après la disparition complète des

© BIU Santé

matières organiques le résidu a été repris par l'eau distillée bouillante neutralisée et acidifiée par l'acide acétique. La liqueur a donné les réactions suivantes :

Précipité rouge avec l'azotate d'argent soluble dans l'acide azotique et dans l'ammoniaque. — Coloration bleue intense par la teinture de Gaïac. — Formation d'acide perchromique en présence de l'eau oxygénée et de quelques gouttes d'acide sulfurique. — L'acide chlorochromique a, par distillation, coloré en jaune la solution ammoniacale, qui a fourni, après avoir été acidifiée par l'acide acétique, un précipité de chromate de plomb. — Le sulfhydrate d'ammoniaque a produit un précipité brunâtre de chromate d'oxyde de chrome hydraté. — La solution de chromate de potasse, chauffée avec l'acide chlorhydrique et l'alcool, a donné un dégagement de chlore, de perchlorure de chrome (cr^2cl^6) et du chlorure de potassium; la couleur jaune a passé au vert par la réduction de l'acide chromique.

Cette série d'expériences nous permet de conclure à la présence du chromate de potasse. La réaction qui se passe en présence des matières organiques de l'estomac, de l'intestin et de leur contenu doit donc certainement beaucoup se rapprocher de la suivante :

$$2\,(ko, 2kro^3) = 2\,(ko, kro^3) + kr^2o^3 + 3.o.$$

Si, en effet, nous mettons le bichromate de potasse en contact avec la pepsine amylacée et acidifiée par quelques gouttes d'acide chlorhydrique à une température de 40°, au bout de quelques heures on a une réduction partielle du bichromate. On obtient le même résultat si on maintient le sel en question en présence des parois de l'estomac ou du tube digestif. Les matières sulfurées et ammoniacales de l'intestin suffiraient aussi pour expliquer cette réaction. Ce moyen de contrôle, bien que les réactions ne se passent pas dans l'estomac comme dans une capsule ou un tube à essai, suffit pour affirmer la vérité de la réaction précitée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les ambulances volantes du Dr Howard.

Dans deux articles précédents (*Progrès médical*, nos 8 et 10), un de nos collaborateurs signalait l'insuffisance de l'organisation des secours publics à Paris. Il rappelait le vœu émis par le Conseil municipal au sujet de l'organisation de ces secours et montrait comment l'inertie administrative avait réduit ce vœu à l'état de lettre morte.

Depuis cette époque, aucun changement n'est survenu, aucune réforme n'a été entreprise, et la routine règne toujours dans les bureaux de l'Assistance publique comme dans ceux de la Préfecture de police. Malgré ces retards fâcheux apportés dans la réalisation d'une mesure qui a déjà fait ses preuves en Amérique et en Angleterre, nous allons, pour éclairer la conscience de nos lecteurs, donner quelques détails sur l'invention du Dr Howard et sur le fonctionnement des ambulances volantes à New-York et à Londres.

C'est pendant la guerre de sécession des Etats-Unis que le système du Dr Howard fut appliqué aux ambulances militaires; plus tard, à Paris, pendant la guerre de 1870, ces voitures étaient employées pour le transport des blessés à l'ambulance américaine.

La *fig.* 68 montre assez bien les dispositions intérieures de la voiture destinée au transport des malades ou blessés. Le corps du véhicule est situé très bas, de façon que les aides puissent y entrer facilement avec le blessé qu'ils portent. Dans les voitures trop élevées, le chargement, le déchargement et le transport du malade est beaucoup plus pénible pour celui-ci comme pour les infirmiers. Il y a au-dessous de la voiture des

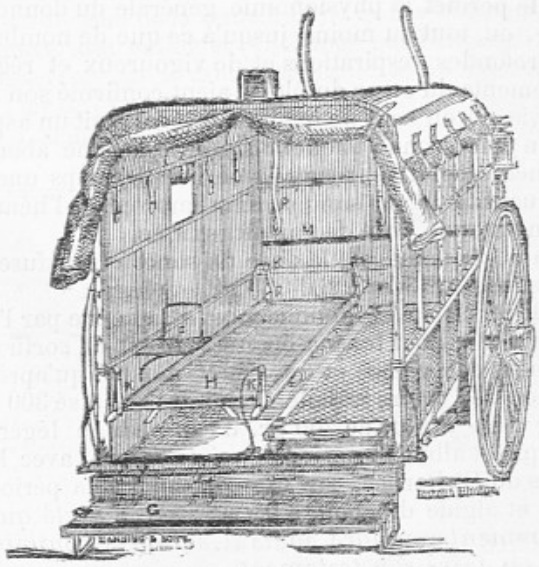


Fig. 68.

ressorts très doux et très élastiques. Ainsi, sur le fond, placé sur quatre ressorts très doux, se trouve un tramway qui reçoit sur de petites roulettes de caoutchouc un brancard sur lequel repose le malade. On peut aisé-

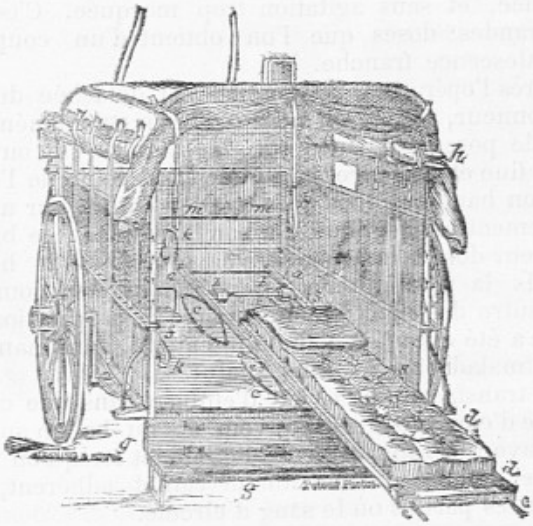


Fig. 69. — *aa*, tramway. — *bb*, rouleaux. — *cc*, ressorts. — *dd*, littière. — *ee*, poignées à coulisse. — *f*, siège de l'aide médical. — *gg*, derrière de la voiture. — *hh*, barre traversière pliante. — *k*, bride à suspension.

ment, au moyen de deux doigts, faire glisser ce brancard dans la place qu'il doit occuper (*fig.* 69); il en résulte un brancard des plus confortables. A gauche de ce brancard est un siège pour un aide; ce siège est d'ailleurs mobile et peut être remplacé par une autre couche; en cas d'urgence, on peut transporter quatre blessés dans la même voiture.

Les parties supérieures du véhicule sont ventilées à l'aide d'ouvertures munies de rideaux (*fig.* 70 *et* 71). Quoique légère, cette voiture est, paraît-il, des plus soli-

© BIU Santé

des; toute garnie, elle atteint le prix de 60 guinées, c'est-à-dire 1.560 fr.

Dans une ville immense comme Londres, où les accidents par chevaux, voitures, explosions, etc., sont très fréquents, les ambulances volantes ont déjà rendu de très grands services. En effet, il suffit de jeter les yeux sur un plan de Londres (*fig.* 72) pour voir que les grands hôpitaux y sont rares et souvent très éloignés des quartiers les plus populeux. Le transport des blessés présente donc parfois des difficultés et les secours médicaux peuvent se faire attendre fort longtemps.

Au contraire, avec le système des ambulances volantes



Fig. 70.

stationnant dans les principaux hôpitaux et les postes de police, il suffit d'un signal télégraphique ou téléphonique pour obtenir très promptement les secours demandés. Chaque voiture ambulance est, en effet, toujours prête à partir, absolument comme les pompes à incendie, de sorte qu'au premier cri d'alarme, la voiture et le médecin sont envoyés rapidement sur le théâtre de l'accident.

Pourquoi ne pas faire à Paris, ne serait-ce qu'à titre

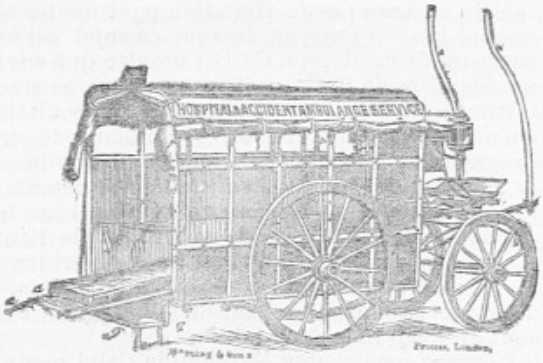


Fig. 71.

d'essai, ce qui a été déjà accompli à New-York et autres cités d'Amérique, ce qut a été organisé avec succès par le Dr Howard à Londres, Glascone, Reading, Greenock et autres villes d'Angleterre et d'Ecosse. Comme le proposait M. le Dr Bourneville dans son rapport au Conseil municipal, on pourrait, pour commencer, avoir une voiture ambulance à l'hôpital Lariboisière, une autre à l'hôpital St-Antoine, les accidents étant beaucoup plus fréquents dans ces circonscriptions hospitalières que dans les autres, et bientôt il serait permis d'apprécier l'utilité de l'organisation nouvelle.

Quant au médecin chargé du service, il est tout trouvé dans nos hôpitaux parisiens, c'est l'interne de garde au zèle, au dévouement et à la compétence duquel on ne fera pas appel en vain. Pour assurer le service des ambulances volantes, il suffirait de donner à l'*hôpital ambulance*, deux internes de garde, l'un pour les cas intérieurs, l'autre pour les cas externes. Il est bien entendu qu'une indemnité raisonnable serait accordée aux jeunes gens auxquels on imposerait ce surcroit de travail.

On voit que la réalisation de ce plan n'est pas impossible et qu'il suffirait d'un peu de bonne volonté admi-

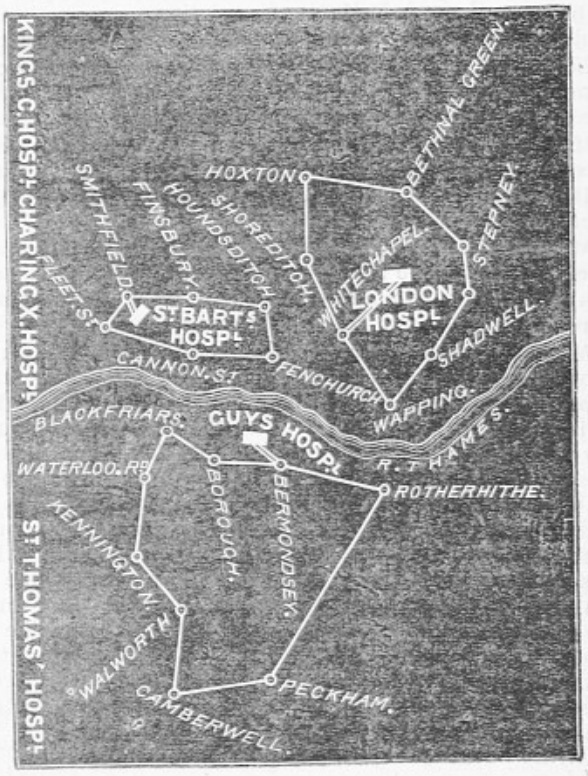


Fig. 72.

nistrative pour entrer dans la voie tracée par les Américains et les Anglais.

Malheureusement tout se fait très lentement en France, et les questions pratiques sont depuis longtemps résolues chez nos amis les *Anglo-Saxons*, avant d'être seulement abordées chez nous. Malgré notre amour superficiel de la nouveauté, nous sommes au fond très routiniers, et nous supportons avec une patience étonnante tous les défauts d'une administration que l'Europe ne nous a jamais enviée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 juillet 1884.— Présidence de M. P. Bert.

M. Rabuteau préconise contre le choléra les matières qui contiennent du tannin et en particulier les tannates d'albumine de bismuth et de magnésie ; les ouvriers tanneurs qui demeurent près de la Bièvre seraient exempts du choléra en temps d'épidémie : en outre, le cachou sous forme de vin ou de teinture ferait un très bon effet ; de même le café torréfié agirait par la caféine qu'il contient ; le café vert au contraire qui ne contient pas de caféine devrait être proscrit. Chez un malade atteint de diarrhée on doit com-

© BIU Santé

mencer par lui administrer un purgatif, de l'huile de ricin par exemple, ou bien du sulfo-phénate de soude. A ce propos, M. Rabuteau rappelle que l'acide orthoxyphénylsulfureux de M. Vigier n'est autre que le sulfophénate de soude ; après le purgatif il serait bon d'administrer les anticathartiques et en particulier les composés tanniques. Comme nourriture, on peut prendre les rosacées, les amygdalées, les fraises, les abricots, en somme tous les fruits qui contiennent du tannin et rejeter le melon.

M. Rémy. Dans le cours de ses expériences sur le grand sympathique, il a vu que chez le cobaye en excitant un petit ganglion qui se trouve au-devant du rein, près de la veine cave, il produisait une éjaculation ; en continuant à exciter, les dernières éjaculations étaient suivies d'érection.

Le sens du courant est centrifuge, car, après avoir coupé le nerf, si on excite le bout central, on n'a aucun résultat. L'expérience sur l'animal vient démontrer le fait.

M. Bochefontaine vient à l'appui de cette expérience ; en effet, chez le chien les nerfs sont distincts ; si chez cet animal on pince le nerf érecteur d'Eckhardt on produit une érection sans éjaculation.

M. Kunckell parle du développement post-embyonnaire et en particulier de la circulation pendant les métamorphoses ; chez certains animaux vers le 8e ou 9e jour il y aurait arrêt du cœur et par suite de la circulation.

M. Beauregard expose quelques particularités sur les mœurs des cantharides : il nourrissait ces insectes avec du lilas, plantes qu'elles semblent préférer. La ponte de ces animaux se fait dans la terre ; l'animal se creuse un trou avec les pattes et la tête, et disparait complètement dans le sol : si on l'examine dans son trou, l'animal s'est retourné, la tête est dirigée en haut. Il perd deux petits paquets d'œufs (60 à 80 œufs pour chaque paquet). Au bout de quinze jours apparaissent les premières larves que M. Beauregard a nourries avec du miel qui était assez solide pour qu'elles ne s'y agglutinent pas : peu importe la provenance de ce miel. Il a en outre remarqué que la cantharide ne se nourrit pas d'œufs de sauterelles, elle est absolument mellivore même à l'état larvaire ; ce seul caractère sépare nettement la cantharide de l'épicantha, autre variété d'insectes où les larves sont carnivores.

M. P. Bert. Quand apparait la cantharidine ?

M. Beauregard l'a trouvé à tous les états de l'animal ; les œufs après la ponte, de même que les larves sont très vésicantes.

M. Quinquaud donne le résultat de ses expériences sur la pathogénie de l'urémie ; suivant les auteurs, les accidents sont produits ou par l'œdème cérébral, ou par l'accumulation dans le sang des matières extractives ou bien de l'urée. La plupart des pathologistes modernes tendent à admettre que l'accumulation de l'urée ne produit aucun accident. Les expériences que M. Quinquaud vient de faire avec M. Gréhant démontrent que l'urée seule est en cause pour produire les troubles nerveux. Chez la grenouille, en injectant sous la peau 1 gramme d'urée, on produit des accidents convulsifs, tétaniques, et bientôt la mort par arrêt de la respiration ; le cœur continue à battre pendant quelques minutes. Chez le cobaye, on produit des accès épileptiformes, de l'opistothonos. Chez le chien, les accidents sont comateux ; la mort arrive au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure. Les doses d'urée sont assez considérables ; chez un cobaye, il faut en injecter sous la peau de 5 à 6 grammes ; chez le lapin, de 8 à 10 grammes ; chez un chien pesant 3 ou 4 kilos, de 10 à 12 grammes. Si on analyse le sang de ces animaux, on voit que la quantité qui y est contenue est assez minime ; car chez le cobaye, dans 100 grammes de sang, on trouve 0g,332 à 0g,333 centigrammes d'urée ; chez le lapin, dans 100 grammes de sang, 0g,60 à 0g,65 centigrammes. On peut considérer ces doses toxiques comme un chiffre moyen.

M. Richet a souvent injecté chez des chiens pesant 10 à 12 kilos, jusqu'à 125 grammes d'urée sans produire d'accident ; il se servait de solutions très diluées.

Suivant M. Quinquaud, avec ces solutions on produirait pe la polyurie seule, sans accidents urémiques ; l'urée est fixée par les tissus (foie, rate, cerveau, muscles).

M. F. Frank. Ces accidents ne tiendraient-ils pas, comme l'a démontré M. Brown-Séquard, à la cautérisation de la peau par les injections irritantes ? On ne doit donc pas conclure avant d'avoir répété ces expériences.

M. Vignal dépose une note sur le développement des cellules de la névroglie dans la moelle des mammifères.

M. Ch. Féré fait au nom de M. A. Binet et au sien une communication sur le *somnambulisme partiel*. Lorsqu'un sujet offrant les caractères du grand hypnotisme est en catalepsie ou en léthargie, on peut par la friction du vertex le mettre dans un troisième état le somnambulisme ; si la friction est latérale, c'est un hémi-somnambulisme que l'on provoque. Si au lieu d'une friction générale du vertex on pratique une pression forte sur certains points du cuir chevelu dont les rapports avec l'écorce du cerveau ont été établis par des recherches antérieures de M. Féré, on produit le somnambulisme partiel du membre dont le centre moteur a été impressionné. On peut ainsi somnambuliser isolément une moitié de la face, un bras, une jambe, ou les deux bras, les deux jambes, la totalité de la face. Il est même possible de déterminer le somnambulisme isolé de la partie supérieure de la face en excitant un point du crâne situé au dessus d'une ligne horizontale passant par l'arcade sourcillière et en arrière d'une ligne verticale passant en arrière de l'apophyse mastoïde : c'est dans ce point que siégeait la lésion crânienne dans un cas de tic de l'orbiculaire des paupières et des zygomatiques d'origine traumatique observé autrefois par M. Féré. — Il est à remarquer que, par l'excitation isolée et successive de ces divers points, l'on établit un état de somnambulisme partiel généralisé dans lequel le sujet entend et parle, est susceptible d'être halluciné, etc., mais est moins lucide que dans le somnambulisme vulgaire. D'ailleurs, l'état de somnambulisme n'est pas complet, c'est ainsi que W... qui a sur la région sternale supérieure une zone érogène sensible seulement dans l'état de somnambulisme, peut être touchée impunément sur ce point dans l'état de somnambulisme partiel généralisé, obtenu comme il a été dit précédemment. Pour éveiller la zone erogène, il faut exciter la région occipitale du cerveau ; cette excitation peut mettre isolément en activité la zone érogène, lorsque ce sujet est en état de léthargie ou de catalepsie. Ce fait montre que sur ce point encore les idées de Gall méritent un nouvel examen.

M. Gibier rappelle ses expériences d'inoculation de la rage d'oiseau à oiseau, et chez ces animaux, le virus rabique augmente d'intensité par rapport au nombre des animaux qu'on inocule. Au lieu d'enlever, comme chez le chien, une rondelle de trépan et d'injecter sous les enveloppes de la matière cérébrale provenant de l'animal enragé, chez le poulet il pratique une ouverture avec un foret. L'inoculation dans la chambre antérieure produit les accidents rabiques, au bout de douze jours, c'est-à-dire au bout du délai indiqué.

M. Laborde montre que Marchal de Calvi avait déjà localisé la rage au niveau du bulbe rachidien.

La séance se termine par la nomination de M. le Dr Dejerine (23 voix). — La séance est levée.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juillet 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'*une lettre de M. Fauvel*, par laquelle ce dernier persiste à regarder le choléra de Toulon et de Marseille, comme une épidémie locale, ne devant pas s'étendre sur le reste de la France, ni sur l'Europe.

Discussion sur le choléra. — M. Jules Guérin fait une communication sur le choléra envisagé au double point de vue de la pathogénie et de la prophylaxie. Conformément à l'enseignement des grands maîtres de la science, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, M. J. Guérin a toujours

© BIU Santé

considéré l'évolution des épidémies, et des épidémies de choléra en particulier, comme un produit de certaines constitutions médicales résultant de modifications successives de l'atmosphère et de l'organisme. Sous l'empire de ces modifications, les épidémies cholériques s'annoncent par des dérangements dans la santé, dérangements progressifs, caractérisés surtout par des diarrhées continues chez les enfants d'abord, chez les adultes et les vieillards ensuite. M. J. Guérin a signalé des faits à l'approche de toutes les épidémies de choléra depuis l'année 1831, plus d'une année avant l'épidémie de 1832, et successivement, pour les quatre grandes épidémies qui ont suivi celle de 1832; en 1849, en 1853, en 1866 et en 1873. L'existence de ces diarrhées, auxquelles M. J. Guérin a donné le nom de diarrhées prémonitoires des épidémies, a été confirmée par les observateurs les plus sévères de tous les pays.

Lors de l'explosion des épidémies cholériques et pendant leur règne, on constate trois autres catégories de diarrhées, qui ne sont que la continuation des diarrhées prémonitoires de l'épidémie, et trois expressions plus avancées de l'intoxication cholérique :

La première catégorie est celle du choléra, dans certaines localités, villes, villages, non pas au delà de cette ébauche, tandis qu'à côté, dans les localités voisines, il acquiert tout son développement.

La deuxième est celle qui prend invariablement le développement du choléra individuel et en constitue la première période; la troisième catégorie, celle qui, dans les localités, où règne le choléra complet, se limite néanmoins à certains quartiers, à certaines rues, à certains côtés de rue, que l'on avait supposés précédemment tout à fait épargnés par la maladie, et ce, en vertu d'une immunité exceptionnelle inconnue. M. J. Guérin a montré que ces trois catégories de diarrhées ne sont que des expressions variées et graduées de l'intoxication cholérique. M. J. Guérin a constaté qu'avant l'explosion collective du choléra confirmé, et avant la date assignée à cette explosion, il avait toujours existé quelques cas de choléra réels, mais isolés et inaperçus, ou indûment qualifiés de choléra nostras; ce qui a fait dire que le choléra officiel arrive toujours après le choléra réel; celui-ci, entouré de prodromes de l'épidémie, et se manifestant presque toujours en même temps, le même jour, si ce n'est à la même heure, dans des quartiers différents. Des faits absolument pareils se sont produits et reproduits à Paris en 1832, à Marseille en 1865, au Havre, à Rouen et à Paris en 1873; et, dans chacune de ces localités, les constatations ont été revêtues des preuves les plus authentiques et ont été consignées dans les documents les plus sérieux. A l'appui de ces faits, M. J. Guérin cite encore les constatations si remarquables du Dr Cuningham, rapporteur général de la commission sanitaire de l'Inde, celui que l'on proclamait hier en Angleterre le plus grand hygiéniste du siècle : « L'épidémie de 1872 à 1873, dit M. Cuningham, a débuté à peu près en même temps sur cent points différents, et à de grandes distances les uns des autres. L'importation n'a pu être constatée dans aucune des localités soumises à une minutieuse surveillance» Contrairement à la doctrine de l'importation, différentes contrées de la France sont restées pendant des mois, si ce n'est pendant une année, en rapport quotidien avec différentes autres occupées par le choléra, sans avoir contracté la maladie; et, lorsque la maladie a fait son apparition dans quelques-unes, commence à Paris en 1832, au Havre en 1873, il a été absolument impossible de découvrir un fait pouvant servir de prétexte à l'importation. La contagiosité du choléra, contagiosité établie par un certain nombre d'observations incontestables, que M. J. Guérin a toujours admises, ne constitue qu'un fait relatif, c'est-à-dire subordonné, pour les localités, pour l'individu et pour la maladie elle-même, à des conditions préalables d'aptitude, de réceptivité et d'activité contingentes, lesquelles expliquent tout à la fois l'impuissance de transports lointains et la stérilité si fréquente des contacts individuels. Les épidémies de choléra sont soumises aux lois qui règlent l'évolution et la propagation des autres maladies virulentes et infectieuses ; et les différentes dénominations avec lesquelles on a arbitrairement séparé les formes et degrés du choléra réel en choléra nostras, choléra sporadique, choléra épidémique, choléra asiatique, n'ont pas plus de raison d'être que de semblables appellations que l'on voudrait appliquer à la variole, à la scarlatine, à la rougeole, etc.; les unes pas plus que les autres n'ayant un point de départ unique, et ne pouvant être considérées, à leurs différents degrés et formes diverses, comme des maladies de nature et d'origine différentes, sous les noms de variole, de rougeole et de scarlatine nostras ou exotique. Enfin, et comme conséquences logiques et pratiques des faits qui précèdent, les mesures sanitaires employées aujourd'hui pour s'opposer à l'envahissement du choléra asiatique, doivent être considérées comme des institutions caduques, qui seront un jour remplacées par le système des avertissements à domicile : système inauguré dès l'année 1849 en Angleterre, où sur 130.000 cas de diarrhée prémonitoire dûment constatés, 250 seulement ont évolué jusqu'au choléra cyanique et mortel.

L'académie procède à l'*élection des membres des diverses commissions de prix pour l'année* 1884 : sont nommés :

Prix de l'Académie : MM. Villemin, G. Sée et Robin.
— *Civrieux* : MM. Charcot, Vulpian, Mesnet.
— *Capuron* : MM. Blot, Tarnier, Guéniot.
— *Barbier* : MM. Empis, Moutard-Martin et Oulmont.
— *Godard* : MM. Fournier, Bucquoy, Potain.
— *Desportes* : MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz, et Féréol.
— *Buignet* : MM. G. Bouchardat, Gariel et Gautier.
— *Daudet* : MM. Lancereaux, Cornil et Verneuil.
— *Vernois* : MM. Proust, E. Besnier et Lunier.
— *Lefèvre* : MM. Luys, Blanche et Ball.
— *Orfila* : MM. Jungfleisch, Caventon et M. Duval.

Élection d'un membre correspondant national dans la 4e division. La commission a classé les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Delore (de Lyon); 2° M. Duménil (de Rouen); 3° M. Berne (de Lyon); 4° M. Cazin (de Berck-sur-Mer); 5° M. Bitot (de Bordeaux); 6° M. Surmay (de Ham). *Votants* : 60. *Majorité* : 31. Au premier tour de scrutin, M. Delore réunit 32 suffrages; M. Cazin, 17; M. Duménil, 8; M. Surmay, 3.

En conséquence, M. Delore est proclamé membre correspondant national de l'Académie. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 juillet 1884. — Présidence de M. Proust.

M. Vallin présente, au nom de M. Chamberland, un filtre en porcelaine.

M. Brémond lit une note sur un *procédé d'ozonisation de l'air des appartements.*

M. E. Trélat fait la lecture d'un troisième *rapport*, au nom de la *Commission des égouts.*

Discussion sur le choléra. — M. Grancher fait une remarquable communication sur les divers moyens de propagation du choléra. M. Grancher pense que la contagion par l'air est sinon démontrée, du moins admissible, et regarde, au contraire, comme indiscutable, la contagion par les *ingesta*. Les cas sont nombreux où un malade, atteint du choléra, est venu contaminer un lieu quelconque avec ses déjections. D'une façon générale, partout où les enquêtes ont été bien conduites, il a été possible d'établir quel a été le premier contagionné. Tous les épidémiologistes, au premier rang desquels il convient de placer Fauvel, sont unanimes à reconnaître que l'importation du choléra d'un lieu à un autre peut être aisément mise en relief.

Depuis la conférence de Constantinople, on sait que le germe cholérique, le contage, se transporte d'un endroit dans un autre, à la condition qu'il s'agisse de petites dis-

© BIU Santé

tances. Les raisons qui ont été invoquées pour établir la transmission du choléra par l'air, sont multiples. Aucune cependant n'est susceptible d'entraîner la conviction. La dissémination rapide du choléra, en effet, dans le même foyer, ne constitue pas un phénomène constant; la simultanéité de plusieurs cas dans un village ne démontre nullement que l'air ait été l'agent transmissible. On a enfin invoqué l'influence, le génie épidémique, se manifestant par des symptômes diarrhéiques, se révélant par des diarrhées répétées. La science est impuissante à proclamer d'une façon rigoureuse que ces diarrhées soient des choléras, même des choléras avortés. En un mot, la dissémination des germes cholériques dans l'air, n'a jamais été prouvée. Rien n'autorise à incriminer l'atmosphère, dans un endroit limité quelconque, comme la cause d'une épidémie. Il n'en est pas de même de l'influence des contacts. Ce contact est indiscutable, non seulement pour les individus, mais encore pour les maisons. Ici il importe de faire intervenir les vêtements, les aliments et les divers objets qui ont pu être souillés par les cholériques. Tous ces facteurs sont réels. Mais, à mesure que la contamination s'étend, le problème se complique et il devient souvent impossible de suivre la piste du choléra. A l'heure actuelle, et malgré les habiles et savantes recherches qui ont été faites, nous ignorons la cause réelle de l'importation du choléra à Toulon. Or, personne n'a songé un seul instant à accuser l'atmosphère. Bien plus, tout le monde se trouve unanime à admettre qu'il a pénétré dans Toulon par une fissure inconnue. Que si, maintenant, on transporte toutes ces données, toutes ces considérations étiologiques, sur le domaine de l'expérimentation, du laboratoire, on ne peut s'empêcher d'établir un rapprochement entre le choléra et le charbon, la septicémie puerpérale, l'infection purulente, etc. C'est dans l'eau, dans les milieux alcalins, dans le sol, que les spores, les germes, trouvent les meilleures conditions pour se développer et pulluler... Or, le bacille en virgule vit merveilleusement dans l'eau, le lait, les aliments; il se trouve naturellement placé pour engendrer des effets funestes. Malgré tout, il n'est pas démontré qu'il puisse vivre dans l'air. Nous pouvons donc nous défendre. Il est dangereux, en effet, de manger des aliments contaminés, et de négliger le lavage de ses mains lorsqu'on a touché des cholériques; mais il ne semble pas qu'il soit dangereux enfin de vivre auprès des cholériques.

M. Desprès, malgré les faits avancés par M. Grancher et la grande majorité des médecins modernes, persiste à ne pas croire à la contagion du choléra. Tous les dix-neuf ans, nous subissons ce fléau, parce qu'il survient alors des modifications atmosphériques. Aussi M. Desprès se déclare-t-il anti-contagionniste, regardant la médecine comme une science conjecturale, sujette à des variations qui ne comportent aucune mesure prophylactique, de nature administrative ou gouvernementale.

M. Grancher fait observer à M. Desprès que les exemples relatifs à la contagion du choléra sont nombreux et indiscutables et qu'il n'a rapporté, dans sa communication, que ceux susceptibles d'entraîner la conviction de tous. Et en effet, M. Desprès n'a pas contesté un seul de ces derniers. Or, un fait positif, bien établi, ne saurait être détruit par plusieurs faits négatifs. Ces derniers ne prouvent absolument rien, lorsqu'ils peuvent être opppsés à un fait indiscutable. M. Desprès s'étonne que l'eau de la Seine ait pu, à un moment donné, empoisonner Paris, et respecter Versailles. Personne ne sait, si un germe, lancé dans la Seine à Paris, est susceptible de vivre à une distance éloignée, à Versailles, par exemple, s'il trouve dans de semblables conditions les éléments nécessaires à son développement, à sa conservation.

M. P. Bert rappelle que Koch a déclaré que les microbes se cultivent difficilement dans les milieux acides, tels que l'estomac. En ce qui concerne la contagion du choléra, M. Bert rapporte qu'en 1857, à Alger, plusieurs infirmiers et sœurs de charité contractèrent le choléra pour avoir bu une eau souillée par des vêtements provenant de cholériques, alors que les malades du même hôpital se trouvaient indemnes de cette maladie. Ces vêtements appartenaient à des cholériques placés dans un autre hôpital, et l'eau qui servait à l'alimentation des malades n'était pas la même que celle dont les infirmiers et les sœurs avaient fait usage. M. P. Bert ne pense pas qu'on puisse nier la transmission des germes cholériques par l'air, et est convaincu que ces germes peuvent pénétrer dans le tube digestif par la bouche, le liquide salivaire, et peut-être même par l'anus.

M. U. Trélat déclare qu'il n'y a aucune parité à établir entre la Seine d'aujourd'hui et la Seine de 1832. A l'heure présente, l'eau de la Seine est dangereuse. En ce qui concerne la contagion du choléra, M. Trélat invoque l'épidémie qui a sévi en 1849, à la Salpêtrière, pour protester contre les idées émises par les anti-contagionnistes. L'immense ensemble des faits démontrent, jusqu'à l'évidence, que le choléra se transmet par propagation.

M. Proust rappelle que l'épidémie de 1865, à l'exemple de toutes les épidémies antérieures, met en relief le caractère éminemment contagieux du choléra. A. Josias.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

VI. L'état actuel de la question de la myopie; par le Dr Landolt, in *Archives d'ophth.*, janvier, 1884.

VII. Le jequirity et son principe phlogogène; par MM. Bruylants et Venneman, Bruxelles, Manceaux, 1884.

VI. La question de la myopie préoccupe à bon droit le monde ophthalmologique et fait surgir à chaque instant des travaux de valeur. Mais la complexité du problème est cause que les opinions des auteurs sont loin d'être en harmonie, que l'on s'égare souvent dans des discussions de détails et que l'adoption trop exclusive de telle ou telle théorie fait tort à l'impartialité scientifique de l'observateur. Aussi était-il à désirer qu'une plume compétente vint tracer une vue d'ensemble de ce vaste sujet, des difficultés qu'il présente, des faits déjà acquis par la solution de l'énigme et de ceux qui restent encore à établir.

C'est ce qu'a fait M. Landolt avec un rare succès, en alliant à l'érudition la plus étendue la critique la plus sagace et la plus impartiale. Dans sa remarquable monographie, il a d'abord exposé les altérations que présente l'œil myope, en donnant une large place aux descriptions soigneuses qu'en ont faites Jaeger, Donders et tout dernièrement Weiss. Il a soumis ensuite à un examen approfondi la valeur des différentes causes anatomiques qu'on a invoquées pour expliquer ces altérations : faiblesse congénitale de la sclérotique à son pôle postérieur, par suite d'un arrêt de développement ou du détachement de la gaine du nerf optique; inflammation de la région polaire postérieure, primitive ou secondaire; excès de longueur congénitale du globe oculaire. Quoi qu'il en soit de ces vices de conformation ou de ces lésions anatomiques, l'allongement de l'axe optique peut être aussi considéré comme le résultat d'un travail voulu de la nature pour adapter l'organe visuel à son fonctionnement à courte distance, qui joue un rôle si prépondérant à l'état civilisé. Ce travail, s'opérant dans des conditions normales, aboutirait à la myopie typique, non pathologique, simple anomalie de réfraction au sens physique de ce terme. Si, par contre, en vertu de certaines influences mal connues, il s'écarte de sa voie et dépasse son but, il conduit à la myopie maligne et progressive.

Dans l'espoir d'arriver à déterminer la nature de ces influences, on s'est adressé à la statistique. On a examiné les yeux de la jeunesse scolaire pour tâcher de saisir sur ces organes encore en voie de développement, l'invisible transformation de l'œil emmétrope ou hypermétrope en un œil myope. Et on l'a bien prise sur le fait, mais on a seulement reculé la difficulté : car tous les enfants astreints au travail scolaire ne deviennent pas myopes. A quoi donc attribuer le triste privilège que possèdent certains individus d'être sujets à cette infirmité? Ici recommencent les hypothèses : constitution ou santé défectueuses, influences ethnologiques ou héréditaires, conformation du crâne.

Quelle que soit l'opinion que l'on se forme à cet égard,

© BIU Santé

on ne peut méconnaître que le travail rapproché constitue une cause *occasionnelle* extrêmement importante du développement de la myopie Cette idée, déjà rationnelle en théorie, paraît confirmée par la statistique, comme on en verra les preuves dans l'intéressante étude de M. Landolt. Mais quelle est la part respective qui revient, dans l'action de ce facteur, au fonctionnement des divers muscles de l'œil ? Les efforts de convergence sont-ils les plus nuisibles ? Ou bien sont-ce les efforts accommodatifs, si intenses chez le jeune enfant, qu'ils provoquent presque toujours une contracture de muscle ciliaire susceptible de simuler une véritable myopie ? Cette contracture est-elle capable d'influer sur l'allongement de l'axe par les troubles de nutrition qu'elle entraînerait dans les membranes oculaires ? L'auteur a discuté avec beaucoup de sagacité ces deux hypothèses, les a réduites chacune à leur juste valeur, exagérée par les uns, mise en doute par les autres. Il a montré que les deux doctrines ne sont pas inconciliables, mais qu'au contraire le travail accommodateur et celui de la fixation binoculaire unissent leur influence nocive dans la production des altérations de l'œil myope.

Après un court résumé des rares connaissances que nous possédons sur l'hérédité de la myopie, M. Landolt formule les conditions que doit remplir toute bonne observation clinique et les exigences qui restent encore à satisfaire pour arriver à la solution du problème : détermination exacte, ophthalmoscopique, de la réfraction dans tous les cas, notation de l'état du fond de l'œil, examen de toutes les fonctions de l'organe, prise en considération de la forme du crâne, de l'état général, des influences héréditaires, du genre d'occupations du myope, non seulement à l'école, mais partout ailleurs ; exploration collective d'un matériel autre que la jeunesse scolaire ; examen anatomique d'un grand nombre d'yeux *in vitu* et notamment chez des nouveau-nés.

Tels sont les principaux traits de cet important travail, qui marque une étape dans l'histoire de la myopie. Sa lecture facilitera certainement la tâche à quiconque sera désireux de contribuer au progrès de la question.

VII. Le bacille jéquiritique, mis au jour par M. Sattler, a déjà vécu, paraît-il. Il a été remplacé, dans la science, par un ferment soluble que viennent de découvrir MM. Bruglants et Venneman. C'est à cette substance, qu'ils appellent la *jéquiritine* et qui présente tous les caractères chimiques d'une zymase, que seraient dus les singuliers effets du jéquirity sur la conjonctive et ses vertus curatives dans le trachome. Ce produit est extrêmement toxique. Injecté dans les veines ou sous la peau, il détermine la mort au bout de quelques jours, avec les symptômes d'une septicémie grave. On ne retrouve nulle part, dans l'organisme, les bacilles de Sattler. En outre, c'est bien ce principe chimique et non les microzoaires qui produisent la conjonctive. En effet, il suffit d'en introduire une très petite quantité (1/10 milligr.) dans le sac conjonctival du lapin ou de l'homme pour provoquer une inflammation croupale violente, qui évolue comme celle qu'on obtient avec la macération des graines de jéquirity. Si l'on instille, par contre, des solutions chauffées pendant une demi-heure à la température de 65°, qui détruit la jéquiritine, il ne se manifeste aucun symptôme inflammatoire, bien que le liquide puisse être gorgé de bactéries.

Le sublimé au 1/5000 neutralise aussi l'action de la macération jéquiritique en empêchant la germination des graines, laquelle donne naissance à la jéquiritine. EPERON.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Die filaria krankheit ; par M. le Dr B. SCHEUBE. Leçon faite à Leipzig, 21 février 1882.

M. Scheube, privat-docent à l'Université de Leipzig, publie sur la filaire du sang humain et les maladies qui en sont la conséquence, une leçon très remarquable et où l'érudition tient une large place. Tous les auteurs anglais qui ont écrit sur la *filaria disease*, sont cités et commentés. Les quelques Allemands qui ont étudié la question de près ou de loin, ne sont pas oubliés dans cette riche bibliographie. Nous savons gré à M. Scheube de nous avoir donné des indications précieuses qui complètent nos recherches en ce qui concerne la littérature étrangère. Mais veut-il nous permettre, en échange, de lui signaler quelques petites lacunes bibliographiques ?

« M. le Dr Crevaux, un français, a publié en 1874 (*archives de médecine navale*, p. 155) un mémoire très complet et très intéressant sur la filaire, qu'il avait observée dès l'année 1870 à la Guadeloupe. M. Damaschino, autre français, a étudié la filaire dans un cas d'hydrocèle laiteux (*Société de chirurgie* 1881) et dans un cas d'hémato-chylurie (*Société médicale des hôpitaux*, 28 juillet 1882). Les descriptions de cet auteur, comme celles du Dr Crevaux, méritaient bien une mention, et nous sommes surpris que M. Scheube, qui fait preuve dans sa leçon d'une aussi vaste érudition, les ait omises. On voit que les bibliographies allemandes peuvent être imparfaites. J. COMBY.

Da dilatação do estomago nas creanças (*De la dilatation de l'estomac chez les enfants*) ; par le Dr MONCORVO, Rio-de-Janeiro, 1883.

La dilatation de l'estomac chez les enfants, beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement, a été négligée par les auteurs. M. Moncorvo vient donc remplir une lacune en nous donnant dix observations de dilatation gastrique recueillies chez de jeunes sujets. Plusieurs de ces malades présentaient en même temps des signes, soit de syphilis héréditaire, soit d'impaludisme, soit de tuberculose. Est-ce à dire qu'il y ait entre ces maladies infectieuses et l'ectasie gastrique un rapport direct ? Nous ne le croyons pas et nous ne voulons voir à l'origine de la dilatation simple de l'estomac chez les enfants comme chez les adultes, que des infractions à l'hygiène alimentaire. C'est sur les nourrissons que vous bourrez d'aliments, que vous obtenez la gastro-entérite et la dilatation de l'estomac bien étudiée par M. Moncorvo.

HYGIÈNE

Des eaux potables en temps d'épidémie.

Les médecins et les hygiénistes sont tous d'accord pour reconnaître l'influence énorme que joue l'eau en boisson dans la production du choléra.

Dans son instruction sur l'hygiène à suivre en temps d'épidémie, que vient de rédiger le comité consultatif d'hygiène, sur le rapport de M. Proust, il est dit en propres termes : « L'usage d'une eau de mauvaise qualité est une des causes les plus communes du choléra. L'eau de puits, de rivières, des petits cours d'eau, est souvent souillée par les infiltrations du sol, des latrines, des égouts, par les résidus des fabriques. Quand on n'est pas sûr de la bonne qualité de l'eau servant aux boissons ou à la cuisine, il est prudent d'en faire bouillir chaque jour plusieurs litres pour la consommation du lendemain, l'ébullition donnant une sécurité... *Les Eaux minérales naturelles dites* « EAUX DE TABLE » rendent, dans ces cas, de grands services. »

Le médecin allemand Koch, en quittant Toulon où il est venu observer le choléra, qu'il a déjà étudié dans l'Inde et en Egypte, a écrit dans le mémoire qu'il a remis à la municipalité toulonnaise : « On évitera l'emploi d'une eau douteuse et de celle qui provient soit d'un puits de petite profondeur, soit d'un marais, soit d'un étang ou d'un ruisseau recevant des eaux viciées. »

De son côté, le professeur agrégé Lereboullet, dans une instruction populaire qu'il vient de publier dans le numéro du 10 juillet de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, consacre un alinéa spécial aux eaux et dit : « Ne faire usage que d'une eau parfaitement pure : *préférer les eaux minérales naturelles*, et *non falsifiées*, aux eaux de puits ou de sources dont on n'est jamais sûr, si l'on n'a pas le soin préalable de les faire bouillir. »

Mais nous savons tous combien les eaux bouillies sont peu agréables à boire et nous savons aussi combien le

© BIU Santé

professeur Bouchardat est dans le vrai lorsque, dans son magistral *Traité d'hygiène*, il dit que « les eaux simplement filtrées sont encore bien impures et que la filtration est impuissante pour en séparer les ferments ».

Certaines personnes font des *eaux artificielles* un usage qui n'est pas sans danger, ainsi que le fait si judicieusement remarquer aussi le même professeur, car, étant souvent fabriquées avec de l'eau de puits ou de rivière, la plupart du temps non filtrée, elles offrent par conséquent tous les inconvénients justement reprochés à ces eaux.

De ce qui précède, il ressort nettement que, pour la cuisine, il faut faire usage d'eau filtrée et bouillie, mais que l'hygiène la plus élémentaire conseille de s'abstenir de cette eau en boisson, et que *les meilleures eaux que l'on puisse boire sont les eaux minérales naturelles, dites* « EAUX DE TABLE ». Parmi celles-ci, la première qui se présente à l'esprit est naturellement l'*Eau de Saint Galmier* (*source Badoit*) dont tous les médecins font un usage personnel journalier. L'éloge de la *source Badoit* n'est plus à faire. D'un goût très agréable et très frais, cette eau, absolument pure et limpide, légèrement alcaline bicarbonatée, très riche en acide carbonique qui s'y trouve naturellement à l'état de dissolution aqueuse, est franchement apéritive, réveille les estomacs et les intestins paresseux, active leurs sécrétions, régularise leurs fonctions en même temps qu'elle accroît leurs contractions péritaltiques ; ce qui la rend indispensable à toutes les personnes atteintes de gastralgie, de dyspepsie, dont les digestions sont lentes, pénibles, irrégulières, et qui sont sujettes à la constipation.

[Dr THIBAULT.

VARIA

Le choléra.

Nous avons signalé dans le numéro du 12 juillet comme inutiles, tracassières et parfois même dangereuses, les fumigations imposées aux voyageurs venant de Toulon et de Marseille. L'Académie, et il fallait s'y attendre, les a déclarées illusoires. M. le préfet de police s'est décidé à retirer son arrêté prescrivant la fumigation des voyageurs et de leurs bagages. Nous ne pouvons que l'en féliciter, espérant qu'à l'avenir il ne cèdera pas à la panique qui existe, paraît-il, dans les hautes sphères administratives, car il nous est impossible d'admettre qu'il ait suivi, en cette circonstance, les avis du Conseil d'hygiène.

Postes médicaux.

Paris, le 17 juillet 1884.

Messieurs,

Je crois qu'il est indispensable d'organiser, dès à présent, dans chaque arrondissement, un service médical permanent prêt à fonctionner, le cas échéant, afin que toute personne qui aurait besoin d'un médecin puisse immédiatement recevoir les soins nécessaires.

Je connais le zèle et le dévouement du corps médical et je suis persuadé que son concours ne fera jamais défaut. Aussi j'ai l'honneur de vous prier d'instituer, de concert avec MM. les Médecins de votre arrondissement, un ou plusieurs postes médicaux où les familles intéressées seraient assurées de rencontrer, le jour et la nuit, des médecins disposés à se porter au secours des malades.

Je vous serais très obligé, Messieurs, de m'indiquer les emplacements de ces bureaux, qui ne seraient occupés que du jour où le choléra se serait manifesté à Paris. — Agréez, Messieurs, etc.

Le Préfet de Police,
E. CAMESCASSE.

Paris. — Il s'est présenté un grand nombre de cas d'embarras gastriques, de diarrhées saisonnières, de quelques cas de choléra nostras soit en ville, soit dans les hôpitaux. On nous signale l'entrée à l'hôpital Saint-Antoine du nommé Fin, *tourneur en cuivre*, atteint de *choléra nostras*.

Epidémie de choléra : vote de crédits.

La Chambre des députés a, dans sa séance du 12 juillet, renvoyé d'urgence à la Commission du budget, puis voté sur le rapport de M. Roche un projet de loi ayant pour objet l'ouverture : 1° au Ministre du Commerce sur l'exercice de 1882 d'un crédit supplémentaire de 500,000 fr. pour les dépenses occasionnées par l'épidémie cholérique ; 2° Au Ministre de l'Intérieur un crédit de 2 millions pour venir en aide aux populations éprouvées par l'épidémie de choléra.

La commission sanitaire du Conseil municipal a voté les propositions suivantes dans sa séance du 12 juillet : 1° Il sera établi des hôpitaux spécialement affectés aux cholériques. Seront désignés pour ce service les hôpitaux Bichat et Broussais et ensuite, selon que le besoin s'en fera sentir, les hôpitaux du Midi, Moïana, les baraquements de Saint-Antoine et l'annexe de l'Hôtel-Dieu, rue de la Bucherie ; la plus large publicité possible sera donnée à ces mesures ; 2° On recevra dans les autres hôpitaux tous les sujets présentés, sauf à les diriger sur les hôpitaux spéciaux dès qu'ils seront transportables ; 3° Il sera établi des baraquements sur les glacis des fortifications aux points concédés par l'administration de la guerre. L'étude en sera faite d'urgence ; 4° Il sera établi un hôpital de convalescents à Brérames ; 5° M. le directeur de l'Assistance publique est invité, sauf entente avec la préfecture de police, à faire agencer immédiatement un petit nombre de voitures destinées au transport des cholériques ; 6° Les déjections provenant de ces hôpitaux spéciaux et des salles d'expectation seront détruites par la chaleur ; 7° Le rapport officiel du Dr Worms, sur l'épidémie de choléra de 1873, sera réimprimé.

Le choléra à Toulon, Marseille et Arles.

Voici les chiffres des décès cholériques pendant la dernière semaine :

	Toulon.	*Marseille.*	*Arles.*
18 juillet.	31	58	6
19 juillet.	49	65	7
20 juillet.	42	57	12
21 juillet.	43	61	8
22 juillet.	42	44	8
23 juillet.	39	48	
24 juillet.			12

Dans la région, un certain nombre de localités ont présenté des cas de choléra : La Seyne, La Garde, Les Sablets, Pradet, Pierrefeu, Signes, Vidaubau, Hyères, Thubet, Brignols, Draguignan, Nimes, Aix.

— Dans notre dernier numéro nous avons donné la liste des étudiants en médecine de la Faculté de Montpellier qui se sont généreusement mis à la disposition de la ville de Toulon. Nous devons ajouter qu'ils ont été accompagnés par MM. les professeurs et docteurs Estor, Lannegran, Paul Desalles et Louis Planchon.

INFIRMIÈRES LAÏQUES. — Mme Dorvan-Lalande, fille du général de ce nom, est arrivée aujourd'hui à Toulon. Elle s'est immédiatement rendue auprès des administrateurs de l'hospice civil pour offrir ses généreux services à titre de simple infirmière. Le directeur de l'hôpital Bon-Rencontre lui a désigné aussitôt un service.

Mme Dorvan-Lalande s'est déjà distinguée en Egypte pendant l'épidémie. Ceci m'amène à vous parler d'un nommé Gilles, rentier et parisien, qui s'est offert avant hier pour frotter les malades, et qui a montré une activité, une énergie et un courage remarquables. (*Lanterne*, 22 juillet 1884.)

AUMÔNIERS MILITAIRES. — Un journal du soir annonce que M. Maestrati, aumônier en chef de la marine à Toulon, vient d'être révoqué pour avoir refusé de faire son service à Saint-Mandrier (*Lanterne*, 21 juillet 1884.)

Le Dr Koch est rentré à Berlin le 17 juillet ; on annonce qu'il a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

L'*Union médicale* (19 juillet 1884) critiquant les instructions sanitaires de M. Koch, croit devoir rappeler bien mal à propos qu'on aurait pu se contenter des prescriptions que M. Pasteur adressait l'année dernière à ses élèves. Nous avons en temps et lieu parlé de ces fameuses prescriptions et nous croyons inutile de les sortir du juste oubli dans lequel elles sont tombées dès leur apparition.

Nous apprenons la prochaine arrivée à Marseille, de M. le Dr Markovitch, membre du Conseil supérieur de médecine de Bucharest, qui se propose de visiter avec quelques-uns de ses collègues, les villes du Midi atteintes du choléra.

Valence. — Une dame, arrivée de Toulon depuis deux jours, est morte du choléra à l'hospice le 22 juillet.

Le choléra à Lyon.

Il règne, même dans le monde médical (1), une opinion erronée qui attribue à la ville de Lyon une immunité à l'égard du choléra qui est loin d'être justifiée. En effet, nous lisons dans

(1) *Union médicale*, p. 101, 19 juillet, 1884, etc.

© BIU Santé

le rapport fait par M. Rollet (1) au nom du Conseil d'hygiène du département du Rhône, qu'en 1832 on n'observa aucun cas de choléra à Lyon, mais qu'en 1849 il y eut 42 décès militaires et 14 civils ; en 1854 (du 10 juillet à octobre) 525 décès, et en 1855 (du 16 août au 12 novembre) 100 décès. Si l'on compare le chiffre de la mortalité de 1854 avec celui de 1873 à Paris (885), il ressort clairement que relativement au chiffre de la population des deux villes, l'épidémie de choléra de 1854 a été à Lyon beaucoup plus meurtrière que celle de 1873 à Paris. L'immunité de la ville de Lyon n'est donc pas absolue et est démentie par les faits.

Proposition Paul Bert contre le choléra.

Les bureaux de la chambre des députés se sont réunis samedi 19, pour nommer la commission chargée d'examiner cette proposition. Dans tous les bureaux la majorité, quelquefois l'unanimité, s'est prononcée contre la proposition. Dans son bureau M. Bert n'a été élu que parce qu'il était l'auteur du projet de loi.

La Commission s'est réunie le 22 juillet. Après le compte rendu des opinions qui ont triomphé dans les bureaux, la Commission a décidé de se réunir le 23 juillet pour entendre les ministres de l'Intérieur et du Commerce.

Un des membres de la Commission, M. Labrousse, a l'intention de proposer l'envoi, dans les départements du Var et des Bouches-du-Rhône, d'une délégation de onze députés chargée de se rendre compte des mesures prises, et qui ferait un rapport à la Chambre sur ce qu'il convient de faire en vue de prévenir l'extension de l'épidémie.

A la fin de la séance du 22 juillet, en présence de critiques adressées à son projet de loi, M. Bert l'a retiré et a déposé une demande d'interpellation au ministre du commerce sur les mesures qu'il comptait prendre sur le choléra. La discussion a eu lieu dans la séance du 24 juillet. M. Clémenceau a déposé une proposition pour l'envoi de onze commissaires dans les villes décimées par le choléra afin d'examiner la situation sanitaire de ces villes et de faire un rapport d'urgence à la Chambre des députés, sur les mesures qu'il était possible de prendre immédiatement afin d'assainir ces villes. La Chambre, par 219 voix contre 193 voix, a décidé qu'il n'y avait pas lieu d'adopter cette proposition.

C'est là une décision regrettable, car les commissaires ayant plein pouvoir auraient pu visiter sérieusement non seulement des établissements municipaux, mais surtout les établissements de l'Etat, examiner leur situation au point de vue de l'hygiène et aider d'une façon sérieuse les municipalités, combattre la routine administrative et à mettre le gouvernement en demeure de prendre des décisions sur des affaires importantes qui séjournent depuis longtemps dans les ministères.

M. Henry Liouville vient de déposer la proposition de loi suivante :

« *Article* 1er. — Il sera organisé une direction de la santé publique qui réunira les différents services d'hygiène et d'assistance institués sur le territoire de la République, et actuellement disséminés dans les ministères de l'Intérieur et du Commerce.

Art. 2. — Un règlement d'administration publique désignera celui des deux ministres auquel ressortira la nouvelle direction, dont le budget sera constitué avec les crédits inscrits dans la loi des finances, en vue des services d'hygiène et d'assistance.

Art. 3. — Chaque année, un rapport sur le fonctionnement de la direction de la santé sera adressé au Président de la République et distribué aux Chambres. »

Cette proposition a été renvoyée à la Commission chargée d'examiner la proposition de M. Paul Bert.

Opinion défavorable de l'Allemagne au sujet des quarantaines et déclaration en faveur du système anglais d'inspection médicale et d'isolement.

En discutant le livre d'Eulenburg (*Handbuch de Gesundheitsheilwesens*), nous avons partagé l'opinion exposée dans l'article remarquable et complet du Dr Renicke de Hambourg dans lequel cet auteur a exposé l'inefficacité des quarantaines suivant le mode actuel, et même comme elles sont actuellement en vigueur dans le sud de l'Europe et comme elles sont recommandées, au premier chef et à l'exclusion d'un système inquisitorial consistant dans une inspection des navires provenant de régions infectées ; le tout ayant pour résultat d'adopter la pratique anglaise, arrivant ainsi à des procédés de recherches scientifiques rigoureuses. Actuellement, nous craignions que le Dr Renicke n'ait devancé l'opinion officielle dans ce pays, mais nous avons le plaisir de constater que tel n'est pas le cas, et que les autorités du pays de Virchow, Pettenkofer et Koch tandis qu'ils se préparent à opposer une barrière à l'arrivée du choléra, savent au besoin s'abstenir d'imposer les rigueurs des quarantaines.

Nous avons appris qu'un navire chargé d'huile, en arrivant de Marseille à Stettin, a été immédiatement visité par le médecin du port et après que celui-ci eût procédé à de rigoureuses recherches lui permettant d'attester que la santé de l'équipage avait été excellente pendant tout le voyage, et que la situation sanitaire du navire avait été satisfaisante, la pratique libre lui fut accordée sans hésitation. Les officiers de nos ports sont en alerte et exerceront, nous avons toute raison de le reconnaître, une extrême vigilance.

Les navires arrivant de la Méditerranée ne sont certainement pas les agents par lesquels la maladie est apportée, à moins que des cas ne se soient produits à bord durant le passage, ou que leurs cargaisons ne soient infectées; dans ce cas, ils devront être détenus et les équipages isolés pendant une semaine. Cependant, lorsque le choléra s'est étendu aux ports de la Baltique et dans les contrées Basses, le danger devient sérieux pour notre pays. Dans ce cas, la traversée est trop courte pour produire le développement de la maladie alors à l'état latent, et quoique les cargaisons de toute sorte puissent être débarquées, il serait très hasardeux de permettre aux équipages de débarquer sur les côtes et de se mêler à la population de l'est du pays, ou bien des ports et des côtes du Northumberlan et du Yorkshire. L'expérience des épidémies antérieures a prouvé que c'est par cette route que le choléra est arrivé à s'implanter le plus sûrement. (*British medical Journal*, 12 juillet 1884.)

Crémation.

En Chine, la crémation est quelquefois pratiquée par superstition dans les circonstances suivantes : quand plusieurs enfants d'une même famille sont morts successivement et en peu de temps, on s'imagine rompre le sort jeté sur la maison en brûlant le cadavre du dernier enfant ; l'appareil employé en pareil cas est fort simple et cependant ne répand aucune odeur (*Journal of the americ. med. Assoc.*)

Nouvelle société pour la crémation.

Cette société a été fondée à Boston le 11 février 1884. Les membres de la société doivent verser 1 fr. 50 par mois et 12 fr. pour un seul paiement annuel ; moyennant cette somme ils sont assurés d'être soumis à la crémation. Cette société est désignée sous la rubrique de « Société religieuse, scientifique et médicale. » Son capital est de 20,000 sterl. ; le crématoire sera dressé à la première occasion. L'endroit choisi pour cela est situé dans les faubourgs de la ville, dans un site agréable, il a une étendue de quatre acres de terrain. Il s'y trouve une église où seront célébrés les offices funèbres pendant la crémation ; il y aura de plus une salle d'autopsie, et une autre pour conserver les corps un certain temps ; cette dernière mesure a été adoptée pour rassurer les craintes de ceux qu'effraie la crémation, et qui redouteraient d'être incinérés en état de mort apparente. La société est ouverte à toutes les classes, ainsi que l'église qui a été disposée pour servir aux différents cultes. Le crématoire est le quatrième mis en usage dans le monde, les autres existent à Milan, Gotha et Washington. (*Boston medical and surgical Journ.*, 21 février 1884.)

— A la réunion de la *Société pour la crémation de la Nouvelle-Orléans* du 21 février, les noms de plusieurs personnages notables sont venus s'ajouter à la liste des membres de la société. Le père Hyacinthe a envoyé son adhésion. On a décidé d'élever un fourneau analogue à celui de Milan. On pense que le Conseil municipal se chargera de l'incinération des pauvres, et des sujets morts d'affections contagieuses, dès que la société aura passé ses contrats (*The med. Record* (de New-York), 1er mars 1884.)

M. Price et la crémation.

Le 14 mars dernier, M. Price, de sa propre autorité, pratiqua l'incinération de son enfant, et fut acquitté par les tribunaux Voici comment il procéda. Sur une colline il établit une enceinte en triangle fermée par trois claies, qu'il remplit à l'aide d'une demi-tonne de charbon de terre, sur le tout il versa du pétrole pour favoriser l'ignition, et plaça sur deux forts grils à charbon, une boîte renfermant le corps de l'enfant enveloppé d'un linceul. La cérémonie, à laquelle M. Price assistait en psalmodiant lui-même les hymnes funèbres, se fit en présence d'un grand nombre d'assistants La matière employée pour la crémation fut d'un prix derevient d'une dizaine de francs, et le résultat fut si complet qu'il ne resta pas trace du corps de l'enfant qui fût parfaitement brûlé ; les cendres furent jetées au vent. M. Price annonce son intention d'établir à Plantrimont un monument pour la crémation, destiné à lui-même et à sa famille et à tous ceux qui voudront participer à son usage ; il a déjà reçu un grand nombre de lettres d'adhésion, de Londres, d'Europe et des Indes, et, sauf quelques particularités choquantes de la mise à exécution, il a été félicité par l'opinion

(1) *Lyon médical*, 6 juillet 1884.

© BIU Santé

publique d'avoir ainsi osé, malgré les préjugés anciens, disposer des restes de son enfant. Les avocats de la crémation pensent cependant, que tous les tribunaux pourraient ne pas adopter, en pareil cas, la décision du président Stephen, et qu'avant de mettre la crémation en pratique courante, il sera bon de s'assurer une permission légale. (*British medical journal* et *Louisville medical News*, 3 mai 1884.)

D'autre part, dans un discours prononcé récemment à la session des assises de Cardiff, le « lord Chief of justice » Stephen, faisant l'historique de la crémation parmi les différents peuples de la terre, fit la remarque qu'il n'existait aucune loi en Angleterre qui prohibât formellement cette pratique ; un pareil aveu, sorti d'une bouche aussi autorisée que celle du Lord Justice, aura certainement du retentissement en Angleterre où l'accroissement de plus en plus rapide des grandes cités fera avant peu de la crémation une véritable nécessité sociale.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

2e Trimestre.

STATISTIQUE DU 1er AVRIL AU 30 JUIN 1884, PAR M. LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	10	22	1	33
2e	16	14	5	35
3e	25	40	8	73
4e	15	39	9	63
5e	17	44	2	63
6e	13	26	7	46
7e	16	23	4	43
8e	1	9	1	11
9e	17	26	2	45
10e	32	39	12	83
11e	73	99	47	219
12e	24	34	10	68
13e	30	52	27	109
14e	35	60	16	111
15e	34	51	16	101
16e	10	14	4	28
17e	38	62	15	115
18e	44	82	25	151
19e	47	63	14	124
20e	58	108	43	209
	555	907	268	1730

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	101	Affections cérébrales. Paralysies.	81
Croup	44	Eclampsie. Convulsions.	71
Coqueluche	11	Névralgies	49
Corps étranger de l'œsophage	1	Névroses	81
Otite	1	Epilepsie	14
B		Aliénation mentale.	8
Asthme	33	Alcoolisme. Delirium tremens.	29
Affections du cœur.	48	**F**	
Bronchites aiguës et chroniques	71	Rhumatisme	22
Pleuro-pneumonie.	68	Affections éruptives	57
Congestion pulmonaire	24	Fièvre intermitt.	4
C		Fièvre typhoïde.	44
Affections et troubles gastro-intestinaux	121	Hémorrhagies de causes internes et externes.	76
Cholérine	8	Sclérôme	1
Choléra nostras	1	**G**	
Dysenterie	2	Plaies, Contusions.	94
Athrepsie	7	Fractures. Luxations. Entorses.	34
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	44	Brûlures	3
Hernie étranglée	11	Empoisonnements.	12
Rétention d'urine	14	Asphyxie par le charbon	8
Orchite	1	Submersion	
D		Suicide	1
Métrite. Métro-péritonite	44	**H**	
Métrorrhagie	48	Mort à l'arrivée du médecin	64
Fausse-couche	66		
Accouchement. Délivrance	107	Total.	1730

La moyenne des visites par nuit est de 19 1/10.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 17 55/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 32 0/0.
Les femmes — — de 53 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 15 0/0.

Visites du 2e trimestre de 1883	1.598
— — 1884	1.730
Différence en plus	132

Bourses de médecine. Concours de 1884.

Le ministre de l'instruction publique et des Beaux-Arts, vu le règlement du 15 novembre 1879, vu l'arrêté du 2 juillet 1884, Arrête :

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 27 octobre 1884.

Art. 2. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscriptions seront clos le samedi 18 octobre à quatre heures.

Art. 3. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé sont admis à concours : 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales. 2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie l'asthrologie et la myologie. Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note bien la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie. 4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note bien la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie, interne et externe. 5° Les candidats justifiant des grades de bachelier ès sciences et de bachelier ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ilsont obtenu la note bien à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un ou de l'autre régime d'études.

Art. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès sciences et de bachelier ès lettres restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note bien pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

Art. 5. — Les sujets des compositions seront adressés par le ministre aux recteurs sous un pli cacheté qui sera remis au président du jury et décacheté par lui en présence des élèves à l'ouverture de la séance du conseil.

Fait à Paris, le 3 juillet 1884. A. FALLIÈRES.

Bourses de pharmacie. Concours de 1884.

Le ministre de l'instruction publique et des Beaux-Arts. Vu le règlement du 20 novembre 1873. Vu l'arrêté du 2 juillet 1884, Arrête :

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacien aura lieu, au siège des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de médecine et de pharmacie le lundi 27 octobre 1884.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 18 octobre, à quatre heures.

Art. 3. — Sont admis à concourir les candidats pourvus de 4 à 8 ou 12 inscriptions qui auront subi avec la note bien les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel. Seront en outre admis à concourir les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur. Ces différents concours porteront sur les matières suivantes ; *Candidats au grade de pharmacien de 1re classe. Elève ayant 4 inscriptions.* Composition écrite : Physique, chimie minérale, organographie et anatamie végétale. Epreuve orale. Pharmacie galénique, élève ayant 8 inscriptions. Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de 1re année. Composition écrite. Chimie organique. Famille des plantes phanéroganes. Matières médicales.

Epreuve orale. Pharmacie chimique, élève ayant 12 inscriptions. Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de 2e année. Composition écrite, analyse chimique. Toxicologie, hydrologie. Epreuve orale et zoologie et cryptomalagie. Candidats au diplôme supérieur. Appréciations communes aux deux sections. Appréciation des études antérieures. Notes des travaux pratiques de 3e année et des examens probatoires. Section des examens physico-chimiques.

Composition écrite. Physique. Chimie analytique. Histoire naturelle générale. Epreuve orale. Toxicologie. Section des sciences naturelles. Composition écrite : Botanique, zoologie, Chimie générale. Epreuve orale : Hydrologie, minéralogie.

Art. 4. — Les candidats pourvus du grade de bachelier ès sciences ou de bachelier ès lettres complet qui ont été admis à ces grades avec la note bien pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

Art. 5. — Les sujets des compositions seront adressés par le ministre aux recteurs sous un pli cacheté, qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Fait à Paris, le 3 juillet 1884. A FALLIÈRES.

Mort de l'abbé Moigno.

On annonce la mort de François MOIGNO, doyen des Journalistes scientifiques. C'est à ce titre que nous nous faisons l'écho de cette nouvelle. Né en Bretagne, François Moigno fut accaparé dès son jeune âge par les Jésuites dont il fut le vivant martyrologue.

Professeur de mathématiques à 22 ans, rue des Postes, il avait été condamné par l'*Ordre* à s'expatrier. Au moment de sa transportation, il parvint à s'échapper et fit dans la *Revue scientifique* du Dr Quesneville, pendant plusieurs années, le compte rendu des

© BIU Santé

travaux des savants de la France et de l'Etranger. C'est ainsi qu'il fut le propagateur des recherches de son maître Cauchy sur *la Lumière*. Esprit d'une rare lucidité il se faisait l'enthousiaste vulgarisateur des essais du marquis de Jouffroy sur la navigation à vapeur, où il s'endettait pour le restant de ses jours.

Pour parvenir à satisfaire ses créanciers, il créait *le Cosmos* puis *les Mondes*, dont il fut l'infatigable rédacteur en chef, ne touchant que le strict nécessaire, sous l'âpre direction des Seguin et des Tremblay.

Cette gêne continuelle le fit l'initiateur de toutes les inventions nouvelles, bonnes ou mauvaises. Mêlant le profane au sacré, sous-diacre à l'église Saint-Germain-des-prés, disant la messe à 11 heures, assistant à une expérience sur les tinettes filtrantes à midi, il ne sortait de ce milieu que pour s'embourber dans un autre. Travailleur infatigable toute sa vie, il fut le type de l'exploiteur et de l'exploité inconscient. Auteur d'un traité sur le *Calcul différentiel et intégral* d'après les leçons de Cauchy, propagateur des recherches scientifiques de ce dernier, et de tous les inventeurs et savants qui se sont succédé depuis un demi-siècle, auteur d'un traité de *Mécanique statique*, éditeur d'un traité du *Calcul des variations* dont il s'était attribué le titre, l'abbé Moigno était le vivant tableau de ce que peut la prétraille sur un esprit faible. Elevé dans un autre milieu, François Moigno eût été un savant très recommandable ; accaparé dès son enfance par les Jésuites, dans l'ordre desquels il entrait, il ne put jamais se débarrasser de ce signe indélébile. Aussi pour se disculper auprès de ces derniers, pour les fléchir, faisait-il paraître les *Splendeurs de la foi*, à côté de ses travaux scientifiques; décoré et nommé dans ces dernières années, par le ministre Bathie du 24 mai, chanoine de Saint-Denis, il commença à jouir un peu du repos qu'il avait bien mérité. Mais il trouva moyen de se laisser dépouiller du journal *les Mondes* qu'il avait fondé, et dont il était devenu seul propriétaire. « Moigno, disait le vénérable Chevreuil, oui c'est un savant, mais il y a quelque chose, dont il ne pourra jamais se dépouiller, c'est son habit. »

3e Congrès otologique international de Bâle (1-4 sept. 1884.)

Programme : Dimanche, 31 août, 7 1/2 heures du soir : Rendez-vous de bienvenue au restaurant de la « Kunsthalle ».

Lundi, 1er septembre, 10 heures du matin : Séance d'ouverture dans l'Aula de l'université (Musée). 1° Discours d'ouverture du président du dernier congrès otologique, M. le Dr Sapolini (Milan) ; 2° Allocution du membre délégué du Haut Conseil fédéral; 3° Allocution du membre délégué du Conseil d'Etat du Canton de Bâle-Ville ; 4° Discours du président du Comité d'organisation (M. le professeur Burckhardt-Merian) ; 5° Election du bureau définitif (président, vice-présidents, secrétaires, comité de rédaction, etc). 12 heures 1/2 : Déjeuner offert par les otologistes suisses au restaurant de la Veltliner Halle (Freiestrasse 25). 3—6 : Séance dans la salle du Grand-Conseil (Hôtel-de-Ville). Pendant la soirée réunion amicale au restaurant de la Kunsthalle.

Mardi, 2 septembre, 9—12 : Séance dans la salle du Grand-Conseil. Désignation de la ville où se réunira le prochain congrès. Communications. 3—6 : Séance de démonstrations dans la grande salle du Bernoullianum. — Le soir réunion amicale au Casino d'été.

Mercredi, 3 septembre, 9—12 : Séance dans la salle du Grand-Conseil. 3—6 : Séance de démontrations dans la grande salle du Bernoullianum. 7 1/2 : Dîner au Casino d'hiver, offert par le Conseil d'Etat du canton de Bâle-Ville.

Jeudi, 4 septembre, 9—12 : Séance de clôture dans la salle du Grand Conseil. 3—6 : Séance de démonstrations dans la grande salle du Bernoullianum.

Vendredi, 5 septembre : Excursion au lac des Quatre-Cantons.

Dispositions : 1° Les langues officielles sont le français, l'allemand, l'anglais et l'italien. Si la demande expresse en est faite, un des membres présents sera prié de donner, en la résumant, la traduction de chaque communication ; 2° Le temps accordé à chaque orateur ne dépassera pas 20 minutes. Dans la discussion les orateurs ne pourront conserver la parole que durant 10 minutes ; 3e Les communications seront publiées au Compte-Rendu qui paraîtra après le congrès et sera envoyé gratuitement à chaque membre ; 4° Tous les travaux lus et les communications faites au congrès doivent être immédiatement remis au comité de rédaction ; 5° Chaque orateur qui prend part à la discussion est prié de remettre au comité de rédaction avant la fin de la séance le résumé écrit de son discours ; 6° Pendant la durée du congrès, une exposition d'instruments, appareils, etc., concernant l'otologie aura lieu au Bernoullianum. Messieurs les confrères sont invités à engager les fabricants d'instruments, inventeurs et autres intéressés à contribuer à cette exposition. Tout ce qui concerne cette dernière devra adressé à M. le Dr Courvoisier à Bâle; 7° La cotisation est fixée à 20 francs. On peut se faire délivrer à l'avance la carte de membre adhérent en envoyant à M. le Dr Courvoisier à Bâle le montant de la cotisation.

Comité organisateur : Alb. Burckhardt-Merian, à Bâle, *président*, C.-J. Blake à Boston, W.-B. Dalby à Londres A. Hartmann, B. Löwenberg à Paris, E. Ménière à Paris, A. Politzer à Vienne, Urban Pritchard à Londres, St.-J. Roosa à New-York, G. Sapolini à Milan (1).

Magnétologie à Genève.

La séance sur la magnétologie donné mardi, à la salle des Amis de l'Instruction, par M. le professeur d'Albert, avait attiré un nombreux public et a été des plus intéressantes. Après avoir, en quelques mots, fait l'historique du magnétisme et de l'hypnotisme, le professeur a passé à des expériences démonstratives réellement surprenantes. *M. d'Albert est attaché à la Salpétrière sous les ordres de M. le professeur et docteur Charcot.* Il ne croit pas à la double vue et à la lucidité et les nie même absolument. Nous engageons vivement les personnes que ces questions intéressent à assister à la séance que le Dr d'Albert, annonce pour ce soir jeudis dans le même local (*journal de Genève*, 26 juin 1884.) M d'Albert a depuis cette époque donné plusieurs séances de magnétisme.

M. d'Albert est complètement connu à la Salpetrière.

Universités de langue allemande.

Dans une réunion générale tenue à Berlin le 10 mai, les étudiants de cette ville ont résolu d'adresser au conseil fédéral une pétition demandant qu'il soit tenu compte aux étudiants en médecine de la scolarité faite dans les universités allemandes de l'Autriche Cette pétition ne sera présentée qu'après avoir reçu les signatures des étudiants en médecine des autres facultés de l'empire allemand. Nous rappelerons qu'à la suite de la décision prise par l'empire allemand de ne plus tenir compte à ses ressortissants du temps de scolarité fait dans les facultés étrangères (véritable recul), les universités allemandes suisses ont déjà adressé plusieurs réclamations qui nous paraissent tout à fait fondées.

Actes de la Faculté de Médecine.

Vendredi 1er. — 3e *Examen (fin d'année)* : MM. Laboulbène, Reclus, Joffroy.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 28. — M. Piussan : Quelques accidents de l'atrésie congénitale du prépuce et de leur traitement. — M. Pousson : De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes. — M. Salmon : De l'ostéo-arthrite chronique du genou. — M. Armedey : De l'hydro-pneumopéricarde médical — M. Pivaudran : De la syphilis des amygdales. — M. Bourdichon : Des paralysies dans le cours de la colique hépatique. — *Mardi* 29. — M. Millée : Etude sur la fièvre typhoïde à début grippal. — M. Enrique de Argaez : Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac. — M. Douy : De la folie consécutive à l'insolation. — M. Baron : Du développement du corps de Wolff et du rein chez les vertébrés. — M. Vauthier : Contribution à l'étude du développement du foie. — M. Mesnet : Des érythèmes blennorrhagiques — M. Chameron : De la blennorrhagie comme affection parasitaire et de son traitement par les injections du bichlorure de mercure. — M. Baradat : Etude sur le bruit de clapotement stomacal. — *Mercredi* 30. — M. Carlet : Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, d'après la méthode du Dr Apostoli. — M. Pouillaude : Etude clinique sur les phlegmons et abcès profonds de la région temporale. — M Mesnard : Des exostoses du creux sous-vasculaire — M. A. Gautier : Des varices profondes du membre inférieur ; de leurs signes et des accidents qu'elles peuvent déterminer. — M. Letellier : Du traitement de quelques maladies des yeux par la cautérisation ignée. — M. Galup : Quelques considérations sur le traitement du goitre exophthalmique par l'iode et ses composés. — M. Périer : Contribution à l'étude du lymphadénome des

(1) La Compagnie des chemins de fer de l'Est (France) accorde une réduction de 50 0/0 sur les tarifs aux membres du Congrès, qui se rendront à Bâle, munis d'une lettre d'invitation spéciale. Celle-ci sera envoyée par M. le Dr Courvoisier, trésorier du comité de réception de Bâle en même temps que la carte de membre adhérent à toute personne, qui en fera la demande en ajoutant le montant de la cotisation. Il est important, que les médecins, qui veulent profiter de cette réduction, indiquent le plus tôt possible la gare du réseau de l'Est par laquelle ils doivent partir, afin que les ordres nécessaires soient donnés par la Compagnie. Le prix intégral de la place sera perçu au départ ; au retour, le billet sera délivré gratuitement. Départ du 29 août au 4 septembre, inclusivement. Retour du 1er au 7 septembre, inclusivement.

© BIU Santé

os au point de vue clinique. — M. Mendiboure : Contribution à l'étude de l'ictère spasmodique. — M. Gayrard : Contribution à l'étude de la chorée des femmes enceintes. — *Jeudi* 31. — M. Aguet : De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits autres que ceux de l'expectoration. — M. Ramadier : Contribution à l'étude des troubles trophiques dans la paralysie générale. — M. Lucas : Considérations sur la marche et la durée de l'ataxie locomotrice. — M. Bérillon : De l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. — M. Oger : Etude sur les luxations humérales compliquées de fracture à la partie supérieure de l'humérus. — M. Monvenoux : Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine (première série) suivis d'une nomenclature raisonnée des travaux parus jusqu'à ce jour sur les entozoaires de la chylurie — M. Nercam : Action hypnotique sédative de la paraldéhyde dans ses différentes formes d'aliénation mentale. — M. Cazauvieilh : Contribution à l'étude clinique de la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. — M. Moutier : Contribution à l'histoire de la protection de l'enfance à Rome. — *Vendredi* 1er. — M. Kh'ntiriann : De l'embryotomie au point de vue des souffrances qu'elle cause au fœtus et des moyens de les lui éviter. — M. Bessière : De l'insertion filamenteuse du cordon — M. Courtade : De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées. — M. Caron : Des complications du cancer de l'utérus. — M. Levillain : Essai critique sur les progrès réalisés par la physiologie expérimentale et la méthode anatomo-clinique des fonctions dans l'étude du cerveau. — M. Ricoux : Traitement chirurgical de la névralgie rebelle et d'origine périphérique du nerf dentaire inférieur. — M. Ducasse : De la lithotritie chez l'enfant. — M. Leprevost : Des cystites blennorrhagiques. — M. Branthomme : Traitement chirurgical de la pleurésie purulente chez les enfants. — M. Fleurot : Action de la digitale dans les maladies du cœur. — M. Ferrier : Les névralgies réflexes d'origine dentaire. — *Samedi* 2. — M. Odile : Des kystes hydatiques de la base du crâne. — M. Grouillard : De la gangrène des extrémités au cours des néphrites chroniques. — M. Vinet : Du cancer de la plèvre. — M. Prieur Du cathétérisme aseptique dans les hôpitaux d'accouchements. — M. Turquet : Etude du bassin infantile considéré au point de vue de la forme et du rapport entre les diamètres du détroit supérieur. — M. Bernard : Contribution à l'étude des paralysies puerpérales d'origine éclamptique. — M. Grange : Contribution à l'étude du mécanisme de la mort par les courants électriques intenses. — M. Soyer : De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 11 juillet au jeudi 17 juillet 1884, les naissances ont été au nombre de 1218, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 463 ; illégitimes, 169. Total, 632. — *Sexe féminin* : légitimes, 432 ; illégitimes, 158. Total, 586.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 11 juillet au jeudi 17 juillet 1884, les décès ont été au nombre de 1195, savoir : 655 hommes et 540 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 17. T. 39. — Variole : M. .., F., T. .. — Rougeole : M. 15, F. 8, T. 23. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 2, F. 8. T. 10. — Diphthérie, Croup. M. 10, F. 16, T. 26. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle M. 10, F. 2, T. 12. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 13, F. 6, T. 19. — Phthisie pulmonaire : M. 117, F. 70. T. 187. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 6. T. 19. — Autres affections générales : M. 41, F. 29. T. 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25, F. 31, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 6. T. 19. — Pneumonie : M. 30, F. 29, T. 59. — Athrepsie : M. 119, F. 132. T. 257. — Autres maladies des divers appareils : M. 170, F. 133, T. 303. — Après traumatisme : M. .., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 43, F. 9. T. 52. — Causes non classées M. 2, F. 1, T. 3.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 103 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 47 ; illégitimes, 12. Total : 59. — *Sexe féminin* : légitimes, 36. illégitimes, 8. Total : 44.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Chaire de pathologie chirurgicale*. Présentation : 1° Lannelongue ; 2° Tillaux ; 3° Ledentu. — *Chaire de chimie* : 1° Gautier ; 2° Bouchardat ; 3° Henninger.

CLINICAT. *Médecine*. — Chefs de cliniques : MM. Petit, Netter et Faisans : — adjoints : MM. Siredey, Bourcy et De Gennes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le concours de chef de clinique obstétricale vient de se terminer, dit la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Bordeaux, par la nomination de M. le Dr RIVIÈRE, déjà chef de clinique adjoint.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le concours de clinicat vient de se terminer par la nomination de MM. DIGNAT et CHAMBRELENT.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Conseil de surveillance dans sa réunion du 24 juillet, a donné un avis favorable à l'admission des étudiantes en médecine, *externes* des hôpitaux, au concours pour l'internat.

ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX. — Le Dr MAYGRIER, médecin-accoucheur au bureau central est nommé médecin-accoucheur de l'hôpital Tenon.

PROSECTORAT DES HÔPITAUX. — Les candidats pour le concours qui doit s'ouvrir le 4 août prochain sont au nombre de 7 : MM. Chaput, Guinard, Hache, Ménard, Métaxas, Pousson et Walther. — Le jury se composera, sauf modification, de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Tarnier, L. Labbé, Cruveilhier, Vidal et Vulpian.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — M. TROOST a été nommé membre de la section de chimie en remplacement de M. Wurtz.

HOPITAL DE BOULOGNE-SUR-MER. — Nous apprenons avec plaisir que notre ami et collaborateur, M. le Dr AIGRE, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé médecin-adjoint à l'hôpital Saint-Louis.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Ordre du jour de la séance du lundi 28 juillet, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3 : 1° Rapports de candidature : 2° Etude du projet de loi sur les aliénés présenté au Parlement italien par le Président du Conseil : M. MOTET.

LA RAGE. — La Chambre des députés a voté un crédit de 60,000 fr. à M. Pasteur pour lui faciliter ses expériences sur la rage, lesquelles auront lieu à Villeneuve-l'Etang.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — *Prix E. Godard* (1884). — Le bureau de la Société de biologie rappelle aux personnes qui voudraient adresser des mémoires à la Société de biologie pour le prix E. Godard, que le terme du délai pour l'envoi de ces mémoires est fixé au 31 août 1884. Les mémoires devront être adressés au siège de la Société de biologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, ou au docteur Dumontpallier, secrétaire général de la Société, rue Vignon, 24, à Paris.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE. — *Programme des prix et récompenses à décerner en* 1885. Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 1er juillet 1884, a décidé :

1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ; — 2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur les questions suivantes : De l'alcoolisme héréditaire ; Mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude ;

Étudier sur un point déterminé du territoire français (commune, canton ou département), l'influence de la loi du 17 juillet 1880, d'un côté sur le nombre des débits de boissons et de l'autre sur le chiffre des condamnations pour ivresse publique, des morts accidentelles déterminées par les excès de boisson, des folies et des suicides de cause alcoolique.

Une somme de 2,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1885.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort à l'âge de 41 ans de M. le Dr RATHERY, médecin de l'hôpital Tenon. Il avait été reçu interne en 1865, médecin des hôpitaux en 1879. On lui doit : *Essai sur le diagnostic des tumeurs intra-abdominales chez les enfants* ; — *Pathogénie de l'œdème*, 1882. — *Des accidents de la convalescence*, 1875.

Un des aliments reconstituants, le plus complet et le plus énergique, est sans contredit le VIN DE BAYARD à la PEPTONE PHOSPHATÉE. Sa composition, sa facile assimilation, son action stimulante sur les organes de la nutrition, en font un tonique puissant bien capable en temps d'épidémie, d'augmenter la résistance organique de chaque individu, et par là même, de restreindre les terrains favorables à l'ensemencement des germes morbigènes.

Publications du Progrès Médical.

ANNÉE MÉDICALE (L'), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales pendant l'année, publiée sous la direction du Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Aigre, Auvard, G. Ballet, Baratoux, Berne, A. Blondeau, Bottey, E. Brissaud, P. Budin, R. Calmettes, Capitan, Comby, J. Cornillon, L. Cruet, H. Duret, Eperon, Ch. Féré, Gilles de la Tourette, A. Josias, Laffont, Malherbe, Marie, Maunoury, Maygrier, Poirier, F. Raymond, P. Regnard, A. Sevestre, E. Teinturier, R. Vigouroux, collaborateurs du *Progrès médical*. Paraît tous les ans, pendant le courant du mois d'avril, analysant les progrès réalisés au point de vue médical pendant l'année précédente. Six volumes sont en vente. Un volume in-18 Charpentier. Première et deuxième années (1878, 1879). — Prix : 3 fr. 50 chaque volume. — Pour nos abonnés, par la poste, 3 fr. ; dans nos Bureaux 2 fr. 50. — Troisième, quatrième, cinquième et sixième années (1880, 1881, 1882 et 1883). — Prix : 4 fr. chaque volume. — Pour nos abonnés, par la poste, 3 fr. 50 ; dans nos bureaux . . . . . 3 fr.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES FOSSÉS-ST-JACQUES.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles. Lymphatisme, Maladies de la peau et des Voies respiratoires, Asthme. Diabète, Fièvres intermittentes.

VALS

Eaux Minérales naturelles. Sources dont l'usage est admis dans les Hôpitaux civils de France.

PRESCRIPTIONS MÉDICALES :

SAINT-JEAN. Affections des voies digestives, pesanteur d'estomac.
PRÉCIEUSE. Appareil biliaire, calculs hépatiques, jaunisse, gastralgies.
RIGOLETTE. Appauvrissement du sang, pâles couleurs, débilité.
DÉSIRÉE. Constipation, incontinence d'urine, calculs, coliques nephrétiques.
MAGDELEINE. Maladies du foie, des reins, de la gravelle et du diabète.
DOMINIQUE. Souveraine contre les maladies de la peau, asthme, catarrhe pulmonaire, chlorose, anémie, débilité.

Détail : dans tous les Dépôts d'eaux minérales et les Pharmacies, au prix de **80** c. la bouteille.
Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — Dose, une bouteille par jour.

Le commerce doit adresser ses demandes à
LA SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, A VALS (ARDÈCHE)

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

TRAJET DIRECT DE PARIS A PLOMBIÈRES EN 8 HEURES

EAU EN BOISSON. — BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.
Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — ADRESSER LES DEMANDES DIRECTEMENT A LA ***Cie de Plombières*** *ou au Dépôt Principal*, **Maison ADAM, 31, Boulevard des Italiens, à Paris.**

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr Clin.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. —

Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande.

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—**Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ALCAN, 108, boulevard St.-Germain.

FARGES (L.-G.). — Les maladies chroniques de la gorge et de la voix, hygiène et traitement. In-8 de 104 pages.

Librairie ASSELIN et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

LASÈGUE (Ch.).— Etudes médicales; 2 volumes formant ensemble, 2,000 pages environ. — Prix : 25 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

BEAUNIS (H.). — Recherches expérimentales sur les conditions de l'activité cérébrale et sur la physiologie des nerfs. Broch. in-8 de 166 pages, avec 19 planches et 59 figures intercalées dans le texte.

BOURNET (A.). — De la criminalité en France et en Italie. Etude médico-légale. In-8 de 153 pages, avec tracés.

BROUARDEL (E.) et GRANCHER (J.). — L'épidémie de trichinose d'Emerslelen en septembre, octobre et novembre 1883. Broch. in-8 de 45 pages, avec 2 planches.

CATALOGUE GÉNÉRAL DES LIVRES, anciens et modernes, français et étrangers, de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent. 1 vol. in-8 de XVI-448 pages, 2 francs.

COIFFIER (H.). — Médecine et thérapeutique rationnelles. In-18 de 432 pages, avec 4 figures dans le texte. — Prix :

COLLINEAU (A.). — La gymnastique. Notions physiologiques et pédagogiques. Applications hygiéniques et médicales. In-8 de 24 pages, avec 186 figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 fr.

GILSON (H.). — De la cirrhose alcoolique graisseuse. In-8 de 90 pages. — Prix : 2 fr.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

DUTRIEUX-REY. — Le choléra dans la basse Egypte en 1883. — Relation d'une exploration médicale dans le delta du Nil pendant l'épidémie cholérique avec carte explicative. — Prix : 5 fr.

Librairie A. DELAHAYE et LECROSNIER. Place de l'Ecole-de-Médecine.

BARATOUX (J.). — De l'électrolyse ou de la galvano-caustique chimique de la trompe d'Eustache. Broch. in-8 de 11 pages. — Prix : 50 c.

BÉRAUD (R.). — De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement; bromuration pendant la grossesse. Broch. in-8 de 106 pages. — Prix : 3 fr.

BOUGARD (M.-E.). — La cure thermale à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne). Broch. in-8 de 23 pages. — Prix : 1 fr.

BULLETINS et mémoires de la Société française d'ophtalmologie, publiés par les soins des membres du comité : MM. ABADIE, ARMAIGNAC, CHIBRET, COPPEZ, GAYET, MEYER, PANAS. — 2e année, 1884. Vol. in-8 de 198 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 5 fr.

CRONIGNEAU (G.). — Etude clinique et expérimentale sur la vision. In-8 de 155 pages. — Prix : 3 fr. 50.

DE BRUN (H.). — Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens. In-8 de 102 pages. — Prix : 3 fr.

DOCHE (J.). — De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer. Broch. in-8 de 107 pages, avec 1 planche hors texte. — Prix : 3 fr.

DUBRAY (T.). — Causeries. Br. in-18 de 214 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

GIRAUDEAU. — Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours dans la moelle épinière. In-8 de 82 pages. — Prix : 3 fr.

GRAUX (G.). — Pleurésie et état puerpéral, 15 ponctions en deux mois chez une femme en couches. — Guérison. Broch. in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c.

GUIMBAIL (H.). — De la folie à la ménopause. Br. in-8 de 78 pages. — Prix : 2 fr.

HAMON (A.). — Etude sur les eaux potables et le pomb. In-18 de 72 pages. — Prix : 1 fr. 50.

HUTCHINSON (J.). — Etude chimique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire. Traduit par le Dr P. Hermet. In-8 de 285 pages, avec 2 planches et figures. Prix : 6 fr.

LEMONNIER (G.). — De la glossite exfoliatrice marginée. In-8 de 85 pages avec figures et une planche.

MARTIN (G.). — Sur le rapport qui existe entre une variété de kératite grave dite scrofuleuse et l'astigmatisme de la cornée. In-8 de 12 pages. — Prix : 75 c.

MARTINEAU (D.). — Leçons sur la vaginite non blennorrhagique. Recueillies par H. Lormand. In-8 de 44 pages. — Prix : 1 fr. 50.

MARTINET (A.). — De l'angine de poitrine rhumatismale (hyperémie du plexus cardiaque). In-8 de 94 pages. — Prix : 3 fr.

MIOT (C.) et BARATOUX (J.). — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez. — Première et deuxième parties : Anatomie, Physiologie, Otoscopie et rhinoscopie. Broch. in-8 de 294 pages, avec 129 figures intercalées dans le texte. Prix : 6 fr.

MÉMOIRES et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1er et 2e fascicules, 1883. In-8 de 408 pages.

OZENNE (E.-H.). — Du cancer chez les syphilitiques. De l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier. Brochure in-8 de 149 pages. — Prix : 3 fr. 50 c.

PRÉTERRE (A.). — Le protoxyde d'azote, son application aux opérations chirurgicales et particulièrement à l'extraction des dents sans douleur. — Paris, 1884. — Chez l'auteur, 29, boulevard des Italiens.

POUCEL. — De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies. In-8 de 121 pages. — Prix : 3 fr.

RABUTEAU (A.). — Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie. — Quatrième édition, revue et considérablement augmentée. 1 vol. in-8 de 1,338 pages avec 58 figures. — Prix : 19 fr.

SANDRAS. — Traitement et guérison du croup et de la phtisie par les inspirations anti-microbiques et médicamenteuses. Broch. in-8 de 22 pages, avec une planche hors texte. — Prix : 1 fr. 50 c.

SCHMITT (S.). — De la phlébite rhumatismale. In-8 de 109 pages. — Prix : 3 fr.

SÉE (G.). — Diagnostic des phthisies douteuses par les bacilles des crachats. In-8 de 24 pages. — Prix : 2 fr.

SOULIGOUX (L.). — De la dilatation de l'estomac et de son traitement par le lavage stomacal et les alcalins. Broch. in-8 de 56 pages. Prix : 1 fr. 50.

SOLDSMITH (J.). — Madère, étudiée comme station d'hiver et d'été. Broch. in-8 de 36 pages; avec une planche hors texte.

TILLOT (E.). — Les eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christan (Basses-Pyrénées), envisagées au point de vue thérapeutique. — Affections de la peau, de la langue, des fosses nasales et des yeux. Notice publiée et annotée avec avant-propos. Aperçu historique et documents bibliographiques, par le Dr P. BÉNARD. Broch. in-8 de 110 pages. — Prix : 2 fr. 50.

WAKEFIELD (W.). — Le choléra asiatique, histoire, étiologie, symptômes et traitement. Broch. in-8 de 125 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Librairie DELALAIN, 50, rue des Écoles.

D'ESPINE (A.) et PICOT (C.). — Manuel pratique des maladies de l'enfance. In-8 de 795 pages. — Prix : 7 fr.

DURAND-FARDEL. — Sur les applications respectives des différentes sources de Vichy. Broch. in-8 de 26 pages.

MORENO (E.). — El tratamiento termal durante el embarazo. In-8 de 48 pages. — Madrid, 1884. — Imprenta de Enrique Teodoro.

RAPPORT sur l'école pratique des hautes études 1882-1883. Brochure in-8 de 215 pages.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

TRIPIER (A.). — La thérapeutique des hypertrophies prostatiques. Extrait du *Bulletin général de thérapeutique*. Broch. in-8 de 16 pages.

Librairie GAUTIER-VILLARS, 55, quai des Grands-Augustins.

ANNUAIRES des eaux minérales de la France et de l'étranger, des bains de mer et de l'hydrothérapie. Nouvelle édition revue et corrigée. 26e année, 1884. Vol. in-18 de 283 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard S.-Germain.

CHAPMAN. — Le choléra : Maladie du système nerveux. *Journal de Médecine de Paris*. Broch. in-8 de 16 pages.

PICOT (J.-J.). — Leçons de clinique médicale. Un volume in-8 de 524 pages avec figures dans le texte. — Prix : 9 fr.

THE MEDICO LEGAL SOCIETY OF NEW-YORK. — Fifth inaugural address of Clark Bell. Broch. in-8 de 24 pages. — New-York. Clark Bell.

TIBES FARINHA (J.). — Esgotos do Rio-de-Janeiro e sua influencia sobre a saude publica. Broch. in-8 de 54 pages. Rio-de-Janeiro, 1883. — Typographie national.

TARCHINI-BONFANTI. — Estasi ed ipnosi. Broch. in-8 de 18 pages. Milano, 1883. — Fr. Rechiedei.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DERENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 31 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 2 AOUT 1884.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Note sur une sonde pour pratiquer le lavage de la cavité utérine et d'autres cavités. Sonde à canal en forme de fer à cheval.

Par P. BUDIN, accoucheur de la Charité.

Il est aujourd'hui plus que jamais prouvé que le lavage de la cavité utérine constitue, dans un grand nombre de circonstances, un procédé thérapeutique très utile, parfois même seul efficace ; mais, pour employer ce mode de traitement, il faut veiller sur un point essentiel, capital : il faut assurer d'une façon certaine le retour du liquide qui a été injecté. De nombreuses tentatives ont été faites dans ce sens.

Nous nous sommes demandé si on ne réaliserait pas ce desideratum en donnant à la sonde une forme particulière. On peut se figurer qu'une partie de la paroi d'une sonde ordinaire a été refoulée vers l'intérieur, vers la cavité centrale et qu'il en est résulté une dépression profonde sur toute la longueur. Une coupe perpendiculaire à la surface ne donnerait pas, comme pour la sonde ordinaire, la figure d'un cercle, mais celle d'un fer à cheval. Le liquide, après avoir pénétré dans l'utérus, pourrait sortir de la cavité de cet organe en suivant la dépression profonde qui existe le long de la sonde et qui est formée par la courbure interne, par la courbure la plus petite du fer à cheval. De la sorte, si pendant l'injection l'utérus venait à se contracter, bien que son orifice interne fût exactement appliqué sur la sonde, il persisterait toujours, même au niveau de l'anneau musculaire qui étreindrait l'instrument, une ouverture qui permettrait l'écoulement du liquide.

Certaines précautions doivent être prises dans la construction de la sonde dont nous donnons un dessin (*fig.* 73) réduit au tiers de sa longueur. Cette sonde est en argent. C, est l'orifice d'entrée du liquide ; on adapte sur cette partie un tube en caoutchouc communiquant avec le vase qui contient l'injection ; l'autre extrémité de la sonde, extrémité fermée, doit être très arrondie ; près d'elle existent deux ou trois ouvertures assez larges (A, B) par lesquelles le liquide pénètre aisément dans l'utérus ; en *g* se trouve la dépression dont nous avons parlé.

Sur une coupe perpendiculaire à la surface on voit en *e* (*fig.* 74) le canal d'entrée du liquide, canal qui a la forme d'un fer à cheval et en *s* le sillon le long duquel le liquide peut sortir. La surface *s* doit être un peu plus grande que la surface *e*. Si les parois utérines s'appliquent sur la sonde, l'orifice par lequel le liquide s'écoule présente ainsi une surface plus grande que la surface d'entrée ; si une partie du tissu utérin venait à s'engager dans l'ouverture en *x* (*fig.* 74) il resterait toujours une surface *s* qui serait égale à la surface d'entrée *e* et il n'y aurait ni rétention du liquide dans la cavité de l'utérus, ni distension des parois de cet organe.

On a donc ainsi une sonde qui n'est pas à double courant, mais qui assure le reflux facile et complet de l'injection. Des détritus et des caillots peuvent être entraînés ; tandis qu'avec la sonde à double courant ils doivent suivre tout un long canal qu'ils obstruent, avec la sonde en fer à cheval, même quand l'utérus est fortement contracté sur elle, ils n'ont qu'un *orifice annulaire* à franchir, ce qui leur permet de passer très aisément.

Les deux extrémités du fer à cheval sont arrondies, de telle sorte que la muqueuse fragile de l'utérus après l'accouchement ne saurait être lésée. Ces deux extrémités ne doivent être ni trop éloignées, ni trop rapprochées



Fig. 72. — Sonde pour les injections intra-utérines reproduite au 1/3 de sa grandeur.

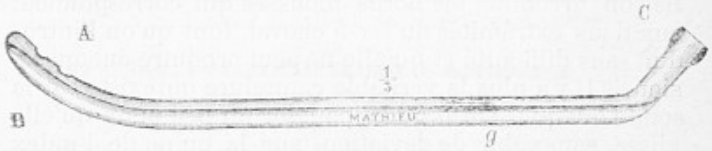


Fig. 73. — Coupe longitudinale de la sonde (grandeur : 1/3).

l'une de l'autre. Si elles étaient trop éloignées, l'ouverture du fer à cheval serait évasée et les tissus de l'utérus, pouvant pénétrer dans la dépression, diminueraient l'étendue de la surface d'écoulement ; si elles étaient trop rapprochées, il en résulterait une sorte de canal, les caillots une fois engagés dans son intérieur devraient le suivre et ils s'en dégageraient difficilement. On aurait ainsi une sonde qui se rapprocherait un peu



Fig. 74. — Coupe perpendiculaire à la longueur des différentes sondes. Grandeur naturelle.

de celle imaginée par le professeur Laroyenne (de Lyon) et qui lui a rendu des services en gynécologie : c'est une sonde à double courant qui, sur une certaine étendue de son canal de retour, présente une fente qui facilite la sortie du liquide.

Les deux bords arrondis de la sonde en fer à cheval ne devront donc être ni trop rapprochés, ni trop écartés. La courbe intérieure du fer à cheval après avoir reproduit un demi-cercle se continue pendant un certain temps en ligne droite à ses deux extrémités. L'intérieur du fer à cheval ne se trouve avoir nulle part une dimension transversale plus grande que celle de son ouverture : de la sorte, on a une dépression suffisamment profonde mais qui ne saurait retenir ni les détritus, ni les caillots.

Quant à la pression exercée par le courant de l'injection dans l'intérieur de la cavité utérine, elle variera

© BIU Santé

suivant la hauteur à laquelle on mettra le vase qui contient le liquide : plus le vase sera élevé, plus le courant sera fort et plus la pression sera grande dans l'intérieur de l'utérus; en abaissant le vase on diminuera la force du courant et la pression.

Pour essayer la sonde construite d'après ces indications, nous avons fait l'expérience suivante : nous avons pris une poire en caoutchouc à parois épaisses; l'orifice qu'elle présente ayant été obturé, nous avons, sur un des points de la paroi, pratiqué avec un bistouri une incision cruciale. A l'aide d'un petit entonnoir, une certaine quantité de sciure de bois a été introduite dans l'intérieur de la poire, puis nous avons placé la sonde et fait passer un courant d'eau : bien que la sciure de bois devienne, lorsqu'elle est mouillée, très adhérente aux parois, elle a été très facilement entrainée par le courant qui n'a pas été interrompu un seul instant ; sept à huit cents grammes de liquide n'avaient pas traversé la poire en caoutchouc que l'eau sortait absolument limpide.

Les avantages de la sonde construite comme nous l'avons indiqué nous paraissent être les suivants : 1° Grâce à la forme en fer à cheval la sortie du liquide est assurée. 2° La courbure légère sur sa longueur qu'elle présente comme les sondes ordinaires, sa terminaison arrondie, les bords mousses qui correspondent aux deux extrémités du fer à cheval, font qu'on l'introduit sans difficulté et qu'elle ne peut produire aucune lésion. 3° Il y a plus, la véritable cannelure qui existe sur la sonde fait qu'il suffit de la pousser un peu pour qu'elle glisse, sans subir de déviation, sur la pulpe de l'index qui lui sert de guide. 4° Lorsqu'on en fait usage les caillots et les détritus organiques entrainés par le courant ne pénètrent pas dans son intérieur. Du reste, pour être assuré qu'aucune matière septique venue de l'extérieur ne sera introduite dans la cavité de l'utérus, il suffira de faire passer dans la sonde cent ou deux cents grammes du liquide de l'injection avant de commencer le lavage.

Nous avons essayé de réaliser ces sondes en fer à cheval avec différentes substances. Le verre a l'avantage d'être peu coûteux et d'être translucide, mais il ne nous a rien donné d'acceptable ; la fabrication de sondes en verre ayant la forme spéciale que nous exigions offrait de très grandes difficultés et était très imparfaite.

Nous avons, au contraire, obtenu d'excellents résultats avec une substance introduite depuis peu dans l'industrie et dont nous avions déjà, en d'autres circonstances, fait usage avec succès dans notre service de la Charité : nous voulons parler du celluloïde. Les sondes en fer à cheval exécutées en celluloïde présentent plusieurs avantages qui viennent s'ajouter à ceux qu'offrent déjà les sondes en métal.

1° Bien qu'assez résistantes, elles possèdent une certaine élasticité et une certaine souplesse qui augmentent si on les met dans l'eau chaude : on peut donc les faire pénétrer dans l'utérus avec plus de facilité et elles s'adaptent mieux à la courbure des organes.

2° Elles possèdent un certain degré de transparence qui permettrait de constater la présence de corps étrangers dans le canal de la sonde.

3° Elles peuvent être plongées et laissées à demeure dans les différentes solutions antiseptiques de sublimé, d'acide phénique, d'acide borique, etc., sans subir aucune altération ; l'éther seul les dissout. En les conservant dans des bocaux au milieu d'une de ces solutions, on est assuré d'avoir, au moment où l'on en fait usage, des sondes complètement aseptiques.

Rappelons que, comme les sondes en métal, les sondes en celluloïde ont une cannelure leur permettant de glisser très facilement sur le doigt qui a été introduit dans le vagin et sert de conducteur. On pourrait exprimer la crainte de voir les sondes en celluloïde se briser : nous n'avons jamais rien observé de semblable ; le celluloïde qu'on fabrique aujourd'hui n'est nullement fragile, il l'est d'autant moins qu'on fait usage pour l'injection de liquides tièdes ou chauds. Il suffirait, du reste, pour écarter toute appréhension qui ne nous paraît pas fondée, de placer pendant la fabrication quatre ou cinq fils de soie dans l'épaisseur du celluloïde et suivant la longueur de la sonde.

Les premières sondes dont nous avons fait usage et qui étaient destinées aux lavages de l'utérus aussitôt après l'accouchement et pendant les suites de couches, présentaient un diamètre de 9 à 11 millimètres ; mais on peut avoir à pratiquer des injections intra-utérines un temps assez long après la délivrance, lorsque l'orifice utérin est revenu complètement sur lui-même, ou bien après un avortement de deux, trois ou quatre mois. Ces injections faites avec de l'eau chaude, des liquides antiseptiques et des liquides médicamenteux peuvent aussi être utiles dans un certain nombre d'affections utérines telles que : métrites purulentes, hémorrhagies, fibrômes en voie de désagrégation, etc., etc.; des sondes plus petites sont alors nécessaires. Nous en avons fait exécuter une série; elles sont fabriquées sur une filière et peuvent avoir 5, 7, 9, 11, 13 et 15 millim. de diamètre extérieur. Des sondes plus grosses et des sondes plus petites peuvent également être faites; à la demande de notre excellent maître M. le professeur Tarnier, nous en avons fait fabriquer une qui avait 4 millimètres de diamètre. Nous pensons pouvoir les faire exécuter toutes en celluloïde, depuis celles du plus gros calibre jusqu'à celles qui mesurent 5 millimètres.

La sonde en fer à cheval permet donc le lavage de l'utérus et assure le retour du liquide; comme conséquence, l'injection faite avec cette sonde ne déterminera aucune distension intérieure des parois de l'organe ; la force du courant et la pression qu'il exercera seront seulement réglées par la hauteur à laquelle on placera le vase contenant la solution employée pour le lavage.

Si nous ne nous trompons, des sondes et des instruments fabriqués sur le même principe pourront être utilisés dans beaucoup de cas lorsqu'il faudra laver une cavité dont il sera important de ne point distendre les parois, par exemple, la vessie enflammée chez la femme (l'urèthre étant très court chez elle), des cavités et des poches kystiques ou purulentes, des cavités séreuses, etc. Il nous paraît même que le principe sur lequel est fondée cette sonde pourra être appliqué dans d'autres circonstances.

Notre ami, le Dr Vidal (d'Hyères), nous exprimait le regret de n'avoir pu faire usage d'une sonde analogue chez un malade atteint de cancer du rectum et qui n'avait voulu subir aucune opération : la défécation naturelle étant impossible, on devait pratiquer le toucher rectal, faire pénétrer une sonde dans l'intestin, injecter une certaine quantité d'eau et renouveler plusieurs fois cette opération très douloureuse pour obtenir l'évacuation des fèces. M. Vidal pensait qu'une sonde en fer à cheval, de gros calibre, permettant l'établissement d'un courant dans l'intestin, assurant la sortie du liquide et des matières diluées, aurait rendu de grands services.

© BIU Santé

Depuis près de dix-huit mois, nous poursuivons la réalisation de la sonde en fer à cheval pour les injections intra-utérines (1). Ce n'est qu'après plusieurs tentatives expérimentales couronnées de succès, que des applications cliniques en ont été faites: nous allons rapporter un certain nombre d'observations qui montrent l'excellence des résultats obtenus dans des cas très différents. Parmi ces observations, les unes ont été recueillies à la Maternité, dans le service de M. le professeur Tarnier, et nous ont été communiquées par Mme Henry, sage-femme en chef et par M. Bonnaire, interne; nous devons les autres à notre collègue le Dr Bar, accoucheur des hôpitaux, qui a fait usage de notre sonde à la Charité, où il nous suppléait, et dans sa pratique privée. Ces observations peuvent être groupées sous des titres différents, elles comprennent:

A. Des injections intra-utérines faites chez des femmes qui avaient subi des opérations obstétricales.

B. Des injections faites dans un cas de rupture utérine.

C. Des injections intra-utérines faites dans des cas de rétention des membranes.

D. Des injections intra-utérines faites dans des cas de rétention du placenta.

E. Des injections intra-utérines faites après des avortements de trois mois. (*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Trois mois à la clinique chirurgicale de l'Ecole de plein exercice de Nantes (2).

Par J. PÉROCHAUD, interne des hôpitaux de Nantes.

Nous allons maintenant rapporter les cas relatifs aux *tumeurs* : ce groupe comprend quatre cas.

1° Tumeur pédiculée de la région frontale, ulcérée et aplatie ; — section du pédicule au moyen des ciseaux ;— cautérisation avec le thermo-cautère du point d'implantation ; — guérison (fibrôme au diagnostic et à l'examen histologique) ;

2° Deux épithéliomas de la lèvre inférieure avec ganglions sous-maxillaire et génien. — L'un peut être enlevé par une simple incision en V et rapprochement des bords ; l'autre nécessite par son étendue un lambeau autoplastique (guérison) ;

3° Le lit n° 6 est occupé durant tout le mois de septembre par un jeune garçon de 17 ans, venu de St-Gilles-sur-Vie (Vendée), chercher à Nantes le secours de la chirurgie pour un volumineux polype naso-pharyngien. Son aspect est typique de l'affection dont il est atteint. Il respire la bouche ouverte, la face est asymétrique, déformée par une saillie notable du maxillaire supérieur gauche. — Par l'orifice nasal, du même côté, sort un bourgeon déjà volumineux qui s'étale à la manière d'un champignon. Pas d'exophthalmie. Pas de troubles nerveux indicateurs d'un prolongement cérébral. L'exploration du pharynx montre le voile du palais repoussé en avant par une tumeur volumineuse qui le dépasse en bas, arrondie, rosée, occupant toute la partie supérieure du pharynx. Le doigt constate la résistance du tissu, contourne la tumeur, mais ne peut remonter assez haut pour explorer les dimensions et le point d'implantation du pédicule d'attache.

C. B., assez intelligent pour qu'on attache foi à ses réponses, affirme n'être gêné que depuis trois mois environ. Tant que le polype a été pharyngien seulement, sans prolongement, il ne paraît pas avoir déterminé ces vomissements, cette gêne de la déglutition, etc., qui souvent le révèlent dès cette première période et attirent l'attention. Les symptômes d'envahissement de la fosse nasale ont été ceux du coryza: enchifrènement, écoulement séro-purulent, épistaxis rares. Bientôt la narine gauche, puis la droite furent oblitérées. Depuis un mois seulement, le polype a fait issue à l'extérieur du côté gauche. Sous l'influence de la gêne respiratoire, de quelques épistaxis, etc., C. B... s'est anémié, a pâli, mange mal; il est chétif, porte à peine 14 ou 15 ans. Le thorax est peu développé. Il est grand temps de remédier à cet état de choses. L'opération est pratiquée quelques jours après l'entrée du malade dans la salle (28 août).

M. Poisson assisté de MM. Heurtaux, Jouon, Malherbe fils, choisit, pour arriver sur le pédicule et le détacher, la méthode nasale quelque peu modifiée et procède de la façon suivante :

L'incision cutanée commence un peu au delà de l'épine nasale, contourne en fer à cheval la racine du nez pour gagner le sillon naso-génien gauche, suit l'aile du nez et s'arrête au niveau de la sous-cloison. Une seconde incision de deux centimètres tombe sur la première et passe un peu au-dessous du rebord orbitaire. Le bistouri est allé d'emblée jusqu'aux os. Des pinces hémostatiques placées sur les artères, la scie à chantourner divise l'apophyse montante dans le sens de la hauteur, s'incline au niveau de la suture naso-frontale jusqu'à ce que le nez puisse être renversé de gauche à droite, mettant à découvert la plus grande partie du prolongement nasal de la tumeur. Le champ de manœuvre ainsi obtenu semble cependant trop étroit encore. Après un décollement préalable du périoste à ce niveau, la scie à chantourner est reportée sur le bord nasal du maxillaire qu'elle échancre dans un espace d'un centimètre, et, en ouvrant le sinus agrandit singulièrement la fosse nasale, qui laisse alors facilement pénétrer un doigt conducteur et une rugine à long manche jusque sur le pédicule. Pendant qu'un aide s'apprête au moyen de la tenette courbe de la taille introduite dans la bouche à recueillir la tumeur, l'opérateur détache les insertions à l'apophyse basilaire: tumeur et prolongement viennent à la fois. Maintenant que la fosse nasale est libre, ses dimensions exagérées par la dilatation lente du polype et les échancrures opératoires sont énormes et permettent une exploration très facile; l'œil lui-même pénètre jusqu'au fond du pharynx. Le doigt explore l'apophyse basilaire et la sent creusée en capsule au point d'implantation. La perte de sang a été abondante durant toutes ces manœuvres, mais le thermo-cautère en vient à bout après quelques instants et l'hémorrhagie paraît arrêtée. Le chloroforme a été employé pour l'incision cutanée, mais suspendu presque aussitôt. Une suture est faite aussi exactement que possible en vue d'une réunion par première intention. Le malade reste sur la table d'opération et l'on attend pour le transporter dans la salle qu'il soit un peu remis. Un quart d'heure ne s'est pas écoulé qu'on s'aperçoit que le malade devient de plus en plus faible ; pouls filiforme, pâleur extrême, tendance syncopale. Lavement de vin rouge chaud, injection d'éther. Le malade se relève un peu pour retomber dans un état alarmant; il vomit à ce moment un flot de sang qui a été dégluti pendant l'opération. Ces phénomènes de syncope doivent être évidemment mis sous l'influence de l'état nauséeux provoqué par le sang avalé, sous l'influence aussi d'un traumatisme opératoire important; mais il est évident aussi que l'écoulement de sang abondant au moment de l'opération continue à se faire en arrière; tamponnement au moyen de la sonde de Belloc; le tampon postérieur est très volumineux, de façon à ce qu'il puisse s'appliquer sur le point d'implantation. Le soir de l'opération, le malade semble se relever un peu et n'est pas trop mal; le lendemain le tampon est enlevé avec précaution.

Le petit malade, après quelques péripéties, sort guéri de l'hôpital un mois après son entrée.

4° P. D..., 17 ans, laboureur à Saint-Jean-de-Boiseau, près Nantes, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 octobre pour se faire opérer d'une tumeur volumineuse occupant la moitié droite du maxillaire inférieur et dépassant la ligne médiane de deux centimètres. Date du début: 7 ans. Siège originel: l'angle de la mâchoire. Pas d'antécédents héréditaires. Volume actuel: le poing mais avec une forme plus allongée, fusiforme. Le maxil-

(1) Nous avons fait déposer un pli cacheté sur ce sujet à l'Académie de médecine dans la séance du 23 novembre 1883. C'est M. R. Mathieu qui nous a aidé dans nos différentes tentatives et qui fabrique ces sondes.

(2) Voir le n° 30.

© BIU Santé

laire est englobé dans la tumeur, les dents n'existent plus excepté la dernière molaire. Résistance élastique ; dans certains points sensation parcheminée. Un ganglion sous-maxillaire engorgé. Pas de retentissement sur la santé générale. Développement vasculaire considérable à la surface de la tumeur. *Diagnostic* : sarcome à myéloplaxes.

Quelques jours après l'entrée du malade, ablation du maxillaire inférieur dans une étendue qui dépasse de 3 centimètres la ligne médiane ; la scie à chaîne passe entre la première et la deuxième petite molaire gauche ; un fil d'argent maintient la langue après la section des génio-glosses. Le condile est désarticulé par torsion non sans quelques difficultés, parce que l'os, en raison de sa fragilité pathologique, s'est rompu au niveau du col. Sutures superficielles et trois profondes ; la suture profonde antérieure passe à travers les fibres du génio-glosse. Le chloral à haute dose et les injections de morphine ont fait merveille pour atténuer la sensibilité du malade qui n'a respiré au début que quelques bouffées de chloroforme. P. D... n'a accusé qu'une douleur très modérée. Dès le lendemain de l'opération, le fil d'argent qui maintient la langue est retiré, cet organe ne paraît avoir aucune tendance à retomber en arrière. Déglutition assez facile dès le troisième jour. La sonde œsophagienne n'a été employée que le premier soir. Peu de réaction fébrile et marche régulière vers une guérison qui a demandé un mois à peine. Au courant de la cicatrisation périostite alvéolo-dentaire assez violente de ce qui reste du maxillaire inférieur.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Dr A. Malherbe, a révélé qu'il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes.

III. — Affections des os et des articulations.

1° Le jeune malade qui a séjourné durant tout le trimestre au n° 9 de la salle Lorette-de-la-Refoulais, a été soigné par M. Chenantais pour une périostite phlegmoneuse de l'humérus qui a nécessité plusieurs incisions et a paru se calmer. M. Poisson trouve, quand il prend le service, l'humérus très volumineux dans presque toute sa hauteur, excepté au voisinage du coude. Par l'incision qui a été faite au côté externe du bras vers la partie moyenne, il continue à s'écouler du pus séreux, mal lié. Le malade souffre de douleurs sourdes qui, à certains moments, s'exaspèrent et lui font demander une intervention. Le stylet, conduit à travers les fistules, n'arrive pas sur un séquestre, mais l'hypérostose, les douleurs du malade, la guérison qui tarde, etc., engagent M. Poisson à intervenir même en l'absence d'un séquestre qui peut bien ne pas exister et qui n'existait pas en effet. Une longue incision part de la fistule externe, descend verticalement le long du bras au milieu de tissus lardacés. L'humérus est rugueux et très volumineux, la gorge et le maillet y creusent facilement une gouttière qui arrive en profondeur jusqu'au canal médullaire d'où s'échappent quelques gouttes de pus. Pas de séquestres. Le canal médullaire est ainsi ouvert dans une étendue de 6 à 7 cent.

Résultat. — Atténuation des douleurs, cessation des poussées inflammatoires qui se faisaient de temps en temps, diminution du volume de l'os, bourgeonnement régulier et guérison presque complète à la fin du trimestre.

N° 2. Aux n°s 14 et 16 existent deux cas de coxalgie à peu près identiques. Chez les deux jeunes hommes qui en sont atteints, l'articulation elle-même paraît en voie d'amélioration, mais il existe au côté antéro-externe de la cuisse deux vastes abcès ossifluents que M. Poisson ne croit pas devoir évoluer naturellement. L'ouverture et le grattage de ces deux abcès se fait à deux jours d'intervalle.

Chez le malade du n° 14, la poche est très anfractueuse, contient un pus mal lié et des fragments osseux, elle est lavée à l'acide phénique et on peut dans la plus grande étendue enlever une membrane distincte, blanche, granuleuse, tapissant les parois. Malheureusement, des diverticules nombreux et très étendus en rendent le décollement méthodique impossible dans tous les points ; ici il faut gratter et dans certaines parties inaccessibles, M. Poisson cautérise avec une solution de chlorure de zinc. Un drain est établi et la réunion tentée pour toute la partie supérieure de l'incision. Les choses se passent à peu près de la même façon chez le n° 16, mais plus simplement.

Nous n'avons pu suivre longtemps ces deux malades qui étaient en bonne voie quand nous avons quitté le service.

3° Tumeur blanche du genou avec abcès périarticulaire, Incisions des décollements, immobilité. Il est vraisemblable qu'on sera amené un jour ou l'autre à un grattage de cette articulation qui paraît en fort mauvais état.

4° Petits séquestres du tibia consécutifs à une fracture compliquée (extraction).

5° Ostéite du premier métatarsien chez un homme de 65 ans. L'os est très hypertrophié, douloureux, deux ou trois fistules fournissent du pus ; la marche est impossible. L'affection venue lentement date de six mois. La résection est faite d'après les règles ordinaires. L'os scié suivant la longueur montre un altération profonde, il n'y a pas à regretter son ablation.

Le malade est atteint, quelques jours après l'intervention, d'un phlegmon qui manifestement a pris son point de départ dans une inflammation de la gaine tendineuse du jambier antérieur dont le cul-de-sac supérieur se dessinait très nettement. Malgré des incisions précoces il y a eu propagation aux gaines voisines de la région dorsale et au tissu cellulaire, et des décollements assez étendus. Rien de très grave cependant et qui compromette la vie de l'opéré.

6° Carie terbuleuse des os du pied et de la main chez un vieillard que nous retrouverons plus loin avec une tuberculose des organes génito-urinaires.

7° Périostite limitée de la face antérieure du tibia à la suite d'une fièvre typhoïde. Incision. Recollement sans élimination osseuse.

8° Fistules osseuses multiples du sacrum et de la crête iliaque externe. Pas d'intervention possible.

IV. — Maladies des vaisseaux.

1° Phlébite suppurée de la saphène interne consécutive à une plaie contuse de la jambe. La veine est oblitérée dans le point où elle s'abouche à la fémorale. Pas d'accidents. Abcès en chapelet ; de distance en distance sur son trajet incisions multiples. (Guérison.)

2° Un cas très intéressant de gangrène spontanée des extrémités chez un homme de 30 ans. Ce cas a donné lieu à une clinique de M. Poisson qui a été publiée dans la Gazette médicale de Nantes (août 1883). Il s'agit d'un lypémaniaque qui, à différentes reprises s'est couché, pieds nus, sur le sol humide de sa chambre, mais à chaque fois le contact n'a duré que quelques minutes. La gangrène n'a pas de tendance à remonter plus haut que le point qu'elle a tout d'abord frappé ; l'élimination s'est faite dans de bonnes conditions ; mais en présence de la suppuration interminable de ces deux moignons irréguliers, il y a lieu de pratiquer une double amputation de jambe au lieu d'élection.

Ces deux amputations sont faites à un mois d'intervalle pour éviter un choc trop intense chez un malade déjà bien affaibli. (Guérison.) *Diagnostic* : Gangrène par artérite.

V. — Voies urinaires.

1° Hypertrophie de la prostate. — Renvoyé avec le traitement palliatif.

2° Hydrocèle. Opéré avec l'injection au gros vin rouge à titre d'essai et contre les habitudes de M. Poisson qui emploie de préférence la cautérisation au nitrate d'argent. (Guérison.)

4° Tuberbulose de la prostate et des testicules qui sont

© BIU Santé

presque entièrement fondus chez un vieillard couvert de tuberculoses locales sans que ses poumons soient atteints d'une façon appréciable à l'auscultation.

L'âge du malade, la multiplicité des lésions, etc., éloignent l'idée d'une intervention. Le malade est dirigé sur l'hospice général de Saint-Jacques.

5° Tumeur de la prostate (carcinôme?) ayant déterminé une fistule vésico-rectale et un état cachectique avancé. Sort du service quand on lui a refusé une intervention après un séjour d'une quinzaine.

6° Rétrécissement de l'urèthre. Dilatation par les bougies.

7° Cystalgie chez un névropathe.

VI. — Rectum.

1° Hémorrhoïdes. Cautérisation au thermo-cautère. — 2° Carcinôme du rectum. — On n'atteint pas avec l'index la limite supérieure. Passage de sondes rectales : traitement palliatif. — 3° Fistule à l'anus, opérée avec l'écraseur.

VII. — Ongle incarné.

Trois malades présentent cette infirmité. Arrachement des deux moitiés. Cautérisation de la matrice avec le thermo-cautère. Anesthésie locale avec l'éther. (Guérison.)

VIII. — Hémorrhagie dans le corps thyroïde. — Cette hémorrhagie est survenue chez un plongeur en travaillant dans une cloche. La tumeur est du volume d'une petite orange et siège au lobe droit. La régression est lente mais progressive. La façon brusque et les circonstances dans lesquelles est survenue la tumeur, sa consistance, sa régression, etc., ne laissent aucun doute sur la nature de cette lésion fort rare.

VIII. — Phlegmon diffus, consécutif au dire du malade à la morsure d'un insecte qui serait, suivant sa description, un staphylin à grandes mâchoires. — (Guérison.)

Que l'on ajoute par la pensée ces plaies plus ou moins étendues, ces contusions, ces abcès qui sont la menue monnaie de tout service de chirurgie ;

Que l'on suppose un mouvement de malades assez important pour qu'il ne se passe pas de jours sans qu'il survienne deux ou trois entrants, et on conviendra qu'un semblable service laisse peu à désirer comme variété et comme abondance de malades pour l'instruction des élèves.

Sarcome de la région sus-hyoïdienne, opération. Mort rapide. Généralisation du néoplasme aux poumons ;

Par M. E. Valude, interne des hôpitaux.

La nommée P..., âgée de 57 ans, arrive du fond des provinces du midi pour se faire opérer par M. Verneuil, d'une *tumeur* qu'elle porte à la région du cou. Elle entre à l'hôpital de la Pitié, le 9 janvier 1884, salle Lisfranc, n° 17.

Cette malade, pendant toute la durée de sa vie, aurait joui d'une santé des plus satisfaisantes. Notons cependant qu'elle boite depuis sa naissance et que dans sa jeunesse elle aurait eu une attaque de rhumatisme. Quoi qu'il en soit, elle était en parfaite santé quand, il y a six ans, elle remarqua une petite tumeur développée insensiblement, et qui siégeait sur la partie médiane de la région sus-hyoïdienne, derrière le menton ; cette tumeur, fixe sur les parties profondes, ovoïde, indolore, n'inquiéta nullement la malade. Lentement cette tumeur grossit et les renseignements sur les détails de cette première phase de la maladie sont très précis : nous avons eu la bonne fortune de les recueillir de la bouche même du médecin ordinaire de la malade.

L'accroissement du volume fut donc lent pendant cette période, il se fit par l'apparition successive de bosselures autour de la masse principale et dépendantes de cette même tumeur primitive. Néanmoins, le volume était toujours modéré et l'infirmité pouvait se cacher sous les brides d'un chapeau ; comme, d'autre part, la tumeur malgré son développement progressif était indolore, la malade continua à négliger son mal.

Il y a trois mois, sans cause appréciable, la marche si lente fut modifiée. L'accroissement devint extrêmement rapide, au point que, dans ce court espace de temps, le volume aurait doublé. En même temps et pour la première fois la malade éprouvait des élancements profonds, très pénibles. C'est alors qu'elle se présenta à notre examen :

La tumeur, pour laquelle cette malade entre dans le service de la Pitié, occupe la région sus-hyoïdienne tout entière, débordant cette région en bas, et surtout à gauche où elle remonte le long de la branche montante du maxillaire supérieur ; elle couvre en ce point une partie de la région parotidienne. En haut, la tumeur n'est point limitée par le bord inférieur du maxillaire, elle le dépasse en le recouvrant et prend pied sur le territoire de la face en se limitant assez exactement au point où le muscle peaucier s'entre-croise avec les muscles faciaux.

La tumeur est bosselée, la peau qui la recouvre a conservé sa couleur normale sauf en un point : sur une bosselure plus proéminente que les autres où elle est devenue livide et très amincie. Çà et là, des veines volumineuses sillonnent la superficie du néoplasme. La palpation fait reconnaître que cette tumeur est fixe dans la profondeur et un peu mobile aux extrémités, la consistance est variable : dure et rénitente dans certains points, molle et fluctuante dans d'autres. On n'y constate ni souffle ni battements.

L'état du maxillaire examiné n'a pas révélé de gonflement de cet os, il ne paraît pas prendre part à la tumeur qui ne fait qu'englober son bord inférieur. Dans la bouche, rien de particulier ni au vestibule, ni à la région sublinguale. Il est particulièrement remarquable que cette énorme tumeur de la région sus-hyoïdienne ne soulevait nullement le plancher de la bouche.

Malgré le développement excessif de cette tumeur, les organes qui traversent la région ne sont affectés en aucune façon. La malade n'a pas le moindre degré de dysphagie, jamais elle n'a eu d'accès de suffocation et sa respiration est profonde et facile. La circulation de l'extrémité céphalique ne paraît pas gênée et la malade n'accuse aucun retentissement douloureux pouvant être imputé à la compression du tronc nerveux de la région.

Enfin, comme chez tous nos malades, nous pratiquons l'examen des organes avant l'opération et, ni au cœur, ni au poumon l'auscultation ne nous révèle rien d'anormal.

Dans l'urine pas d'albumine. Disons toutefois que malgré le résultat négatif de ces explorations sur les viscères, la malade a beaucoup perdu ses forces et maigri depuis quelque temps; elle attribue cette déchéance aux tourments dans lesquels l'a plongée le développement de son affection. Cet amaigrissement et la teinte cachectique de la malade font augurer qu'il s'agit là d'une tumeur de mauvaise nature, sans qu'il soit possible de déterminer nettement le point de départ du néoplasme.

L'*opération* est fixée au 14 janvier. La malade étant endormie, M. Verneuil découvre la tumeur à l'aide d'une longue incision transversale ; il tombe alors sur une masse lobulée, contenant quelques kystes, mais dont le tissu fondamental est manifestement sarcomateux. Suivant son programme opératoire, M. Verneuil divise la tumeur en deux parties, pour en pratiquer l'ablation par segmentation. Entre temps, les deux artères faciales sont liées, ainsi qu'une veine, probablement la jugulaire externe. Le tissu malade est mou, friable et se laisse facilement déchirer ; la poursuite des organes altérés conduit à enlever le ventre antérieur du digastrique envahi par le néoplasme, ainsi que les ganglions de la région parotidienne gauche. Mais où la surprise fut plus grande, c'est quand la région sous-hyoïdienne, une fois évidée, M. Verneuil aperçut le

© BIU Santé

corps de l'os hyoïde érodé, partiellement détruit, remplacé par du tissu sarcomateux, en un mot, faisant corps avec la tumeur d'une façon complète. M. Verneuil jugea alors que l'os hyoïde était vraisemblablement le point de départ de cet ostéo-sarcome si volumineux et décida l'ablation de cet os. La trachéotomie préalable fut faite séance tenante et l'os hyoïde enlevé. Quelques points de suture réunirent les deux lèvres de la plaie, un drain fut passé au travers et le pansement de Lister appliqué.

Pendant tout le cours de la chloroformisation, qui dura une heure et demie, la malade avait plusieurs fois donné de vifs sujets d'inquiétude. Le pouls, déjà très lent, devenait de temps à autre insaisissable, la respiration aussi se ralentissait et s'arrêtait parfois tout à fait. Deux fois se produisirent de véritables syncopes, l'anesthésie fut suspendue, et la respiration et le pouls furent rappelés par la flagellation. Cependant, malgré ces alertes, l'opération marcha jusqu'au bout sans aucune encombre opératoire ; la quantité de sang perdu fut tout à fait minime.

Ramenée à son lit, la malade resta plongée dans un état comateux, sans pouvoir se réveiller de son sommeil anesthésique. C'est dans cet état que je la retrouve deux heures après : le pouls est très lent et petit, la respiration très affaiblie, se fait difficilement, la trachée étant encombrée de mucosités. Le refroidissement est extrême ; en un mot, la malade est en pleine agonie. Tous les moyens employés pour la ranimer restent sans résultat : injections d'éther, frictions stimulantes, etc., réussissent à peine à lui faire entr'ouvrir les yeux. — Morte à 3 heures.

Autopsie. — Dans la plaie est coagulé environ cinquante grammes de sang, qui ne sont évidemment pour rien dans la mort. — Rien à la *plèvre* ni au *cœur*. Les *poumons* sont littéralement farcis de *noyaux cancéreux* de tout calibre et de toute consistance. Leur grosseur varie de celle d'un petit pois à celle d'une petite orange ; les petits sont durs et résistants à la coupe, leur tissu est dense, de couleur blanchâtre, le raclage donne manifestement le suc caractéristique. Les plus gros sont ramollis, friables et dans leur intérieur on trouve quelques foyers hémorrhagiques anciens et nouveaux. Le nombre de ces noyaux est très considérable, ils sont répartis dans la profondeur du parenchyme pulmonaire, mais principalement à sa surface externe et sur les bords des poumons. Entre ces productions néoplasiques secondaires, le tissu pulmonaire est absolument sain et normal. Dans le médiastin on trouve de grosses masses ganglionnaires qui ont subi la dégénérescence sarcomateuse, elles sont très molles et offrent la consistance splénique. Il est à remarquer qu'il est impossible de trouver une altération des ganglions carotidiens, ayant pu servir de passage à la tumeur sus-hyoïdienne vers le médiastin ; il y a eu là un enjambement de la lésion par-dessus la zone intermédiaire formée par les ganglions du cou. Les viscères abdominaux examinés avec soin, la colonne vertébrale, ne nous ont révélé la présence d'aucune tumeur de même nature.

Examen histologique. — Nous avons pratiqué des coupes dans le tissu de la tumeur sous-hyoïdienne, et ces préparations ont montré que cette tumeur était composée de grosses cellules fusiformes disposées en faisceaux dirigés diversement. Entre les faisceaux sont groupées çà et là, par amas, de grosses cellules jeunes, munies de noyaux très volumineux et n'ayant pas encore atteint leur entier développement. Cette tumeur offre donc tous les caractères d'un sarcôme fibro-plastique ou tumeur fasciculée de Lebert, et ce diagnostic histologique est parfaitement en rapport avec la marche lente, puis soudainement plus rapide de la tumeur.

Réflexions. — L'intérêt de cette observation est moins dans les détails anatomiques que dans le mécanisme de la mort. En Angleterre, on eût vite mis l'étiquette de Shock sur une mort survenue si brusquement trois heures après une opération très grave. En l'absence de renseignements anatomo-pathologiques il eût peut-être été permis de soutenir une pareille hypothèse, surtout parce qu'en pareil cas l'explication de la mort par le Shock dispense de toute espèce d'interprétation de physiologie pathologique. Mais les résultats fournis par l'autopsie ne laissent aucune retraite aux défenseurs du Shock traumatique comme cause de la mort dans le cas précédent. Une malade, dont les deux poumons sont farcis de noyaux cancéreux secondaires ne peut subir une opération, ou, si l'on veut, ne peut être soumise au chloroforme sans que son organe malade ne réagisse aussitôt. La veille, en parfait état de santé, le poumon fonctionnait encore parfaitement en apparence, mais la moindre circonstance devait éveiller la susceptibilité d'un organe déjà atteint. De là cette respiration lente, stertoreuse, et la mort rapide dans l'hypothermie.

Les faits de cette nature ne sont pas isolés, ils fourmillent, et c'est leur nombre même qui permet d'affirmer que, dans ce cas, ce sont bien les lésions pulmonaires qui sont les causes de la mort, par un spasme du poumon et du cœur, et qu'il ne s'agit pas de causes impossibles à déterminer ou à définir, comme le Shock, l'action du chloroforme, etc. La thèse de Cerné (1881) offre un contingent considérable d'observations absolument semblables à celles dans lesquelles la mort très rapide a coïncidé avec une généralisation aux poumons. Dans ce travail, il est noté également la fréquence des accidents chloroformiques dans cette forme de généralisation pulmonaire et le danger de l'anesthésie dans les cas de carcinose du poumon est soigneusement exprimé dans la thèse d'agrégation de M. Duret (1880), sur les contre-indications à l'anesthésie chirurgicale. C'est donc bien la présence des noyaux dans le poumon qui rend les traumas opératoires ou l'anesthésie si rapidement meurtrière en pareil cas, mais de quelle façon et par quel mécanisme ces causes occasionnelles amènent-elles le réveil brusque de ces lésions inoffensives jusque-là, c'est le point qui reste encore obscur aujourd'hui.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'électrothérapie française.

Il y a une vingtaine d'années, le titre de cet article eût été à lui seul un sujet d'étonnement pour bien du monde ; nous parlons du monde médical, bien entendu, car le public ordinaire a toujours été tout disposé à admettre les méthodes de traitement les plus nouvelles et les plus merveilleuses.

L'étude scientifique de l'électricité était à son début ; à part les grandes découvertes d'Ampère, d'Arago et de Faraday, la physique n'avait encore que des notions incomplètes sur les lois mathématiques des courants et sur les moyens pratiques de les mesurer.

Aujourd'hui, heureusement, il n'en est plus ainsi. Cette branche de la science a fait d'immenses et rapides progrès ; grâce aux travaux des physiciens et des physiologistes, l'électricité a pris rang parmi les premiers agents thérapeutiques et, en présence de ses nombreux et indiscutables succès, il faudrait être aveugle ou de bien mauvaise foi pour nier sa valeur.

Mais ce n'est pas un procès en faveur de l'électrothérapie en général que nous avons l'intention de plaider ici ; et d'ailleurs l'empressement avec lequel presque tous les médecins accueillent cette méthode de traitement est pour nous un sûr garant de la haute estime et de la confiance qu'elle a su s'acquérir. La cause que nous venons défendre est à la fois plus difficile et plus déli-

© BIU Santé

cate; en outre elle est complexe. Pour ne pas encombrer notre argumentation de longueurs inutiles, nous nous contenterons aujourd'hui d'exposer nos motifs et de faire la preuve, remettant à plus tard, s'il est nécessaire, la publication in extenso des pièces justificatives.

Les applications médicales de l'électricité ne pouvaient avoir, comme origine scientifique, que la physiologie expérimentale ; et, par physiologie expérimentale, nous entendons non seulement les expériences de haute précision exécutées dans les laboratoires, mais aussi et surtout les recherches poursuivies chez l'homme sain. Cette voie a été celle suivie par tous les expérimentateurs en France, en Italie, en Angleterre et en Allemagne. Mais si l'accord a été complet sur les moyens à employer pour l'étude expérimentale de l'électricité, en revanche, les conclusions résultant de ces travaux multiples présentent un désaccord non moins complet. Deux écoles rivales en sont nées, toutes deux comptant dans leur sein des savants de grande valeur personnelle, mais très différentes l'une de l'autre par leurs doctrines, par le nombre des disciples et par les moyens d'enseignements.

L'une, l'*école française*, commençant par approfondir l'étude physico-chimique de l'électricité et cherchant ensuite à *déterminer* l'influence modificatrice de cet agent sur les phénomènes biologiques, en ne perdant jamais de vue les lois auxquelles sont soumises toutes les applications des agents physiques et chimiques.

L'autre, l'*école allemande*, s'inquiétant d'abord des origines de l'électricité animale, créant des hypothèses pour expliquer des faits parfaitement démontrables par les lois les plus élémentaires de la physique, se basant ensuite sur ces hypothèses pour interpréter l'action de l'agent électrique et ayant sur le tout une théorie générale d'électro-physiologie qui fait table rase des effets physiques et chimiques indiscutables, pour ne mettre en avant que des réactions supposées d'ordre vital.

Logiquement on aurait pu croire que les esprits scientifiques accueilleraient plutôt la première méthode, celle qui se base sur des données exactes et qui n'offre aucune prise aux théories plus ou moins spéculatives. Il n'en a pas été ainsi ; l'engouement s'est montré pour l'école des hypothèses. Les savantes et patientes recherches des *excitabilistes* et des *déterministes* ont dû presque partout faire place aux conceptions de l'école allemande.

L'*orientation des molécules péripolaires*, *l'oscillation négative*, *l'électro-tonus*, *la réaction de dégénérescence*, tels sont actuellement les grands principes auxquels s'attachent les noms de Du Bois-Reymond, de Pflüger, d'Eulenburg et de Erb, et qui régissent toute l'électrophysiologie et l'électrothérapie allemandes.

Or, il est facile de prouver que de ces quatre grands principes, le premier est purement imaginaire et ne repose sur aucune donnée scientifique ; le second et le troisième sont faux, pour tout ce qui concerne l'interprétation des phénomènes observés, et, par conséquent, toutes les théories pratiques qui en découlent sont elles-mêmes entachées de nullité. Quant au quatrième, qui constitue la base de l'électro-diagnostic, il repose sur l'observation d'un fait pathologique dont la constance n'est rien moins que démontrée, ce qui n'est pas suffisant pour qu'on ait le droit d'ériger sur lui toute une méthode scientifique.

La fameuse hypothèse des *molécules dipolaires* proposée par Du Bois-Reymond pour expliquer l'origine de l'électricité animale, est une conception ingénieuse qui semble répondre à la plupart des phénomènes observés dans l'analyse expérimentale ; mais, par le fait, elle n'explique rien, puisqu'elle n'a pour base qu'une disposition imaginaire; et, de plus, si elle était vraie, elle constituerait une curieuse exception à la loi générale des mouvements de l'éther qui sont considérés comme origine des courants électriques. D'ailleurs il n'était nullement besoin d'invoquer un arrangement particulier des molécules nerveuses et musculaires pour rendre compte des phénomènes électriques dont ces organes sont le siège; leur activité électro-motrice est très suffisamment expliquée par les réactions qui résultent de leur exposition à l'air, et les échanges chimiques amenés par la circulation et la nutrition. Il y a longtemps que Becquerel a démontré l'existence de courants électriques accompagnant la dialyse qui s'opère au travers des parois des capillaires. Ajoutons enfin que la théorie des molécules dipolaires a été vivement combattue dans le pays même où elle a pris naissance.

L'*oscillation négative*, découverte par le même auteur, ne résiste pas davantage à l'analyse scientifique. Sans entrer dans les détails de sa réfutation, nous citerons seulement pour mémoire les expériences de MM. Lippman et d'Arsonval; elles montrent nettement, et mieux que ne le ferait toute discussion, que l'oscillation négative est simplement le résultat du changement de forme subi par le muscle en état de contraction.

La théorie de l'*électro-tonus* passe sous silence l'action électrolytique du courant galvanique, la polarisation chimique qui en résulte, et les effets d'induction signalés par Faraday; elle se contente de les remplacer par des termes nouveaux destinés à représenter certains états soi-disant physiologiques des tissus. En vérité, c'est bientôt fait de créer ainsi des théories au moyen d'une simple substitution qui accorde aux tissus animaux des propriétés appartenant à l'agent physique à l'influence duquel on les soumet. Depuis longtemps, Matteucci avait démontré les effets de la polarisation chimique. Les expérimentateurs allemands affirment qu'ils ont pu éliminer cette influence en intercalant de fortes résistances dans le circuit de la pile excitatrice, ce qui, par parenthèse, est incompatible avec les lois de l'électricité, et ils remplacent tout bonnement les effets de polarisation chimique par ceux d'une polarisation physiologique idéale, une orientation moléculaire, sur laquelle ils édifient toute une théorie nouvelle. Faut-il voir là simplement le résultat d'une connaissance incomplète des lois physico-chimiques ?

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'ils ont été obligés de faire intervenir quand même les lois de la physique pour solidifier leur théorie. On sait, en effet, qu'après de longues recherches, faites séparément, Erb et Eulenburg, les deux plus célèbres défenseurs de l'électro-tonus, étaient arrivés à des résultats diamétralement opposés. C'est alors qu'intervint le savant Helmholtz qui les mit

© BIU Santé

d'accord en leur faisant observer que, dans certains cas, à côté de l'électrode réelle représentée par le tampon excitateur, il pouvait bien y avoir, à cause de la conductibilité des tissus, *une électrode virtuelle* d'une polarité opposée à celle de la première. La théorie était dès lors à même de répondre à tous les cas supposés.

Nous arrivons maintenant à la fameuse *loi de dégénérescence* que l'on nous présente partout comme étant la base fondamentale de l'électro-diagnostic. Il faudrait pourtant raisonner logiquement la question. D'après Erb lui-même, la *réaction dégénérative* s'observe dans les altérations périphériques des nerfs — surtout dans la paralysie faciale *a frigore* et la paralysie saturnine ;— lorsqu'il s'agit d'affections médullaires, Erb ne l'a rencontrée que dans les paralysies spinales de l'adulte et de l'enfance ; partout ailleurs, les renseignements fournis par la réaction dégénérative sont nuls ou encore inconnus. Et c'est là cette fameuse loi qui doit dominer le diagnostic de toutes les affections nerveuses et musculaires ! Il faut avouer que l'enthousiasme des admirateurs de Erb est bien complaisant. Une réaction particulière à un petit groupe d'affections est à peine signalée, que tout de suite elle sert de point de départ à une méthode générale de diagnostic et de pronostic. Un peu de modération serait de mise en cette affaire.

Et d'abord, il ne nous semble pas que la constatation de la réaction dégénératrice soit absolument nécessaire pour établir le diagnostic clinique d'une paralysie faciale, d'une paralysie saturnine, ou des paralysies spinales de l'adulte et de l'enfance.

La médecine possède heureusement d'autres moyens qui sont pour le moins aussi précis que celui-là. Car, il faut bien le dire, la réaction dégénérative peut faire défaut dans bon nombre de cas, ainsi que nous avons eu souvent l'occasion de le constater, et sa valeur diagnostique devient dès lors bien secondaire, même pour les quelques maladies dans lesquelles on peut s'attendre à la trouver.

Resterait donc sa signification pronostique ; évidemment, il peut être intéressant de constater scientifiquement qu'un malade ne guérit pas ; mais quand un traitement approprié et suffisamment prolongé ne produit aucun résultat, nous croyons que le pronostic est, par cela même, suffisamment éclairci. Quant à ceux qui guérissent, nous ne saisissons pas bien l'intérêt pratique qu'il peut y avoir à leur délivrer un certificat établissant qu'ils ont guéri selon les règles de la réaction dégénérative. Et d'ailleurs, nous connaissons plusieurs malades qui, d'après la loi de Erb, n'auraient dû guérir qu'après un long traitement et qui ont été rétablis en quelques séances. Leurs observations font partie de nos pièces justificatives.

Voilà donc, réduit à sa véritable valeur, le bilan des théories électro-physiologiques de l'école allemande.

Mais, disent les partisans de cette école, nos voisins d'Outre-Rhin ont sur nous l'avantage d'avoir émis des théories, contestables peut-être, il n'en est pas moins vrai qu'ils ont su les faire valoir et les répandre jusqu'à présent ; que la littérature allemande regorge de traités d'électro-physiologie et d'électro-thérapie et que Erb, à lui seul, a publié dans le Ziemssen de ces dernières années une quantité considérable d'articles de fond ; tandis qu'en France nous manquons d'ouvrages sérieux sur ce sujet et, avant d'attaquer les théories allemandes, il faudrait en avoir de meilleures à leur opposer.

Nous nous contenterons de rappeler les noms de quelques auteurs français dont les travaux nous paraissent pouvoir avantageusement supporter la comparaison avec ceux qui sortent si abondamment des presses allemandes.

L'esprit français n'est pas, en général, constructeur de théories creuses ; il lui faut des faits. Son imagination peut quelquefois l'égarer dans l'interprétation d'un fait observé ; mais, assez sceptique par nature, il a besoin de constater *de visu* l'existence d'un phénomène annoncé, avant de l'accepter comme vrai.

Il n'y a donc rien d'étonnant en ce que les physiologistes de notre pays aient à peu près tous songé à collationner les résultats de leurs expériences, au lieu d'émettre, *à priori*, des théories dont il leur ait été impossible de prouver l'exactitude. Les travaux de Béclard, de Longet, de Cl. Bernard, de Vulpian, de Marey, constituent des recueils de faits scientifiques qui valent bien, à notre avis, ceux des physiologistes étrangers. On leur reproche volontiers d'être déjà un peu anciens ; mais les vérités expérimentales ne peuvent pas vieillir ; les théories seules sont susceptibles de renouvellement.

La physiologie est née en France, il ne faut pas l'oublier et, dès son origine, elle a su s'acquérir la collaboration des physiciens et des chimistes les plus éminents ; pour ce qui concerne l'électricité, les noms de De la Rive, de Gavarret et de Gariel sont intimement liés au développement de l'électro-physiologie ; à côté d'eux, nous pouvons citer comme s'étant particulièrement intéressés à l'étude physiologique de l'électricité, Chauveau, Ch. Richet et d'Arsonval. Outre le récent volume publié par M. Richet, les recherches de ces expérimentateurs abondent dans les comptes rendus des Sociétés savantes et dans les publications scientifiques.

En sortant du laboratoire pour entrer dans la pratique médicale, l'électricité à encore trouvé chez nous des promoteurs dont les noms font partout autorité. Il nous suffira de rappeler ceux de Becquerel, de Duchenne de Boulogne, de Tripier, d'Onimus et de Legros, pour montrer que l'électro-thérapie française peut compter parmi ses parrains des autorités aussi recommandables que celles qu'on cherche à lui opposer.

Qu'on ajoute à cela les travaux sur les applications médicales et chirurgicales de l'électricité de Leroy d'Etiolles, d'Amussat fils, de Chéron et Moreau Wolff, de Dujardin-Beaumetz, de C. Paul, de Henrot, de Vigouroux, de Gillet de Grandmont, etc., et de nombreuses thèses parmi lesquelles celles de Ch. de Puisage, de Teissier, de A. Robin, de Salle, de Fleuriot, de Doumer, de Ballouhey, ont surtout attiré l'attention, et l'on verra que la bibliographie de l'école française d'électro-thérapie n'est pas aussi pauvre qu'on a bien voulu l'affirmer.

Dernièrement encore, notre confrère et ami, le Dr Bardet, publiait un traité d'électro-thérapie. Ce livre a été jugé bon par M. Gariel qui s'y connait en pareille matière ; la faveur avec laquelle il a été accueilli par la

© BIU Santé

plupart des médecins, montre qu'il répondait à un besoin. En effet, c'est un des premiers qui, laissant de côté les discussions vides et les théories imaginaires, toutes choses fort inutiles aux praticiens, ait osé introduire dans les applications thérapeutiques de l'électricité, les formules et les notions scientifiques sans lesquelles un électro-thérapeutique moderne ne peut être qu'un empirique routinier et incapable de perfectionnement. Le livre de Bardet est certainement incomplet et il ne pouvait guère en être autrement; c'est l'œuvre d'un jeune qui dit ce qu'il sait et ce qu'il a vu, et la science qu'il étudie est elle-même encore au berceau. Mais il constitue une première étape faite dans la voie que doivent suivre désormais tous les médecins qui s'occupent d'électricité. Eh bien! sait-on le principal reproche qui ait été adressé à ce livre, dans une critique d'ailleurs très savante? celui de ne pas avoir adopté les principes d'électro-physiologie qui ont cours à l'étranger et de ne pas avoir mis en relief la fameuse *réaction de dégénérescence*! Il est vrai que l'auteur de cette critique venait de faire une analyse élogieuse du traité de Rosenthal et Bernhardt.

Nous pourrions, si nous n'étions pas arrêté par les limites de cet article, rappeler un grand nombre d'observations cliniques dans lesquelles l'électricité a joué un rôle important, soit comme moyen de diagnostic, soit comme agent thérapeutique. Ce que nous en avons dit suffit à établir l'existence d'une école française d'électro-thérapie qui saura lutter contre l'invasion des doctrines étrangères. Et si elle a besoin d'alliés, elle en trouvera en Italie et en Autriche: l'un des premiers fondateurs de l'électro-physiologie, Matteucci a créé une école qui, pas plus que la nôtre, ne semble disposée à abandonner les résultats sérieux de la méthode expérimentale pour les sophismes des théoriciens. A Vienne, un maître éminent entre tous, le professeur Benedikt oppose ses nombreux travaux et les résultats de sa longue expérience à l'envahissement des soi-disant rénovateurs de l'électro-thérapie.

Nous ne voudrions pas être taxé de chauvinisme exagéré, mais nous ne pouvons dissimuler la douloureuse surprise que nous éprouvons en voyant le nombre toujours croissant de nos confrères qui ferment volontairement les yeux sur ce qui se fait dans notre propre pays, et qui admirent de parti pris tout ce qui vient de l'étranger; et notre étonnement nous semble surtout justifié quand ces théories étrangères qu'on veut nous imposer ne soutiennent pas l'examen scientifique.

Il est temps de réagir contre cette tendance, et nous faisons appel à tous ceux qui ne sont pas encore assez germanisés scientifiquement pour n'admettre que les doctrines revêtues de l'estampille allemande.

Dr M. Boudet de Paris.

Assistance publique. — Le jeudi 14 août, il sera procédé dans une des salles de la mairie des VIe et XIe arrondissements à l'élection de deux médecins attachés au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures. — Les Drs Naudet et Saint-Martin sont nommés médecins du bureau de bienfaisance des XIe et XVIe arrondissements (élection des 2 et 12 juin 1884).

Académie de Besançon. — Par arrêté du 19 juillet, M. Micé, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé recteur de l'Académie de Besançon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 juillet 1884.—Présidence de M. F. Franck.

M. Lépine, à propos de la communication de M. Mairet sur l'*élimination de l'acide phosphorique* pendant les attaques d'épilepsie, envoie une lettre dans laquelle il dit que, dans un travail publié dans la *Revue de médecine* il a déjà indiqué les résultats auxquels est arrivé M. Mairet.

M. Déjerine a recherché *les bacilles de la tuberculose dans les anciens tubercules crétacés* que l'on rencontre si fréquemment au sommet des poumons de vieillards morts de toute autre maladie que la phtisie pulmonaire. Une seule fois sur 5 ou 6 cas, il a trouvé de rares bacilles dans des tubercules tout à fait crétacés; lorsque la substance calcaire est entourée d'une zone semi-molle on trouve assez fréquemment les bacilles dans cette zone. Ceux-ci mêmes ont montré parfois un aspect sporulaire très net. Il y a là un nouvel élément de diagnostic anatomique avec les productions syphilitiques des poumons. L'absence des bacilles néanmoins, ainsi que l'ont montré MM. Malassez et Vignal, ne saurait faire éliminer le diagnostic des lésions tuberculeuses.

M. Malassez souscrit aux opinions émises par M. Déjerine; quant à l'état sporulaire, il est surtout visible par la coloration avec le *violet de gentiane* et les très forts grossissements. Est-ce parce que cette substance, bien plus que la *fuchsine*, colore plus particulièrement la substance qui unit les spores entre elles? N'y a-t-il là qu'une illusion d'optique, ainsi que l'auteur a cherché à s'en rendre compte au moyen d'expériences appropriées: la question est encore pendante. Ce qui est certain, c'est qu'à certaines périodes d'évolution mal déterminées, les micro-organismes tuberculeux sont encore impossibles à colorer ainsi que le prouvent les inoculations positives de la tuberculose avec des liquides dans lesquels le microscope ne révèle pas la présence du microbe spécifique de cette affection.

M. Malassez explique la modification qu'il a fait subir à la *chambre claire* de Doyère-Milne-Edwards. Grâce à celle-ci on pourra désormais dessiner lorsque le microscope est incliné à 45°, position la plus commode lorsqu'il est nécessaire de reproduire rapidement par le dessin un grand nombre de préparations.

M. Beauregard a étudié le mode de développement si spécial des insectes vésicants. Il a pu voir que le genre *cérocoma* se développait de la même façon que les *céromythis* et les *méloé*.

MM. Vaillard et Pitres font une très intéressante communication sur un cas de *gangrène symétrique momifiante des extrémités* indépendante de lésions vasculaires. Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, démente dès son enfance qui présenta à l'autopsie les lésions suivantes: épanchement considérable de sérosité dans les cavités ventriculaires; adhérences des méninges à la substance cérébrale: sclérose diffuse légère des cordons antéro-latéraux et d'une partie des cordons postérieurs. Le cœur et les gros vaisseaux étaient sains; les artères et veines des membres inférieurs jusqu'au sillon d'élimination qu'on voyait sur les 2 jambes, étaient saines. Aussitôt au-dessus de ce sillon les nerfs étaient très altérés: absence complète de cylindre-axes; leucocytes gonflés de gouttelettes de myéline; peu ou pas de prolifération des noyaux qui doublent la gaine de Schwann. Un peu plus haut la lésion était bien moins accentuée et n'était plus perceptible dans les nerfs de la cuisse; les ganglions rachidiens étaient intacts. Les auteurs concluent que, dans les scléroses diffuses du système nerveux cérébro-spinal, il peut exister des lésions gangréneuses indépendantes du système nerveux central, indépendantes de lésions vasculaires et relevant directement des lésions des nerfs périphériques.

M. Vignal envoie une note sur le *développement des fibres nerveuses blanches* dans la série des mammifères.

© BIU Santé

M. Burcq, en faisant hommage à la Société d'une brochure *sur les propriétés anti-cholériques des sels de cuivre*, dit que les documents se multiplient tous les jours en faveur de l'opinion qu'il soutient ; à l'appui de ce qu'il avance, il lit deux lettres émanées de deux contre-maîtres d'usine où le cuivre est employé.

M. Rabuteau espère que la Société ne voudra pas permettre l'insertion dans ses *Bulletins* de documents émanés d'une source aussi peu médicale. Aussi bien est-il temps d'en finir avec les dangereuses théories de M. Burcq qui ont été si victorieusement et à plusieurs reprises combattues devant la Société au moyen de documents émanant de personnages médicaux autrement autorisés que les patrons et les ouvriers d'usine, toujours mis en usage par le présentateur et qui, s'ils ont qualité pour connaître l'emploi industriel de ce métal sont de très mauvais juges lorsqu'il s'agit de s'en servir comme moyen thérapeutique. L'application des théories de M. Burcq est, dans la circonstance, extrêment dangereuse : il est démontré que le cuivre n'a aucune action anti-cholérique et de plus il peut produire des désordres gastriques et intestinaux qu'il est du plus haut intérêt d'éviter pendant les épidémies de choléra. Faudra-t-il donc toujours rappeler que le seul membre de la mission Pasteur, qui n'était pas médecin, et qui s'était soumis à l'usage du cuivre est mort, alors que ses compagnons médecins qui n'en avaient pas usé ont résisté La conviction de M. Burcq croit-elle donc en raison du nombre des victimes qui ont succombé pour avoir ajouté foi à ses allégations. Puisque M. Burcq se dit en possession d'une véritable panacée, que ne va-t-il à Toulon ou à Marseille puisqu'il est sûr d'être épargné : il pourra sauver la vie à bien des malheureux ?

M. Burcq répond qu'il est souffrant et qu'il ne peut se rendre aux endroits désignés par son contradicteur.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

Suite de la discussion sur le choléra. — M. Proust vient répondre à la communication que M. J. Guérin a faite dans la précédente séance. Il admet, avec M. J. Guérin, que les épidémies cholériques sont précédées par des diarrhées, dites prémonitoires, lesquelles nécessitent un système d'avertissement. Il s'éloigne de lui sur plusieurs points de doctrine. M. J. Guérin a déclaré que le choléra s'était montré à Toulon, en divers endroits à la fois ; or, les premiers cas ont été observés en dehors de la ville, sur de vieux navires placés dans la division. Le choléra de Toulon n'a cessé de présenter tous les caractères du choléra asiatique, bien qu'il ait été impossible de préciser le mode d'importation. Les reproches divers qu'on s'est plu à adresser à la mission de Toulon ne sont nullement justifiés et ne reposent sur aucun fait sérieux. Les membres de cette mission étaient tenus à une prudente réserve et ne devaient conclure à l'existence du choléra asiatique que le jour où aucun doute ne subsisterait. Il eût été également bien difficile aux membres de la mission de s'opposer à la contamination de Marseille, puisque le premier cas de choléra se trouvait amené quarante-huit heures avant leur arrivée. M. Proust accorde peu de crédit au rôle qu'on voudrait faire jouer aux changements des saisons, et aux modifications atmosphériques, pour expliquer la genèse du choléra. Aujourd'hui, on observe à Paris des diarrhées, des cas de choléra nostras qui se trouvent être en rapport avec les grandes chaleurs de l'été ; mais rien n'autorise à les regarder comme des phénomènes prémonitoires du choléra asiatique. Si le choléra ne sévissait pas à Toulon, il ne viendrait à l'esprit de personne de suspecter ces cas isolés. Ces diarrhées prémonitoires ne se sont même pas montrées à Marseille lors de la récente épidémie. M. J. Guérin se déclare partisan de l'unité cholérique, admettant ainsi une identité absolue entre le choléra nostras et le choléra asiatique. M. Proust ne saurait souscrire à une semblable opinion et établit une distinction bien nette entre l'une et l'autre de ces deux maladies.

L'affection indienne a toujours procédé de la même manière, suivant la même marche par étapes successives, présentant une courbe ascendante, qui décroît, à un moment donné, pour disparaître entièrement. Après avoir rappelé quels sont les caractères différentiels de ces deux choléras, M. Proust fait observer que cette distinction est admise par la grande majorité des médecins français et qu'elle tend à être acceptée par les médecins anglais. Les mesures prophylactiques doivent être appliquées dans les régions éloignées où le choléra se montre tout d'abord, c'est-à-dire à son point de départ. Mais, lorsqu'il a pénétré en Europe, il serait puéril d'invoquer les cordons sanitaires ou tous autres moyens inacceptables ; il convient alors d'adopter les mesures que commande l'hygiène élémentaire des villes, des maisons. Quoi qu'il en soit, lorsque le choléra est en France, il n'existe aucune puissance susceptible d'arrêter sa marche, ni de l'anéantir. Voilà la vérité.

M. Ernest Besnier, dont la compétence s'impose dans toutes les discussions relatives à l'épidémiologie, fait une remarquable communication sur l'interprétation qu'il convient de donner aux faits et aux diverses épidémies cholériques.

Bien que la connaissance des maladies épidémiques importe à la fois à la vie des hommes et aux intérêts matériels des nations, l'étude de ces maladies n'occupe ni le rang, ni la place qui leur appartient ; l'enseignement officiel n'en a pas pris charge, et nos Facultés de médecine, si richement dotées sur d'autres points, n'ont pas une seule chaire qui leur soit propre. — Les professeurs de pathologie générale ou spéciale, qui ont implicitement mission d'enseigner les maladies épidémiques comme les autres, en traitent parfois accessoirement : mais ils ne peuvent s'y attacher d'une façon particulière, et ils laissent généralement à l'avenir le soin d'apporter quelque lumière au milieu des obscurités nombreuses que conserve cette partie de la nosologie. — M. Ernest Besnier fait observer que la doctrine de l'unité ou de la dualité du choléra divise actuellement les esprits.

Trois opinions sont en présence sur la question de savoir si les affections qui portent le nom générique de choléra sont des *espèces véritablement* distinctes, c'est-à-dire ayant une *nature* différente, ou bien au contraire si elles ne sont que des *variétés* d'une espèce unique.

Dans la première opinion, il y a deux espèces de choléra, l'une ubiquitaire et existant de toute antiquité, est une affection saisonnière, déterminée par des conditions banales de météorologie et de bromatologie ; c'est le choléra commun, choléra morbus des anciens ; l'autre a une origine miasmatique, localisée en un point déterminé du globe ; elle n'y a éclaté dans toute son intensité que dans l'époque moderne, et c'est depuis le commencement du dix-neuvième siècle seulement qu'elle a été transportée loin du foyer primitif par les hommes et par les choses, et qu'elle y a constitué des foyers secondaires, quelquefois très puissants, mais toujours éphémères. C'est le choléra d'*Asie*. L'une est une affection individuelle, elle peut déterminer la mort, mais exceptionnellement, elle n'est pas transmissible ; l'autre ne se produit que sous l'action de l'agent spécifique, sa létalité est considérable, elle est certainement transmissible.

Dans la seconde opinion, il n'y a jamais eu et il n'y a qu'une espèce de choléra ; les variétés et les épidémies qu'il présente résultent des modifications météorologiques et individuelles, dont la réunion est exprimée par le terme de constitutions médicales ; les individus atteints dans un même lieu le sont sous l'influence épidémique, et non par transmission spécifique ; la contagiosité de la maladie est niée ou acceptée à titre accessoire.

La troisième opinion consiste à déclarer qu'il peut naître de conditions d'insalubrité banale, une maladie épidémique absolument semblable au choléra d'Asie, mais qui en différerait par sa localisation, sa stérilité et sa bénignité.

© BIU Santé

M. Ernest Besnier, passe successivement en revue ces diverses théories.

La première opinion, celle de la dualité des espèces de choléra, celle à laquelle il se rattache jusqu'à preuve anatomique opposée, est classique. Elle repose sur ce fait que, avant 1832, c'est-à-dire dans la période préasiatique de nos annales épidémiologistes, le choléra transporté et transmissible n'existait pas. — Le choléra morbus d'autrefois, on le désigne aujourd'hui sous le nom de choléra nostras, terme impropre puisque la maladie est ubiquitaire, ou encore de choléra sporadique, dénomination absolument incorrecte puisque la sporadicité spécifie exclusivement la variété isolée d'une espèce morbide, mais en aucune manière sa nature propre, c'est-à-dire son espèce. Le choléra vulgaire, ou le choléra saisonnier, n'est jamais une maladie qui tue, à la fois, dans le même moment, à la même heure, et dans le même lieu, une série associée de malades.

Lorsque les conditions météorologiques et bromatologiques qui donnent naissance au choléra commun se trouvent réalisées, l'affection s'observe au même moment et d'une manière semblable dans les diverses localités d'une même zone régionale, atmosphérique ou climatologique; on ne voit pas certaines localités devenir le siège privilégié des épidémies autochtones, qui s'étendent progressivement à la manière de ce que l'on appelle vulgairement la tache d'huile. On ne saurait dire que l'insalubrité d'un lieu n'en favorise pas le développement, mais elle est incapable de la produire. Comment peut-on avoir oublié que la maladie est venue d'Angleterre par Calais en mars 1832; d'Espagne par Marseille en décembre 1834; d'Angleterre par Dunkerque en 1848, au mois d'octobre; d'Allemagne par les départements du Nord en octobre 1853; d'Egypte à Marseille en juillet 1865, des ports de la Baltique au Havre en août 1873, et que c'est encore par un port de mer, en rapport direct avec un foyer, la Cochinchine, que la maladie présente a pénétré. Sur les sept épidémies françaises de choléra indien, une seule est restée limitée à la Provence où elle a évolué à partir du mois de décembre 1834. Toutes les autres ont pénétré à Paris, mais avec la plus extrême variété dans la durée du temps employé pour l'atteindre. En 1884, Toulon est atteint au mois de juin, Marseille au mois de juillet, et Paris est encore officiellement intact au mois d'août. En supposant même les émigrants chargés de germes cholériques, il faut au moins donner à ces germes le temps de se déposer, de trouver le terrain de culture qui leur convient; il faut même admettre comme possible, que ces germes ne rencontrent pas ce terrain opportun. Ces irrégularités propres à la maladie sont saisies avec un empressement un peu hâtif par les partisans du choléra autochtone.

Le deuxième argument invoqué par M. J. Guérin, et qui repose sur ce fait d'observation, de la simultanéité des attaques de la maladie sur des points différents et même éloignés, n'a pas plus de valeur absolue. Quand des germes morbides sont apportés dans un grand centre de population, il se passe entre le moment de ce départ et le moment où la maladie fait son explosion réelle, un temps variable qui en constitue l'*incubation*. C'est pendant cette période que se fait la dissémination des germes. A propos de l'épidémie actuelle, Toulon a contaminé Marseille et Marseille a contaminé, à son tour, Aix, Arles, etc. Les dates des explosions locales sont les meilleurs éléments de la chronologie cholérique.

La troisième opinion, celle que M. Fauvel a toujours soutenue, c'est que la maladie de Toulon n'est pas le choléra asiatique, ni le choléra saisonnier, mais qu'elle est née de l'insalubrité locale, de la réunion de troupes accumulées dans des conditions déplorables et que la maladie restera confinée dans son foyer.

Il est inutile d'établir à nouveau que le choléra vulgaire ou bénin, et que le choléra grave et extensif, ne naissent pas plus l'un que l'autre de l'insalubrité.

M. Ernest Besnier ne saurait accepter la doctrine de M. J. Guérin, relative à l'influence qu'il fait jouer aux diarrhées prémonitoires des épidémies de choléra, non plus qu'à la diarrhée prodromique du choléra indien qu'il veut également dénommer prémonitoire. On sait que le choléra peut éclater dans toute sa vigueur, quand les diarrhées (affections toujours saisonnières) sont à leur hypogée. Lorsqu'une épidémie cholérique coïncide avec l'épidémie saisonnière normale de diarrhées, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'apparition du choléra indien se fasse, alors que les diarrhées sont déjà établies. M. Ernest Besnier a noté, en 1866, que l'épidémie cholérique n'avait été précédée d'aucune épidémie diarrhéique spéciale. Quant à la diarrhée prodromique des attaques cholériques, M. Ernest Besnier a pris le soin, dès 1866, de préciser les termes de la question, et de montrer que la qualification de prémonitoire n'était ni nécessaire, ni constamment fondée.

N'est-ce pas un abus de confondre sous une même appellation, toutes les diarrhées qui existent en temps de choléra. La diarrhée est un phénomène qui appartient assez constamment à la première période du choléra pour qu'elle en constitue le prodrome véritable, et qu'on doive la dénommer diarrhée prodromique. Il est hors de doute qu'il y a un intérêt de premier ordre à surveiller toutes les diarrhées qui existent en temps de choléra et à les traiter. Mais ce qui est malheureusement moins conforme à la vérité, c'est d'affirmer que les diarrhées traitées à temps, peuvent être maintenues à l'état simple. Pour le choléra, comme pour toutes les autres maladies, il est des sujets qui sont véritablement marqués d'avance et qui succombent avec rapidité, malgré les soins les plus immédiats. La diarrhée est le plus habituellement le prodrome du choléra; elle peut être considérée comme un phénomène prémonitoire en temps d'épidémie cholérique. Il y a un intérêt majeur à n'en négliger aucune, et il est vraisemblable que l'on peut, dans un certain nombre de cas, enrayer une intoxication cholérique commune, mais cela n'est pas démontré scientifiquement et ne le sera que lorsque l'on saura distinguer les diarrhées simples des diarrhées proprement dites. Enfin cette diarrhée manque quelquefois, et son absence ne doit pas, en temps d'épidémie, inspirer une sécurité qui pourrait être trompeuse.

En terminant, M. Ernest Besnier formule une proposition incidente : « Si l'Académie pense comme nous qu'il y a urgence à favoriser dans notre pays une renaissance sérieuse des études épidémiologiques, elle pourrait contribuer à combler la lacune qui existe dans l'enseignement officiel à l'égard des maladies épidémiques, en formulant le vœu de la création d'une chaire d'épidémiologie dans toutes les Facultés de la République. L'Académie rendrait ainsi à la fois un service considérable à la science et au pays. »

Élection d'un membre correspondant étranger dans la deuxième division.—Sont présentés en première ligne, M. Mac Leod; en deuxième ligne, M. Deroubaix; en troisième ligne, M. Krassowski. Votants, 54; majorité, 28. Au premier tour de scrutin, M. Mac Leod réunit 44 suffrages; M. Deroubaix, 10. En conséquence, M. Mac Leod est proclamé membre correspondant de l'Académie. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 11 janvier 1884.— Présidence de M. Cornil

9. Tumeur veineuse du creux poplité (1); par M. Tuffier, interne des hôpitaux.

Le nommé Diac..., Auguste, âgé de 31 ans, journalier, entre le 30 novembre 1883, salle Michon, n° 12.

C'est un jeune homme grand et fort, qui entre pour se faire soigner d'une affection du genou. Nous ne trouvons dans ses antécédents qu'une affection du foie contractée en Egypte et terminée par abcès. Après trois mois, on retrouve encore sur la paroi abdominale la trace de cet abcès. Pas de paludisme, pas de syphilis, pas de rhumatisme. Il y a six semaines, le malade tombe de sa hauteur sur

(1) Observation présentée en décembre 1883.

© BIU Santé

le genou. Gonflement de la région, difficulté de la marche, qui, s'étant accrue peu à peu, nécessite le repos au lit d'une semaine. Depuis vingt jours, le malade a gardé le lit et a appliqué des révulsifs : vésicatoires et pointes de feu. Ce traitement n'ayant amené aucune amélioration et la marche étant toujours impossible, le malade entre à l'hôpital.

Nous constatons alors un gonflement du genou avec fluctuation très nette (il s'agit donc d'une hydarthrose). En examinant le creux poplité, on y trouve une douleur localisée sur le bord externe du jumeau interne, sans qu'il y ait de gonflement ni de déformation. A la palpation, on trouve une tumeur occupant le bord externe du jumeau interne. La tumeur est dure, lisse, mal délimitée ; elle a une forme allongée parallèlement au jumeau, se perd en haut dans le creux poplité et vient se terminer, après un trajet de 5 ou 6 cent. dans l'épaisseur du jumeau interne, où elle est perdue au milieu de la masse musculaire ; le volume et la direction égalant le petit doigt placé dans la région. En faisant contracter les muscles jumeaux, on immobilise la tumeur ; elle siège donc au-dessous de l'aponévrose.

Les troubles fonctionnels sont très accentués ; le malade ne peut étendre complètement la jambe à cause de la tumeur, dont elle est le siège ; il ne peut également poser le pied à terre sans souffrir de cette tuméfaction.

M. Verneuil n'a jamais rencontré de tumeur ayant ces caractères et hésite sur sa nature ; mais les troubles fonctionnels étant accentués, un premier bandage compressif n'ayant amené aucun résultat, le professeur juge l'extirpation nécessaire. L'opération est faite le 8 décembre ; une incision est pratiquée parallèlement à la tumeur : on incise la peau et l'aponévrose superficielle ; on tombe sur l'aponévrose du jumeau interne, on incise et on trouve immédiatement au-dessus une tumeur bombée, irrégulière et adhérente aux fibres musculaires ; on la dissèque et on l'extirpe. Grâce à la bande d'Esmarch, on voit nettement le rapport de cette tumeur avec les veines. On ne perd pas de sang. — Réunion par première intention, drainage, pansement de Lister. Au 15e jour, la plaie est complètement cicatrisée, le malade ne souffre plus, les mouvements d'extension se font facilement, et au 20e jour, le malade peut se lever et poser le pied à terre.

La dissection de la pièce montre l'agglomération de deux veines bosselées, variqueuses, présentant des sortes de diverticules ; leurs parois sont très épaisses, leur lumière presque comblée. Elles adhèrent complètement au tissu périphérique. En bas, la queue de la tumeur se continue avec une veine ; en haut, elle se termine par deux ou trois branches veineuses. Sur la partie latérale de cette tumeur, on trouve un filament blanchâtre, qui est un nerf adhérent à la tunique externe des veines. — Nous avons examiné au microscope les coupes de cette tumeur avec notre collègue M. Sappelier.

10. Caverne tuberculeuse considérable restée latente ; par M. Lebreton, interne des hôpitaux (1).

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui aurait présenté il y a trois ans comme seul symptôme une hémoptysie peu abondante (un petit verre environ). Depuis ce moment jusqu'au 6 décembre il n'a rien présenté de particulier. Il est gras, ne crache pas, ne tousse pas, a eu en somme une excellente santé.

Il y a deux jours à 9 heures du soir il est pris tout à coup de points de côté violents à gauche, de dyspnée intense, il entre à l'hôpital le 8 décembre. Le 9 au matin on constate que cette dyspnée a encore augmenté, le faciès est asphyxique, les mains froides. A l'auscultation on constate les signes suivants : à droite, râles humides fins dans toute la hauteur ; à gauche, en bas, râles humides, en haut souffle amphorique dans toute la fosse sus-épineuse, pas de râles en ce point : pas de tintement métallique, pas de bruit d'airain. On pense à un pneumothorax limité. Le 10 décembre le malade a du subdélirium, veut se lever et meurt subitement.

Autopsie : Infiltration de granulations grises dans les deux poumons. Au sommet gauche caverne ancienne avec des tractus fibreux et des vaisseaux isolés traversant la cavité, comme on en observe dans les vieilles excavations tuberculeuses. Cette caverne contient 300 grammes d'eau. L'insufflation, l'injection dans la caverne ne font pénétrer ni air, ni liquide. Les bronches du sommet du poumon suivies avec soin n'y pénètrent pas. Il semble donc bien s'agir là d'une ancienne caverne dont la communication avec la bronche s'est trouvée interrompue et qui a pu rester ainsi à l'état latent pendant plusieurs mois.

15. Pied bot varus équin de cause cicatricielle ; par M. Chaput, interne des hôpitaux.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique provient d'un cadavre de l'Ecole pratique, âgé de 56 à 60 ans environ, sur lequel nous n'avons pu obtenir aucun renseignement.

L'examen de la peau de la jambe révélait, à la partie moyenne de la face postérieure, une cicatrice épaisse, adhérente aux parties profondes, longue de 15 centimètres environ et large de 3 à 4 centimètres, qui paraissait consécutive à une brûlure. Les muscles sous-jacents, jumeaux et tendon d'Achille, présentaient des altérations particulières. Le jumeau interne, presque entièrement détruit dans les 2/3 inférieurs, était remplacé par de la graisse molle et surtout par une plaque fibreuse, épaisse d'un peu moins d'un centimètre, qui s'étendait, toujours avec une épaisseur analogue, sur le bord interne du jumeau externe et sur le tendon d'Achille. Cette lame fibreuse, qui avait tous les caractères du tissu de cicatrice, était intimement adhérente à la peau et présentait les mêmes dimensions verticales et transversales que la cicatrice cutanée.

Le jumeau externe était notablement plus mince que normalement. Quant au soléaire, il présentait peu d'altérations, sauf une abondance anormale de grains à la surface et dans les interstices de ses faisceaux.

Les muscles de la région profonde étaient relativement sains. Le fléchisseur propre du gros orteil était normal comme volume et couleur ; mais le jambier postérieur et le fléchisseur commun, outre une certaine diminution de volume, présentaient encore une coloration jaunâtre, caractéristique de la dégénérescence graisseuse. A la région antérieure de la jambe, le jambier antérieur parait sain. Il n'en est pas de même de l'extenseur commun, qui, dans sa moitié supérieure, est réduit à un cordon fibro-graisseux. Mêmes lésions de l'extenseur propre du gros orteil. Les péroniers latéraux sont sains. Le pédicule est atrophié et graisseux. Les muscles de la plante du pied sont sains comme volume et couleur.

Les *artères* et veines sont absolument normales. Les *nerfs* tibiaux antérieur et postérieur sont augmentés de volume et infiltrés de graisse.

Os. Le tibia est absolument graisseux ; la pulpe du doigt écrase sans peine son tissu spongieux et en fait sortir un liquide oléagineux. La mortaise tibio-péronière parait normale. Quant à l'astragale, elle ne présente pas de déviation de l'axe antéro-postérieur de sa tête. Sa surface articulaire tibio-tarsienne n'est cartilagineuse que dans les 2/3 postérieurs de l'étendue normale. Le 1/3 antérieur, normalement cartilagineux, est remplacé par du tissu osseux éburné, dont la production exagérée a produit un rebord saillant de 3 à 4 millim., s'opposant à la réduction de l'astragale dans sa position normale.

Il est à remarquer que, dans les efforts de réduction que l'on peut faire, les muscles péroniers latéraux et jambier postérieur, et le tendon d'Achille, se tendent fortement et empêchent que l'astragale ne rentre en entier dans sa loge osseuse.

Réflexions. — Cette observation nous semble intéressante sous le double point de vue de la pathogénie, de l'en-

(1) Observation présentée en décembre 1883.

© BIU Santé

chaînement des lésions et des conséquences thérapeutiques qu'on en peut tirer.

Vraisemblablement, une brûlure datant du jeune âge, intéressant toute la peau et une partie des tissus sous-jacents, a déterminé une rétraction cicatricielle du tendon d'Achille. L'astragale, peu à peu expulsée de sa loge tibio-péronière, n'a pu prendre définitivement la position d'extension forcée sans produire une arthrite, légère il est vrai, mais incontestable, puisqu'elle s'est traduite par la production d'hyperostoses de la partie antérieure de la trochlée astragalienne. Sous l'influence de cette inflammation articulaire se sont produits des troubles trophiques dans les muscles de la jambe, analogues à ces altérations bien étudiées par M. Le Fort et par Valtat, dans sa thèse. Bien plus, des altérations se sont montrées sur les os, le tibia en particulier; cela semble rentrer dans les troubles trophiques d'atrophie osseuse consécutifs aux tumeurs blanches, étudiées récemment par Jullien Wolf, dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, 1883.

Au point de vue thérapeutique, l'existence du rebord osseux s'opposant à la réduction complète de l'astragale, jointe à la résistance des péroniers, jambier postérieur et tendon d'Achille, fait très bien comprendre que, dans un cas comme celui-ci, on ferait sans succès l'ablation de la tête de l'astragale, si justifiée dans les cas où l'axe de la tête forme un angle plus ou moins aigu avec celui du corps. La seule intervention légitime aurait été l'ablation totale de l'astragale.

17. M. Barth fait voir un *cancer du corps thyroïde* survenu chez une femme de 22 ans. La malade présentait des antécédents strumeux. Elle avait sur les régions latérales du cou des masses ganglionnaires qui se confondaient en dedans avec une tumeur goitreuse. La mort survint par asphyxie.

A l'autopsie on trouva la trachée aplatie par le lobe médian dégénéré du corps thyroïde. Il était très difficile de faire la démarcation entre le corps thyroïde et les ganglions. A la coupe on trouve une masse dure, résistante et une surface blanchâtre qui laisse suinter un suc blanchâtre.

Dans la trachée, vers le même point, on trouve de petites ulcérations, peu profondes qui rappellent l'ouverture d'abcès glandulaires. S'agit-il d'une tumeur primitive du corps thyroïde ou d'un épithélioma secondaire?

18. M. Courtade montre le *pied d'un diabétique* atteint de *gangrène* spontanée et amputé 8 jours auparavant par M. Regnier. Sous l'influence d'un traitement approprié le sucre avait disparu depuis 5 mois : jusqu'à présent l'amputation n'a pas été suivie d'accident.

M. Quermonne est nommé membre correspondant.

La séance est levée à 5 heures.

Séance du 18 janvier 1884. — Présidence de M. Cornil.

16. Note sur le poids du cœur dans quelques cas de lésions rénales consécutives au cancer de l'utérus; par les Dr Ch. Féré et L. Quermonne.

Plusieurs auteurs ont signalé l'existence de l'hypertrophie du cœur comme conséquence de lésions rénales secondaires, à des affections des voies urinaires, etc. Tout récemment, M. Artaud, dans un intéressant mémoire (1), a insisté sur la fréquence de cette complication chez les sujets atteints de cancer de l'utérus, et il apporte six faits à l'appui de sa thèse. Cependant, l'un de nous, dans un travail antérieur (2), avait fait remarquer que dans les cas de sclérose secondaire du rein, l'hypertrophie cardiaque était rare. « Dans plusieurs faits de cancer utérin compliqué de sclérose rénale, nous avons trouvé un cœur peu volumineux, avec des reins très atrophiés; dans un cas, les deux reins pesaient 65 et 35 grammes, le cœur 240; dans un autre, les deux reins pesaient 55 et 30 grammes, et le cœur 175. »

Nous avons voulu étudier de plus près la question, en prenant sur les cahiers d'autopsies faites par l'un de nous à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, pendant les années 1881, 1882 et 1883, tous les faits de cancer de l'utérus dans lesquels le poids du cœur et des reins était noté. Nous en avons trouvé trente-six dans lesquels la rétro-dilatation des uretères avait déterminé des lésions rénales plus ou moins marquées. Les poids sont réunis dans le tableau suivant :

Si nous admettons avec Blot que la moyenne du poids normal du cœur chez la femme est de 220 à 230 grammes, nous ne saurions reconnaître que nous avons affaire, dans les cas dont il s'agit, à une hypertrophie, puisque la moyenne de nos pesées ne donne que 229 grammes. Et si nous considérons les faits individuellement, nous voyons que 15 cœurs seulement sur 36 pèsent plus de 23) grammes, et il n'y en a que 6 qui atteignent 300 grammes; tandis que 18 sont au-dessous de 220, et 10 au-dessous de 200.

N°	Age	Poids du cœur.	Poids du rein droit.	Poids du rein gauche.
1	57	240	35	65
2	56	315	165	155
3	32	195	95	85
4	75	315	100	50
5	59	175	55	30
6	45	250	85	50
7	41	220	155	45
8	48	320	210	190
9	72	220	50	130
10	43	175	145	180
11	32	260	125	180
12	36	210	130	105
13	26	215	310	200
14	45	245	70	130
15	50	240	110	90
16	61	215	40	105
17	»	205	125	130
18	»	230	65	95
19	61	260	70	175
20	50	175	70	65
21	35	170	150	135
22	43	175	105	45
23	38	165	70	70
24	36	215	150	115
25	37	300	145	50
26	41	175	125	95
27	56	195	115	»
28	44	280	120	115
29	41	205	105	65
30	34	220	100	100
31	74	195	125	130
32	39	300	100	110
33	51	300	140	150
34	29	215	120	80
35	38	200	115	90
36	59	270	90	70

Nous sommes donc autorisés à conclure que non seulement l'hypertrophie du cœur n'est pas la règle chez les sujets atteints de lésions rénales consécutives au cancer utérin, mais encore que *le plus souvent le cœur des femmes atteintes de cancer de l'utérus est un cœur maigre comme celui des cancéreux en général.*

17. M. Chéron présente des *reins kystiques* très volumineux. Il n'y avait pas d'hypertrophie du cœur.

19. Fracture du corps du fémur. Mort rapide. — Carcinose viscérale; par M. E. Valude, interne des hôpitaux.

L..., âgée de 62 ans, d'apparence très sénile, portant une *hémiplégie gauche* de date ancienne, entre le 10 janvier dans le service de M. le professeur Verneuil pour une fracture de la partie moyenne du fémur gauche.

Cette femme, légèrement démente, très cachectique, ne peut nous donner aucun renseignement. Nous apprenons que sa fracture est survenue sous l'influence d'une cause

(1) Artaud. — *De la néphrite déterminée par la compression des uretères dans le cours du cancer de l'utérus, et de l'hypertrophie du cœur consécutive* (*Revue de médecine*, 1883, p. 905.)

(2) Ch. Féré. — *Du cancer de la vessie*, 1881, p. 94.

© BIU Santé

des plus minimes. Une garde-malade brutale, la poussant dans son lit, lui a occasionné cette fracture. Celle-ci est d'ailleurs des plus simples : pas de gonflement de la cuisse, pas de plaie. Le membre est placé dans un appareil de Scultet et soumis à la traction continue. La malade, malgré son apparence cachectique, ne présente aucune lésion apparente de ses viscères ; l'auscultation de la poitrine est négative, le cœur sénile donne un premier bruit peu net, il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

Pendant les premiers jours de son entrée à l'hôpital, la malade, tenue en observation, ne présente rien d'anormal ; l'appétit est satisfaisant, la fièvre nulle, tout semble marcher avec la plus grande simplicité.

16 *janvier*, matin. La température monte notablement, la figure est rouge, vultueuse, la langue sèche et noire au milieu. Le soir, le thermomètre arrive à 39° et 40, et la *mort* a lieu à cinq heures du matin, dans le coma.

Autopsie. — L'examen nécroscopique a montré une dissémination de *noyaux cancéreux* dans le *foie* et le *poumon*. Dans le poumon, les noyaux sont petits, et deux ou trois à peine atteignent le volume d'une petite noix, sauf au sommet droit, qui est tout entier occupé par une masse cancéreuse. Les noyaux du foie sont plus nombreux et en général plus volumineux que ceux du poumon. Enfin, nous avons retrouvé une tumeur de même nature qui occupait l'extrémité postérieure de la 9e côte droite. — Rien d'anormal à noter dans les autres viscères, ni à la colonne vertébrale. L'examen le plus soigneux ne nous a pas permis de trouver le point de départ de ces cancers secondaires, ni à l'utérus ni dans le tube digestif.

Le foyer de la *fracture*, examiné, offre ceci de particulier : la substance compacte de l'os est extrêmement raréfiée et manifestement altérée, la moelle est remplacée par une masse lardacée qui paraît être du sarcome, et l'examen histologique a vérifié cette première appréciation. La manière dont se comportaient les fragments l'un vis-à-vis de l'autre n'était pas sans particularité. La cassure n'était pas transversale, mais les deux fragments des pointes aiguës, s'engainant les unes les autres, comme il arrive sur les os d'une grand fragilité.

En un mot, c'était une fracture survenue en un point d'un os atteint d'ostéo-sarcome ; rien donc d'étonnant dans la facilité qu'a présentée, dans ce cas, le fémur à se fracturer ; mais le point sur lequel nous voulons insister, est celui qui a trait au mécanisme de la mort. Cette observation est trop semblable à la première pour qu'elle ne mérite pas d'en être rapprochée. Dans les deux cas, il s'agit de malades atteintes de cancer viscéral latent, jusqu'à ce moment compatible avec la vie et ne s'étant révélé encore par aucun trouble ni aucun accident ; arrive chez l'une un trauma opératoire grave, il est vrai, mais chez l'autre un trauma accidentel des plus insignifiants, et immédiatement l'altération viscérale se manifeste par une mort rapide avec hypothermie, chez la première ; par une mort en six jours chez la seconde. Il est hors de doute que sans l'opération de l'une et sans l'accident de l'autre, les lésions viscérales auraient continué au moins pendant quelque temps à ne se manifester par aucun symptôme ; il a donc fallu une certaine impulsion pour être l'occasion de leur réveil, et cette impulsion est donnée bien évidemment par les deux traumas. Ira-t-on dichotomiser ces différentes manifestations morbides présentées par ces malades et diviser leur histoire pathologique en deux chapitres distincts ? D'un côté, l'affection chirurgicale, et de l'autre, une affection viscérale indépendante ?

L'histoire de l'action du traumatisme sur le cancer viscéral est fondée depuis longtemps sur un grand nombre d'observations, et chaque jour en voit paraître de nouvelles. Dans le numéro de janvier 1884 de la *Revue de chirurgie*, M. Verneuil rapporte sur ce point l'observation si probante d'un homme vigoureux, qui, à la suite d'une fracture simple de jambe, succomba assez rapidement au développement subit d'un cancer viscéral resté latent jusque-là.

Ce malade serait-il mort sans l'accident qui produisit ce trauma, sans conséquence chez un homme bien portant, mais qui, chez un cancéreux, donna un coup de fouet subit à la lésion viscérale qui emporta le malade ?

La règle à déduire de ces faits, serait de s'abstenir de toute intervention chirurgicale chez des malades atteints de cancers secondaires des viscères ; on devra donc suivre cette ligne de conduite quand l'examen aura fait connaître ces lésions viscérales ; mais il faut bien savoir que le diagnostic n'en est pas toujours possible, et que le plus souvent elles passent ignorées.

M. Verneuil prend la parole à propos des observations précédentes. Si ces faits s'étaient passés en Angleterre ou en Allemagne, on n'eût pas manqué d'invoquer le « choc traumatique. » Ce n'est qu'un mot.

Pour ce qui est de la première des malades dont M. Valude a relaté l'histoire, l'opération de la masse cancéreuse avait été régulière. Sans doute la chloroformisation avait été particulièrement laborieuse. On avait été obligé de réveiller, à deux ou trois reprises, la malade menacée de syncope, et l'opération avait duré plus d'une heure. Sans doute la gaîne des carotides avait été ouverte des deux côtés et on eût pu invoquer un traumatisme des organes importants de la région. Toutefois, la malade, après l'opération, avait été régulièrement réveillée, elle n'avait pas perdu beaucoup de sang et cependant la température tombait à 36°. Il ne fût pas possible de réchauffer l'opérée, qui mourut quelques heures après.

On ne peut invoquer ni l'hémorrhagie, ni l'intoxication chloroformique. Ce qu'il faut accuser, c'est surtout l'état antérieur de la malade. Le trauma chirurgical est devenu funeste parce qu'il portait sur un organisme prédisposé par l'existence du cancer ; il n'a été que l'occasion de la mort.

Et, du reste, les causes de la mort sont multiples dans de semblables conditions et il est difficile d'attribuer à chacune d'elles la responsabilité qui lui revient. Le chloroforme, sans doute, n'est pas absolument innocent, mais ce qu'il faut mettre au premier rang, c'est la maladie antérieure.

La seconde observation de M. Valude est bien faite pour mettre en relief l'importance fondamentale de l'état protopathique. Ici le traumatisme s'est trouvé réduit au minimum, et cependant la mort est survenue au bout de quelques jours. On ne peut invoquer cependant ni chloroformisation, ni hémorrhagie, ni tétanos, aucune complication, en un mot, qui porte nom.

Un tel fait n'est-il pas de nature à bien faire voir quelle aggravation apportent au traumatisme les lésions antérieures ? Du reste, des observations semblables ont été réunies en nombre très respectable dans la thèse récente d'un des élèves de M. Verneuil, le Dr Cerné (de Rouen). Elles démontrent jusqu'à l'évidence que les traumatismes, même restreints, donnent une impulsion fatale à des lésions même latentes ; ils sont une occasion de mort dans un organisme frappé de diathèse. Les explications sont difficiles, mais les faits s'imposent.

M. Cornil se déclare parfaitement convaincu de l'excellence de la théorie soutenue par M. Verneuil. Du reste, quand on pratique une autopsie, il est bien difficile de dire pourquoi la mort a eu lieu. La chose est frappante, surtout chez les phtisiques, et ce ne sont pas toujours ceux dont les lésions sont le plus avancées qui meurent le plus vite. Il y a donc toujours dans la production de la mort un élément inconnu.

20. Rétrécissement aortique. — Calcification des valvules sigmoïdes, d'origine traumatique ; par R. Durand-Fardel, interne des hôpitaux.

Masse... Tancredi, âgé de 33 ans, tapissier, entre le 9 janvier 1884 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Henri, n° 14 (service de M. C. Paul).

A l'âge de 22 ans, cet individu, bien constitué, fort, n'ayant jamais eu de maladie grave, finissait son service dans la cavalerie italienne. En faisant de la voltige, il se

© BIU Santé

heurte violemment le sternum contre le pommeau de la selle ; un peu étourdi, il ne ressent pourtant aucune douleur, mais crache du sang pendant quelques minutes. Il continue du reste son service sans entrer à l'infirmerie, et n'éprouve aucun changement dans sa santé.

Un mois après, passant à la visite médicale pour une bronchite, il est ausculté par plusieurs médecins, qui déclarent, dit-il, qu'il y a eu, dans la poitrine, « rupture d'une veine, formant une poche ». Il semble donc qu'on ait diagnostiqué l'existence d'un anévrysme de l'aorte. Son service n'en est pas interrompu, et il ne se plaint désormais que d'un peu d'essoufflement et de palpitations lorsqu'il fait des excès.

Depuis deux mois, les accès d'essoufflement deviennent plus fréquents et plus longs. M... s'affaiblit beaucoup et ne peut plus travailler. Il y a un mois, il a eu du melœna pendant huit jours.

A son entrée, le malade présente un aspect anémique des plus marqués. Le teint est cireux, les muqueuses décolorées, le faciès anxieux et les ailes du nez soulevées. La dyspnée est très intense. Les digestions se font très mal, et des vomissements ont lieu assez souvent. Etourdissements, céphalalgie, cauchemars, sensation de froid, sueurs nocturnes, toux sèche, fréquente.

Auscultation. Les *poumons* sont remplis de râles fins disséminés. Le *cœur*, très hypertrophié, bat violemment, régulièrement.

On entend un souffle rude, râpeux, d'une intensité extrême, siégeant à l'orifice aortique et propagé le long du bord droit du sternum. Il est systolique ; la diastole est occupée par un silence absolu ; rien à l'orifice mitral.

Pouls très faible, à peine perceptible à droite, plus marqué à gauche.

On diagnostique un *rétrécissement aortique* par des végétations volumineuses qui empêchent le claquement valvulaire ; pas d'insuffisance.

14 *janvier*. Nuit mauvaise, dyspnée plus intense, étourdissement perpetuel. Pas de modifications locales. Vomissements.

16 *janvier*. Amélioration ; le malade se lève et se promène dans la salle. A trois heures du matin, il se dresse brusquement sur son lit, râle quelques minutes et retombe mort.

Autopsie, 36 *heures après la mort*. — *Cœur* très volumineux, pèse 860 grammes. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche, dont la paroi mesure jusqu'à 3 centimètres d'épaisseur. L'orifice aortique est occupé dans ses 2/3 antérieur et gauche par un arc ossiforme, d'un aspect bizarre ; du côté de l'aorte, il fait une saillie en dôme, comme formé par deux valvules accolées, très épaissies et calcifiées. Du côté du ventricule, l'arc calcaire s'étale sur un espace de 5 centimètres, lançant sur la paroi des travées épaisses, dures, irrégulières, sortes de jetées osseuses incrustées dans le myocarde, rappelant un peu les pattes d'un crabe.

Le tiers postérieur de l'orifice aortique est occupé par un bourgeon mou, végétant, considérable, de formation récente, qui obture presque complètement la lumière de l'orifice. Les autres valvules du cœur sont saines. L'aorte, de calibre normal, est parfaitement lisse et élastique, ne présentant pas trace d'athérome. *Péricarde* sain. *Poumons* congestionnés. Adhérences pleurales et récentes. — *Foie* muscade volumineux, pèse 2,580 grammes. — *Reins* congestionnés. En plusieurs points, on trouve dans les artères, volumineuses, de petites masses calcaires, anguleuses. Pas d'infarctus.

Cerveau anémié ; ni ramollissement, ni hémorrhagie. Dans la sylvienne droite, on trouve une petite masse calcaire analogue à celle décrite dans les artères du rein.

Réflexions. — L'altération remarquable de l'orifice aortique, par son énorme développement, son ancienneté, son isolement absolu, en l'absence de tout antécédent rhumatismal, de toute trace d'athérome, nous semble pouvoir être rapportée à une rupture des valvules sigmoïdes dans l'effort qu'a produit la chute sur le pommeau de la selle ; cette lésion traumatique a été suivie d'une cicatrice vicieuse, point de départ du travail d'ossification dont nous avons vu le résultat. Une nouvelle poussée inflammatoire a donné lieu au bourgeon végétant, qui, lors de la diastole, venait obturer la lumière du vaisseau, détruisant l'insuffisance qui aurait dû exister avec un orifice rigide.

21. M. Durand-Fardel présente la *vessie* et l'urèthre d'un homme mort à la suite d'une rétention d'urine. Le canal et la muqueuse vésicale étaient parsemés d'un enduit phosphatique qui produisait un frottement particulier au passage de la sonde.

22. M. Weber présente un cas d'ulcération tuberculeuse du pharynx. Les ganglions cervicaux étaient très volumineux, comme dans l'adénite scrofulo-tuberculeuse. La mort survint par granulie généralisée.

M. Chauffard insiste sur la rapidité de l'évolution, l'ensemble typhique des symptômes et sur la difficulté qu'on eût eu à diagnostiquer la tuberculose aiguë, en l'absence des lésions du pharynx et des ganglions cervicaux.

M. Cornil fait remarquer que les petites ulcérations de la gorge ne sont pas rares chez les enfants scrofuleux. Elles ont peut-être un rôle dans l'apparition de l'adénite strumeuse et il serait intéressant d'étudier comparativement, dans ces cas, quelle est la répartition relative des bacilles dans la muqueuse pharyngée et les ganglions.

23. M. Duthil fait voir un *cancer du foie* et du *rein*, survenu chez un individu atteint d'épithélioma du rectum. M. Després, dans le service duquel l'observation a été recueillie, se basait sur cette coïncidence pour faire ressortir le danger de l'intervention chirurgicale dans de semblables affections du rectum.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 juillet 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Catillon, à propos du procès-verbal de la dernière séance, dit qu'au point de vue antiseptique, la classification de M. Miquel ne doit pas être rigoureusement adoptée, car le permanganate de potasse qui est placé par cet auteur après l'eau chloroformée jouit de propriétés désinfectantes beaucoup plus considérables que celle-ci.

M. Dujardin-Beaumetz fait observer qu'il y a également lieu de tenir compte du degré de toxicité de l'agent employé : le meilleur antiseptique est celui qui, à la dose où l'asepsie est obtenue, présente le plus grand degré d'innocuité : c'est ainsi que l'acide borique, et en particulier le borate de soude, ainsi que le fait remarquer M. Delpech sont des agents précieux, à la fois antiseptiques et presque inoffensifs.

M. Brémond préconise l'emploi de l'*ozone* pour désinfecter l'air des appartements : on produit facilement ce gaz et en quantité suffisante, ainsi que le démontrent les papiers ozonimétriques, en pulvérisant de l'essence de térébenthine.

M. Limousin rappelle qu'en mélangeant du permanganate et du bisulfate de potasse et en exposant ce mélange dans un lieu suffisamment humide on obtient un dégagement d'ozone. On évite ainsi le danger qu'il y a à préparer l'ozone en laissant tomber de l'acide sulfurique sur du permanganate : car, malgré toutes les précautions, il se produit presque toujours une déflagration très dangereuse surtout si l'on opère en vases clos et munis de tuyaux de dégagement. Malgré la production certaine et constatée d'ozone au moyen de ces substances, on ne sent jamais l'odeur caractéristique que l'on perçoit si nettement lorsque l'on prépare ce gaz suivant le procédé de M. Berthelot, au moyen de l'étincelle électrique : il est permis de croire cependant que les résultats obtenus sont les mêmes dans les deux cas.

© BIU Santé

M. Dujardin-Beaumetz entretient la Société d'une question qui a été portée devant le Conseil d'hygiène dont il fait partie : quelle est la *meilleure boisson* à préconiser dans les écoles pendant les chaleurs de l'été? Le liquide doit réunir les trois qualités suivantes : il doit être *hygiénique, médiocrement agréable au goût*, afin que les enfants n'en abusent pas et *peu coûteux*. Cette boisson sera hygiénique à condition d'être stimulante et rafraîchissante ; l'eau qui la compose devra avoir *bouilli* afin que les germes aient été détruits. M. Malterre a proposé la formule suivante qui est très bonne :

Racine de gentiane concassée. . . .	200 gr.
Feuilles de menthe.	200 gr.

Faire infuser une 1/2 heure dans 100 litres d'eau bouillante : filtrer à la chausse et ajouter :

Glycyrhizine ammoniacale. . .	30 gr.
Acide citrique	50 gr.

Le prix de revient est de 2 fr. pour 100 litres, mais il faut chaque jour préparer ce liquide qui s'altère facilement et demande un certain temps de préparation. Il n'en est pas tout à fait de même de la boisson que l'on peut préparer immédiatement au moyen de la formule suivante :

Quassine cristallisée.	0,10 c.
Sucre.	30 gr.
Essence de menthe	100 gouttes.
Glycyrhizine ammoniacale. . .	50 gr.
Acide citrique.	50 gr.

pour 100 litres.

Le prix de revient est sensiblement le même.

M. Campardon dit qu'on calme facilement la soif en mâchant de temps en temps quelques copeaux de quassia amara.

M. Blondeau a été chargé par M. Guéneau de Mussy de rappeler à la Société que, pendant la dernière épidémie de choléra pas un facteur de la Grande-Bretagne ne fut atteint. Dès le début ils avaient réglementairement fait usage de la *limonade sulfurique* aromatisée avec la teinture d'écorces d'oranges amères.

M. Limousin fait remarquer qu'il se trouve au point de vue chimique plusieurs contradictions dans les formules préconisées par le conseil d'hygiène : on met en présence des acides et des alcalis, des substances amères et des substances sucrées; l'effet désiré doit être annihilé ; cependant si, au point de vue pratique, on arrive au but cherché ces formules doivent être conservées.

M. Bucquoy constate avec peine l'emploi tout au moins prématuré de l'*eau bouillie* qui est si anti-hygiénique et produit des troubles digestifs. Devant cet usage qui, dans les circonstances actuelles, tend à se généraliser, il demande à M. Dujardin-Baumetz quelle confiance on peut avoir dans les eaux que la ville livre à la consommation journalière.

M. Dujardin-Baumetz répond que M. Alphand a exposé au conseil d'hygiène qu'il était impossible de répondre toujours de la même provenance de l'eau : car, lorsqu'un tuyau de conduite vient à s'endommager, il est nécessaire d'avoir à sa disposition un autre tuyau de suppléance. De cette façon afin que le manque d'eau ne se fasse pas sentir on est exposé à se servir la veille de l'eau de la Vanne et le lendemain de l'eau de la Seine. Néanmoins dans toutes les rues il a été établi des bornes-fontaines fournissant *continuellement* de l'eau de la Dhuys ou de la Vanne. Quant à l'eau bouillie on la chargera d'air en l'agitant, mais il est évident qu'elle pourra dans la circonstance puiser des germes dans l'atmosphère.

La *Société* prend ses vacances annuelles mais sur la demande de plusieurs membres, il est convenu que M. le Président convoquerait les sociétaires en séance extraordinaire si, par suite des événements, le besoin s'en faisait sentir.

G. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 juillet 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

M. Vallin présente un nouveau filtre, construit sur les indications de M. Chamberland, d'après le modèle du filtre dont M. Pasteur se sert à son laboratoire. L'appareil se compose de deux cylindres emboîtés l'un dans l'autre. C'est le cylindre intérieur, en porcelaine compacte, qui est destiné à filtrer l'eau. Il empêche absolument le passage de toutes les matières tenues en suspension dans le liquide ; mais il est nécessaire, pour que l'eau puisse filtrer, qu'elle soit soumise à une pression d'une atmosphère et demie. Cet appareil peut aisément s'adapter sur toute conduite d'eau, sur le premier robinet venu. Le modèle présenté par M. Valin ne débite pas moins de 20 litres à l'heure. Une batterie de dix filtres semblables distillerait par conséquent 200 litres. M. Valin considère l'appareil en question comme d'un application facile dans les hôpitaux, et croit qu'il pourra y rendre de grands services.

M. Gérin Roze remarque avec raison que si les filtres de la nature de celui présenté par M. Vallin débarrassent l'eau des matières qui s'y trouvent en suspension, ils n'enlèvent pas les matières dissoutes, et ne font pas disparaître le mauvais goût des eaux peu potables. Il préfère, quant à lui, les filtres composés mi-partie de pierre, mi-partie de charbon.

M. Vallin reconnaît que l'objection formulée par M. Gérin-Roze est fondée. Mais il ne faut pas prétendre actuellement à se procurer des filtres parfaits. Celui qu'il présente a au moins cet avantage d'enlever à l'eau ses propriétés nocives. Il est d'un entretien facile, d'un prix relativement peu élevé, aussi n'hésite-t-il pas à le recommander.

M. Dujardin-Beaumetz montre un jeune homme chez lequel il existe une *transposition des viscères* : le cœur est à droite, le foie à gauche.

Il fait ensuite une communication sur le *diagnostic du cancer de l'estomac*. Cette communication a surtout pour but d'établir la difficulté d'un pareil diagnostic dans quelques cas, et le peu de valeur de certains signes qui ont été à tort considérés comme quasi pathognomoniques. On avance généralement que le cancer a une évolution rapide, comparativement du moins aux autres affections chroniques de l'estomac. Le fait n'est pas toujours vrai. L'histologie nous a révélé que le mot *cancer* est un terme générique s'appliquant à des formes anatomiques différentes, qui n'ont pas toutes, tant s'en faut, la même évolution. M. Dujardin-Beaumetz a devers lui un certain nombre d'observations qui lui permettent d'avancer que le cancer de l'estomac peut avoir une durée très longue. Il a vu notamment avec M. Leroy des Barres, un malade qui, *douze ans* auparavant, avait eu des hématémèses et avait été, à cette époque, considéré par Béhier et M. Potain comme atteint d'une affection grave de l'estomac. L'autopsie démontra qu'on avait affaire à un cancer. On pourrait objecter, à la vérité, que le cancer a été, dans l'espèce, consécutif à un ulcère, duquel aurait relevé la symptomatologie notée par Béhier et Potain. Mais ce serait faire une hypothèse gratuite. M. Dujardin-Beaumetz pense donc que le cancer peut quelquefois avoir une évolution lente, et n'amener la mort qu'au bout de plusieurs années.

Le diagnostic, avec la dilatation de l'estomac, est loin d'être toujours facile. Et les éléments différentiels : l'âge, le sexe des malades, l'existence ou la non-existence de la cachexie qu'on invoque généralement, n'ont, au dire de l'auteur, qu'une médiocre valeur. La phlegmatia alba dolens elle-même n'a pas la signification que lui attribuait Trousseau, et peut s'observer chez les individus atteints de simple dilatation.

La douleur, sur la vivacité de laquelle on a fait grand fonds, est un signe très infidèle. Si elle existe d'ordinaire, elle peut aussi manquer. Quant aux vomissements de *sang noir*, ils se rencontrent très souvent chez les individus atteints de dilatation. Ils perdent donc de ce fait une partie de leur valeur diagnostique.

© BIU Santé

Il n'est pas jusqu'à la constatation de la tumeur qui ne soit sujette à tromper. S'il s'agit d'une tumeur bien dessinée, avec bosselures, on est sans doute certain d'avoir affaire à un cancer. Mais si l'on trouve simplement, à l'exploration, une induration diffuse et mal circonscrite au niveau de la paroi de l'estomac, il peut s'agir tout aussi bien d'une sclérose de l'organe que d'un cancer.

M. Dujardin-Beaumetz passe ensuite à l'examen de certains procédés ou éléments de diagnostic sur lesquels l'attention a été appelée dans ces dernières années. En Allemagne, on a prétendu que chez les cancéreux, les gaz artificiellement produits ou introduits dans l'estomac ne pouvaient se dégager, tandis qu'au contraire ils seraient chassés au dehors par les parois encore contractiles dans les cas d'hypertrophie avec dilatation de l'organe. M. Dujardin-Beaumetz considère que cette méthode de diagnostic est sans valeur.

On a dit encore que dans le cancer l'acide chlorhydrique disparaît du suc gastrique. Il suffirait donc d'aller, à l'aide d'une sonde œsophagienne munie d'une éponge, puiser un peu de suc gastrique, d'en pratiquer l'analyse. Si cette analyse révélait une diminution considérable de la quantité d'acide chlorhydrique, on serait en droit de conclure au cancer. M. Dujardin-Beaumetz ne croit pas à la valeur de cet élément de diagnose, qui est d'ailleurs d'une recherche difficile et peu pratique.

M. Rumelart (de Bruxelles) a avancé que, dans les affections cancéreuses, notamment dans celles du foie et de l'estomac, par suite du trouble profond que les lésions apportent à la nutrition, le chiffre d'urée excrétée en 24 heures descend au minimum et ne dépasse jamais 10 grammes. Il en est tout autrement chez les individus atteints d'ulcère simple, qui excréteraient de 17 à 35 grammes d'urée. — La proposition de M. Rumelart est vraie en général, mais elle comporte un si grand nombre d'exceptions que le signe indiqué par cet auteur n'a, lui aussi, qu'une valeur très relative.

Il n'est pas jusqu'au traitement par le lavage de l'estomac, qui puisse occasionner une confusion entre le cancer et la dilatation simple. M. Dujardin-Beaumetz a vu en effet chez certains cancéreux, les symptômes s'atténuer ou du moins s'arrêter dans leur marche progressive et ce, pendant longtemps, sous l'influence du lavage méthodique. Il est des *dilatés* au contraire chez lesquels le traitement ne produit pas d'amélioration manifeste.

Le diagnostic du cancer reste donc, dans bien des cas, un diagnostic difficile. Il n'y a pas de signes pathognomoniques de l'affection. M. Dujardin-Beaumetz toutefois recommande à l'attention le fait relevé par M. Rumelart.

G. B.

REVUE CHIRURGICALE

Maladies du poumon et de la plèvre.

III. Opening and drainage of cavities in the lungs (Ouverture et drainage des cavernes pulmonaires) ; par Ch. Fenger et O. H. Hollister de Chicago. Brochure de 24 pages.

IV. Etude sur la migration de l'empyème dans la région lombaire ; par I. Delotte. Thèse de Paris, 1884.

V. Ein Fall von Pleuritis diaphragmatica (un cas de pleurésie diaphragmatique) ; par Jacubasch. — *Berlin. klinische Wochenschrift*, 8 octobre 1883.

VI. Un cas de hernie diaphragmatique et de pseudo-pneumothorax ; par R. Stampacchia ; Il movimento medico-chirurgico ; Naples. An. XV, 1883 et brochure de 40 pages.

III. Il y a à peu près quatorze ans que Mossler de Greifswald eut le premier l'idée d'attaquer les cavités pulmonaires par des moyens chirurgicaux. L'intervention lui semblait indiquée par la croyance de l'époque, que l'infection du poumon avait lieu par aspiration de la matière caséeuse, laquelle produisait la bronchite et la péri-bronchite tuberculeuses. Le fait des adhérences que les parois des cavernes contractent avec celles du thorax, servit d'excuse à sa témérité.

Le malade de Mossler ne mourut point de l'opération, mais celle-ci n'eut aucune influence sur la marche de l'affection tuberculeuse, c'est-à-dire qu'une tentative si hardie ne servit qu'à démontrer l'innocuité de l'ouverture et du drainage des cavités pulmonaires. Mais la caverne tuberculeuse étant le cas le plus défavorable, puisqu'elle ne présente aucune tendance à la guérison, n'y avait-il pas lieu d'appliquer le procédé aux cavités pulmonaires produites par suppuration ou par gangrène, lesquelles, comme on sait, peuvent guérir spontanément? C'est ce qui a été fait par Radek, Sutton, Douglas Powell, Williams et Charles Smith. Malheureusement, tous ces chirurgiens ne comptent que des insuccès.

L'observation de M. Fenger est importante à plus d'un titre et d'autant plus que l'opérateur a obtenu une guérison complète. En voici un résumé qui donnera une idée suffisante de ce cas intéressant :

Homme de 34 ans. Vaste abcès au milieu du lobe du poumon droit causé par la suppuration d'un kyste à ecchinocoques datant de douze ans. Fétidité de la respiration et des crachats. Bronchite purulente diffuse de tout le poumon, dont le contenu ne se vide que très incomplètement. Fièvre, émaciation. Exploration aspiratrice. Incision de 2 pouces et demi dans le troisième espace intercostal, s'arrêtant à 2 pouces en avant du sternum. Exploration digitale de la cavité, qui confirme le diagnostic. Contre-ouverture dans le troisième espace intercostal, dans la ligne axillaire antérieure. Extirpation du kyste à travers l'ouverture antérieure. Drainage de la cavité, laquelle avait donné une demi-pinte de pus blanc grisâtre, mêlé d'air. Lavage avec de l'acide phénique, pansements antiseptiques. La fétidité disparaît. La plaie se ferme en six semaines. A la septième semaine, broncho-pneumonie avec bronchite purulente des lobes moyen et inférieur, durant quatre semaines, après lesquelles le malade resta complètement guéri.

Après l'exposé de ce fait, les auteurs discutent le diagnostic avec beaucoup de soin et cherchent à poser les règles générales de l'opération. Ils conseillent en particulier de ne pas opérer trop tard, mais trop tôt non plus, car il faut s'assurer d'abord que la maladie ne guérirait pas sans l'opération. Il faut opérer même quand l'abcès s'est ouvert dans les bronches, parce que la poche se remplit constamment, et l'ouverture est toujours insuffisante. Il faut enfin faire, dans tous les cas, une ponction exploratrice avant d'ouvrir le thorax.

IV. Les épanchements purulents de la plèvre ne se développent pas toujours du côté des parois thoraciques ; ils se frayent aussi des voies de sortie exceptionnelles à travers le diaphragme et la paroi médiastine. Après avoir traversé le diaphragme, le pus peut s'enkyster dans la cavité péritonéale, ou bien s'engager dans la paroi abdominale postérieure. C'est à l'étude de ces migrations lombaires que M. Delotte consacre sa thèse de doctorat. Les faits qui s'y trouvent rassemblés ne doivent pas être considérés comme de simples curiosités pathologiques. Ils présentent au contraire des liens communs que l'auteur a le mérite d'avoir bien fait ressortir, ce qui lui a permis de faire un travail important et véritablement utile.

L'envahissement de la région lombaire par le pus pleural s'observe surtout dans deux conditions différentes : 1° Lorsque dans une pleurésie diaphragmatique la collection s'enkyste entre la base du poumon et le diaphragme ; 2° Lorsque le pus occupe toute la cavité de la plèvre. Dans le premier cas, la migration a lieu presque toujours du côté gauche, et, chose remarquable, dans aucune autopsie, elle n'a été signalée à droite.

Est-ce une régression graisseuse du muscle qui permet au pus de le traverser? Est-ce une sorte d'usure par processus ulcératif? M. Delotte pense, avec Cruveilhier, que la perforation du diaphragme est toujours précédée d'un abcès sous-pleural, lequel détermine, pour ainsi dire, la voie que l'épanchement doit parcourir. La même pathogénie est applicable aux perforations qui surviennent dans l'empyème total, cependant, dans des conditions un peu différentes. Dans ce cas, en effet, la tension des parois thoraciques op-

© BIU Santé

pose à la poussée excentrique du liquide une contre-pression très variable, suivant les circonstances; mais le diaphragme étant frappé de dégénérescence graisseuse, sa force réactionnelle diminue. Il est vrai qu'il est appuyé par le foie et les organes contigus, mais sa portion la plus rapprochée de la colonne vertébrale, ou espace sus-diaphragmatique, ne trouvant aucune protection, devient le point le plus faible. La pression excentrique étant la même pour toute la surface du diaphragme l'action destructive du pus, s'exercera plus facilement sur ce point. C'est de cette manière que M. Delotte explique pourquoi l'abcès migrateur existe presque toujours à gauche, et pourquoi son siège de pénétration est constamment en dedans, près de la colonne vertébrale.

La durée de cette période préparatoire est très variable; elle oscille entre quelques mois et quatre ans. Le trajet se formerait en un mois. Il est constitué par un néo-tissu revêtu de fausses membranes. La poche lombaire, très épaisse en général, a pu atteindre le volume d'une tête d'enfant. Nous ne pouvons mieux résumer les caractères de l'abcès qu'en citant une phrase de l'auteur : « C'est un « abcès froid dont l'origine, au lieu d'être osseuse, est « pleurale ».

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Delotte dans la description minutieuse qu'il donne du sinus costo-diaphragmatique et de ses parois, et de ne pouvoir énumérer les intéressantes anomalies non encore observées, que ses dissections lui ont permis de constater. La démonstration anatomique du trajet que suit le pus en passant sous la face antérieure du grand dorsal ou le long du bord externe du carré des lombes, est un des chapitres les plus originaux de son travail.

L'étude des symptômes est appuyée sur une série d'observations patiemment recueillies dans la littérature médicale et sur un fait personnel observé dans le service de M. Duret. — Le malade avait été atteint, il y a douze ans, d'une pleurésie droite, dont il guérit. En octobre 1881, nouvelle pleurésie. Celle-ci présenta des améliorations et des rechutes alternatives, jusqu'au 15 décembre, époque à laquelle l'épanchement était devenu manifestement purulent. Il s'était développé en même temps un abcès occupant la moitié droite de la région lombaire, dont la poche volumineuse s'étendait obliquement de la côte inférieure à la colonne vertébrale. L'abcès ayant été incisé, on put s'assurer qu'il communiquait avec la cavité pleurale: mais comme le pus ne s'écoulait pas suffisamment par la plaie lombaire, M. Duret se décida à pratiquer l'empyème, au moyen duquel il obtint une guérison radicale.

Les symptômes sont de deux ordres: ceux de la pleurésie et ceux de l'abcès; l'auteur en donne une description très complète. Nous rappellerons particulièrement ce fait, que l'abcès lombaire peut apparaître sans que la pleurésie ait donné lieu à la moindre manifestation. Dans une observation de Courbon, par exemple, les premiers symptômes constatés furent ceux de l'abcès; aussi M. Delotte insiste avec beaucoup de raison sur la marche insidieuse et latente que présente souvent la pleurésie diaphragmatique, circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue, car elle constitue une des plus grandes difficultés du diagnostic.

La formation du trajet est annoncée par une douleur aiguë dont le siège est variable; tantôt on la trouve dans les environs du rachis, tantôt au-dessous de la dernière côte. De ces deux points, elle s'irradie du côté de la crête ou de la fosse iliaque, suivant que le pus tend à se collecter dans la région lombaire ou à suivre le psoas. On doit cependant se méfier de certaines irradiations insolites qui peuvent être la cause d'erreurs regrettables de diagnostic. Une fois, la douleur, très intense, se localisa dans la région rénale gauche et dura plusieurs semaines. On diagnostiqua : abcès périnéphrétique. — Dans tous les cas, une fois la perforation terminée, la douleur disparaît.

L'analyse des deux groupes de symptômes que nous venons de mentionner, conduit l'auteur à établir le diagnostic différentiel avec les abcès par congestion, les abcès froids formés au voisinage de la plèvre, le mal de Pott et l'anévrysme de l'aorte, un cas de migration lombaire ayant déjà été pris pour une dilatation de l'aorte descendante.

La formation de ces collections est favorable à la marche de la pleurésie.

L'ouverture de l'abcès, qui est toujours indiquée, produit après l'évacuation, les phénomènes de dyspnée qui accompagnent la ponction thoracique. Si le pus de la plèvre ne se vide pas suffisamment par l'ouverture inférieure, il faut pratiquer l'opération de l'empyème.

V. Petit garçon de 5 mois, très affaibli, mal développé. Abcès ganglionnaire du cou, chapelet rachitique. Depuis huit jours, tumeur au côté gauche, suivant les mouvements de la respiration, qui augmente en prenant une forme sphérique pendant la dilatation de la poitrine. Réductible; on constate après sa disparition une perte de substance des parois thoraciques, à bords très lisses et pouvant recevoir le bout de deux doigts. Pas de fluctuation. Son tympanitique à la percussion. Auscultation impossible. La perte de substance est formée aux dépens de l'extrémité antérieure de la septième côte et du bord supérieur de la huitième. Diagnostic : hernie congénitale du poumon.

Autopsie. — Derrière l'apophyse mastoïde gauche, abcès rempli de pus ganglionnaire, gros comme un haricot. La tumeur de la poitrine contient 30 grammes de pus jaune, épais; située entre la paroi du thorax et les muscles, elle communique avec la cavité par un trou de 2 centimètres de diamètre, produit par une carie de la septième et de la huitième côte. En dedans existe une cavité de la grosseur d'un œuf de poule formée en bas par le diaphragme, en haut par la base du poumon, et latéralement par la paroi thoracique. En forme de sablier, cette poche offre une partie intra et une extra-thoracique. La plèvre costale, très épaissie, est richement vascularisée. Les plèvres diaphragmatique et pulmonaire le sont à un degré bien moindre. La moitié postérieure de la base du poumon est recouverte par un exsudat caséeux qui se continue jusque dans l'intérieur de l'abcès. Les portions pulmonaires environnantes sont hépatisées, les autres sont normales. Le diagnostic définitif fut ainsi formulé : Pleurésie chronique gauche enkystée, carie des septième et huitième côtes, adénite suppurée, hyperplasie liénale, infiltration adipeuse du foie, anémie, rachitisme.

VI. L'auteur définit le pseudo-pneumothorax, un épanchement gazeux de la plèvre produit par une exhalation lente des gaz intestinaux à travers les parois de l'intestin, non perforé. Malgré sa ressemblance symptomatologique avec le pneumo-thorax vrai, cette maladie en diffère totalement parce que dans cette dernière la plèvre ne contient pas d'air. Dans le cas de M. Stampacchia, il s'agit d'un homme de 45 ans, atteint depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche réductible. Le 6 juin de l'année dernière, il reçut un coup de couteau dans le sixième espace intercostal gauche, entre les lignes mamellaire et axillaire antérieures. La plaie, légèrement oblique en bas et en dehors, fut suturée après qu'on eut bien constaté la non-pénétration. Six jours après, du reste, elle était complètement cicatrisée.

Le 27 septembre, à la suite d'excès alimentaires et de fatigue, survinrent des coliques violentes, accompagnées de borborygmes et d'une constipation opiniâtre que des purgatifs répétés ne purent vaincre. Cet état s'aggrava les jours suivants, et lors de l'entrée à l'hôpital (30 octobre), on constata l'état suivant : Cicatrice saine. Forte dyspnée. P. 95. T. 37°,5.

Abdomen. Légère dépression de l'hypochondre gauche. Résistance considérable des parois, malgré l'absence de douleur. Résonnance tympanique plus accentuée vers la fosse iléo-cœcale, plus obscure dans les parties déclives. Matité splénique disparue. La résonnance s'étend jusqu'à l'aisselle.

Thorax. Moitié gauche dilatée et saillante, surtout à la base. Au-dessous de la quatrième côte, résonnance tympanique; au-dessus, sonorité. Abolition du murmure vésicu-

© BIU Santé

laire ; au niveau du bord externe du scapulum, souffle amphorique. La succussion hippocratique permet d'entendre des borborygmes qui retentissent avec un timbre métallique, tellement superficiels, qu'*il semblait que l'oreille était plutôt appliquée sur l'abdomen que sur le thorax.*

Le cœur est déplacé et bat à droite, dans le quatrième espace intercostal. — Mort 31 heures après l'entrée, par insuffisance respiratoire et paralysie cardiaque.

En présence des symptômes que nous venons de résumer, M. Stampacchia crut que le couteau avait pénétré dans l'abdomen, à travers le diaphragme, et que les endroits sonores correspondaient à une anse intestinale qui s'était introduite dans la cavité thoracique; aussi n'hésita-t-il pas à porter le diagnostic : hernie diaphragmatique.

Autopsie. — En ouvrant la plèvre gauche, il s'échappe une grande quantité de gaz. Au-dessus de la cicatrice, existe une fente qui conduit dans la cavité abdominale. A peu de distance de l'arc costal se trouve une perforation du diaphragme, large comme une pièce de 5 francs, et qui communique avec le canal indiqué. Celui-ci est formé par l'épiploon, qui, comme un doigt de gant, pénètre par le trou diaphragmatique et arrive jusqu'à l'ouverture externe de la poitrine. Quelques appendices graisseux avaient obstrué cette ouverture et formaient sous la peau un relief cédant à la pression, et auquel adhérait la cicatrice. L'angle splénique du côlon s'était insinué à travers l'ouverture. Cette partie, qui n'était pas étranglée, était rouge sombre, sans ulcération ni perforation et remplie de fèces. Plèvre normale. Poumon gauche atélectasique, réduit au quart de son volume, compact, résistant; il s'en écoule à la coupe, du sang noir. Ne porte aucune trace de blessure.

Cette remarquable observation entraine l'auteur dans une longue et instructive dissertation sur les symptômes et sur les raisons qui lui permirent d'établir un diagnostic aussi exact. Ce résultat ne pouvait être obtenu, du reste, que grâce à un sens clinique très précis, car nous savons que sur les 259 cas de hernie diaphragmatique recueillis par Ziemssen ; le diagnostic n'a été posé que 6 fois.

Dr Marcano.

CORRESPONDANCE

Exposition d'hygiène de Rouen.

A M. le Dr Bourneville, *Directeur du* Progrès médical.

Rouen, le 28 juillet 1884.

Mon cher ami,

Le Congrès d'hygiène industrielle de Rouen vient de terminer ses travaux. On peut dire que les deux journées qu'il a duré ont été bien remplies, et que la réussite a été bien au delà des espérances des organisateurs dévoués et actifs qui en avaient pris l'initiative : MM. les Drs Leudet et Laurent.

Je ne veux pas vous dire quels mauvais vouloirs ils ont rencontrés, quels obstacles il leur a fallu surmonter. Mais il n'est pas possible de passer sous silence le concours bienveillant et dévoué qu'ils ont trouvé chez l'administrateur du département, M. Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure.

Le programme du Congrès comprenait deux parties distinctes : *Hygiène de l'ouvrier dans l'atelier* (moyens d'assainissement, procédés employés pour assurer la sécurité) ; *Hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier* (logements insalubres, cités ouvrières, etc.). Un grand nombre de communications étaient annoncées sur ces deux points différents de l'hygiène du travailleur; la journée du samedi a été employée à la discussion des premières, la journée du dimanche à la discussion des secondes. Et comme le préfet, le maire, l'un des députés du département, sont entrés résolûment dans la discussion et ont donné le bon exemple d'administrateurs et de législateurs soucieux d'autres questions que celles de la politique abstraite et de l'esprit de parti ; comme aussi le Dr Laurent, secrétaire général du Comité d'organisation, avait pensé à convoquer les chambres syndicales et associations ouvrières du département, les discussions du Congrès ont présenté un caractère pratique trop rare pour que nous hésitions à le signaler.

Le samedi matin, le Congrès ouvrait à 9 heures sa première séance. En l'absence de M. le professeur Brouardel, président, M. le Dr Henri Napias, vice-président, prenait place au fauteuil, entouré des membres du bureau, M. le préfet Hendlé, M. le député Richard Waddington, M. le Dr Leudet, directeur de l'Ecole de médecine, M. Clouet, professeur de chimie à cette école, M. le Dr Laurent, médecin en chef de l'hôpital, M. l'ingénieur civil E. Blaise, MM. les Drs Hue et F. Brémond, secrétaires.

Il ne serait guère possible de faire dans une lettre un compte rendu très fidèle des communications et des discussions, je puis toutefois vous donner une idée de la direction que les débats ont prise.

Il était tout naturel que la filature prît une large place dans un Congrès d'hygiène industrielle siégeant à Rouen. Aussi des communications de M. le Dr Duchesne (de Paris), de M. le Dr Deshayes (de Rouen), de M. Naudin, de M. Salva, de M. le Dr Leudet, ont visé tel ou tel côté de l'hygiène des ouvriers filateurs : élévation de la température, humidité de l'air, présence de poussières, conditions morales et matérielles des ouvriers. M. Saladin, professeur de filature à l'Ecole industrielle de Rouen, a étudié scientifiquement et expérimentalement la question des poussières ; il a montré qu'elles provenaient de la matière mise en œuvre, coton, chanvre, etc., et des matières terreuses ou minérales adhérentes aux fibres, et qu'elles pouvaient provenir aussi des appareils, des dents de fer des cardes, de sorte qu'on se trouve en présence de poussières mixtes, à la fois organiques et inorganiques. Pour M. Saladin, c'est par un système d'aspiration localisée qu'on pourrait assainir les industries textiles au point de vue des poussières. — C'est aussi l'avis de M. Napias, qui, après avoir montré par des graphiques les dangers des diverses poussières industrielles et avoir figuré d'une façon saisissante la valeur des procédés d'assainissement, conclut que : la ventilation générale dans les professions à poussières est insuffisante et même dangereuse ; que la ventilation localisée, au contraire, est éminemment utile quand il s'agit de poussières résiduaires ; que le mode d'assainissement doit différer quand la poussière est au contraire le résultat cherché, et que, dans ce cas, les appareils clos constituent la solution désirable ; que l'intervention de l'eau est un troisième mode d'assainissement qui peut être appliqué à certaines industries à poussières ; et qu'enfin les moyens individuels, tels que les masques et respirateurs ne doivent être réservés qu'aux cas où le travail se fait en plein air.

M. le Dr F. Brémond a montré dans un intéressant mémoire les précautions d'assainissement et de sécurité qu'il convient de prendre dans les fabriques de celluloïde. M. Dutertre a envisagé le problème de l'éclairage des ateliers par l'électricité et fait un savant exposé des divers modes d'éclairage électrique actuellement applicables. Un ingénieur belge, M. Vilmotte, délégué par la Société de Médecine publique de Belgique, a parlé de l'atmosphère des ateliers et exposé la législation belge en matière d'établissements industriels.

Les questions relatives à la sécurité du travail industriel ne pouvaient pas être passées sous silence. M. E. Blaise a exposé devant le congrès une heureuse modification apportée aux tondeuses mécaniques sur son conseil, par M. Pelletier d'Elbeuf. Il s'agit d'un grillage qui empêche les mains de s'approcher des lames tranchantes, grillage qu'il est absolument impossible d'ouvrir pendant la marche de la machine. M. de Coëne a exposé le principe de l'association des industriels contre les accidents du travail. Cette association, comme celle de Mulhouse, est appelée à rendre de grands services. M. Napias a cependant montré qu'elle ne saurait remplacer, quant à présent, une inspection officielle ; et reprenant un vœu présenté par M. Ovière (de Darnetal) et s'appuyant sur les termes d'un rapport récemment fait à la Chambre par M. le député Waddington, il a fait voter par le congrès un vœu tendant à ce qu'une loi détermine les conditions nécessaires d'hygiène industrielle : salubrité et sécurité du travail, durée maxima suivant les âges et les sexes.

La seconde partie du programme que vise l'hygiène de

© BIU Santé

l'ouvrier hors de l'atelier, a occupé la plus grande partie de la seconde journée ; la séance du matin a été présidée par M. le Dr Brouardel, la séance de clôture par le Dr. Proust.

Une communication de M. Botrel, architecte, sur les habitations ouvrières, détermine une vive discussion à laquelle prennent part M. le maire de Rouen avec beaucoup d'éloquence, M. le Préfet de la Seine-Inférieure avec beaucoup de finesse, M. Waddington et le Dr O. Du Mesnil avec une véritable expérience de la question. Il n'est pas facile de suivre pas à pas, dans une lettre comme celle-ci, les arguments des différents orateurs. Ce qui est résulté de la discussion, c'est : d'abord qu'il y a lieu de reviser la loi sur les logements insalubres et d'y inscrire l'exécution d'office des travaux prescrits, la nécessité de faire des maisons commodes et des logements à bon marché avec un cabinet d'aisance par appartement. Enfin, il est à espérer que les Rouennais et les délégués ouvriers qui assistaient au congrès, auront retenu ce vœu de M. le préfet Hendlé : que dans les futures élections municipales les électeurs songent à s'enquérir de l'opinion des candidats en matière d'hygiène publique et d'assainissement des villes. Il est vraisemblable que ce vœu n'a pas été très goûté de M. le maire de Rouen.

En déclarant close la session du Congrès, le Dr Proust a été l'interprète de tous en félicitant les organisateurs et en particulier le Dr Laurent, l'actif et dévoué secrétaire du comité d'organisation.

Agréez, mon cher ami, etc. Dr Robert Piquet.

BIBLIOGRAPHIE

Etudes sur la pathologie du rein; par Cornil et Brault. — Paris, 1884; F. Alcan, éditeur.

Les travaux antérieurs de MM. Cornil et Brault sur différents points de l'anatomie pathologique du rein nous faisaient attendre ce livre avec impatience. Nous y avons retrouvé non seulement la substance de travaux déjà publiés, mais encore une foule de détails, d'aperçus, de résultats nouveaux qui nous permettent d'embrasser dans son ensemble toute la pathologie rénale.

La profusion des matériaux, la multiplicité et aussi l'incohérence des recherches qui ont été entreprises de différents côtés sur les altérations morbides des reins, faisaient sentir le besoin d'une synthèse et d'un classement méthodiques. Ce livre vient donc à point et c'est avec un vif sentiment de satisfaction et de reconnaissance que nous le signalons à nos lecteurs. Ils y trouveront résumées par des auteurs d'une compétence rare, toutes les acquisitions définitives de la science sur ce sujet complexe et délicat. Dans une première partie sont condensées les notions indispensables sur l'anatomie normale et sur les procédés techniques ; nous n'y insisterons pas. Vient ensuite l'exposé succinct et précis des lésions élémentaires : altérations des cellules épithéliales des tubes contournés, droits et collecteurs (avec 5 belles planches hors texte) ; l'altération granuleuse, la dégénérescence graisseuse, l'état vacuolaire des cellules, la fusion de ces cellules entre elles, leur hypertrophie et leur atrophie, leur infiltration par les pigments sanguins, biliaires, par les sels de soude et de chaux, la dégénérescence amyloïde, etc., sont décrits avec beaucoup de clarté. Nous trouvons ensuite un chapitre des plus intéressants sur les troubles de sécrétion et la formation des cylindres muqueux, hyalins, granuleux, graisseux, cireux et colloïdes, épithéliaux et composés. Après avoir décrit brièvement la distension et l'atrophie des tubes urinifères, MM. Cornil et Brault passent aux altérations si importantes des glomérules de Malpighi qui sont comme la clef de voûte de la pathologie rénale, aux lésions du tissu conjonctif, des artères et des veines, et abordent enfin l'anatomie pathologique spéciale du rein. La congestion rénale aiguë et chronique, les effets de la ligature complète ou incomplète de la veine rénale, les infarctus du rein et les effets de la ligature de l'artère rénale sont étudiés avec tout le soin qu'ils méritent.

MM. Cornil et Brault divisent très heureusement les néphrites en *diffuses* et *systématiques*. Les néphrites diffuses sont aiguës, subaiguës ou chroniques ; elles sont réalisées dans l'empoisonnement par la cantharide, dans les maladies générales, etc. ; les lésions portent sur tous les éléments du rein avec prédominance sur telle ou telle partie, suivant les cas.

Au contraire, les néphrites systématiques affectent spécialement un système anatomique : tantôt c'est l'appareil glandulaire qui est pris, comme on l'observe dans la néphrite saturnine expérimentale ; tantôt c'est l'appareil vasculaire qui est primitivement malade et l'on se trouve en présence de la néphrite interstitielle proprement dite. Cette classification simplifie grandement l'étude des néphrites, du moins au point de vue de l'anatomie pathologique ; car, en clinique, l'obscurité persiste. C'est la clinique qui avait fait admettre la forme bâtarde de *néphrite mixte* que MM. Cornil et Brault n'hésitent pas à exécuter au nom de l'histologie. Quant au vocable, *maladie de Bright*, il ne répond pas à la réalité des faits, car il suppose l'unité là où l'anatomie pathologique, aussi bien que la clinique, révèlent la diversité et la multiplicité. Il n'y a pas de maladie de Bright, il y a des maladies de Bright ou mieux *des néphrites*.

Les dégénérescences graisseuse et amyloïde du rein ne sont pas des néphrites ; elles méritaient une place à part et sont fort bien étudiées par MM. Cornil et Brault. Consécutivement à la ligature, à la compression ou à l'obstruction des uretères, il peut se développer dans le rein deux ordres de lésions : soit une atrophie purement mécanique, soit une véritable néphrite.

Pour terminer, MM. Cornil et Brault donnent un résumé des découvertes les plus récentes sur les lésions rénales en rapport avec les bactéries. C'est un champ à peine exploré et sur lequel les auteurs évitent avec prudence de s'engager à fond.

On voit, par les quelques extraits que nous avons pris çà et là, combien ce livre est important. Si nous ajoutons que 16 planches hors texte viennent illustrer les descriptions des auteurs, nous aurons donné une idée de la plupart des mérites de cette œuvre originale. J. Comby.

PHARMACOLOGIE

De l'emploi de la peptone phosphatée dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

Par le Dr **A. Judet**, ancien interne des hôpitaux.

Nous ne saurions être trop édifiés sur les services précieux que l'on est en droit d'attendre de l'administration du phosphate de chaux dans la grossesse et pendant l'allaitement.

Il nous semble particulièrement qu'on ne saurait trop le conseiller en pareil cas, toutes les fois qu'il y a chez le père ou chez la mère diathèse scrofuleuse. Par son action propre, il constitue pour la mère un véritable aliment d'épargne qui la met à l'abri de toute pénurie osseuse: de plus, étant un excitant puissant des grandes fonctions de nutrition, il provoque l'assimilation d'albuminoïdes, contribuant de la sorte à fortifier l'organisme et à placer la mère dans les meilleures conditions pour fournir sans fatigue, en même temps que le phosphate calcaire, les éléments protéiques nécessaires au développement de l'enfant.

Nous pourrions apporter beaucoup de faits probants à l'appui de cette théorie, bien indiscutable d'ailleurs, et si nous nous contentons de relater à grands traits l'observation suivante c'est qu'elle renferme encore un enseignement d'un autre genre.

Observation. — Nous fûmes appelé en août 1882 pour donner nos soins à Mme L... De complexion délicate, lymphatique, cette dame, âgée de 27 ans, est en proie depuis quelques jours, à des vomissements incoercibles provoqués par une troisième grossesse arrivée à son troisième mois. Nous pouvons constater un amaigrissement déjà sensible, un peu de fièvre avec

© BIU Santé

soif assez vive. Nous conseillons successivement les moyens essayés en pareil cas : chloral et valérianate de caféine alternés, mouche d'opium sur l'épigastre. Sous l'influence de ce traitement, combiné à une alimentation de facile digestion, il y a bien d'abord une légère amélioration qui consiste en ce que les aliments ne sont pas rejetés immédiatement et seulement après qu'il y a eu commencement de digestion. Mais cette amélioration, insuffisante déjà, dure peu et nous retombons rapidement dans la situation antérieure qui, venant à se prolonger, ne manque pas de devenir alarmante. Nous songeons à proposer la cautérisation du col, mais auparavant et, comme dernière tentative, nous décidons de supprimer toute espèce de médication et d'alimentation pour donner uniquement à la malade, et par petites doses à la fois, une infusion légère d'écorce d'oranges amères aditionnée de peptone phosphatée (*vin de Bayard*), dans la proportion de six cuillerées de cette dernière à faire prendre en 24 heures. Après quelques légers phénomènes d'intolérance, cette tisane nutritive est finalement gardée et la quantité de peptone portée successivement de 6 à 12 cuillerées. Cette alimentation exclusive fut continuée cinq jours pleins, après quoi on lui adjoignit, peu à peu, des consommés et des potages qui furent très bien tolérés et ne tardèrent pas à faire place à une alimentation aussi substantielle que le réclamait la situation de la malade. Nous lui conseillâmes toutefois de continuer l'usage de cette préparation à la dose de 2 à 4 cuillerées par jour, non seulement pendant sa grossesse qui s'acheva de la manière la plus heureuse, mais encore pendant toute la durée de l'allaitement. Sous l'influence de ce régime, l'appétit se maintint constamment très bon et Mme L... ne revit plus ces digestions laborieuses dont elle se plaignait fréquemment avant sa grossesse. L'accouchement eut lieu à terme de la manière la plus naturelle et cette dame mettait au monde, dans le courant de février 1883, un gros garçon très bien constitué. Mme L... qui, à son grand chagrin, n'avait pu nourrir elle-même, par insuffisance de lait, ses deux précédents enfants, fut une excellente nourrice pour ce dernier qui, d'autre part, présenta une dentition extrêmement précoce.

Cette observation, qui vient corroborer ce que nous venons de dire sur les avantages de l'administration du phosphate de chaux pendant la grossesse et l'allaitement, témoigne de plus quels bénéfices on peut retirer dans les vomissements incoercibles, d'une préparation phosphatée, très nutritive sous un petit volume, et capable d'être assimilée presque directement et pour ainsi dire, sans le concours de l'estomac.

Il est bon de remarquer toutefois que le choix d'un phosphate de chaux ne saurait être indifférent et c'est le lieu de rappeler que les recherches des physiologistes de ce temps viennent de démontrer, de la manière la plus formelle, qu'à l'exemple du fer qui n'est assimilable qu'à la condition d'être administré sous la forme d'albuminate, le phosphate de chaux n'est susceptible d'entrer dans l'économie que *combiné à une substance protéïque nutrimentive*.

Peptone et phosphate de chaux constituent donc bien une préparation très rationnelle, très physiologique qui, renfermant les éléments du système osseux et du muscle fournit sous un petit volume un reconstituant d'une grande puissance qui, dans notre époque surmenée et de *misère physiologique*, a des indications trop mutiples pour que nous puissions les indiquer.

Nous n'en citerons qu'une, toute d'actualité. Au milieu des théories des épidémiologistes, finalement pleines d'incertitudes et d'obcurités, un seul point paraît acquis : la nécessité d'une hygiène bien comprise et d'une alimentation capable d'affermir l'organisme pour constituer finalement ce qu'on a désigné par la non-réceptivité du terrain. Or, d'autre part, par ces grandes chaleurs qui donnent lieu à tant d'anorexies et partant à tant d'organismes débilités, n'est-on pas en droit de concevoir qu'on retirera de grands profits d'un produit comme la peptone phosphatée Bayard qui, sagement administrée, augmente la résistance organique de chaque individu et, par là même, doit contribuer à restreindre les terrains favorables à l'ensemencement des germes morbigènes ?

VARIA

Le choléra à Marseille.

Le 7 juin nous relevions à l'état civil le décès du nommé Prouzati, Jean, âgé de 33 ans, journalier à l'usine à gaz, et demeurant chemin de la Madrague, 11. Le certificat de décès, signé par le Dr Giraud, portait choléra sporadique. Il est bien évident que le diagnostic est exact et ce cas n'a aucune espèce de rapport avec l'épidémie de Toulon qui n'a commencé que 7 jours plus tard ; il s'agit bien là d'un cas isolé de choléra nostras comme nous en relevons cinq ou six chaque année.

Un décès plus significatif se produisait le 27 juin, rue de Forbin, 75 ; il s'agit du nommé Louis Girard, jeune lycéen âgé de 17 ans, arrivé depuis trois jours de Toulon. Pris la veille, à 5 heures du soir, des symptômes non équivoques du choléra, il succombait le lendemain à 10 heures et demie ; le 28, nous relevions les décès des nommés Jaume Paul, douanier, âgé de 48 ans, boulevard Gazzino, 16 ; Veyson Hortense, âgée de 23 ans, rue de l'Etoile, 4 ; Ozy Emilie, âgée de 48 ans, rue Saint-Dominique, 11 ; Marie Vincent, âgé de 28 ans, place Saint-Michel, 3 ; Marie Julie, âgée de 53 ans, même domicile ; Sayet Jules, rue Nationale, 78. A partir de ce moment-là, l'épidémie s'établissait d'une manière franche sur plusieurs points de la ville, et nous relevions, le 27 juin, 4 décès cholériques ; le 30, 3 décès ; le 1er juillet, 2 ; le 2, 4 ; le 3, 3 ; le 4, 6 ; le 5, 7 ; le 6, 17 ; le 7, 27 ; le 8, 22 ; le 9, 22 ; le 10, 46 ; le 11, 75 ; le 12, 61 ; le 13, 65 ; le 14, 64 ; le 15, 66 décès.

Nons nous bornons, pour l'instant, à relever ces chiffres, nous réservant d'étudier plus tard, d'une manière complète, la marche de l'épidémie ; tout ce que nous pourrions en dire maintenant serait prématuré et, conséquemment, sans grande valeur.

A peine l'épidémie était-elle signalée à Toulon, que la Municipalité de Marseille faisait prendre toutes les mesures d'assainissement et de désinfection commandées par l'imminence du fléau. M. Allard, maire de Marseille, animé d'un zèle et d'une activité fort louables, nommait une commission sanitaire municipale, composée de MM. Brunet, adjoint au maire ; Métaxas, président de la Commission des hospices, conseiller municipal ; Combalet, professeur à l'Ecole de Médecine ; Heckel, professeur à la Faculté des Sciences et à l'Ecole de Médecine ; Rock, conseiller municipal et le Dr Albenois, directeur du bureau de démographie et de statistique médicale (*Bulletin mensuel du bureau de démographie et de statistique de la ville de Marseille*, juin 1882).

— Plusieurs décès de religieuses ont été enregistrés à Marseille ; il est à noter que si quelques-unes des décédées étaient chargées du soin des cholériques, d'autres n'appartenaient pas du tout à l'administration des hôpitaux, telles sont les cinq religieuses du couvent de la Retraite, se livrant exclusivement à l'instruction. Tout le couvent a dû être évacué.

Les décès cholériques, pendant la dernière semaine, se répartissent ainsi :

	Toulon.	*Marseille.*	*Arles.*
24 juillet.	26	48	12
25 —	27	38	4
26 —	17	58	15
27 —	(?)	36	8
28 —	12	24	12
29 —	21	23	6
30 —	21	24	8
31 —	10		

On signale un décès cholérique à Avignon, le 29 ; un autre à Arvieux (Hautes-Alpes) ; plusieurs décès à Aix ; un le 30 à *La Tour Saint-Louis*.

MM. Straus et Roux partis, il y a quelques semaines pour Toulon, sont de retour à Paris.

Toulon. — Le Dr Bertrand, médecin du 61e de ligne, qui, épuisé par la fatigue, avait été gravement atteint par le choléra, est aujourd'hui dans un état relativement satisfaisant. (*Petit Var*, 31 juillet.)

Le 28 juillet on a enregistré 1 décès cholérique à *Béziers* ; 3 à *Millios* ; 1 à *Gap* ; et 1 à *Tarascon*.

La plupart de ces cas concerne des émigrés de Marseille et de Toulon. Il est regrettable qu'on ne donne pas pour les autres villes, ce qui est fait pour Toulon, c'est-à-dire le chiffre totale de la mortalité exactement jour par jour de minuit à minuit ; qu'on ne donne pas non plus, l'âge et la profession des décédés.

Curiosité pharmaceutique. — M. Le Maout, pharmacien à Saint-Brieuc a adressé au Ministre de l'Intérieur une lettre dans laquelle il préconise l'emploi du *tir au canon pour disperser le miasme du choléra*. Il prétend avoir *extrait* le miasme du cho-

© BIU Santé

léra en 1832 ; ledit miasme ne serait autre que les *globules rouges* du sang.

Nous citerons comme curiosité les phrases suivantes : « Il y a lieu de penser que de forts ébranlements produits dans la masse aérienne par de puissantes détonations, faites alternativement sur le littoral, à Brest, Cherbourg et Toulon, auxquelles on pourrait joindre les grandes sonneries usitées dans nos fêtes carillonnées, détermineraient dans l'air une assez vive agitation pour opérer la diffusion du miasme cholérique et diminuer par là l'intensité de son action.

«Il serait préférable que cette tentative fut faite un *dimanche* (?) par les vents pluvieux du sud-ouest, et le baromètre étant bas, si ces conditions pouvaient se rencontrer.

« Les fêtes de l'Assomption (15 août), de Saint-Barthélemi, de Saint Louis (24 et 25 du même mois), me sembleraient préférables à toutes, ces trois jours étant fréquemment marqués par de véritables tempêtes. Une grande perturbation aérienne aurait, je pense, pour résultat prochain, d'enlever et de dissiper cette couche d'air infecté qui séjourne, en temps calme, sur Marseille et Toulon et autres lieux contaminées. »

Épidémie de cholérine à Villejuif.

M. le Dr Marcel Briand nous envoie les renseignements suivants sur une épidémie de diarrhée qui a régné à Villejuif.

Quelques jours avant la Fête Nationale, un certain nombre de malades lucides se plaignirent à la visite de la mauvaise qualité de l'eau qui devenait de moins en moins potable. Je me plaignis aussitôt à M. Maréchal qui me démontra par A+B que l'eau étant puisée en amont de Paris, devait être excellente. J'étais loin d'être convaincu par ses arguments, mais n'ayant rien à leur opposer, car *à ce moment même* l'eau n'avait aucun dégoût, je donnai des instructions pour que, dès que l'eau redeviendrait mauvaise, on en conservât une carafe.

Le lendemain, *plusieurs* malades étaient prises de vomissements et de diarrhée s'accompagnant de coliques assez violentes. L'eau conservée de la veille au soir avait une odeur infecte et laissait déposer au fond du vase un dépôt abondant. M. Leclerc, à qui j'écrivis immédiatement, envoya ma plainte à M. Maréchal. Celui-ci, répétant par lettre les mêmes arguments que l'avant-veille, répondit *en me conseillant de faire analyser l'eau par des chimistes compétents*.

Le lendemain encore de nouvelles diarrhées se manifestaient; une femme eut même de véritables accidents *cholériformes* qui nécessitèrent son isolement et je m'apprêtais à faire analyser l'eau suivant les *conseils* de M. Maréchal, lorsque celui-ci, revenant précipitamment à l'asile, se mettait à ma disposition pour les mesures à prendre. Le soir il m'envoyait, sur ma demande, huit fontaines filtrantes. Pour plus de précaution, je décidai qu'on ferait bouillir et aérer l'eau avant de la filtrer; et à partir de ce moment, les diarrhées commencèrent à guérir. Le jour suivant, quelques nouveaux cas se manifestèrent encore mais j'ai tout lieu de croire que les malades avaient bu de l'eau non filtrée. Le fait a même pu être démontré, entre autres par l'exemple d'une sous-surveillante, Mlle Rogran, qui jugeant inutile la mesure prise, but un seul verre d'eau ordinaire et fut peu après prise de nausées et de diarrhée.

Une seule femme a succombé dans le cours de cette petite épidémie : c'est une vieille démente qui depuis longtemps avait, sous les moindres influences, des troubles gastro-intestinaux.

Le traitement consista dans tous les cas en l'administration de préparations d'opium sous diverses formes.

Paris : Commissions d'hygiène.

Monsieur le Maire,

Par dépêche du 28 juin dernier, j'ai eu l'honneur de vous prier d'inviter MM. les Membres de la Commission d'hygiène que vous présidez, à s'occuper activement de toutes les questions d'hygiène pratique que soulèvent les circonstances actuelles, et notamment à visiter les immeubles qui seraient plus particulièrement signalés comme présentant des causes d'insalubrité.

La Commission d'hygiène s'est empressée de répondre à l'appel qui lui était fait, et je n'ai pas tardé à recevoir une série de rapports ou de notes résumant ces constatations, lesquelles m'ont permis d'assurer sur beaucoup de points le respect des prescriptions de l'hygiène. Mais, afin de faciliter sa tâche et d'imprimer une impulsion plus vive encore à ses travaux, j'ai pensé qu'il pourrait être utile de renforcer momentanément la Commission par l'adjonction d'un certain nombre de personnes, naturellement désignées par leurs fonctions ou leurs connaissances scientifiques.

Je vous serais obligé, Monsieur le Maire, de convoquer aux réunions de la Commission : Les Membres du Conseil Municipal de votre arrondissement ; Les Membres de la Commission des logements insalubres désignés pour votre arrondissement ; — Les Médecins du Bureau de Bienfaisance, de l'Etat-civil et de l'Inspection des Ecoles ; — Enfin, divers Membres de la Délégation cantonale, de la Caisse des Ecoles et du Bureau de Bienfaisance. Nul doute, Monsieur le Maire, que le concours de ces Membres temporaires ne soit utile à l'œuvre des Commissions d'hygiène.

Vous n'ignorez pas du reste que, de mon côté et depuis longtemps déjà, j'ai chargé les divers services techniques de mon administration, de veiller d'une manière toute particulière à l'exécution des règlements concernant la salubrité publique. Le service des Architectes de la Préfecture de Police, l'inspection des Etablissements classés, le Laboratoire municipal, l'inspection de la Salubrité des garnis, l'inspection du Travail des Enfants dans les ateliers, l'inspection des Halles, l'inspection de la Navigation, l'inspection de la Boucherie, etc., etc., assurent, chacun en ce qui le concerne, l'observation des lois et ordonnances spéciales. La Commission d'hygiène qui, aux termes de l'arrêté du 18 décembre 1848, a le droit et le devoir de veiller à l'ensemble des causes d'insalubrité, trouvera au besoin dans ces divers Services des auxiliaires sur le dévouement desquels elle peut absolument compter.

Agréez, Monsieur le Maire, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Préfet de Police,
E. Camescasse.

Jusqu'à présent aucun cas de choléra asiatique n'a été signalé à Paris ni en ville, ni dans les hôpitaux.

Le bacille du choléra. — On écrit de Bombay au Lancet, que le 2 mai, M. le Dr Carter, principal du « Grant Medical College » a donné une démonstration sur les bacilles de déjections toutes fraîches de cholériques, préparées d'après la méthode de M. Koch. Plusieurs médecins étaient présents et ont témoigné le plus vif intérêt pour ces démonstrations et les remarques qui les ont accompagnées. Le correspondant ajoute que M. le Dr Weir, directeur de la salubrité publique, a trouvé dans l'eau d'un puits employée par des personnes attaquées du choléra, des bactéries analogues aux bacilles découvertes par M. Koch ; il se propose de les cultiver dans de la gélatine. Ajoutons que M. le Dr Balfour a bu, malgré l'opposition du Dr Weir, de cette eau suspecte, sans qu'il ait pris le choléra, ce qui, du reste, ne prouve pas que, sur un organisme moins résistant, la maladie ne se serait pas déclarée. Cet acte de courage ne valait donc pas, au point de vue scientifique, la perte qui pouvait en résulter pour le monde savant. Il faudrait que l'expérience fût répétée sur des centaines d'individus pour que l'on pût en tirer des conclusions utiles, fondées sur des inductions certaines. (*Journal de Genève*, 20 juillet.)

Erratum. — Dans le n° 29, page 591, colonne 1, ligne 27, *au lieu de* : « En vue de l'invasion terrible du choléra » *il faut lire* : l'invasion *possible*.

Le docteur Koch.

M. le Dr Redard a adressé au *Bund* une lettre protestant contre les allégations de ce journal, d'après lequel on aurait fait violence au Dr Koch pour le soumettre à la fumigation, et rétablissant les faits comme suit : « A son arrivée à la gare de Genève, M. le Dr Koch exprima le désir de parler au médecin chargé de diriger les mesures de désinfection. Je me rendis aussitôt auprès de lui et après que je lui eus expliqué les procédés employés pour l'épuration, M. Koch s'y soumit avec la plus grande amabilité. Toutefois, après la désinfection, le savant allemand me dit : « Ces procédés sont inutiles, le germe de la maladie est dans l'intestin. » A quoi je répondis : « Le germe peut se trouver aussi bien dans les vêtements ou dans le linge. » (Preuve en soit l'épidémie de Zürich en 1867). Je maintiens en outre que les mesures ordonnées par le gouvernement de Genève ne sont nullement désagréables et que, sauf quelques rares exceptions, les étrangers ne s'en plaignent point; 2,000 étrangers ont déjà été désinfectés à leur passage à Genève. Je pose en terminant la question : « Devons-nous prendre les mesures contre l'épidémie qui sévit dans le Midi de la France ou devons-nous en rester les paisibles spectateurs? Jusqu'à preuve du contraire, je me déclare en faveur de la première alternative. (*Journal de Genève*, 22 juillet).

Exposition de l'art médical.

A la séance du 3 juin dernier, M. G. Wickham, président de la Chambre syndicale des instruments et appareils de l'art médical, a donné lecture d'un rapport sur l'Exposition internationale de Nice. Le jury de l'art médical avait été chargé d'examiner la section comprenant l'hygiène, la médecine et chirurgie et la climatologie. M. Wickham signale, dans son rapport, ce qui se rattache plus particulièrement au groupe des instruments et appareils de l'art médical. Il cite entre autres les expositions des trois grandes

© BIU Santé

Sociétés de secours aux blessés militaires. La plus ancienne, qui a obtenu un diplôme d'honneur, est la Société de secours aux blessés des armées de terre et de mer. Puis l'*Association des dames françaises* pour secours aux militaires blessés ou malades en cas de guerre, aux civils en cas de calamité publique, présidée par Mme la comtesse Foucher de Careil, et dont le siège central est rue Jean-Jacques-Rousseau, 15, à Paris. Les dames s'y réunissent pour les travaux de l'ouvroir; elles organisent des cours publics et gratuits sur l'hygiène, l'art de soigner les malades et les blessés, etc. L'exposition comprenait des bandages en toile de toutes sortes, charpie, appareils à pansements, pharmacies portatives, etc. — L'*Union des femmes de France*, présidée par Mme Kœchlin-Schwartz, avait une exposition moins importante, mais les bienfaits de cette Société sont au moins aussi grands que ceux de la Société citée précédemment. Les cours, qui ont lieu dans la plupart des arrondissements de Paris, sont très suivis: elle poursuit le même but que la Société dont nous venons de parler; elle est reconnue d'utilité publique et son siège est à Paris, 40 *bis*, rue du faubourg Poissonnière. Il donne ensuite des détails sur les expositions organisées par les nombreuses maisons qui étaient représentées et il conclut que les exposants du groupe dont il était le délégué se sont distingués dans ce concours industriel.

Ce rapport a valu à M. Wickham de vifs applaudissements et une mention toute spéciale de ces remerciements au procès-verbal de la séance. (*La Fraternité*, 12 juillet, 1884.)

Autopsie Saint-Elme (1).

Après avoir ouvert la boite crânienne, nous constatons, à l'incision des méninges, que celles-ci sont adhérentes à la couche corticale du cerveau, à droite et à gauche de la grande scissure et vers la partie moyenne de celle-ci.

Au niveau de ces adhérences, on constate au toucher de fines granulations caractéristiques d'une poussée de tuberculisation cérébrale. Le tissu qui entoure ces granulations est plus congestionné et de consistance plus molle que le reste de la pulpe cérébrale. Dans les scissures de Sylvius et à la base du cerveau, au niveau de l'émergence des nerfs, se remarque un exsudat grisâtre soulevant par places, la membrane pie-mère. En certains points, notamment au niveau des lobes frontaux et sphénoïdaux, les circonvolutions cérébrales sont légèrement agglutinées entre elles. A la coupe, la pulpe cérébrale, examinée sur diverses tranches, ne présente rien à noter. Les ventricules ne nous offrent aucun épanchement à considérer; mais il est facile de constater par froissement, de très fines granulations contenues dans les plexus choroïdes. Le cervelet nous apparait absolument normal.

Si nous considérons dans leur valeur les signes et phénomènes relevés à l'autopsie, nous voyons que l'examen des organes respiratoires, joint à l'examen successif des autres organes soumis à nos investigations, nous conduit à affirmer chez le sujet observé une manière d'être particulière à son organisme ou diathèse, la diathèse tuberculeuse à laquelle il a succombé par suite de ses manifestations pulmonaires, sous la forme de granulose aiguë ou phtisie galopante, avec complication de tuberculose des méninges et du péritoine. Chez les individus atteints de cette affection, chez les tuberculeux, nous ne saurions nier une débilité constitutionnelle qui, malgré les apparences extérieures, met leur organisme, avant toute manifestation morbide en état d'être plus facilement affecté par des violences incapables, en elles-mêmes, de produire un retentissement, ou d'avoir une influence quelconque sur l'organisme sain. En l'état, nous devons donc nous demander quelle est la part qui revient aux violences exercées pendant la vie sur un organisme déjà malade, puisque l'autopsie nous révèle deux âges différents de l'évolution tuberculeuse. Nous devons particulièrement examiner quelles ont pu être les suites de l'agression subie par le sieur Dosquet dans la nuit du 13 au 14 janvier dernier, rechercher enfin, si la manifestation tuberculeuse, l'explosion pour ainsi dire de la maladie, le vomissement de sang, ne reconnait pas pour cause ces mêmes violences. Parmi les lesions constatées par l'homme de l'art au lendemain de cette agression, nous ne considérerons pas comme ayant pu avoir une influence quelconque les blessures de la tête, toutes superficielles; les lésions relevées à l'autopsie étant exclusivement de nature tuberculeuse et n'étant qu'une manifestation cérébrale de la même diathèse. La contusion signalée comme siégeant au thorax, au bord interne de l'omoplate droite, mérite seule, croyons-nous, d'arrêter particulièrement notre attention. La violence des coups portés en ce point dont nous ignorons l'intensité, la nature et l'origine, et dont nous ne retrouvons aucune trace à la peau ni dans l'épaisseur même des parois thoraciques, aurait pu, cependant, être capable de produire un désordre interne qu'il nous faut rechercher. L'organe qui aurait pu être intéressé directement ou par contre-coup est le poumon droit, poumon, avons-nous dit, déjà malade. Dans cette hypothèse, nous devrions saisir dans le parenchyme même de cet organe le point lésé, et dont les traces seraient certainement manifestes et se traduiraient à notre examen par l'existence de fausses membranes, reliquat de pleurésie, d'un noyau de pneumonie ancienne, ou encore par un tissu de cicatrice résultant de la blessure de ce même poumon. Rien de semblable n'est relevé à l'autopsie à la suite du plus minutieux examen; les adhérences du sommet n'étant que le fait du travail pathologique développé au voisinage de la caverne pulmonaire. L'hémoptysie ou le vomissement de sang auquel on pourrait assigner pour cause une violence extérieure venant frapper brusquement en un point la paroi thoracique peut parfaitement, il est vrai, se produire sans lésion appréciable ou déchirure des parois, sans fracture de côtes et par simple enfoncement léger et subit de ces arcs osseux élastiques; mais la production de l'hémorrhagie, en ce cas, est immédiate ou suit de près l'accident. Dans cette relation de cause à effet, tout au plus pourrions-nous assigner quelques heures d'intervalle. Mais nous ne saurions admettre, qu'après plusieurs jours, une hémorrhagie venant à se produire, elle puisse être rapportée à des violences éloignées. Dans cette même hypothèse de contre-coup ou d'ébranlement du poumon, on peut supposer que, grâce à la mobilité de cet organe dans les mouvements respiratoires, il puisse être atteint sinon de contusion directe, du moins de contusion indirecte ayant son retentissement en un point quelconque. En ce cas, il est un point qui, plus que tout autre, était exposé à ressentir cet effet, ce point est assurément la partie lésée, la plus faible, le tissu de la caverne pulmonaire même, aussi bien par suite de sa résistance moindre, que par suite de son immobilité résultant de ses adhérences, et favorisant le contre-coup, mais ici encore, on ne saurait admettre, contrairement aux données scientifiques, une hémorrhagie comme effet éloigné d'une même cause; à bien plus forte raison celle-ci doit se produire d'une manière plus immédiate chez l'individu malade, portant à l'organe supposé atteint ou frappé un point faible et moins résistant, que chez l'individu sain ou dont le parenchyme pulmonaire n'a subi aucune détérioration pathologique. Dans une dernière hypothèse, on pourrait supposer ces violences comme capables d'avoir déterminé une congestion pulmonaire qui n'aurait laissé aucune trace, mais qui aurait pu avoir une influence quelconque sur le développement du tubercule, dans sa période aiguë finale. Cette congestion pulmonaire ne pourrait certainement, en ce cas, relever que d'un ébranlement considérable du poumon. Or, l'ecchymose signalée au bord externe de l'omoplate étant de dimensions très restreintes, ne peut reconnaitre pour cause que l'action d'un corps ayant surtout une action locale, quelle que soit d'ailleurs sa violence, et amenant, par suite, avant tout, des effets locaux que nous ne retrouvons pas, en dehors de l'ecchymose admise, avant que de produire l'ébranlement supposé du poumon et de la congestion consécutive. L'hémoptysie reconnait, suivant nous, pour cause le processus pathologique, siégeant particulièrement au sommet du poumon droit; elle n'est que la conséquence fatale de la destruction du tissu pulmonaire même, atteint de tubercules plus abondants, plus avancés en âge sur ce point, et ayant amené une érosion ou perte de substance, ce qu'on est convenu d'appeler une *caverne* telle que nous l'avons signalée et décrite. Cette même hémorrhagie, qualifiée de vomissement de sang, que nous rapportons à l'évolution tuberculeuse, peut aussi bien tenir à la dégénérescence du foie que nous avons signalée, et n'avoir été qu'un rejet de sang par l'estomac, une véritable vomiturition, une *hématémèse*. C'est la chose moins probable, il est vrai; l'examen de la poche stomacale ne nous en a pas démontré la trace, mais nous devons noter, à défaut de renseignements cliniques, cette hypothèse comme possible en présence de cet état pathologique du foie, et à la suite d'un voyage du malade sur mer.

De l'examen et de l'analyse de tous ces faits, nous croyons devoir conclure: 1° Que le sieur Dosquet a succombé à une granulose aiguë généralisée; 2° que cette affection, dans ses manifestations morbides, a produit ses effets sur le poumon frappé de phtisie aiguë, le cerveau et le péritoine; 3° que les phénomènes ultimes de cette diathèse ne sauraient être rapportés à des sévices ou violences antérieures. Ces conclusions prises à l'unanimité sont certifiées par nous sincères et véritables. En foi de quoi nous avont signé le présent, conforme à la vérité et aux principes de l'art. — A Bastia, ce 10 avril 1884. *Signé:* Ramaroni, Stoupy, Berlingeri.

(1) Voir les nos 28 et 29.

Conseil supérieur de l'instruction publique.

Le conseil vient d'approuver: 1° Un projet d'arrêté qui, dans l'épreuve de la thèse pour le doctorat en médecine, supprime les questions placées à la fin de la thèse (Rapporteur, M. Tourdes); 2° un projet de décret qui, dans le cinquième examen du doctorat en médecine, supprime l'épreuve écrite (Rapporteur, M. Béclard). Ces mesures ne viennent que régulariser une situation de fait; car

© BIU Santé

en général on n'interrogeait pas les questions ; quant à la question écrite elle était devenue une simple formalité, les élèves se bornant quelquefois à copier et les professeurs ne la lisant pas.

Stations balnéaires des Pyrénées.

Des bruits malveillants ont été répandus sur l'état sanitaire des stations thermales des Pyrénées. Ces bruits n'ont aucun fondement, et, des renseignements qui nous sont fournis par les personnes les plus compétentes, il ressort que l'etat sanitaire de villes thermales Pyrénéennes est aussi bon que possible.

L'Année médicale, 5e année (1882).

Voici comment *Edinburgh medical Journal* (juillet 1884) apprécie cette publication : « Ce livre correspond, dans une certaine mesure, à notre *Braithwaite's Retrospect*, mais il est plus général, car il donne un aperçu des progrès réalisés par les sciences médicales dans le monde entier. La revue des événements médicaux de l'année ajoute à l'intérêt du volume. Une double table des sujets et des noms des auteurs rend les recherches très faciles. » — Nous rappellerons à nos lecteurs que le 6e volume de l'*Année médicale*, 1883, a paru il y a déjà quelque temps.

FORMULES

Traitement de la conjonctivite (1).

Notre ami, A. Darier, a eu l'obligeance de nous fournir pour les lecteurs du *Progrès médical*, les formules les plus usuelles employées à la clinique ophthalmologique de M. Abadie, dont il est le chef de clinique.

Au début, alors que l'on n'a affaire qu'à une simple hypérémie conjonctivale avec sécrétion nulle ou très faible, faire des lavages répétés 5 à 6 fois par jour avec la solution suivante :

Acide borique	10 grammes.
Eau distillée	300 —

Par ses propriétés antiseptiques et légèrement astringentes, cette solution prévient souvent le développement de conjonctivites graves ou passant facilement à l'état chronique. Dans l'espace de quelques jours la conjonctive a repris son aspect normal. La gêne, la cuisson, la sensibilité à la lumière disparaissent rapidement.

Dans les cas plus graves où la conjonctive est très rouge, turgescente, où l'on aperçoit qu'à peine la sclérotique à travers le réseau vasculaire gorgé de sang, où les paupières sont tuméfiées, rouges et agglutinées le matin par une sécrétion muco-purulente, on devra cautériser avec :

Nitrate d'argent	0,50 centigr.
Eau distillée	100 grammes.

La manière dont doivent être faites ces cautérisations a une importance capitale. Le crayon pur ou mitigé entre les mains de praticiens non spécialistes ne donne que des résultats peu satisfaisants. Les collyres en instillations sont peu fidèles ; aussi conseillons-nous toujours l'usage de solutions titrées en recommandant de toucher soigneusement avec un pinceau toute la surface conjonctivale y compris les culs-de-sac.

Il faut, pour cela, faire diriger le regard du malade en bas, pour que la paupière supérieure soit bien étalée sur le globe oculaire ; on la saisit alors par son bord ciliaire que l'on relève brusquement en appuyant légèrement avec le manche du pinceau sur la partie supérieure de la paupière pour faire basculer le cartilage tarse ; on peut aussi, le malade regardant toujours en bas, cautériser le cul-de-sac conjonctival supérieur sur tous ses points. Pour le cul-de-sac inférieur, il suffit de faire regarder en haut et d'appuyer sur le bord palpébral pour retourner complètement la paupière.

La cautérisation est faite plus ou moins légèrement suivant l'intensité de la conjonctivite. Dans les cas un peu intenses il faut passer le pinceau imbibé de la solution jusqu'à ce que la conjonctive ait pris un aspect blanc rosé ; on lave alors largement avec de l'eau pure (une solution de chlorure de sodium est tout à fait inutile) et tout est dit. Ces cautérisations doivent être pratiquées les deux ou trois premières fois toutes les 24 heures, puis toutes les 48 heures. Dans l'intervalle l'on fait des lavages fréquents avec la solution d'*acide borique*.

Dans les cas où la conjonctivite a passé à l'état chronique, elle s'accompagne le plus souvent d'un peu de *blépharite marginale* ; on se trouvera bien alors de l'emploi de compresses tenues pendant quelques minutes sur les paupières entr'ouvertes, après les avoir imbibées de la solution suivante :

Extrait de Saturne	XX gouttes.
Eau	1/2 verre.

ou :

Sulfate de zinc	1 gramme.
Eau distillée	300 —

(1) Conjonctivite simple, catarrhale, contagieuse, survenant sous l'impression d'un irritant physique ou chimique : froid, poussières, vapeurs, trauma, etc., ou consécutive à une infection quelconque : rougeole, variole, etc.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 18 juillet au jeudi 24 juillet 1884, les naissances ont été au nombre de 1259, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 498 ; illégitimes, 171. Total, 669. — *Sexe féminin* : légitimes, 408 ; illégitimes, 182. Total, 590.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 18 juillet au jeudi 24 juillet 1884, les décès ont été au nombre de 1262, savoir : 574 hommes et 488 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 11. T. 25. — Variole : M. 1, F. ., T. 1. — Rougeole : M. 13, F. 9, T. 22. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 7, F. 5. T. 12. — Diphthérie, Croup. M. 13, F. 18, T. 31. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. .., F. 1, T. 1. — Infections puerpérales : 1. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 24, F. 28, T. 52. — Phthisie pulmonaire : M. 111, F. 77. T. 188. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 5. T. 14. — Autres affections générales : M. 33, F. 38. T. 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 15, F. 18, T. 33. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 6, T. 12. — Pneumonie : M. 28, F. 20, T. 48. — Athrepsie : M. 134, F. 114. T. 248. — Autres maladies des divers appareils : M. 146, F. 128, T. 274. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 12, F. 7. T. 19. — Causes non classées M. 6, F. 1, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 88 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37 ; illégitimes, 5. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 32. illégitimes, 14. Total : 46.

CONCOURS. — *Bureau central (médecine)*. — MM. BRISSAUD, MERKLEN, FAISANS sont nommés médecins du bureau central des Hôpitaux de Paris.

Nos lecteurs applaudiront de grand cœur, avec nous, au succès depuis longtemps mérité de notre ami le Dr BRISSAUD. Ils enregistreront également avec plaisir la nomination de M. le Dr FAISANS qui a publié ici, il y a un an, les remarquables leçons de M. Debove sur la *tuberculose*.

Chirurgie. Le concours pour deux places de chirurgiens vient de se terminer par la nomination de MM. Campenon et Jalaguier. — FACULTÉ DE MÉDECINE. — La bibliothèque de l'Ecole de Médecine sera fermée du dimanche 4 août au vendredi 15 août. — Du samedi 16 août au mardi 24 octobre elle sera ouverte trois fois par semaine, mardi, jeudi, samedi, de midi à quatre heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par suite de la retraite de M. Gosselin, M. Trélat passe à la Charité et M. Le Fort à Necker.

CONCOURS DES ASILES D'ALIÉNÉS. — Un concours s'ouvrira le 20 octobre prochain, à l'Assistance publique pour une place de médecin-adjoint des services d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière.

CLINICATS. — *Maladies des enfants* : Chef de clinique, M. Variot ; adjoint, M. Dauchez. — *Maladies syphilitiques* : chef de clinique, M. Bruchet. — *Clinique chirurgicale* : MM. Marchand, Verchère et Picqué.

CLINICAT D'ACCOUCHEMENTS. — Le concours pour le clinicat d'accouchements a commencé le 17 juillet. Le jury n'était composé que de trois professeurs : MM. Pajot, président, Duplay et Tarnier. Les candidats, au nombre de huit, étaient : MM. Auvard, Boissard, Bureau, Doléris, Grellou, Loviot, Olivier et Stapfer. Ce concours s'est trouvé fini après les épreuves d'admissibilité. En effet, bien qu'il y eut deux places à donner, *deux candidats seulement* ont été admis à prendre part à l'épreuve définitive. Toutefois le jury a cru devoir déclarer que « tous les autres concurrents avaient fait preuve d'une grande instruction, et quelques-uns de qualités vraiment professorales. » Ainsi circonscrite, la lutte s'est terminée le 25 juillet par la nomination de M. Doléris comme chef de clinique et de M. Stapfer, comme chef de clinique adjoint.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE ET DE MONTPELLIER. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 17 juillet 1884, la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Toulouse, la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Montpellier, la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille sont déclarées vacantes. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

STANCE PUBLIQUE. — M. le Dr FALRET, médecin de l'hospice de

© BIU Santé

Bicêtre, passe à la Salpêtrière, par suite du décès de M. Moreau de Tours.

Erratum. — Dans le n° 30, page 609, colonne 2, ligne 21, il faut lire : M. D'Albert est complètement inconnu à la Salpêtrière.

Nécrologie. — On annonce la mort du Dr Vaillant, ancien médecin inspecteur des armées et ancien président du conseil de santé. — Du Dr Foucart (d'Anglure-Marne), conseiller général, décédé le 16 juin. — Du Dr Darvieu (d'Argelès de Bigorre, Hautes-Pyrénées). — Du Dr Cœsson (de Gugan-Mestros, Gironde). — Du Dr Forthomme. — Le *Journal de Genève* annonce la mort à Marseille du Dr Huc-Mazelet ; il était originaire de Morges (canton de Vaud, Suisse), et a succombé le 17 juillet à une attaque de choléra. — M. Auguste Rebitte, externe des hôpitaux de Paris, est mort du choléra, à Marseille. — On annonce la mort du Dr Chevallier (de Saint-Agnan, Charente-Inférieure). — *L'Union médicale du Canada* (juillet 1884) annonce la mort de M. le Dr Landry, ancien professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'Université de Laval. Il était âgé de 79 ans. — M. le Dr Patras vient de mourir à Marseille d'une attaque de choléra.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)
BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE
Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.
L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.


Institut de France
PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE


VINS Titrés D'OSSIAN HENRY
Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'Ossian Henry
Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé*. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.
Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'Ossian Henry
Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré*. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.
Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

PEPTO-FER JAILLET
ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Le Pepto-Fer Jaillet est le résultat de la **combinaison** de la ***Viande*** et du ***Fer*** ; c'est un ***Aliment ferrugineux*** par excellence. — Il résulte des expériences faites dans plusieurs *Hôpitaux de Paris* et notamment à SAINT-ANTOINE, à BEAUJON, à COCHIN, à TENON et autres, que c'est la préparation martiale qui donne les effets les plus **rapides** sans avoir **aucun** des inconvénients de tous les autres ferrugineux.
DOSE : Le PEPTO-FER, *d'un goût très agréable, se prend comme une liqueur, une cuillerée à bouche après chaque repas.*
DARRASSE & Cie, 21, rue Simon-le-Franc, PARIS. — ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLON SUR DEMANDE A MM. LES MÉDECINS.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878
GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON
PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*
VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*
VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.
SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.
GLYCERINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.
ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.
PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*
SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

VALS
SOURCES RICHES en LITHINE
Analyse de l'Académie :
MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**
SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**
AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**
Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.
Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*
DETAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.
POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES MIGRAINES
SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général.
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, Faub^g Montmartre
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

POUDRE HÉMATIQUE du Dr Guerder
SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ
Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants
Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie
Affections organiques des Voies digestives
PRIX DU FLACON : 3 FR. 50
PARIS, Pharmacie DALMON, Faubourg Saint-Denis,

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr., 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties
POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .
Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées
PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Jurisprudence médicale.

Etude de Me Maxime GAVIGNOT, *avoué près la Cour d'appel de Paris, 43, rue Richelieu.*

Sur une demande formée par MM. Reynal et Cie, fabricants de produits pharmaceutiques, demeurant à Paris, 19, rue des Archives,

Contre : 1° M. Naudascher, fabricant de produits pharmaceutiques, demeurant à Neuilly-sur-Seine, rue de Sablonville n° 29 ci-devant et actuellement à Courbevoie, rue des Renardières, n° 11;

2° M. Prélier, pharmacien, demeurant à Paris, rue Vieille-du-Temple, n° 100.

Il a été rendu à la date du 16 octobre 1882, un jugement du tribunal de Commerce de la Seine, ainsi conçu :

Après en avoir délibéré conformément à la loi,

Attendu que, pour résister à la demande, Naudascher et Prélier soutiennent que les bouteilles, le bouchage et le papier employés par eux, seraient d'un usage général pour les produits de cette nature ;

Mais, attendu qu'il résulte des documents soumis au tribunal qu'en réunissant pour la vente du sirop fabriqué et vendu par eux, divers signes adoptés par Raynal et Cie pour le *Sirop de Flon*, Naudascher et Prélier ont cherché à faire naître dans le public la confusion entre ces deux produits ;

Que cette intention ressort d'une manière manifeste de leurs prospectus où ils annoncent sous le nom même de *Flon*, le sirop qu'ils offrent au public ;

Que l'ensemble de ces faits constitue une concurrence déloyale à laquelle il y a lieu de mettre fin en accueillant la demande de Reynal et Cie ;

Sur les dommages-intérêts :

Attendu que les actes de concurrence déloyale qui viennent d'être relevés à la charge de Naudascher et Prélier, causent à Reynal et Cie un préjudice dont réparation leur est due ;

Qu'il y a lieu en conséquence de les condamner à leur payer des dommages-intérêts suivant état à fournir par eux ;

Sur la publication du jugement :

Attendu que les agissements de Naudascher et Prélier ont eu pour effet de tromper le public ;

Qu'il y a lieu de faire connaître par les insertions demandées, que c'est sans droit qu'ils se sont appropriés les signes distinctifs de Reynal et Cie ;

Que ce chef de demande doit donc être accueilli ;

Par ces motifs : Le Tribunal, jugeant en premier ressort,

Fait défense à Naudascher et Prélier de mettre en vente à l'avenir, le sirop préparé par eux dans des bouteilles de forme et dimensions semblables à celles employées par les demandeurs pour le sirop de *Flon*, d'employer le même mode de bouchage, et de les envelopper dans du papier de même couleur et de l'annoncer dans leurs prospectus sous le nom de *Flon ;*

Les condamne à supprimer les bouteilles, bouchages, enveloppes et prospectus ainsi conditionnés ;

Les condamne par les voies de droit à leur payer des dommages-intérêts à fixer par état ;

Ordonne l'insertion du présent jugement dans cinq journaux aux frais de Naudascher et Prélier, condamne ces derniers en tous les dépens.

Sur l'appel de ce jugement interjeté par MM. Naudascher et Frélier, la 7e Chambre de la Cour d'appel de Paris, à la date du 31 mai 1884, a rendu un arrêt motivé qui confirme ledit jugement en réduisant toutefois les insertions à faire dans trois journaux spéciaux à la médecine et à la pharmacie, au choix de MM. Reynal et Cie, et en limitant à 150 fr. le coût de chaque insertion.

Pour copie et extrait, GARIGNOT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Gafé (H.). — De l'exploration obstétricale, signes et diagnostic de la grossesse. Broch. in-8 de 101 pages. — Prix : 4 fr.

Librairie GAUTHIER-VILLARS, 55, quai des Grands-Augustins.

CHAPOTHAULT. — Sur un glucoside du Baldo. Broch. in-4° de 2 pages.

CASTORANI (R.). — Memoria stella cura dello scollamento della retina (iridectomia). Broch. in-8 de 15 pages. — Napoli, 1884. — Tipografia Fratelli Piscopo.

BERGER (O.). — Paralysis glosso-labio-pharyngea cerebralis (Pseudobulbärparalyse). Broch. in-8 de 36 pages. — Breslau, 1884. — Druck von Grass, Barth et comp.

Constitution and by-laws, officers, committees and members, and list of donors and contributions to the library, to december 31, 1882. Broch. in-8° de 40 pages. — New-York. — Clark Bell, 128, Broadway.

BÖDECKER (F.-W.). — Iodoform. in dental surgery. Broch. in-8 de 12 pages. — Buffalo, N.-J., 1884. — Independant practitioner.

ROBERTS (W.-O.). — Aneurism of the femoral artery and a knife-Wound of the intestines. Broch. in-8 de 11 pages. — Louisville, ky 1884. — J.-P. Morton et Cie.

WARDEN (C.-J.-H.) and WADDELL (L.-A.). — The non-bacillar nature of abrus-poison, with observations on its chemical and physiological properties. In-8 cartonné de 76 pages avec 2 planches hors texte. — Calcutta, 1884. — Printed at the Bengal secretaria press.

FENGER (Ch.) and LEE (E.-W.). — Nerve-Stretching. Select topics of modern surgery. Broch. in-8 de 42 pages. — Chicago, 1881. — Journal of nervous and mental disease.

HOOPER (F.-H.). — Experimental researches on the tensio of the vocal lands: a).The action of the thyro-cricoid muscle: *b*).The action of the expiratory blast of air. Broch. in-8 de 20 pages avec figures dans le texte. — Boston. — Harward medical school.

MARYLAND (Fifth biennial report of the state board of health of. In-8 de 275 pages. — Annapolis, 1884. — James Young.

OLIVER (G.). — On bedside urine testing : Including quantitative albumen and sugar. In-12 cartonné de 128 pages, avec figures. — London, 1884. — H. K. Lewis.

STARR (M.-A.). — The visual area in the brain determined by a study of hemianopsia. Broch. in-8 de 19 pages. — New-Jork, 1884 (*American Journal of the medical sciences*).

LAUER (A.). — Ueber locale Asphyxie und symmetrische Gangrän der Extremitäten mit zwei neuen Beobachtungen. Broch. in-8 de 46 pages. — Strassburg, 1884. — Schultz et comp.

WESTPHAL (C.). — Ueber einen Fall von sogenannter spastischer Spinalparalyse mit anatomischen Befunde, Enebst einigen Bemerkungen über die primäre Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahnen. Broch. in-8 de 50 pages et 1 planche hors texte. — Berlin. — Schumacher.

ARANIBAR (E.-P.). — Heridas por armas de fuego y su influencia sobre las diatesis. Broch. in-8 de 87 pages. — Lima, 1882. — F. Solis.

ARMANGUÉ y CARRERAS-SOLAS. — Sarcoma cistico del testiculo derecho. Broch. in-8 de 35 pages, avec 1 planche hors texte. — Barcelona, 1884. — La Academia de Evaristo Ullastres.

ARMANGUÉ (J.) y CUSET. — Estudios clinicos de neuropatologia. Broch. in-8 de 245 pages. — Barcelona, 1884. — Tipografico de Ramirez y Cie.

MEMORIA DEL DEPARTEMENTO. — Nac. de higiena, correspondante al año de 1882. Broch. in-8 de 83 pages, avec 5 planches hors texte. — Buenos-Aires, 1883. — (*La Universidad.*)

ARMANGUÉ (J.). — Casi di epilessia pseudo-gastrica. Broch. in-8 de 12 pages. — Firenze, 1883. — Tipografia cooperativa.

BIONDI (D.).— Estirpazione del polmone; contribuzione sperimentale. Broch. in-8 de 52 pages. — Napoli, 1882. — Detken, editore.

BORDONI-UFFREDUZZI (G.). — La fisiologia del sonno. Broch. in-8 de 52 pages. — Milano-Torino, 1884. Dumollard.

BRUGIA (R.). — Di un caso di afasia. Contribuzione allo studio della patologia del linguaggio. Broch. in-8 de 54 pages. — Milano, 1884. — F. Rechiedei.

BUFALINI (G.) et TASSI (H.). — Contribuzione all' avvelenamento per Jequirity. Broch. in-8 de 14 pages. — Torino, 1884. — Stamporia d'ell'Unione.

CANTARANO (G.). — Contribuzione alla casuistica della inversione dell'Istinto sessuale. Broch. in-8 de 16 pages. — Napoli, 1883. — Tipografia dell'Unione.

TALINI (B.). — Sopra un caso di fistola stercoracea dell'ombelico e dei suoi metodi di cura. Broch. in-8 de 15 pages. — Milan, 1884. — Librairie F. Vallardi.

TALINI (B.). — Alcuni casi di echinococco a sede musculare e ossea. Broch. in-8 de 21 pages. — Milan, 1883. — Librairie F. Rachiedei.

CATTANI (G.). — Rabdomioma missomatoso dell'Urocisti. Br. in-8 de 14 pages. — Milan. — Itituto di Anatomia patologica dell' ospidale Maggiore.'

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 32. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 9 AOUT 1884.

Le Progrès Médical

ANATOMIE

Faits pour servir à l'histoire des veines sus-hépatiques dans le foie. Racines glissoniennes des veines sus-hépatiques ;

Par le Dr CH. SABOURIN.

I. Une foule de lésions essentiellement systématiques ont pour foyer de localisation dans le foie, soit le *système porto-biliaire*, soit le *système veineux sus-hépatique*, c'est-à-dire les points opposés de la charpente de l'organe. Etant donnée une altération de cette nature, quelle qu'elle soit dans son essence, la loi de systématisation est formelle, c'est-à-dire qu'en pleine évolution, encore peu avancée, et surtout près de son début, cette altération doit se tenir à l'écart du système porto-biliaire, par exemple, si elle a pour foyer le système sus-hépatique, et réciproquement ne doit toucher aucunement ce dernier si elle a pour centre le système porto-biliaire. Ce n'est qu'à la fin, quand la lésion envahit en rayonnant tout le parenchyme, que cette double participation des systèmes différents à l'évolution pathologique doit se voir. C'est en effet ce qui a lieu ou ce qui semble avoir lieu au premier examen. Mais en y regardant de plus près, on s'aperçoit qu'il existe deux sortes d'exceptions à cette règle. Ces exceptions ou ces anomalies ne sont pas, qu'on nous passe cette phrase un peu paradoxale, des anomalies, car ce sont des anomalies constantes. Les voici :

1° Certaines lésions systématiques porto-biliaires, à une période très rapprochée de leur début, atteignent le système sus-hépatique ; et, réciproquement, certaines lésions systématiques du réseau sus-hépatique respectent pendant longtemps des foyers de parenchyme au pourtour des canaux veineux sus-hépatiques. Nous n'insisterons pas sur ce premier ordre de faits, ayant eu l'occasion, à plusieurs reprises, d'en parler et d'en donner la raison anatomique (1). Nous savons que la cirrhose porto-biliaire pure, par exemple, qui a pour loi de respecter les veines sus-hépatiques, envoie cependant des travées fibreuses s'insérer sur la paroi des canaux sus-hépatiques, et cela de très bonne heure. La cause en est dans l'existence à l'état normal des expansions glissoniennes émanant des canaux-portes pour accompagner les vaisseaux nourriciers de ces canaux veineux.

Le deuxième groupe de faits nous occupera plus spécialement ici.

2° Certaines lésions systématisées sur le réseau veineux sus-hépatique atteignent, et de bonne heure, l'enveloppe glissonienne du système porto-biliaire ; et, réciproquement, des lésions systématiques de ce dernier laissent, insérés sur la gaine de Glisson, des segments de parenchyme qui devraient être dégénérés.

(1) Ch. Sabourin. — *Rapport des canaux sus-hépatiques avec le tissu fibreux dans les cirrhoses.* (*Revue de médecine*, 1882.) *La glande biliaire et l'évolution nodulaire graisseuse.* (*Revue de médecine*, 1883.) — Ed. Brissaud et Ch. Sabourin. — *Deux cas d'atrophie du lobe gauche du foie*, etc. (*Archives de Physiologie*, 1884.

La *fig.* 75 fera bien comprendre les termes de cette double proposition. C'est la coupe transversale ou oblique



fig. 75.

d'un canal porto-biliaire, émettant des ramifications de volume variable. Autour, dans le parenchyme, on voit les veines sus-hépatiques H. H. Sur cette sorte de

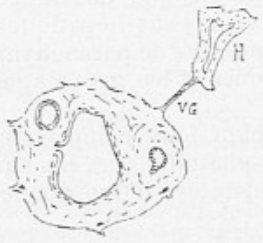


fig. 76.

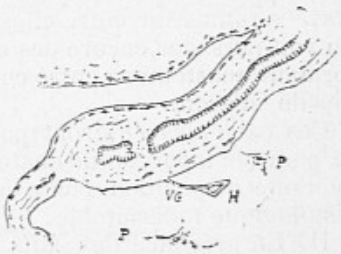


fig. 77.

schéma nous allons placer quelques lésions systématiques.

A. — Soit en premier lieu, l'infiltration pigmentaire



fig. 78.



fig. 79.

du réseau veineux sus-hépatique, si remarquable par sa pureté de localisation sur les cellules hépatiques voisines de ce réseau, comme cela se voit chez certains brightiques, chez des leucocythémiques, chez des vieillards, etc. Tout le réseau sus-hépatique est dessiné par des lignes noires pointillées, tandis que le reste du parenchyme reste sans pigmentation. Dans ce cas, l'anomalie

© BIU Santé

consiste dans des lignes de pigment qui, partant de la capsule de Glisson, vont se souder au foyer pigmentaire le plus proche, c'est-à-dire à la première veine sus-hépatique voisine. Quant à la gaine de Glisson, et aux points de sa périphérie intermédiaires à ces foyers d'insertion, la pigmentation y fait absolument défaut.

B. — Dans le même ordre d'idées, sur les foies cardiaques, on peut voir les zones d'atrophie cellulaire et plus tard les zones cirrhotiques dont le foyer d'évolution est le réseau sus-hépatique, pousser des prolongements qui s'insèrent sur les gaines de Glisson des canaux porto-biliaires.

De même encore, les cirrhoses veineuses sus-hépatiques, d'origine alcoolique, à localisation pure, envoient des travées fibreuses à la gaine des canaux-portes. Nous en avons représenté un bel exemple dans un travail récent (1).

C. — Dans une autre série de faits, prenons la dégénérescence graisseuse systématisée sur les canaux porto-biliaires, comme on le voit si fréquemment chez les phtisiques. Dans ces cas, si la lésion est encore peu avancée, on voit tous les segments du système porto-biliaire plongés dans des foyers de vésicules adipeuses, tandis que toutes les veines sus-hépatiques semblent porter tout ce qui reste de parenchyme encore intact. A cette période jeune de la lésion, l'on peut constater que sur le pourtour des canaux porto-biliaires, il y a de distance en distance des languettes de parenchyme non dégénéré, qui forment comme des ponts entre la gaine de Glisson et les veines sus-hépatiques voisines. Plus tard, quand la lésion est très avancée, alors qu'il ne reste plus du parenchyme hépatique que de minces travées réunissant entre elles les veines sus-hépatiques, on voit persister encore des colonnettes de parenchyme formant anastomose entre ces veines et les grosses gaines de Glisson.

Ces exemples suffiront pour bien faire comprendre ce point de topographie anatomo-phatologique. Il s'agit là d'une disposition facile à constater, d'une donnée histologique indiscutable.

II. En présence des faits précédents qui, par leur constance dans les lésions systématiques, ne constituent plus une anomalie à la loi de systématisation, mais doivent être considérés comme un autre terme de cette loi, il faut immédiatement chercher la donnée d'anatomie normale sur laquelle ils reposent. Or, un simple raisonnement nous amène à cette conclusion, que le système veineux sus-hépatique doit avoir des racines directes dans les gaines de Glisson des canaux porto-biliaires. En effet, si nous prenons, par exemple, le cas du foie pigmenté cité plus haut, de ce simple fait que les veines sus-hépatiques commandent exclusivement la pigmentation des cellules du foie, il découle vraisemblablement que partout où il y a traînée de pigment, il y a une branche quelconque du réseau sus-hépatique.

Avec cette affirmation théorique, l'anatomie normale concorde en tous points. Il suffit, en effet, de chercher ces veines émanant des gaines de Glisson pour les trouver. La moindre série de coupes en fournit une moisson abondante, à la condition qu'on les recherche sur des canaux porto-biliaires d'un certain calibre. Nous en donnons ici (*fig.* 76, 77, 78, 79) quelques exemples.

Ces veines paraissent être d'autant plus grosses et plus nombreuses que le canal porto-biliaire qui les émet est plus vaste, et c'est logique. Leurs parois sont identiques à celles des veines sus-hépatiques, elles se jettent directement dans la veine centrale la plus proche. C'est-à-dire qu'elles sont l'une des racines de cette veine centrale. Sur tous ces points, il ne peut y avoir sujet à contestation, pas plus qu'il n'en existe pour la distinction entre une veine sus-hépatique et un espace-porte en général. C'est donc une notion d'anatomie normale incontestable. Voyons maintenant à quoi répondent ces veines que nous proposons d'appeler les *racines glissoniennes des veines sus-hépatiques*.

III. La circulation de l'artère hépatique dans le foie est encore sujette à discussion. C'est une question sur laquelle nous reviendrons à une autre place, d'une manière générale, en reprenant à fond par conséquent les données diverses que nous avons énoncées jusqu'ici. Pour l'instant nous n'avons à en parler que pour ce qui regarde la nutrition des canaux porto-biliaires. Il est bien évident que si l'on compare le petit volume de l'artère hépatique aux dimensions relativement énormes de la charpente glissonienne porto-biliaire, on se demande si l'assurance de la nutrition de cette charpente n'est pas déjà un emploi assez important pour cette artère, surtout si l'on y joint les branches qu'elle envoie à l'enveloppe du foie et aux veines sus-hépatiques de gros calibre. Il semble à première vue, que c'est un travail suffisant, et que le sang qui a servi à tout cela ne doit plus être bon qu'à aller se régénérer aux poumons. Ce sont là des vues théoriques qui n'ont pas prévalu dans l'esprit des anatomistes, car nous les voyons très embarrassés de savoir ce qu'on peut bien faire du sang artériel épuisé.

Pour les gaines de Glisson en particulier, nous voyons Ferrein, Kiernan admettre un retour de ce sang dans les veines portes. Kölliker qui traduit cette opinion s'exprime ainsi : « Du réseau capilaire à mailles assez larges, qui entoure ces parties de l'organe hépatique (gaine de Glisson et son contenu), et même les glandes des canaux excréteurs, naissent les *veines vasculaires*: lesquelles ne se continuent point avec les veines sus-hépatiques, mais bien avec de petits rameaux de la veine porte. Les *veines vasculaires* sont comme les rameaux de la veine porte, placées dans la capsule de Glisson et s'abouchent à des troncs plus volumineux ; on peut donc les considérer comme des *racines internes* ou *hépatiques* de la veine porte. Ce qui explique pourquoi une injection poussée par l'artère hépatique pénètre dans la veine porte, et réciproquement ; et pourquoi les réseaux vasculaires en question s'injectent et par l'artère et par la veine porte, tandis qu'on ne réussit pas à les remplir par les veines sus-hépatiques. »

Nous ne voulons pas mettre en doute la dernière proposition de Kölliker sur l'impossibilité de remplir le réseau veineux glissonien par les veines sus-hépatiques, car c'est là un fait à revoir et qui, vrai ou entaché d'erreur, ne nous embarrasserait guère ; mais nous aimons assez la facilité avec laquelle l'injection passe de l'artère dans la veine porte et réciproquement, par l'intermédiaire des *veines vasculaires* intra-glissoniennes.

Tout cela revient à dire en somme que, d'après les auteurs, le sang artériel qui a nourri les canaux porto-biliaires rentre dans le torrent de la veine porte et par suite va se jeter dans le réseau capillaire intra-lobulaire, c'est-à-dire qu'après avoir nourri la charpente du foie, il va concourir à faire fonctionner son parenchyme.

(1) C. Sabourin. — *Contribution à l'anatomie pathologique des cirrhoses graisseuses* (*fig.* 2). (*Revue de médecine*, 1884.)

© BIU Santé

On sait que c'est aussi l'opinion du professeur Sappey qui trouve dans les divers organes des canaux porto-biliaires, l'origine de l'un de ses systèmes portes accessoires. Nous aurons ailleurs à émettre notre opinion sur le rôle que peut jouer l'artère hépatique vis-à-vis du parenchyme sécréteur de la bile, et sur les ramifications de cette artère auxquelles ce rôle peut être attribué, mais pour le moment nous restons dans le territoire glissonien. Or, nous voyons d'une part tous les organes que contient la gaine de Glisson, et en particulier les canaux biliaires, fournis d'un réseau vasculaire de nutrition considérable ; nous voyons d'autre part des veines véritables, sortir, absolument isolées, de ces gaines de Glisson et plonger dans les plus proches segments du réseau sus-hépatique, sans se résoudre préalablement en capillaires lobulaires. Il nous semble donc tout naturel de considérer ces *racines Glissoniennes des veines sus-hépatiques*, comme les veines efférentes du réseau vasculaire de nutrition de la gaine de Glisson. Il nous semble beaucoup plus logique d'envoyer ce sang, adultéré par son rôle nutritif, directement à la veine cave et aux poumons, que de lui faire traverser le réseau capillaire des lobules, à la fonction desquels il ne saurait utilement participer. Dans notre opinion donc, les *racines Glissoniennes des veines sus-hépatiques* que nous venons de décrire sont tout simplement les veines efférentes correspondant aux rameaux nutritifs de l'artère hépatique, dans la région adjacente de la gaine de Glisson.

IV. La connaissance de ces veines efférentes particulières sert de base à une foule de considérations de premier ordre, relatives à la circulation, ou mieux aux circulations intra-hépatiques, et qui ne sauraient trouver place dans cette simple note. Nous avons voulu montrer leur existence, en y ajoutant les notions indispensables à leur interprétation. Mais nous voulons, de plus, insister sur ce fait, que c'est encore l'anatomie pathologique qui nous a mis sur leur trace, et que par un cercle vicieux dont ce genre de recherches est forcément coutumier, nous trouvons dans l'existence de ces radicules veineuses à l'état normal, l'explication toute naturelle des pseudo-anomalies que nous constatons dans la topographie de certaines lésions systématiques au plus haut degré.

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Troubles oculaires de la sclérose en plaques ;

Par M. Henri PARINAUD.

Il n'y a peut-être pas d'affection du système nerveux qui retentisse sur l'œil d'une manière aussi constante que la sclérose disséminée, dont les symptômes oculaires sont cependant assez mal connus. Il faut en excepter le nystagmus accidentel, trop évident pour passer inaperçu et qui est assez spécial à la maladie. M. Charcot a insisté sur l'atrophie de papille dont l'amblyopie présente ce caractère important de s'améliorer souvent d'une manière considérable et de n'aboutir jamais, ou presque jamais, à la cécité complète ; et encore sur ce regard particulier des malades qui permet à un clinicien exercé de les reconnaître à première vue. Récemment, à la Société de médecine de Berlin (21 mai 1884, *Semaine médicale*, n° 22). Gnauck et Uhthoff ont à leur tour appelé l'attention sur la fréquence des altérations du nerf optique, sans avoir saisi, à ce qu'il semble, les caractères distinctifs de l'amblyopie.

J'ai étudié cette question avec M. Charcot depuis bientôt trois ans. Les résultats de nos recherches ont fait l'objet d'une de ses leçons sur le diagnostic différentiel de l'ataxie et de la sclérose disséminée. Ils sont en partie consignés dans une communication à la Société de biologie (22 juillet 1882) ; sur *L'exagération des réflexes pupillaires*, dans mon mémoire sur *Les paralysies des mouvements associés des yeux* ; *Archives de neurologie* (mars 1883), et enfin dans la thèse de M. Bouicli : *Sur les formes frustes de la sclérose en plaques*.

Les symptômes oculaires de la sclérose en plaques s'observent sur les *muscles*, sur *l'iris*, sur le *nerf optique*, ou mieux, sur l'appareil de sensibilité spéciale dans son ensemble.

a) MUSCLES. Les troubles musculaires sont les plus fréquents ; ils se présentent habituellement sous forme de *paralysie* ou seulement de *parésie des mouvements associés* des deux yeux. Le regard ne se porte plus avec la même facilité dans les différentes directions et se maintient avec peine dans les positions qui s'éloignent de la ligne horizontale antéro-postérieure. Les mouvements dont la lésion est plus fréquente et aussi plus facile à reconnaître objectivement, sont ceux de latéralité à gauche et à droite et celui de convergence pour la fixation à petite distance.

Si par exemple on fait regarder à gauche, la tête étant immobile, on remarque que le bord des deux cornées n'arrive pas jusqu'à l'angle des paupières — il le dépasse généralement à l'état normal — et que les pupilles se maintiennent difficilement dans cette direction, ayant de la tendance à revenir vers la ligne médiane, par le fait d'une fatigue rapide des muscles. Le nystagmus rend quelquefois cette exploration un peu délicate. La paralysie intéressant les deux yeux pour le même mouvement, il n'y a pas de strabisme bien appréciable comme dans les paralysies ordinaires qui ne portent que sur un seul muscle ou un seul œil.

La paralysie du mouvement de convergence est plus facile à déterminer ; on la recherche de la même manière que l'insuffisance des droits internes. La fixation à quinze ou vingt centimètres développe un peu de strabisme, quelquefois l'un des yeux se porte franchement en dehors. Si l'on couvre alternativement chaque œil, on remarque que celui que l'on découvre exécute un mouvement de redressement en dedans pour entrer en fixation.

La *diplopie* existe très fréquemment au début de la maladie, surtout si l'invasion a été assez rapide. Après un mois ou deux elle disparaît, soit qu'il se produise de ces rémissions qui ne sont pas rares, soit plutôt en vertu du phénomène bien connu de la neutralisation, car on la retrouve habituellement à une période avancée par une exploration méthodique avec un verre coloré. Il faut savoir d'ailleurs que dans ces paralysies associées, la diplopie est moins accusée que dans les paralysies monoculaires et que la neutralisation se produit plus facilement.

Le *nystagmus*, qui est le symptôme oculaire le plus appréciable et le plus important de la sclérose en plaques, relève directement de la paralysie des mouvements associés. Il est le tremblement de ces paralysies. Ordinairement nulles au repos des yeux, les oscillations se développent quand on provoque la fixation. Presque

© BIU Santé

toujours elles sont plus prononcées pour certaines directions du regard, à gauche et à droite, particulièrement, tandis qu'elles diminuent ou disparaissent pour d'autres positions des yeux. On reconnaît là les caractères du *tremblement intentionnel* si spécial à la maladie.

Bien que ce nystagmus soit un tremblement paralytique, il ne faudrait pas croire qu'il soit en rapport avec le degré de la paralysie. Ses conditions étiologiques supposent plutôt une paralysie incomplète, relevant d'une lésion des centres nerveux qui président à l'association des mouvements. Il y a des cas où les oscillations sont très prononcées et la paralysie difficile à établir, tandis qu'il n'est pas rare de voir le nystagmus diminuer quand la paralysie se caractérise. Chez une malade du service de M. Raymond, à l'hospice d'Ivry, la paralysie était complète pour le mouvement des yeux à droite, les pupilles s'écartaient à peine de la ligne médiane et il n'y avait pas de nystagmus quand on invitait la malade à regarder de ce côté, tandis que la direction du regard à gauche, qui s'exécutait avec une facilité relative, développait des oscillations très prononcées.

Le trouble de l'association des mouvements oculaires rend compte de ce *regard vague*, si caractéristique de la maladie. Le regard envisagé comme expression de la physionomie dépend, pour une large part, de cette synergie si remarquable qui permet aux deux yeux de se déplacer avec facilité dans toutes les directions, en même temps que les rapports de leurs axes se modifient incessamment pour la fixation aux différentes distances. Dès que les deux yeux ne se portent plus avec la même aisance sur l'objet fixé, le regard perd de son expression et de sa vivacité.

Les paralysies communes, par lésion périphérique des nerfs sont très rares, du moins dans leur forme typique. Elles existent cependant, car les plaques de sclérose peuvent se développer sur les nerfs crâniens aussi bien que dans l'encéphale et M. Bourneville a rapporté une observation, avec autopsie, où le nerf de la sixième paire était altéré. (Leçons de M. Charcot. T. I, p. 244.)

M. Charcot a vu des malades atteints de ptosis. Ce que l'on observe encore, ce sont des paralysies complexes, pouvant intéresser différents muscles dans un œil ou dans les deux et qui échappent à l'analyse.

b) Iris. Il n'est pas rare d'observer un peu d'*inégalité pupillaire* dans les premières périodes de la maladie. Elle est surtout appréciable au repos des yeux, tandis qu'elle disparaît souvent quand on fait contracter l'iris. A une époque plus éloignée, c'est le *myosis* qui domine. Dans les deux cas, les troubles pupillaires se distinguent par ce caractère important que les *réflexes sont conservés* pour la lumière aussi bien que pour l'accommodation.

Pour apprécier la valeur de ce fait, il faut se rappeler que l'abolition du réflexe pour la lumière avec conservation de celui de la convergence est un des symptômes les plus précoces et les plus caractéristiques du tabes (signe d'Argyl Robertson). Il existe toujours chez les ataxiques quand il y a de l'inégalité pupillaire, et à plus forte raison du myosis.

Non seulement les réflexes pupillaires ne sont pas abolis dans la sclérose en plaques, mais ils sont quelquefois exagérés. Si l'on place en face d'un éclairage assez fort le malade et un sujet sain, on remarque que les pupilles du premier sont beaucoup plus contractées, bien que dans l'obscurité elles se dilatent normalement. En faisant intervenir simultanément l'accommodation, on réduit quelquefois les pupilles à l'état punctiforme, ce que l'on n'obtient pas au même degré chez le sujet sain. Enfin, dans le cas où les pupilles sont inégales, il arrive que l'on fasse contracter plus énergiquement la plus large en excitant l'autre œil que par une excitation directe. Le myosis monoculaire, dans ce cas, est imputable à l'exagération des réflexes.

Ces particularités sont d'une observation assez difficile, mais la conclusion pratique qu'on peut en tirer est la suivante : *Toutes les fois qu'un malade atteint d'une affection nerveuse présente du myosis, si la pupille réagit encore par l'excitation lumineuse, il faut écarter l'idée du tabes et songer à la sclérose en plaques.*

On ne peut méconnaître la concordance qu'il y a dans ces deux affections entre l'état des réflexes tendineux et pupillaires. Le myosis du tabes avec abolition précoce du réflexe pour la lumière, quelquefois même pour l'accommodation, est une sorte de myosis paralytique ; le myosis de la sclérose avec conservation ou exagération des mêmes réflexes peut être considéré comme un myosis par contracture.

c) Nerf optique. L'*amblyopie* revêt trois formes, toutes assez caractéristiques.

Chez beaucoup de malades, le trouble visuel se développe lentement, à leur insu, en quelque sorte, et il reste toujours modéré. L'abaissement de l'acuité visuelle sensiblement égal dans les deux yeux varie entre 1/3 et 1/7. Le champ visuel est normal. Il y a généralement un certain degré de dyschromatopsie pour le rouge et le vert, appréciable au photoptomètre mais non avec les papiers colorés. Cette dyschromatopsie est quelquefois le symptôme le plus précoce et le mieux caractérisé. Les papilles dans beaucoup de cas ne présentent pas de modifications bien notables, mais lorsque l'affection est ancienne, elles pâlissent, surtout dans leur moitié temporale.

Dans la seconde forme, l'amblyopie a un développement plus rapide et amène quelquefois une cécité absolue mais passagère. L'amélioration est telle chez certains malades, qu'après avoir été dans l'impossibilité de distinguer aucun objet, ils arrivent à lire des caractères assez fins et se considèrent comme guéris de leur trouble visuel. On en retrouve cependant des traces dans un examen méthodique. La dyschromatopsie existe encore dans cette forme et elle est nécessairement plus caractérisée. Le champ visuel présente des altérations variables. A l'ophthalmoscope on constate une décoloration blanche très prononcée de la papille, qui persiste malgré l'amélioration du trouble visuel.

Le trait le plus caractéristique de ces deux formes d'amblyopie intéressant les deux yeux, c'est qu'*elles n'aboutissent presque jamais à la cécité définitive*, alors même que l'*atrophie du nerf optique* est très accentuée. Magnan et Gnauck ont cependant observé l'abolition complète de la vision ; M. Charcot ne l'a jamais vue. Il y a là un contraste remarquable avec la marche progressive et la terminaison fatale de l'atrophie tabétique.

Dans la troisième forme d'amblyopie, beaucoup plus rare, le trouble visuel est *monolatéral*, plus prononcé et plus persistant. Le champ visuel est irrégulièrement rétréci ; il n'y a pas de dyschromatopsie. L'atrophie blanche de la papille est très caractérisée.

Dans un cas que j'ai vu évoluer, une amaurose survenue assez rapidement dans l'œil gauche s'est accompagnée d'infiltration de la papille, de ce qu'on désigne en

© BIU Santé

ophthalmologie du nom de névrite optique, avec stase vasculaire modérée. Après un mois environ, la perception lumineuse est en partie revenue et la névrite a fait place à l'atrophie blanche.

Tandis que les deux premières formes d'amblyopie sont imputables à des lésions de l'encéphale, la dernière relève vraisemblablement du développement d'une plaque de sclérose sur le nerf lui-même, comme on en a d'ailleurs constaté dans les autopsies..

On voit que les symptômes oculaires de la sclérose en plaques sont assez caractéristiques et qu'ils forment en particulier un contraste assez remarquable avec ceux du tabes. Il est d'autant plus utile de les connaître que le champ de la sclérose en plaques tend à s'élargir, grâce aux travaux que poursuivent à la Salpêtrière M. Charcot et ses élèves, M. Marie spécialement. L'histoire de cette affection se complète comme celle de l'ataxie: à côté des types qui ont tout d'abord attiré l'attention, on voit se grouper des cas où les symptômes ordinaires sont plus ou moins atténués, des formes frustes comme on les appelle. C'est dans les faits de ce genre que les lésions de l'œil peuvent fixer le diagnostic, car si elles sont d'une étude un peu plus délicate que les autres symptômes, elles se prêtent aussi à une détermination plus rigoureuse qui en précise la signification.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du gonococcus.

Presque tous les auteurs citent Donné comme ayant le premier attribué la blennorrhagie à un parasite qu'il aurait trouvé dans le pus de cette affection. Nous avons consulté tous les ouvrages de cet auteur et nos recherches ne nous permettent pas de confirmer cette opinion. Donné (1), en 1837, écrit en effet que « les globules du pus (blennorrhagique) nagent dans un liquide qui ne contient pas d'autres particules appréciables au microscope », et il ajoute que jamais il n'y a rencontré d'*animalcules d'aucune sorte*. Dans son *Cours de microscopie* (1844, p. 201) il répète « que le *pus* de la *blennorrhagie uréthrale ou vaginale* ne diffère en rien, au microscope, du pus d'un *phlegmon ordinaire*. »

Jousseaume (2), en 1862, a décrit un parasite spécial à la blennorrhagie, ce serait pour lui « une *algue* constituée par de très longs filaments de 0 m. 0,10 à 0 m. 0,20 d'épaisseur presque toujours courbés en arc plus ou moins ouverts » ; les organes reproducteurs seraient, à l'origine, de très petits globules, dont le volume varie avec l'âge ; ils sont sphériques, ovoïdes ou irréguliers ; leur surface est généralement lisse; enfin, ils sont d'autant plus bruns qu'ils sont d'un âge plus avancé. Ce parasite, décoré par Jousseaume du nom de *Genitalia*, aurait été rencontré par lui dans toutes les blennorrhagies soumises à son observation. Il est difficile de reconnaître dans sa description le gonococcus actuel; toutefois, dans la fig. 1 de la pl. I, jointe à son travail, sous le titre de globules du pus, se trouvent figurées des granulations assez semblables à des micrococcus (1).

Avec Hallier (1869), nous avons une description plus exacte du parasite.



Fig. 80. — On voit que dans cette figure les micrococcus sont en amas soit dans l'intérieur des cellules, soit en dehors; on y observe à droite et en bas un diplococcus; pas de chainettes.

« Le pus de la blennorrhagie, dit-il, contient une grande quantité de *coccus*, en partie *libres*, en partie contenus dans l'intérieur des globules (*fig.* 80, *a*) dans lesquels ils forment des *vacuoles* et dont ils produisent la *destruction* (*fig.* 80, *b. c.*). Des corpuscules exactement semblables se trouvent dans le sang des personnes atteintes de rhumatisme blennorrhagique ; on les y rencontre dans les globules rouges (2).

Cette description s'applique presque de tous points à celle du *gonococcus* donnée, dans ces derniers temps, par les auteurs, et nous sommes étonné que la plupart d'entre eux n'aient pas fait mention de Hallier dans leurs mémoires, mais Hallier, le père des micrococcus, est presque oublié aujourd'hui, même en Allemagne.

Un peu plus tard (1873), Salisbury a rencontré dans le pus d'une centaine de cas de blennorrhagie des filaments et des spores souvent réunis par deux ou par quatre. Avec Salisbury se termine la première période de l'histoire de la découverte du parasite de la blennorrhagie. Pendant les six années suivantes aucun travail original n'a paru, à notre connaissance, sur ce sujet (3).

La seconde période commence en 1879 par un travail de Neisser (4). Cet auteur fait une étude toute particulière du micrococcus de la blennorrhagie auquel il donne le nom de *gonococcus*. Aussi lui attribue-t-on généralement la découverte du parasite. Sans insister hors de raison sur les travaux antérieurs, il faut reconnaître que c'est à la suite de la publication de Neisser que le gonococcus prit définitivement place dans l'étiologie de la blennorrhagie. La technique employée par Neisser consiste à étaler du pus blennorrhagique en mince couche sur une lamelle, à le laisser dessécher à l'air (1 à 2 heures) ou à la lampe à gaz ; puis après coloration au violet de méthyle (solution aqueuse) ou au dahlia, lavage et nouveau dessèchement, il procédait à l'examen sans ou après inclusion dans le baume de

(1) Donné. — *Recherches microscopiques sur la nature des mucus et la matière des divers écoulements des organes génitaux urinaires.* — Paris, 1837. (*Examen du pus de la blennorrhagie uréthral*, p 3, Fig. I, A.). Donné, il est vrai, a décrit et figuré des parasites qu'il a rencontrés chez des syphilitiques ; nous en parlerons à propos du microbe de la syphilis.

(2) Jousseaume. — *Des végétaux parasites de l'homme.* Thèse de Paris, 1862, p. 62.

(1) Nous ajouterons, à titre de renseignements se rapportant à une question toute d'actualité, qu'au chapitre consacré au traitement (p 66.) Jousseaume écrit : « A cette série (des balsamiques) nous pourrions encore ajouter la *liqueur de Van Swieten* qui, malgré la faible dose de sublimé que contient cette solution, a cependant amené des guérisons irrécusables. »

(2) Hallier. — *Zeitschrift für Parasitenkunde*, Iéna, 1869, B. I, p. 179.

(3) Nous n'avons pas cru devoir entretenir nos lecteurs de la théorie (*virus granuleux*) de M. Thiry (*Recherches nouvelles sur les affections blennorrhagiques*, in *Presse médicale de Bruxelles*, 1856 et 1 vol. in-8. Bruxelles, 1864), adoptée par M. Guyomar ; *Thèse de Paris*, qui n'a qu'un rapport éloigné avec notre sujet.

(4) Neisser. — *Uber eine der Gonorrhoe eigentümliche Micrococcusform* (*Centralbl. f. d. Med. Wissenschaften*, n° 28, 12 juillet 1879) et *Die Micrococcen der Gonorrhoe* (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1882.

© BIU Santé

Canada. — Le gonococcus reste incolore dans les solutions de vert de méthyle et d'induline (1).

Eschbaum (2) a simplifié le procédé de coloration employé par Neisser. Il étend le pus blennorrhagique sur une lamelle, le laisse sécher à l'air, puis passe la lamelle 3 à 4 fois à travers la flamme d'une lampe à alcool, la surface recouverte de pus en haut, met durant 15 à 20 m. la lamelle dans une solution aqueuse de violet de gentiane (1/4 0/0), lave à l'alcool absolu (20 secondes) et sèche la préparation à la lampe à alcool ou entre deux feuilles de papier buvard, monte enfin dans le baume de Canada.

M. Welander (3) a fait ses recherches en colorant en brun noir les gonococcus par une solution de fuchsine (1 à 2 0/0) (1/3 à 1/2 minute). Il a toujours constaté la présence de ces parasites dans les affections blennorrhagiques.

Nous parlerons plus loin de la forme et du groupement du gonococcus, mais nous dirons de suite que M. Neisser a constaté le plus souvent la présence de ces micrococcus à la surface (4) des cellules de pus, rarement à la surface des cellules épithéliales, et parfois dans l'intérieur des globules purulents. Il a rencontré ces gonococcus non seulement dans la blennorrhagie uréthrale, mais encore dans la conjonctivite blennorrhagique.

Les observations de M. Neisser ont été confirmées par un grand nombre d'auteurs parmi lesquels nous citerons Watson-Cheyne (5), Bokaï (6), Haab (7), Aufrecht (8), Leistikow (9), Krause (10), Marchiafava (11), Petrone (12), Gamberini (13), Arning (14), Campana (15), etc. La plupart n'avancent que des faits déjà signalés par M. Neisser, aussi croyons-nous ne pas devoir nous arrêter à analyser leurs travaux. Toutefois nous ferons remarquer que M. Petrone a observé le gonococcus dans l'exsudat de l'*arthrite blennorrhagique* et dans le *sang* des malades atteints de cette affection (2 cas) (1).

Nous passerons maintenant en revue les quelques travaux parus en France sur le gonococcus, et nous analyserons en outre rapidement ceux des auteurs étrangers qui nous paraissent présenter le plus d'intérêt.

Sous l'inspiration de M. le professeur Spillmann, M. Weiss (2) a, de son côté, contrôlé et vérifié les faits avancés par M. Neisser. Il a constaté que le micrococcus est entouré d'une enveloppe hyaline, ce qu'avait déjà observé M. Neisser (3). Les gonococcus apparaissent moins nettement quand on les colore par l'éosine ; ils sont teints légèrement en brun par l'acide osmique ; étudiés dans l'eau distillée, ils sont à peine visibles.

Un des travaux les plus importants après la publication de M. Neisser est sans contredit celui de (4) MM. Bockhart et Wolf. A la clinique de Rinecker (à Würzburg) ils ont, de 1880 à 1883, examiné le pus de tous les malades atteints d'uréthrite aiguë ou chronique d'abord en employant la méthode de Koch, puis, plus tard, celle d'Ehrlich ; dans tous les cas (258), ils constatèrent la présence des gonococcus de Neisser ; ils examinèrent encore, de juillet à novembre 1882, 14 écoulements purulents du vagin sans uréthrite, et 2 catarrhes purulents du col, et y trouvèrent le gonococcus. Dans les cas douteux, le diagnostic d'une affection blennorrhagique était établi à la clinique de Rinecker (5) par la présence de gonococcus de Neisser.

MM. Bockhart et Wolf ont procédé à l'étude du gonococcus (6) après coloration de celui-ci avec le violet de méthyle, la fuchsine ou le brun de Bismarck.

« Nous avons constaté, disent-ils, que les gonococcus ne forment jamais de chaines, mais sont toujours groupés en amas constitués par un plus ou moins grand nombre d'individus isolés, donnant l'impression d'une forme circulaire, comme s'ils avaient pris naissance dans une cellule. Les coccus sont au centre de l'amas, rarement isolés, mais sont accouplés deux à deux (forme de biscuit, diplococcus) ; parfois l'on distingue quatre coccus rangés dans un ordre rhomboïdal. Le pus de la blennorrhagie contient aussi presque toujours de petits groupes de gonoccus réunis par 2, 4, 6 ou 8 dont le groupement réciproque correspond au schéma figuré par M. Neisser. Cette disposition est due à ce que la multiplication du gonococcus se fait dans le diamètre vertical et horizontal (d'où l'absence de la forme en chainettes). »

Ces auteurs n'ont jamais constaté de variations (Leistikow) dans la dimension des gonococcus selon les différentes espèces de blennorrhagies. Selon eux, les

(1) Neisser a fait ses recherches avec un microscope de Zeiss (éclairage d'Abbé, objectif immersion à huile 1/12 et oculaire 4 ou 5) ; il prétend que les meilleurs objectifs à immersion de Hartnack ou de Seibert ne donnent pas des images aussi nettes.

(2) *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 13, 1883.

(3) Welander (de Copenhague) — *Quelques recherches sur les microbes pathogènes de la blennorrhagie* (*Gazette médicale de Paris*, n° 23, 7 juin 1884).

(4) Selon Leistikow, les gonococcus ne sont pas accolés aux globules de pus, mais se développent dans les cellules mêmes qu'ils font éclater quand ils sont en grand nombre. Il recommande comme traitement une solution de sublimé de 0 gr. 05 sur 1000.

(5) Watson-Cheyne. — *The british medical journal*, 1880, n° 2, p. 124-125.

(6) Bokai. — *Uber Contagium der acuten Blennorrhoe* (*Allg. med. Centr. Zeitung*, 1880). — Bokai u. Finkelstein. — (*Prag. med. — Chirurg. Presse*, mai 1880.

(7) Haab. — *Kleinere ophth. Mittheilungen* (*Correspondenz-Blatt f. Schweizer Arzte*, n°s 3 et 4, 1 et 15 févr. 1880 et *Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde*, sept. 1881).

(8) Aufrecht. — *Path. mittheilungen*, H. I, p. 147, Magdebourg, 1881.

(9) Leistskow. — *Uber Bacterien bei den vener. Krankheiten* (*Charité Annalen*, Jahg. VII, Berlin, 1882.)

(10) Krause. — *Dei Mikrokokken der Blennorrhea neonatorum* (*Centrabl. f. d. prakt. Augenheilkunde*, mai 1882).

(11) Marchiafava. — *Del micrococco della gonorrhea* (*Bullet. d. R. Acad. di Roma*, Ann. VIII, n° 2, p. 60 et *Gazz. degl. Osp.*, anno III, n° 21, p. 163.

(12) Petrone. — *Sulla natura parasitaria dell'artrite blennorragico* (*Rivista clinica*, févr. 1883).

(13) Gamberini. — *La blenorragia in rapporto medico-forense* (*Giornale ital. dell malat. vener. e della pelle*, juillet-août 1883).

(14) Arning. — *Uber das Vorkommen von Gonococcus bei Bartolinitis* (*Viertel jahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis*, 1883, p. 371).

(15) Campana. — *Patologia della blennorragia, in rapporto alla terapia* (*La Salute-Italia medica*, 1883, n° 19.)

(1) Le traitement recommandé par cet auteur consiste en injections uréthrales de permanganate de potasse (0 gr. 25/1000), en applications de sinapismes sur les articulations avec immobilisation ; à l'intérieur il prescrit l'essence de térébenthine (5 gouttes 3 fois par jour) et l'acide phénique (1 gr. : 150 à 200 gr.)

(2) Weiss. — *Le microbe du pus blennorrhagique* (Thèse de Nancy, n° 119, 1880). Le traitement préconisé par cet auteur est le permanganate de potasse (0 gr. 25 pour 1000).

(3) Selon Neisser les gonococcus sont entourés d'une zone claire qui est probablement une enveloppe muqueuse.

(4) Bockhart. — *Beitrag zur Aetiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers* (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1883, p. 2-18 avec planche).

(5) M. Rinecker est mort le 21 février 1883 (Voir *Progrès médical*, 1883, n° 10, 10 mars, p. 199).

(6) Microscope de Seibert, éclairage d'Abbé, objectif à immersion 1/12.

© BIU Santé

amas de gonocoecus siègent le plus souvent sur les cellules de pus ou sur leurs noyaux, jamais dans leur intérieur, comme l'ont avancé Leistikow, Haab, etc. (1). Ils n'ont pu non plus confirmer les observations de M. Neisser, en ce qui concerne la présence de ces micrococcus sur les épithéliums. Ils les ont constatés en amas ou en très petits groupes dans le liquide intercellulaire (voir leur *figure* 1). Dans les cas chroniques, les gonocoecus sont peu nombreux.

« Jamais, disent-ils encore, nous n'avons rencontré dans les uréthrites blennorrhagiques, à côté du gonocoecus, d'autres coccus ou bactéries. Dans un cas d'uréthrite non blennorrhagique l'un de nous a vu des coccus en chainettes et une espèce particulière de bactérie, mais sans gonocoecus. Toutefois, dans le pus blennorrhagique provenant du vagin, on rencontre d'autres coccus et des bactéries mêlés à des gonocoecus, ceux-ci forment alors rarement de grands amas ; les groupes sont au plus composés de 4 à 8 individus. La sécrétion formée par le col de l'utérus contient des amas de gonocoecus en même nombre et rangés dans le même ordre que dans celui de l'uréthrite.

Nous aurons l'occasion de revenir encore sur ce travail intéressant dans notre prochain *Bulletin*.

(*A suivre.*) P. Bricon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 août 1884. — Présidence de M. F. Franck

M. Beaunis lit une première note de M. Bernheim sur la *suggestion dans l'état hypnotique* dans laquelle l'auteur émet l'opinion que les phénomènes observés par MM. Féré et Binet doivent être rangés dans la catégorie des phénomènes de suggestion ; une deuxième sur trois cas de *guérison de chorée de l'écriture* guéris par la suggestion dans le somnambulisme ; une troisième en commun avec M. Bernheim sur les *modifications* qui peuvent être apportées dans le rhythme des battements du cœur par suggestion dans l'état somnambulique : les auteurs ont observé un ralentissement marqué rendu très visible à l'aide des tracés onhymographiques.

M. Charrin fait une communication sur une nouvelle *septicémie* qu'il a étudiée à l'aide de 63 expériences instituées à cet effet. Sur le cadavre d'animaux morts du charbon bactéridien, il peut se développer un microbe particulier qui tue par inoculation le lapin en 18 ou 48 heures ; élève sa température de 1 à 2 degrés, le rend albuminurique ou élève sa respiration et lui donne des convulsions. Le siège d'élection du microbe est le sang ; on le trouve également dans les reins où il détermine une néphrite infectieuse, dans la rate, les poumons, le bulbe, les muscles, la moelle, les os, le myocarde et au niveau du point inoculé. La cornée, les cartilages, l'humeur aqueuse n'en contiennent pas. La maladie peut s'inoculer par les veines, le tissu cellulaire sous-cutané, la trachée, le péritoine, le tube digestif : elle se transmet au fœtus. La maladie se transmet au lapin, au moineau, quelquefois au rat : le chien, la poule, le cobaye sont réfractaires. Le sang conservé à l'état pulvérulent garde sa virulence pendant au moins 18 jours. Ce microbe, qui a une forme arrondie ou légèrement ovoïde, est ordinairement disposé en chapelets à grains parfois très nombreux ; il est peu mobile, aérobie, se cultive dans le bouillon de bœuf et de lapin ; les cultures perdent rapidement leur virulence, elles sont plus activement inoculées dans les veines ; cet organisme se fixe par les réactifs habituels, ses dimensions varient de 1 à 2 μ. La septicémie décrite par M. Goffky et la maladie étudiée par M. Pasteur en 1880 offrent avec cette nouvelle septicémie des rapprochements et aussi des différences manifestes.

M. Beauregard a fait avec M. Pouchet des recherches sur le *développement du spermacéti* chez le cachalot, question jusqu'ici très peu étudiée. Il existe chez ce cétacé 2 réservoirs, 1 postérieur dans lequel se formerait la substance, 1 antérieur dans lequel elle s'accumulerait. Etudiant et comparant les fosses nasales d'un cétodonte, le dauphin, et découvrant à la partie postérieure de celles-ci de véritables amygdales qui, comme structure, correspondent à l'organe du cachalot qu'ils ont eu à leur disposition et qui représentait le réservoir postérieur, les auteurs émettent l'hypothèse que le spermacéti peut être une production analogue au sébum amygdalien.

M. R. Blanchard présente au nom de MM. J. Künstler et A. Pitres une note sur la *présence de corpuscules falciformes* dans le pus extrait de la cavité pleurale d'un malade atteint de pleurésie chronique latente. On sait que les corpuscules falciformes sont les embryons amiboïdes que renferment certaines formations parasitaires connues depuis longtemps déjà sous le nom de *psorospermies*. L'histoire de ces formations si longtemps demeurée obscure, est actuellement élucidée grâce surtout aux remarquables travaux du professeur A. Schneider, de Poitiers : ce sont les spores de *Coccidies*, animaux très inférieurs, voisins des *Grégarines* ; ils vivent dans l'intérieur des cellules épithéliales. On les rencontre assez souvent chez la souris ; on les a trouvés aussi chez l'homme, et Gubler, en 1858, est le premier qui les y ait signalés. Depuis, Seuckart, Kjellberg, Lindeman, Grassi et Rivolta les ont rencontrés dans diverses circonstances. Ce sont là des parasites encore bien peu connus avec lesquels les cliniciens devront forcément compter (1).

MM. Galippe et Malassez font une communication sur la *nature parasitaire* et le *traitement* de l'*ostéo-périostite alvéolo-dentaire*. Malgré le travail de Fauchard en 1760, et les recherches de M. Magitot en 1867, la nature de cette affection était encore restée inconnue ; désormais, cette lacune est comblée et partant le traitement découvert. Toute cause de décollement de la gencive, et particulièrement le dépôt de tartre, peuvent ouvrir une porte d'entrée aux organismes inférieurs si nombreux dans la salive. Les microbes par la suppuration qu'ils occasionnent, détachent les ligaments alvéolo-dentaires, détruisent le cément, pénètrent dans les canalicules de la dentine et vont détruire jusqu'à la pulpe de la dent, ce qui explique que cette affection n'est pas douloureuse. Elle cause la perte de 90 0/0 des dents. On la combattra très efficacement en déchaussant la gencive jusqu'au rebord alvéolaire ou, pour mieux dire, jusqu'au point inférieur malade et en faisant des lavages fréquents avec la solution au sublimé à 3 ou 4 pour 1000.

M. Dubois présente un échantillon de *chloroforme altéré* par suite probablement d'une trop longue exposition à la lumière.

M. Rabuteau dit qu'en 1873 il a déjà donné le moyen de rendre le chloroforme de cette nature qui est trop chargé de chlore, inoffensif en le lavant avec de l'eau légèrement alcaline.

M. Dubois a constaté que les *œufs de couleuvre fécondés* perdaient beaucoup moins vite leur eau de constitution que ceux qui ne l'avaient pas été.

M. Loya présente un appareil dont il s'est servi avec M. *Regnard* pour mesurer les variations dans la quantité d'eau absorbée par les racines des plantes.

M. Gallois présente un ingénieux *thermographe* destiné à des applications cliniques. G. Gilles de la Tourette.

(1) Cette opinion est fort contestable et ne concorde pas avec les observations de beaucoup d'autres auteurs.

(1) Prochainement notre collaborateur, M. Blanchard, se propose de leur consacrer un article.

© BIU Santé

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 août 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

Suite de la discussion sur le choléra. — M. Noel Guéneau de Mussy fait un long plaidoyer en faveur de la *contagion* du choléra, montrant les premières hésitations et insistant sur les opinions modernes. Celles-ci sont, en quelque sorte, unanimes à proclamer la contagion du choléra. Aujourd'hui, il importe surtout d'étudier la prophylaxie de cette maladie, bien que l'épidémie actuelle semble s'affaiblir et s'éteindre. En semblable occurence, l'ennemi peut se montrer de nouveau, opérer un retour offensif et frapper cruellement. Le contage, certes, ne peut se trouver que dans les divers liquides de l'organisme. Aussi, il convient de suspecter les matières fécales, et les eaux qui ont été souillées par les produits des cholériques. — A ce sujet, on ne saurait trop se mettre en garde contre les eaux impures que nous introduisons dans nos habitudes culinaires, que nous buvons même, et qui proviennent de la Seine, de la Marne et du canal de l'Ourcq. Nos égouts sont également défectueux ; ils ne présentent pas une pente suffisante, pour pouvoir être balayés par de grands courants d'eau. Les matières des vidanges doivent donc être désinfectées, suivant les procédés actuellement préconisés. Cette désinfection mérite d'être obligatoire au même titre que la déclaration des maladies infectieuses. En terminant, M. Guéneau de Mussy estime qu'il serait fructueux de créer un bureau central de santé, à l'exemple de celui qui fonctionne merveilleusement en Belgique.

M. Strauss, en son nom et au nom de M. Roux, soumet à l'académie l'exposé sommaire de leurs recherches sur le *Choléra de Toulon*. Ces recherches sont la continuation de celles qu'ils avaient entreprises, l'année dernière, en Egypte, avec MM. Thuillier et Nocard. M. Nocard, retenu par les examens de fin d'année à l'école d'Alfort, n'a pu se rendre à Toulon. Dès leur première autopsie, ils ont pu constater l identité des lésions qu'ils avaient observées durant l'épidémie d'Egypte. En Egypte, M. Strauss et ses collaborateurs s'étaient efforcés de trouver dans les tuniques intestinales un microbe spécifique. La méthode qu'ils avaient suivie consistait à colorer, dans une solution aqueuse de bleu de méthylène, des coupes pratiquées sur des fragments d'intestin grêle, durcis par l'alcool. Des microorganismes divers et en nombre variable furent ainsi décelés dans les portions superficielles de la muqueuse, les conduits des glandes tubulées, la charpente des villosités, et, par places, la sous-muqueuse. Les plus nombreux de ces organismes étaient des bacilles, d'aspect et de dimensions variables. De ces constatations anatomiques, il n'était pas possible de tirer des conclusions positives sur la cause de la maladie. A Toulon, MM. Strauss et Roux ont de nouveau tenté de rechercher l'organisme spécifique dans les tuniques intestinales. D'après M. Koch, le choléra est caractérisé en Egypte, aussi bien que dans l'Inde, par la présence constante, dans la muqueuse de l'intestin grêle, d un bacille caractéristique, rappelant celui de la morve. Les nouvelles observations, recueillies par MM. Strauss et Roux, à Toulon, leur permettent de confirmer ce qu'ils avaient trouvé en Egypte.

Dans la muqueuse intestinale d'un certain nombre de cholériques, on rencontre les organismes les plus divers, surtout dans les cas où la maladie s'est prolongée. Mais, dans les cas les plus rapides, ces organismes sont beaucoup moins nombreux, et, *dans les cas suraigus, il est impossible de déceler leur présence*. M. Strauss, comme M. Koch, colore par la méthode de Weigert, et se sert de la solution aqueuse de bleu de méthylène. *Dans bon nombre de cas de choléra, on ne trouve donc pas de microorganismes dans les tuniques intestinales.* Dans quelques-uns de ses rapports, datés de Calcutta, M. Koch donne des détails plus précis sur l'organisme, qu'il regarde comme étant la cause du choléra ; c'est alors sur le contenu de l'intestin et sur les selles qu'il porte ses investigations : « Le bacille du choléra n'est pas tout à fait droit, mais plus ou moins recourbé, parfois en forme de virgule, parfois en forme de demi-cercle. »

Pour mettre ce microbe en évidence, M. Koch n'use pas de procédé spécial de coloration : une parcelle de selles ou de mucus intestinal est étalée en couche mince et desséchée sur une lamelle à couvrir ; la préparation ainsi obtenue est légèrement chauffée et colorée par une solution aqueuse assez concentrée de couleur basique d'aniline, de préférence par le bleu de méthylène. En Egypte, M. Strauss et ses collaborateurs ont également mis en évidence ces microbes.

Lorsqu'on examine les selles caractéristiques des cholériques, on voit qu'elles renferment le plus souvent un grand nombre d'organismes microscopiques divers, et dans beaucoup de cas, on n'y rencontre qu'un petit nombre d'organismes en virgule, alors même qu'elles ont l'aspect riziforme, caractéristique. Le contenu intestinal, prélevé dans les meilleures conditions sur le cadavre, montre, dans la majorité des cas, des espèces variées de micro-organismes, parmi lesquelles on trouve le bacille en virgule, sans que celui-ci semble prédominer sur les autres. Dans un cas foudroyant, dont l'autopsie a été faite avec M. Koch, MM. Strauss et Roux ont trouvé l'intestin grêle tapissé par une sorte de mucus, étalé en couche mince sur la lamelle à couvrir et traitée par la matière colorante, dont il a été déjà question, on voyait, colorés en bleu, une grande quantité de bacilles en forme de virgule. Ils étaient, pour ainsi dire, comme en culture pure dans ce mucus. Les faits rapportés par MM. Strauss et Roux conduisent à *accorder dans le choléra un grand rôle à l'organisme en virgule :* cependant, il en est certains où la variété des organismes que l'on trouve dans le contenu intestinal est si grande, qu'aucun d'eux ne paraît prépondérant. Dans ces derniers cas, M. Koch a recours à la culture pour mettre en évidence l'organisme en virgule. Une parcelle du contenu intestinal est délayée dans quelques centimètres cubes de bouillon gélatiné que l'on a fluidifié par une douce chaleur ; on étend le liquide ainsi ensemencé sur une plaque de verre et la gélatine convenablement refroidie fait prise de nouveau. Dans les îlots d'organismes qui se développent, il en est qui ont l'aspect de petites masses réfringentes ; ils sont formés par des organismes en virgule qui fluidifient bientôt la gélatine autour d'eux et se montrent alors, sous le microscope, animés de mouvements rapides. Ces organismes, pendant leur végétation, restent parfois joints bout à bout et alors ils prennent une forme en S ou la forme de spirilles. C'est cet aspect de la culture dans le bouillon gélatiné que M. Koch regarde comme caractéristique. L'organisme en virgule exige pour son développement un milieu alcalin ; il pullule avec une excessive facilité dans la plupart des milieux alcalins, à une température variant entre 16° et 42° ; dans les conditions où M. Koch l'a observé, il ne paraît pas donner des germes ; une dessication de quelques heures suffirait pour le faire mourir. Est-on en droit de conclure que le microbe en virgule est l'organisme du choléra ? Tant que par l'administration d'une culture pure de cet organisme, on ne sera pas parvenu à donner le choléra, la preuve ne sera pas faite. A défaut de la preuve directe que fournirait l'inoculation du microbe en virgule aux animaux, M. Koch s'est efforcé de montrer que l'organisme qu'il a décrit dans le choléra, ne se rencontrait que dans l'intestin des cholériques et jamais chez l'homme en santé ou chez l'homme atteint de maladies autres que le choléra. Il suffirait que l'organisme de M. Koch fût trouvé une seule fois en dehors d'un cas de choléra asiatique pour tout mettre en question. La forme en virgule ne peut, du reste, à elle seule, caractériser l'organisme du choléra. Le Dr Maddore (de Tendres) a photographié un microbe en virgule qu'il a rencontré dans un réservoir d'eau. M. Malassez nous a montré dans une préparation de selles de dysenterie quelques bacilles en forme de virgule. Dans du mucus vaginal de femmes atteintes de leucorrhée, dans la sécrétion utérine muqueuse d'une femme ayant un épithélioma naissant

© BIU Santé

du col, M. Strauss a trouvé des formes de bacilles en virgule semblables à celles du choléra.

Si le bacille en virgule est la vraie cause du choléra, comme il ne réside que dans le contenu de l'intestin et que, dans les cas rapides du moins, il n'envahit même pas d'une façon appréciable la muqueuse intestinale, il faut admettre que, pour produire des effets aussi rapides et aussi intenses, il sécrète un ferment soluble, une ptomaïne, un poison quelconque qui, absorbé, provoque les symptômes du choléra. Il faut donc s'attacher à extraire des cultures pures, dans lesquelles a vécu le bacille, un poison soluble qui reproduirait chez les animaux des symptômes analogues à ceux que l'on observe chez les cholériques. Il y aura aussi un intérêt spécial à rechercher si, dans les cas de choléra nostras bien avérés, on rencontre le microbe en virgule.

En Egypte, les membres de la mission Pasteur avaient signalé la présence dans le sang des cholériques, de particules extrêmement fines, affectant l'aspect d'organismes. Ces particules, qui ont été également reconnues à Toulon, sont dues à une altération spéciale de l'hémoglobine.

M. Bonnafont fait la lecture d'un travail sur la propagation du choléra et propose de provoquer un congrès international, où toutes les opinions afférentes à cette maladie pourraient se discuter contradictoirement. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 18 janvier 1884.— Présidence de M. Cornil.

21. Rétrécissement de l'urèthre. — Cystite chronique. — Couche de phosphate ammoniaco-magnésien touchant toute la muqueuse urinaire ; par R. Durand Fardel, interne des hôpitaux.

X. Passen..., âgé de 48 ans, est amené à l'hôpital de Lariboisière le 5 janvier 1884, salle Saint-Henri, n° 31.

Plongé dans une prostration profonde, le malade répond à peine, et tout ce qu'on peut tirer de lui c'est qu'il n'urine pas depuis 10 jours.

Jusque-là, disait-il, il urinait sans aucune gêne, et depuis ces deux semaines, il a perdu beaucoup de sang par la verge.

Il y a eu plusieurs essais de cathétérisme pratiqués dehors.

A l'examen, on trouve en effet la vessie très gonflée. Il y a miction par regorgement, et l'urine est fortement teintée de sang. Le cathétérisme est tenté sans réussite, la sonde, quel que soit son volume, est toujours arrêtée au niveau de la portion membraneuse. On remarque une sensation bizarre de frottement de la sonde contre les parois de l'urèthre, que l'on peut comparer à l'impression que donnerait un petit fragment de calcul enchâssé dans la muqueuse. On pratique la *ponction de la vessie* et on retire un litre d'urine fortement colorée de sang et chargée de sédiments.

Le malade est très refroidi, somnolent, la langue est sèche, l'odeur de l'urine est ammoniacale. Le toucher rectal ne dénote ni hypertrophie prostatique, ni tumeur du bas-fond vésical. Cet état va en s'aggravant, la ponction de la vessie étant pratiquée deux fois par jour. Le malade perd connaissance et meurt d'injection urineuse, le 8 janvier, à 10 heures du matin.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Les *poumons* sont le siège d'une congestion hypostatique très intense. *Cœur* normal ; artères très athéromateuses.

La *vessie* fait une saillie considérable, mais sa consistance est diminuée, et elle se crève, dans l'effort qu'on fait pour l'isoler. Lorsqu'on a ouvert la verge sur sa face dorsale et la vessie, on voit que toute la surface de la muqueuse urinaire, depuis le méat jusqu'au sommet de la vessie, est tapissée par une couche mince, d'aspect pulvérulent, jaunâtre, adhérent intimement au tissu sous-jacent, car le doigt, passant dessus, sent l'impression rugueuse (qui explique la sensation éprouvée par le cathétérisme), mais il faut gratter avec l'ongle pour enlever cet enduit.

Le produit de ce grattage, examiné au microscope, montre que cette couche est formée de phosphate ammoniaco-magnésien.

L'obstacle au cathétérisme était un rétrécissement siégeant au lieu d'élection ; à ce niveau, l'urèthre est complètement déchiré par les tentatives d'introduction de la sonde.

La *vessie*, très hypertrophiée, présente une épaisseur de près d'un centimètre. Consistance molle, friable en certains points. La muqueuse, boursouflée, est noirâtre. Les uretères sont un peu dilatés, ainsi que les bassinets. Les reins sont très congestionnés, mais ne présentent pas d'altérations anciennes. Foie graisseux.

21. Epithélioma de la langue. — Ablation par le procédé Rizzoli-Billroth de tout l'organe. — Alimentation par la sonde nasale, guérison opératoire, récidive. — Ablation par la région sus-hyoïdienne. — Persistance d'une partie de la tumeur adhérente au plancher de la bouche. Mort par asphyxie, la tumeur formant valvule. Autopsie. — Rétrécissement du pharynx ; par M. Tuffier, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Le nommé Desmouss..., 53 ans, menuisier, entre le 8 octobre 1883, salle Michon, n° 7, hôpital de la Pitié (service de M. Verneuil).

Il s'agit d'un homme assez robuste et bien musclé, qui vient se faire soigner pour une ulcération de la langue. Ses antécédents ne présentent rien de bien remarquable. Ni ses ascendants, ni ses collatéraux, n'ont été atteints de cancer. Lui-même est un arthritique sans manifestations aiguës : des migraines, des varices aux jambes, quelques poussées d'hémorrhoïdes dans sa jeunesse, sont les seuls accidents dont il ait eu à se plaindre. Il n'est point syphilitique et n'est pas un fumeur émérite.

Il y a trois mois, sans cause appréciable, il vit apparaître un petit bouton sur le bord latéral droit de la langue, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. La lésion n'était pas douloureuse, elle s'accrut peu à peu, elle s'ulcéra sans jamais provoquer de troubles fonctionnels graves. Aucun traitement ne lui fut opposé, mais, comme la lésion s'aggrave chaque jour et qu'elle gêne la parole et la déglutition, le malade entre à l'hôpital.

Nous trouvons, sur la partie latérale gauche de la langue, une ulcération qui occupe tout le tiers moyen de l'organe et se prolonge jusqu'à l'épiglotte. Cette ulcération a un fond irrégulier... Ses bords sont déjetés en dehors. Tout autour du point ulcéré on trouve la langue dure, parsemée de nodosités irrégulières dont l'ensemble envahit toute la moitié latérale de la pointe à l'épiglotte. Le sillon médian de la langue est un peu déjeté à droite et il semble que cette partie soit également indurée. Le plancher de la bouche est envahi au niveau du sillon génio-lingual. Il n'existe pas trace d'engorgement ganglionnaire.

Les mouvements de la langue sont gênés, la propulsion et l'enroulement sur la face dorsale ne peuvent se faire, mais il n'y a pas d'ankyloglossie. La parole, la mastication et surtout la déglutition s'effectuent difficilement. La salivation est abondante et son produit s'écoule le long des lèvres, à cause de la dysphagie. Il n'y a pas de douleurs violentes, mais une sensation de picotement dans la langue et quelques élancements dans l'oreille, de temps en temps.

Le malade a peu maigri, son état général est très satisfaisant. Quelques jours après son entrée, surviennent deux hémorrhagie assez abondantes, que l'on arrête par la glace. M. Verneuil pose le diagnostic, *cancer de la langue*, et vu l'absence d'adénopathie, vu les hémorrhagies et la difficulté de la déglutition, le professeur consent à l'exérèse. On prépare le malade à l'alimentation par la sonde nasale ; ses premiers essais sont mal supportés. On badigeonne alors, à plusieurs reprises, le fond de la gorge avec une solution de bromure, la sonde est bien tolérée.

Le 31 octobre on pratique l'*opération*. Chloroformisa-

© BIU Santé

tion complète, incision semi-lunaire, au bistouri, de la région sous-maxillaire droite, à l'angle de la machoire, à gauche, extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires de ce côté. Ligature et section de la faciale, puis l'hémostase étant parfaite, ouverture du plancher buccal au niveau du bord interne du maxillaire. Luxation de la langue par la région sus-hyoïdienne et amputation à sa base avec le thermocautère. Le tout a lieu sans aucun accident, on aperçoit la linguale et on la lie préventivement. Aucune perte de sang. On place deux drains aux extrémités de la plaie, et on suture le lambeau sus-hyoïdien. Pansement à l'iodoforme dans la bouche, pansement antiseptique à l'extérieur.

Le soir, la température monte à 38°. Le lendemain, elle retombe à 37°, pour se maintenir à ce niveau jusqu'à cicatrisation complète. Alimentation très facile par la sonde nasale, consistant en poudre de viande, consommé, etc. A partir du quatrième jour, le malade s'alimente seul par la sonde avec une seringue. En aucun moment, cette sonde, placée à demeure dans le nez, n'a provoqué le moindre inconvénient ou la moindre douleur.

Au sixième jour, on enlève les points de suture, la réunion est parfaite et notre homme se lève au neuvième jour sans douleur aucune. Sa plaie est rose et bien détergée. On supprime les drains au douzième jour et on laisse pour tout pansement un peu d'iodoforme dans la bouche et un léger pansement antiseptique à l'extérieur. Au vingtième jour, un léger érysipèle de la face se manifeste en quarante-huit heures. La pulvérisation en a raison. (Depuis cette époque le malade est regardé comme convalescent.)

Le 29 novembre, on examine la bouche du malade, on trouve tout le plancher buccal et le moignon de la langue adhérents à l'épiglotte bien cicatrisés, mais sur le bord interne gauche du maxillaire inférieur, on trouve un bourgeon charnu du volume d'une noisette, dur, légèrement fongueux. Du côté de la région sous-maxillaire ou de la région carotidienne il n'existe aucune altération ganglionnaire.

M. Verneuil, pensant que l'extirpation totale du néoplasme peut être pratiquée, se décide à une nouvelle opération. A cette époque, on essaie également de supprimer la sonde nasale, mais le malade ne peut avaler. On place de nouveau la sonde, mais aux difficultés il semble que le pharynx est rétréci.

Le 14 décembre on choloroformise le malade, mais à peine quelques inhalations ont-elles été faites, que surviennent des accès de suffocation qui obligent à suspendre l'anesthésie. On opère donc le malade simplement engourdi et se débattant.

M. Verneuil fait, à la région sus-hyoïdienne gauche, une incision parallèle au bord inférieur de la machoire. La faciale ayant été liée dans la première opération, on arrive assez facilement sur le plancher de la bouche. Toutefois, la boutonnière faite en plein tissu cicatriciel donne peu de de jour, on décolle alors, par cette plaie, le périoste du maxillaire, et la tumeur étant libérée on tente de l'attirer par la boutonnière sus-hyoïdienne ; la chose est laborieuse, tant à cause du sang qui obstrue le pharynx que de l'étroitesse de la plaie.

On assiste également à ce curieux phénomène. De temps en temps le malade suffoque, on pense que c'est à cause de l'hémorrhagie buccale, on éponge le pharynx et, au contraire, la dyspnée redouble, on s'abstient donc de cette manœuvre et on finit par arracher la tumeur. M. Verneuil introduit alors le doigt dans le pharynx et ne trouve plus aucune partie dure ni là ni dans la bouche. On applique un pansement antiseptique.

Dans l'après-midi, le malade est pris d'un accès de suffocation, à la visite du soir la dyspnée avait disparu, il n'y avait pas de cyanose. L'interne veut examiner le pharynx, malheureusement le malade n'ouvre pas bien la bouche et il est difficile de voir ce qui se passe dans la gorge. A 8 heures du soir, un nouvel accès formidable de dyspnée, on court chercher l'interne de garde. Il examine la gorge, pratique le toucher laryngé sans rien trouver, le malade succombe quelques instants après.

Autopsie, 30 heures après la mort. — On fend le maxillaire inférieur sans toucher au reste du cadavre, on écarte les deux côtés du maxillaire et, au fond de la bouche, on aperçoit un magma brunâtre qui ressemble à un caillot sanguin et qui obstrue toute la cavité pharyngée. On dirige sur ce magma un fort jet d'eau, sans le mobiliser en quoi que ce soit. Le reste du plancher buccal est sain. On enlève alors le larynx, le pharynx, ses pilliers et le voile ; le tout d'un seul bloc, avec toutes les parties latérales du cou, en ayant bien soin de ne pas changer les rapports.

On voit alors que sur l'épiglotte se trouvent deux masses polypiformes formant valvule et fermant cet orifice. Ces masses sont des restes de l'épithélioma. Ces deux masses, ayant la forme et le volume d'une grosse framboise, sont pédiculées ; le pied du pédicule s'insère à la base de la langue, directement au-dessus du larynx ; leur longueur est d'environ 3 centimètres. Elles sont flottantes et agglomérées, avec un peu de sang, elles ferment complètement l'issue des voies aériennes. De chaque côté, les vaisseaux carotidiens sont disséqués, on trouve, tout le long, une chaîne de ganglions du volume d'une noisette, durs et manifestement dégénérés.

Les *viscères* sont sains. Ces lésions, dont nous n'avons trouvé l'analogie nulle part, expliquent bien et les accès de suffocation terminaux et les accès qui sont survenus à la fin de l'opération. Ces accès ne pouvaient pas céder au nettoyage du pharynx avec les éponges montées qui ne faisaient qu'aggraver la dyspnée, en enfonçant ces débris membraneux dans le larynx. Une autre lésion était digne de remarque. Au niveau de l'entrée de l'œsophage, on trouvait un rétrécissement énorme du pharynx qui laissait à peine passer le petit doigt, sans que les parois fussent infiltrées d'épithélioma. La pièce est déposée au musée Dupuytren.

L'*examen de la pièce* montre un épithélioma de la variété térébrante et interstitielle ; au milieu de la lange existe une énorme masse épithéliale, bien limitée, du volume d'un petit œuf, déprimant le septum et le refoulant du côté droit. Tout le segment droit de la langue est indemne, il est refoulé et tassé, mais les lésions n'ont pas dépassé le septum.

MM. Tuffier et Sapelier ont fait l'examen micrographique. Il s'agit d'un *épithélioma classique*.

22 *bis*. Arthrite fongueuse du genou gauche avec cavité centrale tuberculeuse dans l'extrémité inférieure du fémur. Amputation de cuisse, par M. Lucien Picqué (1).

Le nommé Richard (Jean-Baptiste), âgé de 38 ans, imprimeur, entre, le 14 avril 1883, salle Sainte-Vierge, n° 44 (Service de M. Berger).

Antécédents. — Le malade a été enfant de troupe et a servi dans l'armée jusqu'en 1870 ; il semble avoir toujours joui d'une bonne santé. Pas de scrofule dans son enfance, mais il a perdu une sœur de la poitrine, à l'âge de 20 ans. Il y a 18 ans, il dit avoir eu des accidents syphilitiques, des plaques muqueuses, pour lesquels il n'aurait pas suivi de traitement.

En 1878, il fit une chute dans son escalier et fut traité à la Pitié pendant un mois et demi. Ponction du genou. Nouvelle chute quinze mois après, qui l'obligea à garder le lit pendant 3 mois. Depuis, notre malade a marché pendant 7 ans sans fatigue.

Commémoratifs. — En décembre dernier, Richard, qui fait chez lui un métier assis, s'aperçut d'une raideur du genou gauche, progressive et indolente. Quelques douleurs vagues se produisirent dans la suite, mais 2 mois après, il constata un gonflement d'abord peu accentué, mais qui ne tarda pas à augmenter sensiblement et qui s'accompagnait de douleurs légères, surtout la nuit. Ces

(1) Séance du 19 mai 1883, observation remise seulement en janvier 1884.

© BIU Santé

douleurs prirent un certain caractère d'acuité au mois de mars.

État actuel. — Le genou est considérablement déformé et présente une tuméfaction énorme. Les méplats normaux de la jointure sont remplacés par des saillies, surtout accentuées au niveau du cul-de-sac supérieur de la synoviale et des parties latérales de la rotule. Ces saillies sont molles, mais ne présentent pas de fluctuation : on ne peut percevoir le choc rotulien. Il n'existe pas de mobilité anormale. Les os ne semblent pas augmentés de volume, mais la pression sur le condyle externe est assez douloureuse. Atrophie prononcée du triceps crural. Les mouvements provoqués sont plus étendus. Il y a une flexion prononcée du genou.

En présence de ces signes, le diagnostic de tumeur blanche à début synovial fut établi; mais, en raison du développement très rapide du genou, il fut fait une certaine réserve pour le sarcome de la synoviale. Le traitement ordinaire par l'immobilisation après redressement, et la compression ayant échoué, M. Berger dut se résoudre, devant l'augmentation incessante des phénomènes douloureux et du volume du membre, à une thérapeutique plus active.

Malgré l'âge du malade, la résection eût pu être pratiquée en raison du peu d'étendue des lésions du squelette, mais, sur la demande formelle du malade, l'amputation de cuisse fut faite le 16 mai, au tiers inférieur et par la méthode circulaire. Les suites en furent très bénignes : au cinquième jour, les points de suture furent retirés ; la réunion immédiate était presque complète, et bien que le malade soit encore dans nos salles, il peut être désormais considéré comme guéri définitivement.

Examen de la pièce. — Étude macroscopique. Le squelette est scié selon la longueur et l'article ouvert en deux parties égales. Dès l'incision de la capsule, des masses fongueuses considérables font issue en dehors. Il n'y a pas de pus dans l'articulation.

État des parties molles : La capsule n'est point perforée, si ce n'est en arrière, où les fongosités ont envahi le creux poplité.

A la face interne, surtout dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale, mais également sur les côtés et en bas, on observe des fongosités abondantes qui présentent les caractères suivants : ce sont des bourgeons charnus assez gros et distincts, mais placés à côté les uns des autres d'une façon régulière et reposant sur une surface épaissie qui double la face interne de la synoviale, et qui probablement offre la même structure. Ces bourgeons charnus présentent une coloration blanc-grisâtre, rosée par places, jaunâtre en certains points. Ils sont mous, s'écrasent facilement sous les doigts et semblent contenir une notable quantité d'un liquide blanchâtre et épais. Les ligaments croisés sont ramollis et ont cédé facilement dès l'ouverture de la jointure; on n'en retrouve plus que des débris à l'examen de la pièce. Même remarque pour les fibro-cartilages interarticulaires, surtout l'interne, qui a à peu près complétement disparu.

Tibia. Le cartilage diarthrodial du tibia n'existe plus; on ne voit à sa place que le tissu de l'os raréfié, mais non fongueux. Le tissu de l'épiphyse est jaunâtre, se laisse facilement pénétrer par le scalpel, mais ne présente aucune autre lésion.

Fémur. Les cartilages du condyle sont intacts. Dans le condyle fémoral externe (1) se trouve une vaste cavité occupant près des 2/3 de son épaisseur. Cette cavité est entourée d'une zone blanchâtre, dure, d'ostéite condensante. Le reste de l'épiphyse est sain. La cavité est elle-même comblée par une substance blanc-grisâtre, d'une teinte uniforme, non miscible à l'eau, et dans laquelle on trouve, surtout près des bords, de petits séquestres osseux. Le périoste de l'épiphyse est intact, non épaissi et présentant un degré d'adhérence normale avec le tissu osseux sous-jacent. Dans le creux intercondylien, on observe un trou assez large, à bords rugueux, par lequel on pénètre facilement dans la cavité en question.

(1) Cette lésion a été reproduite dans sa thèse par notre ami M. Dubar, à qui nous avons remis la pièce (Voir thèse d'agrégation, Paris 1883, planche).

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante, en ce qu'elle confirme de tous points les opinions émises récemment par M. Lannelongue sur l'évolution des tumeurs blanches tuberculeuses :

1° Ostéite tuberculeuse primitive du fémur sans qu'elle soit restée localisée dans cet os; le malade n'a ressenti qu'un peu de gêne dans la jointure et quelques douleurs vagues. Mais une perforation s'est produite dans le creux intercondylien. Cette perforation, au lieu de déterminer, comme il arrive dans quelques cas, de l'arthrite suraiguë avec production de pus et de fongosités mixtes inflammatoires et tuberculeuses, n'a produit qu'une synovite tuberculeuse à marche rapide et envahissante.

23. Rétrécissement mitral, embolies multiples, phlébite, néphrite interstitielle ; par M. Malibran, interne des hôpitaux.

La nommée G..., Eugénie, âgée de 49 ans, entre le 27 novembre 1883, dans le service de M. le professeur G. Sée, à l'Hôtel-Dieu.

Cette malade n'a d'autre antécédent morbide qu'une « fièvre intermittente bilieuse » (?) traitée par le sulfate de quinine. Cette fièvre, d'une durée de sept mois, lui est survenue à l'âge de 27 ans. Depuis cette époque, elle s'est toujours très bien portée. Il y a trois semaines environ, elle s'est refroidie après avoir été mouillée par la pluie, et le soir même, elle a éprouvé un grand frisson avec toux, point de côté, fièvre, courbature, oppression ; puis les jambes ont commencé à enfler.

Actuellement, on la trouve dans l'état suivant : Pas de fièvre. La langue est aplatie et conserve un peu l'empreinte des dents. Le pouls est irrégulier et très petit, presque imperceptible. Il existe une voussure précordiale très appréciable. A la palpation, on sent un frémissement cataire très intense, au-dessous du mamelon gauche. Les battements du cœur sont précipités, violents, irréguliers et très appréciables à la vue, car la paroi est le siége d'un soulèvement très marqué. La percussion du cœur provoque de la douleur : elle dénote une matité très étendue à la partie inférieure et se prolongeant au-dessous de la pointe. La base est couverte par la sonorité pulmonaire. — A l'auscultation, on est frappé du caractère tumultueux des battements cardiaques, et on entend, au niveau de la pointe, un bruit râpeux, superficiel, dont le maximum correspond au soulèvement de la paroi, dans le 6e espace, et qui paraît être un frottement péricardique. Le foie est abaissé de deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes et davantage au creux épigastrique. Douleur à la percussion et à la palpation de la glande. Râles sous-crépitants et frottements aux deux bases de la poitrine, surtout à droite. La respiration est précipitée. Comme traitement, M. le professeur Sée prescrit l'adonis vernalis.

1er *décembre.* Le pouls est plus fort. Le cœur bat par séries régulièrement décroissantes en intensité de cinq pulsations et assez énergiquement. Entre chaque série, une pulsation manque. — Urines : un litre 1/2 dans les vingt-quatre heures. Il existe toujours des râles sous-crépitants aux bases. L'état général est meilleur et il y a moins d'oppression.

On constate une certaine douleur à la pression de la cuisse gauche, le long des vaisseaux crureaux et à la partie inférieure du creux poplité. Une palpation attentive permet de reconnaître dans la première région l'existence d'un cordon dur. La jambe est en même temps le siége d'un œdème non douloureux.

8 *décembre.* L'amélioration persiste. Le pouls est plus fort, mais toujours un peu irrégulier ; toutes les cinq ou six pulsations, il semble en manquer une. Les battements en série sont moins accusés qu'il y a huit jours ; ils sont moins violents, moins vibrants. A l'auscultation, il semble que les deux bruits du cœur soient dédoublés. Peut-être s'a-

© BIU Santé

git-il d'un bruit présystolique et d'un dédoublement du 2e bruit. — Le foie est moins saillant, moins douloureux à la pression. — Quelques râles sous-crépitants s'entendent encore aux bases, mais beaucoup moins nombreux qu'autrefois. — L'œdème des jambes a disparu. Quant à la douleur de la cuisse gauche, au niveau des vaisseaux cruraux, elle n'existe pour ainsi dire plus. — La quantité d'urine s'est élevée jusqu'à 4 litres; mais aujourd'hui il n'y en a plus que 2. Le chiffre moyen a été de 3 litres à partir du 3e jour de la prise de l'adonis vernalis.

20 *décembre*. Attaque apoplectiforme légère, sans perte de connaissance complète. Il se produit une hémiplégie parétique du côté droit, avec un peu d'aphasie. La paralysie est beaucoup plus marquée à la face que dans les membres.

2 *janvier*. Des attaques semblables se produisent à plusieurs reprises, sans cependant qu'on constate d'augmentation dans les phénomènes paralytiques. A la suite de ces attaques, l'aphasie est plus marquée, puis diminue une fois que l'attaque a complètement disparu. La malade répond régulièrement oui ou non, à ce qu'on lui demande, mais elle trouve difficilement autre chose ; elle répond parfois : « Ça tient, ça tient, etc. » — Depuis quelques jours, la face est pâle ; il y a une tendance marquée aux syncopes et aux lipothymies. Les battements du cœur sont précipités, mais non tumultueux. On entend de nouveau à la pointe un souffle assez rude, variable comme intensité. Quelques râles à la base du poumon, pas de congestion du foie appréciable, pas d'albuminurie.

5 *janvier*. La malade a rendu un peu de sang en allant à la selle.

15 *janvier*. Nouvelle attaque apoplectique. La malade reste dans le coma.

17 *janvier*. Morte dans le coma.

Autopsie, le 18 janvier.

Cerveau. N'a pu être examiné. — *Cœur*. Volumineux, dilaté, les parois sont amincies, surtout celles du ventricule droit et le muscle est dégénéré. Orifice auriculo-ventriculaire droit très dilaté. Rien de valvulaire à droite, la valvule tricuspide présente simplement quelques épaississements au bord libre. L'artère pulmonaire est dilatée, mais saine. La valvule mitrale présente une soudure des valves qui lui donne l'aspect d'un entonnoir rigide. L'orifice ne permet pas l'introduction du petit doigt. Le bord libre est épaissi et induré. Caillots d'agonie dans les deux cavités. — *Poumons*. Congestionnés, les bases sont, par places, comme calcifiées. Pas d'infarctus.

Reins. Petits, scléreux, gris-rougeâtres. Substance corticale amincie et capsule adhérente s'enlevant par places avec un peu de tissu rénal. — *Foie*. Type de foie cardiaque, un peu dur et scléreux probablement.

Reflexions. — 1° Cette observation est surtout intéressante au point de vue de la réunion des divers symptômes qui ont compliqué la lésion cardiaque : asystolie, arhythmie du cœur, embolies cérébrales, phlegmatia. — 2° L'obscurité des signes locaux d'auscultation constitue encore une particularité intéressante : la lésion est un type de rétrécissement mitral très accentué et les symptômes sthétoscopiques, loin de se révéler par le roulement présystolique classique avec dédoublement du second bruit, ne l'a produit qu'une fois, passagèrement et d'une façon douteuse. La faiblesse de la contraction cardiaque, effet de la dilatation et de l'altération du myocarde, l'existence d'une petite plaque laiteuse péricardique à la pointe, tels ont sans doute été les divers facteurs des anomalies présentées par la lésion dans ses manifestations cliniques. — 3° Enfin, l'absence de toute étiologie apparente, rhumatisme, etc., est un fait de plus à ajouter à la liste déjà nombreuse des rétrécissements mitraux, observés dans le sexe féminin.

Assistance publique. — Le dimanche 17 août, il sera procédé dans une des salles de la mairie du VIe arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

REVUE MÉDICALE

I. Le choléra, maladie du système nerveux ; par le Dr Chapman. — Masson, éditeur, 1883.

II. Le choléra asiatique. — Symptômes et traitement ; par W. Wakefield. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1883.

III. Le choléra, son traitement préventif. — Traitement dosimétrique des cholériques ; par le Dr Félix Paquet, de Roubaix, 1883, chez l'auteur, 3, rue Hippolyte-Lebas, Paris.

IV. Cholera in Egitto nel 1883 ; sua origine e misure igléniche e quarantenarie, contavole grafiche del doct. S. V. de Castro. Milano, 1884.

V. Instrucciones populares contra el colera morbo asiatico; par Felipe Ovilo y Canales. — Madrid, 1884.

VI. Le traitement du cholera ; par G. Hayem. — Cours de thérapeutique de la Faculté de Médecine, leçon du 8 juillet 1884, *Revue scientifique*, 19 juillet 1884.

I. L'auteur a eu l'occasion d'appliquer avec succès sa méthode de traitement du choléra par des applications, au moyen de sacs de caoutchouc, de glace, le long de la colonne vertébrale et d'eau chaude à la surface du corps. Ce traitement est la conséquence logique de cette doctrine de l'auteur, qui fait consister la cause immédiate de tous les phénomènes du choléra « dans l'hypérémie jointe à l'irritation excessive qui en résulte de la moelle épinière et du système nerveux ganglionnaire ou sympathique. » Le poison ou les germes cholériques n'existeraient que dans l'imagination des pathologistes. Par suite, le choléra « ne voyage pas » et n'est ni contagieux ni infectant. Il n'est pas possible, d'après le contenu de cet opuscule, de discuter ces affirmations de la nature purement dynamique de la maladie. Mais si les explications de l'auteur sont plus que douteuses, il est fort possible que ces phénomènes intimes auxquels il accorde le premier rang soient réels, mais secondaires, et que, par suite, le traitement qu'il préconise ait une utilité, ainsi qu'en font foi plusieurs attestations de médecins anglais.

II. M. Wakefield, médecin en retraite de l'armée britannique, ayant été à même d'étudier le choléra dans l'Inde, pendant plusieurs années, a voulu faire un exposé succinct de son histoire d'après ses propres observations et celles d'un certain nombre d'auteurs.

Dans l'histoire de la marche du choléra, rien de spécial à signaler(1); l'auteur rapporte les faits qui pourraient faire supposer qu'en 1503 il existait déjà dans l'Inde une maladie épidémique, qui était probablement le choléra. En 1774, son existence est assez nettement signalée parmi les indigènes, mais il n'est bien décrit qu'en 1817. Après avoir exposé les principales opinions sur la nature du choléra, l'auteur, qui écrivait avant la publication des travaux de Koch, se rattache entièrement à la théorie parasitaire, mais en accordant toutefois une importance exagérée aux recherches si étranges d'Hallier, publiées en 1867. Le mode de propagation du choléra est étudié avec soin ; l'auteur rapporte de curieuses observations personnelles. Il a vu à diverses reprises plusieurs cas de choléra se déclarer simultanément dans un même village, mais exclusivement sur le trajet d'une ligne droite qui aurait traversé la localité. Dans une caserne, il a vu tous les hommes occupant les lits d'une seule rangée être atteints, les autres étant indemnes. Enfin, l'auteur aurait vu un jour, il y a quatorze ans, un orage de poussière, accompagné de pluie et de grêle, éclater sur la forteresse de Gwalior, haute de 300 pieds, jusque-là indemne du choléra. Or, à peine l'orage se fût-il dissipé, que le choléra éclata en divers points de la forteresse et aux alentours, sur le rocher. Le même fait se serait reproduit l'année dernière.

A propos de la propagation par les ingesta, M. Wakefield signale un fait intéressant : il s'agit d'un repas mortuaire donné dans la case d'un indien de Delhi, mort du choléra, et auquel assistaient seuls les membres de la même caste. Le repas fut pris par terre, sur le sol même

(1) Nous relèverons toutefois l'erreur commise par l'auteur qui prétend que le choléra n'a plus reparu en Europe depuis 1866. — L'épidémie de 1873-74 est complètement passée sous silence.

© BIU Santé

qui avait été souillé par les déjections du mort. Quelques heures après, le choléra éclatait parmi les invités, et après huit jours, on comptait, exclusivement dans la caste, 73 malades et 46 morts. La maladie s'est éteinte ensuite.

Dans l'exposé de la symptomatologie, nous ne trouvons rien de bien spécial à signaler; nous voyons cependant que dans l'Inde la seconde période est beaucoup plus courte (huit à douze heures) qu'en Europe.

La mortalité, d'après l'auteur, serait de 75 0/0 en Orient et de 50 0/0 en Europe. Ce ne sont, bien entendu que des moyennes, la proportion étant éminemment variable. L'auteur est partisan des quarantaines, mais ne croit pas à l'utilité des cordons sanitaires. Pour lui, le meilleur antiseptique est l'acide phénique; c'est là une opinion un peu vieillie. Quant au traitement, il préconise l'acétate de plomb, la poudre de chaux et le nitrate d'argent combinés à l'opium. En somme, ouvrage intéressant, où domine la note personnelle.

III. Cet opuscule, dédié à Burggraeve et à Chanteaud, renferme l'exposé des idées de l'auteur sur le sujet susindiqué. Nous ne suivrons pas M. Paquet exposant ses idées, car ce ne sont que pures hypothèses formulées et affirmées catégoriquement. Exemple : « En définitive, c'est avant tout aux *centres cérébraux*, *intestinaux* et *hépatiques*, et aux *centres vaso-moteurs* du système bulbo-spinal, envahis par les parasites, qu'il faut rapporter l'acholie avec les troubles digestifs qui suivent. »

Les indications thérapeutiques de M. Paquet sont plus étonnantes encore. Ecoutez : « Le choléra est une maladie parasitaire, le fait du parasitisme du choléra ne fait de doute pour personne, et nous en trouvons une nouvelle preuve *dans le choléra des poules* (sic) ». Aussi, « le traitement préventif sera-t-il basé sur la connaissance de la maladie », et devra-t-on absorber nombre de granules de sulfure de calcium qui, entre autres mirifiques propriétés, « pourvoit à l'assolement des centres nerveux par l'élément soufre et l'élément chaux » ; nombre aussi de granules de leptandrine assaisonnés de sedlitz Chanteaud, etc. Quant au traitement de la maladie confirmée, il est si compliqué que l'auteur a dû dresser à la fin de son opuscule une longue liste, par période, des multiples drogues granulées et procédés qu'il préconise. Nous y remarquons l'hypophosphite de strychnine, le camphre bromé, la brucine, l'évonymine et toujours le sedlitz Chanteaud, etc., etc.

Ce court résumé donnera, je suppose, un aperçu salutaire de ce qu'est l'exposé des idées de M. Félix Paquet (de Roubaix) sur le choléra.

IV. L'auteur, qui est délégué italien au conseil sanitaire d'Egypte, a pu étudier sur place l'épidémie du choléra en Egypte dès son début. Il étudie d'abord son mode d'évolution dans les principales villes de l'Inde, et deux planches montrent, par des graphiques détaillés, les chiffres de mortalité par le choléra à Bombay et à Calcutta depuis cinq ans. Passant ensuite à l'histoire de l'épidémie d'Egypte, il affirme hautement son importation de l'Orient par une voie qui n'a pu être clairement élucidée. Une carte montre l'ordre d'envahissement des principales localités. On peut y suivre la marche singulièrement irrégulière du choléra. On voit ainsi le choléra, débutant à Damiette, n'envahir un point tout voisin, Kafre-Balir, qu'après avoir infesté vingt-quatre autres localités, toutes beaucoup plus éloignées. D'ailleurs, à Damiette, la maladie n'était pas née sur place, malgré des conditions sanitaires déplorables, mais pas plus mauvaises cette année que les autres et pas beaucoup plus que dans les autres villes d'Egypte.

D'ailleurs, la surveillance quarantenaire et celle des cordons sanitaires étaient moins rigoureuses qu'autrefois. Cependant, malgré tout, l'auteur croit qu'il serait possible, même avec les mesures actuelles bien appliquées, d'empêcher le choléra de pénétrer en Egypte. Une carte et plusieurs graphiques faits avec soin terminent cette brochure. On peut y voir les courbes détaillées de mortalité dans les diverses villes, comparées à celles du baromètre, du thermomètre, du pluviomètre et du nilomètre aux périodes correspondantes.

V. Ce petit livre de 80 pages a été écrit par un homme compétent, représentant de l'Espagne au congrès de Genève, qui a cherché à réunir sous une forme concise ce que l'on sait actuellement sur les divers points qui touchent à l'étude de l'évolution et de la prophylaxie du choléra. L'origine, l'évolution de la maladie, ses invasions successives sont décrites clairement et succinctement; les époques où elle survient surtout, les prédispositions, la mortalité comparée sont étudiées, et plusieurs tableaux statistiques permettent de suivre facilement l'auteur. L'histoire des congrès provoqués à diverses époques pour l'étude du choléra est faite à grands traits; les règles générales de l'évolution et de la propagation du choléra sont indiquées.

Enfin, l'auteur consacre la moitié de son ouvrage à l'exposé des précautions que doivent prendre l'Etat, les villes, les familles, les individus. Pour l'Etat, l'inspection sanitaire doit être établie avec soin; quant aux cordons sanitaires, le plus souvent ils sont mal dirigés et illusoires; les lazarets ne peuvent donner de bons résultats que quand les sujets qu'on y enferme sont séparés les uns des autres et qu'on emploie les précautions indiquées aujourd'hui par la science, sans cela « *es una ridicula farsa* », dit l'auteur; les conditions d'une bonne intallation de lazarets sont exposées avec soin. Les mesures que doivent prendre les villes, les familles et les particuliers sont exposées avec précision, nous n'y relevons rien de spécial. Enfin, comme désinfectants, l'auteur signale l'acide phénique, les sulfates de cuivre et de zinc, le chlorure de calcium, pour l'usage desquels il indique une série de formules; il signale aussi l'acide hypoazotique et sulfureux, dont il indique le mode de préparation.

En somme, bon petit ouvrage, qui aura l'avantage de donner au public espagnol des notions saines sur cette grave question de la prophylaxie du choléra.

VI. M. Hayem a voulu faire l'exposé de ce que doit être pour lui, aujourd'hui, la thérapeutique du choléra. Contre la diarrhée prémonitoire, il prône l'opium, surtout les piqûres de morphine, le sulfure noir de mercure ou le salicylate de bismuth. Lorsque la période d'état est établie, l'opium, le salicylate de bismuth, la glace, etc., sont indiqués suivant les cas. Le malade est-il entré dans la période de collapsus algide, une indication absolue se pose : remédier à l'énorme déperdition d'eau et de chlorure de sodium qui se fait par le tube digestif. M. Hayem croit qu'il sera bon d'essayer à nouveau, mais sur une plus vaste échelle qu'on ne l'a fait jusqu'alors, les injections intraveineuses d'eau distillée contenant, pour 1,000 gr. d'eau, 5 gr. de chlorure de sodium, 1 gr. d'hydrate de sodium et 25 gr. de sulfate de soude. Si la dose doit dépasser un litre, il serait prudent de diminuer la dose de sulfate de soude. Ce mélange, que l'auteur a pu injecter impunément à des chiens en quantité égale à celle de la masse de son sang, aurait pour indication de remplacer la masse d'eau salée qui est éliminée par l'intestin, tandis que par le sulfate de magnésie il produirait une constipation qui, chez le chien, peut être absolue pendant quelques jours. Pour le cas où les veines sous-cutanées seraient difficilement accessibles, M. Hayem propose de faire l'injection intrapéritonéale du liquide salé, en se basant sur son innocuité — fait bien connu — chez le chien. Il est à souhaiter, qu'à l'occasion, le professeur débute sur des sujets dans un état absolument désespéré, le péritoine de l'homme ne semblant guère pouvoir être comparé à celui du chien et même du cobaye.

M. Hayem insiste sur les autres moyens généralement employés, que l'on peut appliquer aux multiples symptômes de la période algide et de la convalescence. C'est, en somme, la morphine, le sulfure noir de mercure, le salicylate de bismuth et les injections intraveineuses d'eau salée dont il préconise l'usage dans le traitement du choléra.

L. CAPITAN.

© BIU Santé

BIBLIOGRAPHIE

La Gymnastique. Notions physiologiques et pédagogiques ; applications hygiéniques et médicales, par le Dr Collineau

C'est un traité complet qui, en 800 pages, expose tout ce qui a trait à la gymnastique.

Une première partie qui est toute historique envisage la gymnastique dans les civilisations Chinoise et Indoue, dans l'antiquité Grecque et Romaine et nous conduit, par les époques successives, jusqu'à la seconde génération des gymnastes modernes, 1800 : Ling, John, Clios et Amoros, et nous fait ensuite assister aux efforts persévérants jusqu'à nos jours. Cette étude faisait défaut jusqu'à ce jour et l'auteur l'a heureusement exposée.

La deuxième partie, consacrée à la physiologie, examine avec beaucoup de méthode, l'influence de la gymnastique sur les fonctions de nutrition et de relation considérées successivement et avec beaucoup de détails.

Dans la troisième partie, qui est le cœur du sujet, l'auteur étudie avec soin les attitudes et les exercices d'assouplissement, la marche, la course, le saut, la danse, les équilibres, la phonation, la natation, l'équitation et les jeux au triple point de vue hygiénique, médical et pédagogique.

La quatrième partie est consacrée à la gymnastique d'application, aux agrès et appareils avec appréciations sur la gymnastique suédoise, celle de chambre et la gymnastique militaire.

Une dernière partie est consacrée aux effets thérapeutiques de la gymnastique et permet au lecteur, en voyant les effets heureux d'une telle thérapeutique, d'apprécier tous les développements donnés par l'auteur à une question aussi importante.

Cet ouvrage, qui témoigne d'un long travail et d'un sage esprit critique, mérite d'être lu et surtout répandu.

Charpentier.

VARIA

Choléra.

Les décès cholériques de la semaine dernière se répartissent de la façon suivante :

	Toulon. et banlieue.	*Marseille.*	*Arles.*	*Aix.*
31 juillet. . . .	10	12	2	5
1er août	6	26	8	1
2 —	5	16	1	2
3 —	4	15	1	2
4 —	4	28	1	3
5 —	10	10	2	(?)
6 —	6	11	3	(?)

On signale en outre 2 décès à *Montfort-sur-Argens* ; 1 à *La Seyne* ; 6 décès sur 20 cas à *Gigean*, près Montpellier, 8 décès du 6 au 7.

D'autre part plusieurs cas suivis de décès auraient été constatés à *Vogué*, mais jusqu'ici il ne semble pas certain que l'on ait eu affaire au choléra asiatique ; il n'y a du reste pas eu de nouveau cas depuis mardi. — Des cas de choléra ont été signalés à Narbonne, à Carcassonne, à Chamot, à Barcelonnette.

Le Hâvre.—Le vapeur *Granville*, venant de Marseille, a eu un cas de choléra mortel durant la traversée. De plus il se serait produit un 2e cas dont l'issue n'est pas indiquée. Le navire a été mise en quarantaine dans les eaux anglaises (*Union républicaine de l'Eure*, 3 août).

Italie. — Une observation de 24 heures avec désinfection est imposée à Alexandrie (Egypte), à toutes les provenances d'Italie. En dépit des fumigations, des cordons sanitaires, des quarantaines, etc., le choléra a fait son apparition en Italie. On signale plusieurs cas à *Rio-Maggiore* (Rivière de Gênes) ; le premier malade était un ouvrier venu de Marseille ; ses déjections furent vidées dans le ruisseau où les femmes du village allaient laver leur linge. Il y aurait eu à *Pacalieri* (14 kil. de Turin), 24 cas de choléra (dont 8 décès), ce village de 2,700 hab. a été isolé par un cordon de troupes. D'autres cas sont signalés dans la province de Lucques, à *Garfagnana* et à *Canelli*, du côté d'Asti. D'après une correspondance du *Journal de Genève*, datée de *Milan* 2 août, on arrose abondamment les rues de cette ville avec de l'eau additionnée d'acide phénique (100 kilogr. par jour).

On signale encore 6 cas de choléra à *Lucques*, 4 à *Livignano* (province de Massa), 2 à *Seborga* (village alpin de 300 h.), 5 (2 décès) à *Vignarolo* (canton de *Cairo-Montenotte*), 2 à *Villafranca di Piemonte* (Turin), 1 à *Lambriasco*.

On raconte que M. Cohen, boursier à Paris, qui avait, paraît-il, esquivé la quarantaine a été arrêté à Turin le 2 août, et reconduit à la frontière où il devra subir la quarantaine de 7 jours (*France*, du 6 août).

En Italie l'affolement produit par l'apparition du choléra est à son comble. — Plusieurs de nos abonnés italiens nous ont prié de suspendre l'envoi du journal pendant la durée de l'épidémie, « *les journaux arrivant tout déchirés, et réduits presque au titre.* »

Plusieurs journaux ont reproduit les détails donnés par les journaux italiens sur les actes inqualifiables commis par des infirmiers ivres au lazaret de *Pian di Latte* (près Vintimille, frontière française). Quelques journaux français ignorant quelle était cette localité, n'ont pas hésité à la placer à la frontière suisse ; jusque-là il n'y avait qu'une erreur très pardonnable. Que dire des feuilles comme le *Matin* et le *Paris*, qui ont inséré sur ces excès des correspondances à sensation, datées soi-disant de Lugano, mais évidemment fabriquées à Paris ? Il n'y a pas à Lugano de lazaret, aucune sœur de charité n'y a été battue, aucun infirmier n'y a fait rébellion. Mais cela ne fait rien et l'histoire inventée n'en fera pas moins le tour d'Europe, causant injustement un tort grave aux Luganais. (*Journal de Genève*, 3 août).

Il semble, d'après le tableau ci-dessus et les renseignements que nous publions sur les localités atteintes, que : 1° l'épidémie est en voie de décroissance dans le Midi de la France ; 2° qu'elle semble s'étendre du côté sud-est, c'est-à-dire gagner l'Italie, suivant en cela la même marche de l'épidémie de 1884 venue d'Oran à Marseille.

Suisse. — Un décès par le choléra asiatique a eu lieu à *Versoix* (canton de Genève (Suisse). Il s'agit d'une femme venue avec sa famille (10 membres) de Marseille. Les chambres occupées par la malade et les effets ont été désinfectés ; la maison où le décès s'est produit n'est contiguë à aucune habitation, et les personnes qui s'y trouvaient ont été consignées jusqu'à nouvel avis. Le *journal de Genève* du 3 août, auquel nous empruntons ces détails ajoute : la populations de Versoix a fait preuve dans ces tristes circonstances d'un sang-froid parfait et l'on n'a vu chez elle aucun signe de ces tristes paniques qui ailleurs ont fait oublier trop souvent jusqu'aux plus simples devoirs de l'humanité.

Paris. — L'état sanitaire continue à être excellent. Il n'a été signalé de cas de choléra ni en ville ni dans les hôpitaux.

Décret relatif à l'organisation d'un service de surveillance.

Art. 1er. — Dans les gares de chemins de fer où le ministre du Commerce jugera utile d'organiser un service de surveillance médicale, les médecins délégués par le préfet du département auront le droit d'obliger les voyageurs qui seraient reconnus malades à suspendre leur route ; ils pourront les faire transporter, pour leur donner leurs soins, dans des locaux spéciaux aménagés à cet effet en dehors, mais à proximité des gares.

Art. 2. — Le ministre du commerce est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des Lois* (*Journal officiel*, 1er août).

Arrêté désignant les gares dans lesquelles un service de surveillance médicale sera organisé.

Art. 1er. — Un service de surveillance médicale sera organisé dans les gares ci-après :

Réseau Paris-Lyon-Méditerranée. — Cannes, Tarascon, Avignon, Valence, Lyon, Mâcon, Dijon, Nîmes, Montpellier et Clermont.

Réseau du Midi. — Cette, Narbonne, Toulouse, Montauban, Bordeaux, Tarbes.

Réseau d'Orléans. — Périgueux, Limoges.

Art. 2. — Les préfets désigneront les médecins qui seront chargés de ce service.

Art. 3. — Ces médecins seront tenus de se trouver dans les gares au passage des trains pouvant amener des voyageurs venant des localités contaminées.

Art. 4. — Il leur sera attribué, pour chaque vacation, une indemnité de dix francs, imputable sur les fonds du service sanitaire (*Journal officiel*, 1er août).

Circulaire adressée à Messieurs les Commissaires de Police du ressort de la Préfecture de Police.

Messieurs, par application de l'article 77 du code civil qui prescrit *hors les cas prévus par les règlements de police*, un délai de 24 heures entre le décès d'une personne et la mise en bière, il a

© BIU Santé

été décidé, d'accord avec le Conseil d'hygiène et de salubrité, que la mise en bière aurait lieu *d'urgence* en cas de choléra. Le cadavre d'une personne qui a succombé à une affection contagieuse, notamment au choléra, ne saurait en effet, séjourner sans danger dans un appartement, surtout lorsque la chambre qu'il occupe constitue à elle seule toute l'habitation d'une famille. Je ne doute pas que cette mesure, justifiée par les exigences de la santé publique, ne rencontre un accueil favorable, s'il y avait lieu de l'appliquer. Néanmoins, le cas échéant, je vous prie d'intervenir.

Vous voudrez bien, en pareille circonstance, user de prudence et de modération pour vaincre la résistance des familles, en leur représentant les dangers qui pourraient résulter pour la salubrité publique de leur refus d'obtempérer aux règlements administratifs. Les mises en bière d'urgence sont ordonnées par les maires, les médecins de l'état civil ou les inspecteurs de la vérification des décès. Je vous recommande, pour permettre à Messieurs les Maires, d'assurer le service de l'état civil dans le plus bref délai, de les informer des décès cholériques qui vous seraient signalés. Vous auriez soin, d'ailleurs, si vous étiez amené, à défaut d'un service de permanence dans les mairies, à faire procéder vous-même à une mise en bière d'urgence, de prévenir sans retard Messieurs les Maires.

Enfin, Messieurs, je crois devoir vous faire connaître qu'à l'avenir mon administration ne délivrera plus d'autorisation de transport de corps que lorsque la demande sera accompagnée d'un certificat médical indiquant la nature de la maladie qui a causé la mort. Les corps des personnes ayant succombé au choléra ne pourront jamais être transportés que dans des cercueils de plomb. Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire et de veiller à l'exécution des dispositions qu'elle renferme.

M. le Dr Anicet se basant sur l'action puissante du bichlorure de mercure comme antiseptique et sur ce que lors de l'épidémie de 1849 l'hôpital du Midi n'a fourni aucun cas de choléra, nous écrit pour recommander de prendre comme préservatif deux à trois pilules de Dupuytren dans le cours de la journée. Nous rappelons à ce propos que le sublimé a déjà été administré dans le choléra déclaré; dernièrement encore il a été employé à Toulon, paraît-il, sans grand succès.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, commencera un nouveau cours le mardi 12 août, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses qu'exige journellement la profession médicale.

Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition, on s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de 1 heure à 2.

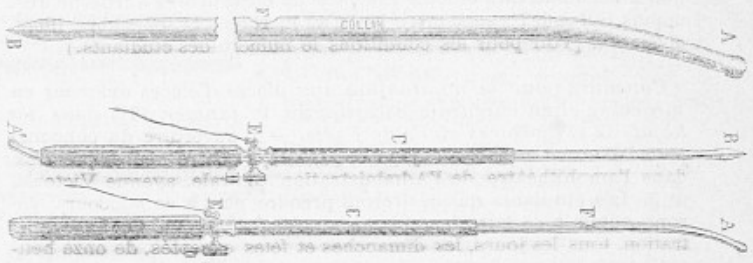
Clinique médicale. — M. Landouzy, agrégé, remplaçant M. le professeur Hardy à la Charité, fera, les mardis et samedis, 10 heures, des leçons cliniques.

Visite tous les jours à 9 heures : le jeudi examen et interrogatoire des malades par les élèves. Première leçon le mardi 26 août.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

M. le Dr Apostoli a déposé à l'Académie de médecine (séance du 29 juillet 1884), un mémoire : *sur un nouveau traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus*, suivi de 118 observations, dont voici les conclusions sommaires et caractéristiques :

1° Ma méthode consiste essentiellement dans l'application à l'utérus d'un *courant de pile, continu* et à *l'état constant*, sans aucune interruption pendant la séance; 2° *Le siège* de l'application, par l'intermédiaire d'une sonde en *platine*, est toujours *intra-utérin*, et doit intéresser toute *l'étendue de la muqueuse du canal utéro-cervical*; 3° Si l'hystérométrie naturelle est impossible à faire, on devra pratiquer une *ponction préalable, suivie d'une galvano-caustique négative*, pour créer un canal artificiel; 4° Le pôle actif intra-utérin sera *positif*, dans tous les fibromes *hémorrhagiques* ou qui s'accompagnent de *leucorrhée rebelle*; il sera *négatif* dans tous les cas contraires et en particulier lorsqu'il y a une *dysménorrhée intense* ou une *périmétrite* additionnelle, arrivée à la période chronique, lorsque tout état aigu aura cessé. Ce dernier pôle paraît activer la *régression* utérine plus rapidement que le précédent; il provoque souvent au début de son application des *hémorrhagies* salutaires que le pôle positif est ensuite destiné à réprimer, si elles se prolongent trop longtemps; 5° L'intensité sera la plus forte possible et atteindra progressivement en une ou deux séances, une moyenne de 100 *milliampères*, surtout dans les utérus très profonds et hémorrhagiques; *l'action thérapeutique sera en général fonction de l'intensité*; 6° Pour assurer à une cautérisation toute son intensité et son efficacité, 5 à 8 *minutes* suffisent en moyenne; 7° Le nombre des séances, variable comme la maladie elle-même doit être en moyenne de 20 à 30 pour assurer à l'utérus une régression suffisante et restaurer complètement la malade; 8° Le traitement devra comprendre de une à deux opérations par semaine, faites même en pleine hémorrhagie, s'il y a urgence



Hystéromètre à galvano-caustique intra-utérine du Dr Apostoli.

Fig. 81. Grandeur naturelle de l'instrument; A. Hystéromètre ordinaire; B. Trocart pour ponction; F. Encoche marquant la profondeur moyenne de l'utérus. — *Fig.* 82. Réduction de l'instrument total au 1/3. — *Fig.* 83. C. Manchon de caoutchouc pour isoler le vagin; E. Electrode; D. Vis pour serrer et fixer la sonde à la longueur voulue.

d'intervenir; 9° Pour rendre le *pôle cutané* indifférent et supprimer à son endroit et la douleur et l'eschare, il faut employer un électrode de *terre glaise* que j'ai proposé pour la première fois en 1882 dans le but d'augmenter à volonté la surface et diminuer la résistance de la peau; 10° Toute la technique opératoire se résume dans une *bonne hystérométrie*, l'opération n'étant elle-même qu'une sorte *d'hystérométrie thérapeutique* où toute action traumatique doit disparaître, pour ne laisser subsister qu'une action *électro-chimique* au plus haut degré; 11° La galvano-caustique intra-utérine amène rapidement une *régression* de tous les fibromes, surtout lorsqu'ils sont *interstitiels*, mais non leur disparition totale. Elle restaure complètement la femme, supprime les *métrorrhagies* et assure à l'opérée un bien-être rapide et durable.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 25 juillet au jeudi 31 juillet 1884, les naissances ont été au nombre de 1216, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 460; illégitimes, 172. Total, 632. — *Sexe féminin* : légitimes, 406; illégitimes, 178. Total, 584.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 25 juillet au jeudi 31 juillet 1884, les décès ont été au nombre de 993, savoir : 526 hommes et 467 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 15. T. 22. — Variole : M. .., F. .., T. .. — Rougeole : M. 8, F. 8, T. 16. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 6, F. 1. T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 10, F. 13, T. 23. — Dyssenterie : M. .., F. 1, T. 1. — Erysipèle : M. 2, F. 1, T. 3. — Infections puerpérales : 1. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 28, F. 21, T. 49. — Phthisie pulmonaire : M. 113, F. 54. T. 167. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 11. T. 20. — Autres affections générales : M. 27, F. 42. T. 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 24, F. 25, T. 49. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 7, T. 15. — Pneumonie : M. 20, F. 18, T. 38. — Athrepsie : M. 106, F. 101. T. 207. — Autres maladies des divers appareils : M. 132, F. 139, T. 271. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 20, F. 4. T. 24. — Causes non classées M. 3, F. 4, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 74 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25; illégitimes, 12. Total : 37. — *Sexe féminin* : légitimes, 25. illégitimes, 12. Total : 37.

Faculté de médecine de Paris. — Par décrets des 30 et 31 juillet, M. Lannelongue est nommé professeur de pathologie externe, et M. Armand Gautier, professeur de chimie médicale.

Nomination. — Le privat Docent Dr W. Biedermann, est nommé professeur extraordinaire de physiologie, à la Faculté allemande de médecine de Prague. — Le professeur Hermann (de Zürich), est proposé pour la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Berlin, devenue vacante par suite du départ de V. Wittich.

Clinicat. — *Maladies mentales* : chef de clinique, M. Gilson; adjoint, M. .

Hopitaux de paris. — *Concours pour les prix à décerner aux*

© BIU Santé

élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes. Année 1884.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi 8 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, il sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mercredi 24 septembre, inclusivement. (Voir pour les conditions le numéro des étudiants.)

Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes au 1er janvier 1885 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 9 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours, seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mercredi 24 du même mois, inclusivement.

Concours des asiles d'aliénés. — Ce concours sera ouvert le lundi 20 octobre 1884, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre et sera clos le mercredi 1er octobre 1884, à trois heures.

Conditions et programme du concours. (Extrait de l'arrêté préfectoral du 9 juillet 1880, approuvé par le Ministre de l'intérieur : Les candidats qui se présentent aux concours ouverts pour les places de médecin-adjoint des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière doivent justifier de la qualité de Français et être âgés de 28 ans au moins. Ils doivent justifier en outre : Soit de quatre années d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés et d'une année de doctorat. Soit encore de cinq années de doctorat. Les candidats doivent se présenter au secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces et signer au registre ouvert à cet effet quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Les candidats de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture du registre ne peut être accueillie. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Cinq jours après la clôture du registre d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'Administration pour connaître la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée qu'ils remettent au directeur de l'Administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration. Le jury du concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière se compose de huit membres, savoir : Quatre médecins tirés au sort parmi les médecins aliénistes des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, en exercice ou honoraires, et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne, après cinq ans d'exercice; et trois médecins tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires.

Les épreuves du concours pour la place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont réglées de la manière suivante: 1° une épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux pour laquelle il sera accordé trois heures; 2° Une épreuve clinique commune sur un malade. — Il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour développer oralement son opinion devant le jury, après cinq minutes de reflexion ; 3° Une épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade. — Il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade; et vingt minutes pour la dissertation, après cinq minutes de réflexion; 4° Une épreuve écrite comprenant une consultation après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation mentale. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de chacun des malades, et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation. La lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante; 5° Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. — Le candidat aura quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades et trente minutes pour la dissertation orale, après cinq minutes de réflexion. — Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour la première épreuve écrite, 30 points. Pour l'épreuve clinique commune, 20 points. Pour l'épreuve clinique sur les maladies mentales, à un seul malade, 20 points. Pour la deuxième épreuve écrite, 30 points. Pour l'épreuve clinique sur deux malades 30 points.

Association française pour l'avancement des sciences. — Pendant la durée de la session que l'Association Française pour l'Avancement des Sciences tiendra à Blois, du 4 au 11 septembre, sous la présidence de M. Bouquet de la Grye, une section d'*Archéologie* fonctionnera pour la première fois. Si, comme on peut l'espérer d'après les communications déjà annoncées, cette section fournit des résultats sérieux, elle pourra être maintenue pour les autres Congrès, parmi les sections régulières.

Pour tous les renseignements relatifs au Congrès pour lequel des réductions de prix ont été consenties par les compagnies de chemins de fer, s'adresser au siège de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Faculté de médecine de Würzburg. — L'année dernière nous avons donné la liste des *cours de vacances* qui ont eu lieu à Berlin; nous donnerons cette année la liste des cours de la faculté de Würzburg, regrettant que des cours semblables n'aient pas lieu en France : Dr Angerer, Privat-Docent ; cours de bandages et d'instruments. Dr Gad, Privat-Docent; répétitorium de physiologie. Dr Helfreich, Privat-Docent ; cours théorique et pratique d'ophthalmologie. Dr Kirchner, Privat-Docent : cours pratique des maladies des oreilles. Dr Matterstock, Privat-Docent: cours de percussion et d'auscultation. Dr Nieberding, Privat-Docent: cours d'accouchement et de gynécologie; cours d'opérations obstétricales. Dr Seifert, Privat-Docent; cours de laryngologie et de rhinoscopie: art de formuler (et exercices). Dr Bumm: cours de diagnostic obstétrical et gynécologique. Dr Fütterer : cours d'autopsies. Dr Hoffa: répétitorium de chirurgie et de médecine opératoire. Dr F. Müller: procédés employés pour les recherches médico-chimiques et microscopiques. Dr A. Müller: cours de diagnostic clinique d'ophthalmologie; cours d'opérations sur les ysux. Dr Moser: cours de percussion et d'auscultation. Dr Rotter: cours de diagnostic chirurgical. Dr Seuffert: cours de laryngoscopie. — Les cours commencent le mercredi 3 septembre.

Nécrologie. — Le *concours médical* du 2 août annonce la mort des Drs Jean (de Castelnaudary — Aude), et Alphéran (de Rians — Var). — La *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier* du 2 août annonce la mort à Cette du Dr Cathala, fils. — Le Dr Meilheurat est mort à l'âge de 80 ans, à Lapalisse, le 15 juillet, d'une congestion pulmonaire ; il exerça la médecine pendant 55 ans ; pendant plus de cinquante ans il fut maire de Lapalisse et conseiller général de l'Allier (*Union médicale*, 2 août). — Le *Conseiller médical* du 1er août nous apprend la mort du Dr Moyne, professeur titulaire à l'école départementale de Dijon. — Le Dr Bouillancy, chirurgien de marine, est mort à Marseille du choléra. — Le Dr Roretz qui a été pendant dix années directeur d'une académie de médecine au Japon, est mort subitement le 21 juillet, à l'âge de 37 ans, à Sievering, près Vienne (Autriche). — Mort du Dr J.-B. Jacquinet (de Châtantre-la-Grande, Seine-et-Marne), décédé à l'âge de 86 ans, le 22 juillet. — Nous apprenons le décès du Dr Navalichin (de Moscou), professeur de physiologie à l'école vétérinaire de Kosan ; du Dr J.-B. Schmidt, professeur à l'école des sages-femmes de Würzburg.

L'éloge de l'emploi du *Vinaigre Antiseptique de Pennès*, en lotions et en pulvérisations, dans le traitement des varioleux, après l'avoir mêlé avec quatre ou cinq parties d'eau, n'est plus à faire.

Aujourd'hui, il faut louer l'utilité et l'opportunité de cet antiseptique, pour préserver de la fièvre typhoïde et du choléra.

En effet, nombre d'attestations, signées des noms de 48 chefs de service des hôpitaux, témoignent de l'avantage que l'on trouve dans l'emploi comme désinfectant atmosphérique des habitations de ce *Vinaigre antiseptique* qui est en dépôt dans les principales pharmacies.

Un des aliments reconstituants, le plus complet et le plus énergique, est sans contredit le *Vin de Bayard à la peptone phosphatée*. Sa composition, sa facile assimilation, son action stimulante sur les organes de la nutrition, en font un tonique puissant bien capable en temps d'épidémie, d'augmenter la résistance organique de chaque individu, et par là même, de restreindre les terrains favorables à l'ensemencement des germes morbigènes.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES FOSSÉS-ST-JACQUES.

LA BOURBOULE

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE

Enfants débiles, Lymphatisme, Maladies de la peau et des Voies respiratoires, Asthme, Diabète, Fièvres intermittentes.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

TRAJET DIRECT DE PARIS A PLOMBIÈRES EN 8 HEURES

EAU EN BOISSON. — BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.
Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — ADRESSER LES DEMANDES DIRECTEMENT A LA *Cie de Plombières ou au Dépot Principal*, **Maison ADAM, 31, *Boulevard des Italiens, à Paris***

VALS

Eaux Minérales naturelles. Sources dont l'usage est admis dans les Hôpitaux civils de France.

PRESCRIPTIONS MÉDICALES :

SAINT-JEAN. Affections des voies digestives, pesanteur d'estomac.
PRÉCIEUSE. Appareil biliaire, calculs hépatiques, jaunisse, gastralgies.
RIGOLETTE. Appauvrissement du sang, pâles couleurs, débilité.
DÉSIRÉE. Constipation, incontinence d'urine, calculs, coliques néphrétiques.
MAGDELEINE. Maladies du foie, des reins, de la gravelle et du diabète.
DOMINIQUE. Souveraine contre les maladies de la peau, asthme, catarrhe pulmonaire, chlorose, anémie, débilité.

Détail : dans tous les Dépôts d'eaux minérales et les Pharmacies, au prix de **80** c. la bouteille.
Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — Dose, une bouteille par jour.

Le commerce doit adresser ses demandes à
LA SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, A VALS (ARDECHE)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du **Dr Clin**.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. —

Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande.

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées

délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :

Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la Coca envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de Coca. L'Elixir, le Vin et les Pastilles de Coca de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'Elixir de Coca de J. Bain est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*. — Le Vin de Coca de J. Bain est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

La publication de la *Chronique des hôpitaux* sera suspendue pendant les mois d'août et septembre. Elle sera reprise à partir du 15 octobre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

Archives de neurologie. — Sommaire du n° 22. — *Anatomie pathologique :* Du siège et de la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole ; par BITOT. — *Clinique mentale :* Incurabilité et guérisons tardives en aliénation mentale ; par MARANDON de MONTYEL. — *Pathologie nerveuse :* Eclampsie et épilepsie ; par Ch. FÉRÉ. — *Recueil de faits :* Note sur un cas de mélancolie anxieuse ; par SÉGLAS. — *Revue critique :* Jumping, Latah, Myriachit ; par GILLES DE LA TOURETTE. — *Revue d'anatomie et de physiologie.* — *Revue de pathologie nerveuse :* Contribution à la pathologie et à la thérapeutique du tabes, par RUMPF. — Sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes survenues dans les premiers stades ou dans le cours du tabes, par BERNHARDT ; — Un cas de tumeur cérébrale avec surdité centrale unilatérale, par STRUMPELL ; — Contribution à l'étude de la réaction dégénérative aux courants faradiques, par KAST ; — Hémiathétose aiguë du côté gauche sans lésion en foyer, par KIRCHHOFF ; — Contribution à la casuistique des tumeurs cérébrales, par RICHTER ; — Sur le substratum anatomique du tétanos, par SCHULTZE ; — Contribution à la localisation des paralysies saturnines dans les extrémités inférieures, par REMAK ; — Etat anatomopathologique dans un cas de paralysie infantile spinale existant depuis trois ans, par SCHULTZE ; — Situation de l'omoplate dans les paralysies du grand dentelé, par SEELIGMULLER ; — Contribution au traitement du tabes dorsal à l'aide du pinceau faradique, par RUMPF ; — Cas d'atrophie unilatérale de la face, par KUSTER ; — Convulsions idiopathiques de la langue, par BERGER ; — Absence apparente des nerfs olfactifs, par LEBET ; — Sur une cause de surdité, par LEPINE ; — Asymétrie du cerveau présentant des particularités relatives à la question des connexions qui existent entre les nerfs optiques et certaines régions de l'écorce du cerveau, par SHARKEY ; — Contribution aux localisations cérébrales, par SHARKEY ; — Pénétration d'un fragment de fer dans la substance cérébrale, par BURR ; — Rôle de la syphilis comme cause d'ataxie, par PREVOST ; — Cas d'hémiatrophie faciale progressive, par MIERZEJEWSKY et ERLITZKY. — *Revue de pathologie mentale :* Sur la disposition des fibres nerveuses à myéline dans l'écorce du cerveau, et leur manière d'être dans la démence paralytique, par TUCZEK ; — Trépanation dans l'épilepsie, par SAXTORPHE ; — Idiotie et imbécillité, etc., par MAGNAN ; Quelques modifications à apporter à la loi de 1838, par VOISIN ; — Les aliénés en Franconie, par RIEGER ; — Simulation des troubles psychiques, par SIEMENS ; — Rapports annuels sur les asiles d'aliénés, par NEUMANN ; — Experts en médecine légale criminelle, par NEUMANN ; — Maladies intercurrentes chez les épileptiques bromurés, par LE GENDRE ; — Voracité chez une épileptique par un tœnia ; — Folie induite, par LEHMANN ; — Affaiblissement psychique, par KRAEPELIN ; — Auto-accusation probablement fausse d'un aliéné, par HOESTERMANN ; — Pression cérébrale et psychose consécutive à une synostose prématurée, par LEIDESDORF ; — Rapport médico-légal sur un cas d'affaiblissement psychique primitif, par FRITSCH. — *Revue de thérapeutique :* Emploi des bains permanents dans le décubitus gangréneux des aliénés paralysés, par BERNHARD ; — Traitement de l'épilepsie par le bromure, par ROSENBACH ; — Injections hypodermiques de strychnine dans le traitement de quelques affections du système nerveux, par de CÉRENVILLE ; — Action de l'hyoscyamine, par FUCHER ; — La faradisation générale, par RICHTER. — *Sociétés savantes :* Société médico-psychologique, (an. BRIAND). — *Faria :* Relation d'un voyage psychiatrique en Danemark, en Suède et en Norwège, par CLAUS. (An. Kérowf). — *Bibliographie :* Leçons clinique sur les maladies du système nerveux, par BUZZARD, (an. MARIE) ; — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par BOURNEVILLE, DAUGE et BRICON, (an. MARIE) ; — Les aliénés en Italie, par BILLOD, (an. CHARPENTIER) ; — Etudes sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, par CHANTEMESSE, (an. COMBY). — *Index bibliographique.* — *Faits divers.*

Abonnements : Paris, 20 fr. — Départements, 22 fr. Etranger, 23 fr. — On s'abonne aux bureaux du *Progrès médical.*

CHANTEMESSE (A.). **Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte : les formes anormales en particulier** Un beau volume in-8 de 184 pages avec une planche lithographiquehors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr, 75

LAMBERT (P.) **Etude sur un nouveau procédé de chloroformisation par les solutions titrées.** Broch. in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

MAGNAN (V.) **Leçons cliniques sur la dipsomanie.** Faites à l'Asile Sainte-Anne. Recueillies par M. Briand. In-8 de 151 pages. — Prix : 2 fr. Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

MARCANO (G.). — **Du doigt à ressort.** Broch. in-8 de 33 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

MARIE (P.). — **Sclérose en plaques et maladies infectieuses.** Brochures in-8 de 29 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . 70 c.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

CORNIL. — Leçons professées pendant le premier semestre de l'année 1883-1884 (affections d'origine bactéridienne, pneumonie tuberculeuse, etc.). 1 vol. in-8 de 152 pages, avec 25 fig. — Prix 4 fr.

BEAUVOIS (F.). — Du ptosis et en particulier de son traitement chirurgical par la méthode de suppléance du muscle releveur de la paupière supérieure par le frontal. Broch. in-8 de 58 pages. — Paris, 1884. — A. Parent.

STALLO (J.-B.). — La matière et la physique moderne avec une préface sur la théorie atomique par C. FRIEDEL. 1 vol. in-8 de 244 pages cartonné. — Prix : 6 fr.

Librairie A. DELAHAYE et LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

BULLETINS et MÉMOIRES de la Société française d'otologie et de laryngologie. Publié par les soins du Comité : MM. Bayer, Gellé Menière, Moura et Baratoux secrétaire. — Vient de paraître le 1er fascicule du tome I,

BURQ. — Du cuivre contre le choléra et la fièvre typhoïde, préservation et traitement. Broch. in-8 de 183 pages. — Prix : 4 fr.

LAMBRON et DOIT. — Des affections vénériennes traitées par les eaux sulfureuses de Luchon. Broch. in-8 de 271 pages. — Prix : 5 fr.

SAINT-VEL (O.). — De la douleur physique et morale au point de vue physiologique et pathologique. Broch. in-18 de 181 pages. — Prix : 3 fr.

SÉE (G.). — De la phtisie bacillaire des poumons. Vol. in-8 de 627 pages, avec 2 planches. — Prix : 11 fr.

WECKER (De) et LANDOLT (E.). — Traité complet d'ophthalmologie. Anatomie microscopique par les professeurs A. Iwanoff, G. Schwalbe et W. Waldeyer. Tome II, 2e fascicule : Maladies du tractus uréal, du corps vitré, de la sclérotique ; glaucome par L. de Wecker. 1 vol. in-8 de 788 pages, avec 101 figures. — Prix du tome II, complet, 17 fr.

PITTELOUD. — Vaccination avec le vaccin de Lancy. Extrait de la *Revue médicale* de la Suisse Romande, 3 pages in-8. — Genève, 1884. — Librairie H. Georg.

WOOD (H.-C.) et FORMAD (H.-F.). — Mémoir on the nature of diphtheria. Appendix A. report of the national board of health for 1882. Broch. in-8 de 133 pages, avec 1 planche et 12 figures. — Philadelphia.

LINDORME (C.-A.-F.). — Scientific basis of eclecticism in medicine. Broch. in-8 de 20 pages. Topeka (Kansas), 1884. — The national eclectic medical association, Wm. S. Latta M.-D., président.

SCHOCMAKER (J.-V.). — Address on practical medicine. Br. in-8 de 16 pages. — Philadelphia, 1884. — The American medical association.

SOMMA (G.). — Sulla tracheo stenosi per ipertrofia congenita del timo. Broch. in-8 de 47 pages. — Napoli, 1884. — Librairie L. Vallardi.

Les honoraires des médecins et les compagnies d'assurances contre les accidents. Présenté au nom d'une commission. Br. in-8 de 15 pages. — Lille, 1884. — Imprimerie L. Danel.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

BAGNÈRES DE BIGORRE
Est une des Stations Thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr DURAND FARDEL)
EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES
L'EAU SULFUREUSE DE LA BASSÈRE
Est la plus richement minéralisée des Sulfureuses Sodiques (PETREQUIN et SOCQUET). — Se place en tête des Eaux Sulfureuses propres à l'exportation (FILHOL). — A une supériorité incontestable sur toutes les Eaux Sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des Sources (CAZALAS). — Trois ans d'embouteillage sans altération (OSSIAN HENRY).
Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

CROISIC (LOIRE-INFÉRIEURE).
ÉTABLISSEMENT DE BAINS DE MER
DE VAPEURS TÉRÉBENTHINÉES, ETC.
HYDROTHÉRAPIE MARINE.
Traitement spécial et héroïque des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. Guérison de la scrofule à tous ses degrés par les Eaux-Mères.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 33. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 16 AOUT 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Tumeur maligne du testicule.

Leçon recueillie par M. le Dr ROUTIER, chef de clinique.

Messieurs,

Le malade, dont je vais vous parler aujourd'hui, est cet homme couché au n° 26 de notre salle Sainte-Vierge : il nous dit que sa première maladie fut, il y a dix ans, une chaude-pisse suivie d'orchite du côté droit ; il avait oublié ces deux accidents, lorsque huit ans après, ce même testicule droit redevint gros, douloureux, sans motifs apparents, puis quand cette poussée aiguë fut tombée, la glande resta plus grosse qu'à l'état normal sans pour cela être douloureuse, sans que le malade se crût menacé de ce côté.

Pour la troisième fois, il y a trois mois, son testicule augmenta progressivement et arriva bientôt au volume que nous constatons aujourd'hui. En même temps se présentait un autre phénomène, il maigrissait, et perdait ses forces ; il ne souffrait pas cependant, et c'est surtout à cause du volume que présente sa tumeur qu'il est venu demander du secours à la chirurgie. J'insiste à dessein sur ce point particulier ; il a été pris il y a quelque temps de phénomènes dyspeptiques, de vomissements sans raison, ses digestions sont devenues difficiles et il a maigri.

Son testicule a quintuplé de volume, il est au moins gros comme le poing ; il est aplati, en galet, bosselé à sa surface. La consistance est dure partout, sauf en un point qui est fluctuant dans l'étendue d'une pièce de 5 francs. Il est lourd à la main, comme un organe charnu. Quand on le presse il est peu douloureux, et il faut, pour provoquer la douleur, presser très fort.

Si on veut chercher le testicule et l'épididyme on ne trouve pas leur point de réunion ; ils sont fondus ensemble, tout au plus dans les bosselures de la circonférence peut-on soupçonner la tête ou la queue de l'épididyme. Le scrotum n'est pas adhérent, ses veines ne sont pas volumineuses.

Les annexes du testicule, cordon, canal déférent, vésicules séminales sont indemnes, tout semble limité au testicule et à l'épididyme confondus en une seule masse. Du côté de l'abdomen, j'ai pu arriver à sentir, au niveau de la région lombaire ou plutôt dans la région pancréatique, une dureté, une masse qui semble partir de la colonne vertébrale et venir au contact de la paroi antérieure du ventre. J'ai cherché dans cette région, parce que toutes les fois qu'on a affaire à une tumeur testiculaire indécise il faut chercher l'état des ganglions, et vous savez que les lymphatiques du testicule aboutissent aux ganglions qui sont au niveau de l'origine des artères spermatiques.

Or, nous trouvons dans la région anatomique de ces ganglions une tuméfaction dure qui est certainement consécutive à leur gonflement, il me semblerait oiseux de chercher à quelle autre lésion nous pourrions avoir à faire.

Nous voici donc en présence d'une tumeur testiculaire qui a marché vite, car faisant bon marché de l'orchite qu'a eue ce malade il y a dix ans, nous ne pouvons faire remonter l'affection actuelle qu'à ce gonflement survenu sans cause il y a deux ans. C'est depuis cette époque que la tumeur a évolué ; c'est surtout depuis trois mois que tout a marché vite, augmentation rapide du volume du testicule, troubles gastriques, perte des forces, amaigrissement.

Quelle est donc la lésion à laquelle nous devons penser ? eh bien, nous pouvons dès à présent craindre une affection maligne.

En effet, ce malade n'a pas eu la syphilis et du reste, l'unilatéralité de la lésion, la forme de la tumeur, ces grosseurs senties dans la région pancréatique, tout nous éloigne de cette idée. Est-ce du tubercule du testicule ? Non, car nous avons trois raisons pour rejeter cette hypothèse, ni la prostate, ni le canal déférent, ni l'autre testicule ne sont malades, et du reste, le sujet n'est pas tuberculeux.

Reste une troisième affection qui, plus que toute autre, pouvait donner le change, c'est l'hématocèle de la tunique vaginale ; cette maladie procède en effet par poussées, mais il n'y a jamais de bosselures comme chez notre malade ; la tumeur est alors lisse, arrondie, uniforme ; cependant je voulais vous la signaler car les erreurs ne sont pas rares et les meilleurs cliniciens se sont fourvoyés.

Ici, les ganglions nous empêchent de commettre cette faute, contre laquelle du reste, les bosselures de la tumeur nous auraient prémunis. C'est donc une tumeur maligne, une de celles qu'on désigne sous le nom de cancer du testicule ; et nous pouvons ajouter que ce cancer date de deux ans.

L'orchite d'il y a dix ans n'a pas pour moi grande valeur. Tout a commencé lors du gonflement survenu il y a deux ans ; cette affection est restée longtemps stationnaire, un ou deux ans comme c'est l'habitude et puis est venue une poussée, celle d'il y a trois mois, qui va hâter la marche. Quand je dis cancer c'est un diagnostic banal, pouvons-nous faire le diagnostic de la variété ? Pour cela, je vais vous résumer quelles sont les variétés de cancers qu'on rencontre le plus souvent dans le testicule, c'est qu'en effet on trouve dans cette glande des tumeurs malignes de nature multiple, ce sont :

Le sarcome ou mieux les sarcomes ;
Le ou les carcinomes ;
Le lymphadénome ;
Enfin, l'enchondrome qui se trouve le plus souvent mélangé aux autres variétés anatomiques et qui, par conséquent, est rarement pur.

Notez avec soin que les tumeurs du testicule sont le plus souvent complexes ; il y a bien quelquefois des sarcomes ou des carcinomes simples, mais, dans beaucoup de cas, le sarcome est mélangé avec de l'enchondrome, celui-ci formant fort rarement une tumeur unique.

© BIU Santé

Il faut savoir aussi que ces tumeurs contiennent bien souvent des kystes : tantôt gros comme des pois, tantôt aussi gros comme une noix ; ces kystes s'expliquent facilement par la structure même du testicule qui est un organe tubulaire.

Je ne vous ferais pas l'anatomie pathologique de ces tumeurs, vous la trouverez décrite dans tous vos classiques. Je veux vous parler ici surtout de leurs caractères cliniques.

Le sarcome du testicule est surtout du sarcome fasciculé ; il n'envahit pas le testicule en bloc ; c'est surtout du côté du corps d'hygmore que vous trouvez le point de départ de la néoformation ; peu à peu elle augmente et remplit la tunique albuginée refoulant vers la périphérie les tubes testiculaires, qui bientôt n'existent plus qu'en un point très limité.

La tunique albuginée se distend, et bientôt le testicule devient gros comme un testicule de taureau, gardant sa forme et son apparence dans les premiers temps ; mais, à un moment donné, la tunique albuginée est envahie, se laisse distendre, rompre par places, la tumeur pousse des prolongements, ce sont ces bosselures que nous sentons chez notre malade. Jusqu'ici vous voyez que le scrotum est indemne, mais peu à peu, à travers la tunique albuginée, le sarcome va sortir sous forme de champignon et va envahir le tissu cellulaire du scrotum, puis la peau, et il y aura un bourgeon végétant comme ce que vous voyez au sein ; on arrive alors à la période d'ulcération.

Malgré tous ces désordres, le cordon est peu ou pas envahi, et quand il y a propagation à distance, elle se fait dans les ganglions abdominaux. Quand on enlève ces tumeurs, la récidive se fait, non pas dans la cicatrice, mais dans les ganglions lombaires ; ceux-ci sont envahis les premiers, mais bientôt ceux mêmes du médiatin sont envahis, et il se fait des désordres vers l'estomac et vers la circulation de la veine porte et des veines caves. Notre malade a beaucoup maigri, dit-il, il a eu ces désordres gastriques.

Dans notre cas particulier, malgré les difficultés qu'il y a à définir une tumeur mixte, je crois que c'est un sarcome avec enchondrome.

Je ne pense pas au carcinome, parce que c'est une affection qui évolue plus vite ; en 7 ou 8 mois, il détruit plus vite les enveloppes et arrive plus vite à l'ulcération.

Il y a cependant une rareté de carcinome qu'on appelle atrophique, qui évolue lentement, mais alors la glande devient dure, très petite, et le tout dure 5 ou 6 ans, même avec des ganglions lombaires.

Quant au lymphadénome, je le connais d'autant mieux qu'avec mon excellent ami Ch. Monod, nous avons publié un travail dans les *Archives générales de médecine* sur ce sujet, c'est une affection rare, souvent, bilatérale, tandis que le carcinome et le sarcome sont presque toujours unilatéraux. Nous dirons donc : enchondrosarcome avec masse ganglionnaire lombaire.

Quel est le pronostic ? si j'avais pu dès son début diagnostiquer cette tumeur, j'aurais dit c'est très grave, il n'est pas de sarcome plus malin que celui du testicule ; j'en ai opéré deux au bout de trois mois, sans ganglions, sans rupture de l'albuginée, ces malades ont eu des récidives en trois mois et la mort est arrivée en 6 mois ; ce mode d'évolution est la règle ; or, c'est bien pis ici, puisque notre malade a des ganglions, il est condamné à mort dans un délai rapide par le fait de cette propagation abdominale.

On a vu cependant certaines de ces tumeurs ne récidivant que tard ; mais sachez que dans la plupart des cas, ce sont des affections malignes à récidives promptes.

Pouvons-nous faire quelque chose ? si c'était au début, sans ganglions, j'aurais proposé la castration, espérant tomber sur un de ces cas heureux où la récidive est lente à venir : mais nous sommes liés, la castration réussirait certainement très bien, mais les ganglions resteraient, et notre opération serait un vrai coup de fouet qui ferait augmenter toute cette masse.

Nous ne sommes donc pas autorisés à proposer une opération, cependant que lui faire ? nous serons obligés d'employer un traitement purement moral. Nous lui mettrons un emplâtre, nous lui donnerons une potion calmante et si nous ne pouvons pas guérir notre malade, nous tâcherons au moins d'entretenir ses illusions pour adoucir ses derniers jours.

Nota. Les désordres prévus se sont produits ; la circulation veineuse sous-diaphragmatique est gênée, l'abdomen et les membres inférieurs sont tuméfiés, œdématiés, et la mort ne tardera pas certainement à mettre un terme aux douleurs atroces qu'éprouve notre malade, douleurs que nous ne pouvons qu'apaiser à l'aide d'injections sous-cutanées de morphine.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Note sur une sonde pour pratiquer le lavage de la cavité utérine et d'autres cavités. Sonde à canal en forme de fer à cheval ;

Par P. BUDIN, accoucheur de la Charité (1).

A. Injections intra-utérines faites chez des femmes qui avaient subi des opérations obstétricales.

Observation I. (Maternité.) — *Insertion vicieuse du placenta. Présentation de l'épaule droite en A. I. D. Version pelvienne par manœuvres internes. Fétidité des lochies. Injections intra-utérines.*

La nommée Camb..., femme Th..., âgée de 33 ans, exerçant la profession de couturière et ayant une constitution délicate, fut amenée à la Maternité le 7 juin 1884, à 9 h. 30 du matin.

Admise d'urgence parce qu'elle perdait une assez grande quantité de sang, cette femme déclare avoir toujours été réglée régulièrement tous les mois pendant trois jours ; le cours de sa menstruation n'a été suspendu que pendant cinq grossesses dont une s'est terminée avant terme et les quatre autres à terme. Tous ses enfants sont nés vivants et ont présenté le sommet. D'après le volume de l'utérus et la dernière époque de ses règles, 18 au 22 novembre 1883, cette femme semble être enceinte de 7 mois et une semaine.

L'examen obstétrical permit de constater : par le palper, que l'utérus était régulièrement développé, que la tête du fœtus ballottait dans la fosse iliaque droite et que l'autre pôle fœtal était au fond de l'utérus et à gauche.

On entendait le maximum des bruits du cœur à droite et sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic.

Pour pratiquer le toucher vaginal on fut obligé de retirer un tampon insuffisant qui avait été appliqué au dehors. Immédiatement après l'avoir retiré ainsi que des caillots qui remplissaient le vagin, on toucha et on obtint les renseignements suivants : Le col de l'utérus avait encore une certaine longueur, il était ouvert dans toute son étendue et on arrivait sur le placenta inséré vicieusement ; quel que fût le point exploré on ne put atteindre les membranes. Aucune partie fœtale n'était accessible.

L'écoulement sanguin étant momentanément arrêté, on put interroger plus complètement cette femme. Elle nous apprit

(1) Voir le n° 31.

© BIU Santé

qu'elle avait perdu du sang presque constamment depuis huit jours, mais que dans la nuit qui avait précédé son entrée à l'hôpital, elle en avait tellement perdu qu'elle avait fait appeler un médecin lequel avait appliqué le tampon. Elle croit aussi, nous dit-elle, avoir perdu de l'eau.

Cette femme est dans un état général mauvais qu'elle attribue avec raison — probablement — à beaucoup de misère et de fatigue; elle a une stomatite gangréneuse et son haleine est extrêmement fétide, on lui lave la bouche avec de l'eau de chaux dans laquelle on a ajouté un peu d'acide phénique.

L'hémorrhagie se reproduisant, Mme Henry fait appliquer le tampon par une des aides, il est gardé huit heures après lesquelles cette femme faisant des efforts d'expulsion et ayant des contractions utérines énergiques, on le retira, on toucha et on trouva le col court, ouvert, pas de partie fœtale, on fit une injection vaginale antiseptique, on pratiqua le cathétérisme vésical et on examina l'urine: il n'y avait pas d'albumine. L'hémorrhagie continuant, on applique les deux ballons superposés de Chassagny. Le plus petit est introduit dans le col, le plus gros reste dans le vagin. Il est gardé pendant une demi-heure et, lorsqu'on le retire, parce qu'il est en partie chassé hors du vagin, quelques caillots sont expulsés.

Le travail a fait des progrès, le col est effacé, l'orifice est souple et grand comme la paume de la main, le bras droit est engagé et descend dans le vagin, le plan latéral droit se présente en A. I. D. L'interne de service fait facilement la version et l'accouchement est terminé le 7 juin 1884, à 9 h. 10 du soir.

L'enfant a succombé à la fin du travail, il est du sexe masculin et pèse 1,940 grammes.

Immédiatement après l'expulsion du placenta on fait une injection intra-utérine très chaude — 45 degrés environ — avec de la liqueur de Van-Swieten pure. L'utérus se rétracte aussitôt, l'hémorrhagie est complètement arrêtée.

L'état de cette femme ne s'améliora que très peu, une demi-heure après l'accouchement elle eut un grand frisson et des vomissements. Elle avait eu des vomissements pendant le travail. On ne put arriver à la réchauffer qu'à l'aide de grogs très chauds et en l'entourant de boules d'eau chaude.

Elle fut transportée plus tard dans le service des femmes en couches, au n° 25 de la salle Baudelocque, on lui fit pendant la nuit plusieurs injections vaginales avec de la liqueur de Van-Swieten dédoublée. Malgré ces précautions, les lochies devinrent promptement fétides et le lendemain, 8 juin, Mme Henry lui fit une injection intra-utérine, en se servant de la sonde en métal du Dr Budin; l'orifice interne était déjà assez refermé, malgré cela, l'introduction de la sonde se fit facilement. Aussitôt après cette injection, la femme se sentit beaucoup mieux et les lochies furent moins fétides. Les journées du 9, 10, 11 juin se passèrent bien, les lochies étaient encore un peu fétides.

Le 12 juin, Mme Henry fit une seconde injection intra-utérine en se servant cette fois de la sonde utérine en celluloïde, du Dr Budin; l'orifice interne était refermé, l'introduction en fut pourtant très facile, car cette sonde, un peu amollie par l'eau chaude dans laquelle elle avait séjourné quelques instants, s'infléchissait et suivait ainsi très exactement les axes du bassin et de l'utérus. Cette femme est actuellement en bon état.

Observation II. (Dr Bar.) — *Rétrécissement du bassin. — Basiotripsie. — Injections intra-utérines.*

La nommée Bass..., primipare, entre à la Charité le 26 mars 1884. Elle venait de chez une sage-femme de la ville chez laquelle il y avait eu deux femmes atteintes d'accidents puerpéraux très graves. Le travail durait depuis près de trois jours. L'enfant qui se présente par le sommet en position O. I. G., est mort; le bassin est très rétréci (6cm 1/2). A son entrée à l'hôpital, la malade avait une température de 38°.

L'accouchement naturel étant impossible, M. Bar fait la basiotripsie le 27 mars; la délivrance est naturelle une heure après l'accouchement.

Le lendemain matin, 28 mars, la température est de 39°, les lochies sont fétides. On fait des injections intra-utérines toutes les demi-heures avec une sonde en métal du Dr Budin. On continue les injections pendant trois jours. Chaque injection ramène des débris de caillots; la fétidité des lochies va en diminuant.

L'orifice interne était dur, resserré, cependant la sonde, qui était assez grosse (elle mesurait 10 millimètres de diamètre), passait très facilement, la malade n'éprouvait aucune douleur.

Observation III. (Dr Bar.) — *Application de forceps. Phlegmon du ligament large droit. Lochies fétides. Injections intra-utérines.*

La nommée Marthe Mol..., primipare, accouche artificiellement le 27 avril 1884, d'un enfant vivant. La délivrance est naturelle, les membranes sont complètes. Les quatre premiers jours, la malade ne présente rien de particulier, la température est normale.

Le cinquième jour elle accuse une douleur vers la fosse iliaque gauche: deux frissons; les lochies sont un peu fétides. On lui fait des injections intra-utérines toutes les deux heures, on se sert pour faire ces injections d'une sonde en métal d'un gros calibre, modèle de M. le Dr Budin. Les injections sont faites très facilement avec cette sonde (huit injections le 2 mai, six le 3, quatre le 4, et une le 5, 6, 7, 8, 9 et 10 mai). Le sixième jour, douleur très vive à droite, plus de lochies fétides, on continue cependant les injections intra-utérines jusqu'au quatorzième jour après l'accouchement. On n'éprouve pas plus de difficulté pour les faire que le premier jour, le liquide revient aussi facilement.

Observation IV. (Dr Bar.) — *Cranioclastie dans un cas de présention de la face. Injections intra-utérines.*

La nommée Seig..., multipare, entre à l'hôpital de la Charité, le 15 avril 1884. L'enfant se présente par la face en M. I. D. T.; le bassin est légèrement rétréci, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 10 centimètres, déduction faite. M. Bar fait la cranioclastie, l'enfant était mort depuis le matin.

Le premier jour on fait quatre injections intra-utérines; le deuxième deux injections et les jours qui suivent jusqu'au 20 avril inclusivement on en fait une seulement. On introduit la sonde de M. Budin sans éprouver de difficulté.

Observation V (communiquée par M. Bonnaire, interne de la Maternité). *Plusieurs applications de forceps chez une primipare de 34 ans; fétidité des lochies; injections intra-utérines, au 4e jour des couches, avec la sonde en celluloïde du Dr Budin.*

La nommée Qué... Jeanne, âgée de 34 ans, primipare, à terme de sa grossesse, est apportée à la Maternité le 18 juin 1884. Le début du travail date de deux jours, et on a fait, avant l'entrée de la malade à l'hôpital, plusieurs applications de forceps restées sans résultats. A l'examen de l'état actuel, on a constaté que la tête est amenée au détroit supérieur en O. I. J. A.

Les membranes sont rompues, la dilatation de l'orifice utérin est complète; le fœtus est mort, M. Marchand pratique aussitôt une nouvelle application de forceps de M. Tarnier et, après des tractions énergiques, extrait un fœtus du poids de 3,600 gr. Après l'opération on constate que le bassin est rétréci au détroit supérieur (diamètre sacro-pubien, d'environ 9 cent.); le périnée a été incomplètement déchiré; la muqueuse du vagin a subi des attritions multiples.

Aussitôt après la délivrance, on pratique l'irrigation intra-utérine accoutumée, avec la solution de sublimé à $\frac{1}{1000}$ la femme est pansée avec le même antiseptique et on fait des injections vaginales fréquentes.

Le 4e jour des couches, les lochies deviennent fétides; la température s'élève; la femme éprouve de la douleur abdominale, avec une sensation de pesanteur et gêne à l'hypogastre. En présence de cet état général, je pratique une injection intra-utérine à la liqueur de Van-Swieten et j'emploie pour cette manœuvre la sonde en celluloïde du Dr Budin.

J'ai pu constater, dit M. Bonnaire, que cet instrument, que j'employais pour la première fois, présentait de nombreux

© BIU Santé

avantages sur le cathéter en verre, aplati et à coudure terminale.

a) Avec le cathéter en celluloïde, l'introduction du col s'est effectuée aisément grâce à la courbure totale de l'instrument.

b) La pénétration dans la cavité utérine s'est faite sans le moindre arrêt; alors que j'avais constaté qu'il était presque de règle de voir l'instrument de verre buter sur l'orifice interne du col, lorsqu'on opérait plusieurs jours après l'accouchement.

c) L'issue du liquide injecté s'est faite au fur et à mesure de sa pénétration dans l'utérus, entraînant des détritus organiques abondants et d'un volume supérieur à ceux qui peuvent passer à travers les yeux du cathéter en verre.

d) L'instrument est resté propre après l'injection.

Une seule injection a suffi pour déterminer un amendement immédiat de tous les phénomènes pathologiques et la malade est sortie le treizième jour de ses couches en parfait état de santé. *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du gonococcus (1).

Pour terminer l'exposé sommaire de l'histoire du gonococcus, il nous reste à parler de quelques travaux publiés soit dans d'autres pays, soit en France. En 1878, M. Bouchard (2) a observé dans du pus blennorrhagique « un micrococcus légèrement allongé et effilé à une extrémité, ayant l'apparence d'une virgule très courte », pouvant s'associer par deux (diplococcus), ou en forme de chapelets de 3 à 4 grains; ils seraient d'après cet auteur mobiles et animés de mouvements d'oscillation et de translation, libres ou dans l'intérieur des globules de pus. —Ce micrococcus qui se rapproche par certains détails du gonococcus, en diffère toutefois par sa forme en virgule (?) et par sa réunion en chapelets. — Depuis cette époque, M. Bouchard s'est, croyons-nous, complètement rallié à la description du gonococcus donnée par Neisser.

Dans une thèse récente (3), l'un des collaborateurs de ce journal, M. Jamin, dit avoir rencontré des micrococcus, sous forme de petits grains. M. Jamin, qui ne prononce pas le mot de gonococcus et paraît surtout s'appuyer sur les travaux de MM. Hallier, Salisbury, Jousseaume, Bouchard (voir p. 55, 57), hésite à affirmer « une certaine relation entre la présence de ces microbes et la nocivité du pus ». Toutefois, si on se reporte à la planche II de sa thèse, faite avec soin, l'on voit représentés (*fig.* 1) de nombreux gonococcus en amas, en dehors des globules de pus; la *fig.* 2 montre des cellules épithéliales et des globules blancs auxquels adhèrent des gonococcus isolés ou réunis (diplococcus); vers la gauche et en haut on distingue nettement un diplococcus situé entre les cellules. La plupart des dessins dans le texte (page 57) nous paraissent appartenir au *micrococcus ureœ*.

M. Martineau a entrepris de son côté des recherches sur le gonococcus; il en admet l'existence constante dans les affections blennhorragiques aiguës ou chroniques (4).

(1) Voir le n° 32.

(2) Bouchard. — *Des maladies par ralentissement de la nutrition*. Paris, 1882.

(3) Jamin. — *Etude sur l'urétrite chronique blennorrhagique (thèse de Paris, 1883)*; voir aussi *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, août 1884, p. 513-514.

(4) M. Lewin (de Berlin) n'aurait constaté qu'une seule fois la présence des gonococcus dans huit cas de blennorrhagie chronique.

M. Darier a institué en la clinique de M. Abadie une série d'expériences sur le gonococcus de la conjonctivite blennorrhagique. Mais il s'agit là de travaux en cours d'exécution, nous en parlerons plus tard et nous ferons connaître les résultats des cultures et inoculations essayées par MM. Martineau et Darier.

Les auteurs dont nous allons maintenant analyser les travaux n'admettent pas la spécificité du gonococcus. Eklund (1) a trouvé le gonococcus chez tous les blennorrhagiques.

« On peut constater, dit-il, que les gonococcus sont des disques plats et plans, et nullement des boules sphériques, car les bords de ces disques, et à l'exclusion de leurs faces, sont seuls imprégnés par le violet d'aniline. Il n'admet pas qu'ils soient l'agent spécifique de la blennorrhagie, car il les a rencontrés « dans les processus d'ulcérations aiguës et chroniques des intestins et des poumons et dans les stomatites ulcéreuses. Il signale de plus la présence constante chez les blennorrhagiens et les porteurs de chancres mous non seulement du gonococcus, mais encore celle d'un parasite filament qu'il a appelé *Ediophyton dictyodes* »; les filaments mycéliens sont anastomosés en réseaux continus avec angles de tous les degrés et avec mailles des formes les plus diverses. »

Ce dernier parasite revêterait 2 formes distinctes, α et β, dont nous ne croyons pas utile de parler. La description et les théories émises par M. Eklund nous paraissent du reste quelque peu fantaisistes.

M. Sternberg (2) a admis l'identité du gonococcus avec le *micrococcus ureœ* de Cohn; le gonococcus mis en contact de l'urine produirait toujours la fermentation alcaline. Il est douteux que M. Sternberg ait cultivé le véritable gonococcus, car celui-ci se distingue nettement par l'absence de chaînettes du micrococcus ureœ.

M. Gama Pinto (3) se basant sur ce que le gonococcus se rencontre d'après lui dans toutes les ophthalmies purulentes de quelque nature qu'elles soient, soutient que les affections blennorrhagiques doivent leur virulence à un principe inconnu et que le gonococcus est un parasite de l'air ambiant qui végète et ne se reproduit dans le pus blennorrhagique que parce qu'il y trouve des conditions favorables d'existence; il cite à l'appui de cette thèse le fait qu'il n'observa de gonococcus dans un cas de conjonctivite blennorrhagique que le 3e ou 4e jour après l'infection. Les inoculations faites sur l'homme ne semblent pas être favorables à la théorie de cet auteur.

Nous terminerons cette partie analytique en citant le travail (4) de M. Aubert, partisan de la théorie parasitaire de la blennorrhagie, mais qui a constaté trois fois dans une uréthrite à marche particulière la présence d'un organisme autre que le gonococcus.

Cet organisme consiste en une très grande quantité de petits corpuscules de forme ovalaire et légèrement allongés, fourmillant

(1) Eklund. — *Note sur les microbes de la blennorrhagie (Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. III, n°s 9 et 10, 25 octobre 1882, p. 540).

(2) Sternberg. — *The micrococcus of gonorrhoeal pus-infective virulence not due to the presence of this parasitic microorganism (The medical News*, janvier et mars 1883).

(3) Gama Pinto. — *Technica histologica dos microbios, em particular dos gonococcos, e propriedades pathogenicas d'estes ultimos (A medicina contemporanea*, 8 et 15 juin 1884). — Cet auteur ne laisse la lamelle recouverte de pus blennorrhagique desséchée qu'une demi-minute en contact avec les solutions colorantes.

(4) P. Aubert. — *De l'uréthrite bactérienne (Lyon médical*, 13 juillet 1884).

© BIU Santé

surtout en dehors des cellules de pus, et en bacilles moins nombreux épars au milieu des autres éléments. La dimension des éléments ovalaires est certainement inférieure à un millième de millimètre, et on trouve des formes intermédiaires entre ces éléments et les bacilles qui les accompagnent.

M. P. Aubert conclut de la manière suivante :

1° A côté de la blennorrhagie ordinaire, de beaucoup la plus fréquente et qui s'accompagne toujours de la présence du gonococcus de Neisser, il existe certains écoulements uréthraux caractérisés par la présence d'une quantité considérable d'éléments bactériens bien différents du gonococcus ;

2° Ces écoulements peuvent, comme l'écoulement à gonococcus, s'accompagner de cystite et d'épididymite, et commandent, dès lors, les mêmes précautions au point de vue du cathétérisme et de l'exploration du canal ;

3° Il est impossible de dire, quant à présent, si cette forme bactérienne est primitive ou secondaire, si elle est un type ou un état accidentel ; en d'autres termes, s'il existe des écoulements uréthraux provoqués primitivement puis entretenus par la présence de bactéries, ou bien si la pénétration et la substitution de celles-ci se fait à une période ultérieure de la blennorrhagie ordinaire. Peut-être ces deux types existent-ils.

La plupart des auteurs ont cherché à *cultiver* le gonococcus et à l'*inoculer* à l'homme. Les résultats ont été en général satisfaisants. Les mêmes essais ont été tentés sur les animaux, mais ils ont toujours échoué.

MM. Neisser, Leistikow, Krause, Löffler, ont cultivé le gonococcus en employant la méthode de Koch. Les propriétés des cultures obtenues leur démontrèrent la spécificité du gonococcus, mais les inoculations entreprises avec ces cultures sur la muqueuse de l'urèthre et de la conjonctive de singes, de chiens, de chats, de lapins, souris, pigeons, etc., ne donnèrent aucun résultat. M. Bouchard, en 1879, n'est pas parvenu à inoculer sur les animaux le micrococcus de la blennorrhagie ; il essaya de même sans succès l'inoculation (5e et 6e culture) sur un malade de la clinique d'Alger, atteint d'un pannus.

Les expériences de M. Rebatel (1) faites dernièrement sur les animaux avec le pus blennorrhagique ne furent pas couronnées de plus de succès (2).

Le gonococcus a été cultivé et inoculé avec des résultats positifs sur l'homme par différents auteurs, entre autres par Bokaï et Bockhart. Celui-ci choisit pour sujet un paralytique général âgé de 46 ans, n'ayant jamais eu d'affection uréthrale, et lui injecta dans l'urèthre des gonococcus d'une 4e génération, cultivés dans la gélatine nutritive par M. Fehleisen. Une blennorrhagie type en résulta ; M. Bockhart a, dans une planche annexée à son travail, reproduit quelques préparations provenant de ce malade. Sur la *fig.* 2 on voit très nettement des gonococcus sur les globules blancs contenus dans les vaisseaux sanguins ; cette figure représente une coupe transversale de l'urèthre ; on y remarque l'absence de gonococcus sur ou dans les épithéliums qui sont troubles et dont quelques-uns sont brisés ; les gonococcus siègent ici principalement dans les noyaux. — Nous ferons encore remarquer la *fig.* 3 qui représente des vaisseaux lymphatiques thrombosés par les gonococcus.

(1) Rebatel. — *Recherches expérimentales sur l'inoculation des maladies vénériennes aux animaux* (*Lyon médical*, n° 2, p. 41, 1882).

(2) Les essais d'inoculation de Welander avec des sécrétions ne contenant pas de gonococcus lui ont donné des résultats négatifs. Une faible quantité de sécrétion uréthrale (femme) contenant des gonococcus produisit chez l'homme une blennorrhagie.

Le malade mourut le 20 juillet 1882, dix jours après l'inoculation. L'autopsie montra de l'œdème du cerveau, de l'hydrocéphalie interne et externe, une atrophie de la substance corticale, de la pneumonie hypostatique ; des abcès multiples du rein droit (hypérémie du bassinet et du parenchyme rénal, etc.). Le rein gauche était normal, la muqueuse vésicale hyperémiée, celle de l'urèthre recouverte sur une longueur de 6 centim., d'un exsudat sanguinolo-purulent abondant, surtout à la paroi inférieure de la fosse naviculaire (l'inflammation disparaissait au niveau de la partie prostatique).

L'examen histologique démontra la présence des gonococcus dans la vessie et dans le rein droit. — Cette expérience de M. Bockhart est intéressante d'abord en ce qu'elle semble prouver que le gonococcus est bien réellement l'agent infectieux de la blennorrhagie et ensuite par la constatation de néphrite purulente, complication rare de la blennorrhagie.

En terminant, nous allons donner une description rapide du gonococcus, d'après les travaux des auteurs, dont nous venons de parler.

A l'état frais et sans être colorés ils sont mobiles ; leur forme est sphérique, à contours nets ; toutefois Neisser et Bockhart ont signalé une enveloppe hyaline. Ils se colorent facilement par le violet de Méthyl, la fuchsine, etc. Ils sont toujours très réguliers, d'égale grosseur, isolés ou formant des amas, soit en dehors, soit à la surface ou dans l'intérieur des globules de pus ; leur groupement en dehors des globules rappelle même fréquemment la forme d'une cellule ; selon quelques auteurs, les cellules épithéliales seraient envahies dans une proportion plus forte que les leucocytes. Ils ne forment jamais de chaînettes, ce qui tient à leur développement dans le sens transversal et longitudinal, mais on les rencontre souvent sous forme de diplococcus (1). Telles sont les principales particularités qui sont généralement acceptées par la plupart des auteurs.

Nous empruntons à M. Friedländer le dessin ci-dessous qui représente assez exactement la forme et l'arrangement du gonococcus.

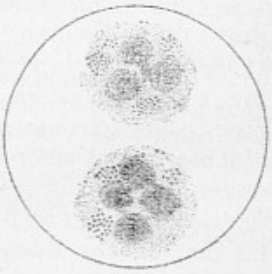


Fig. 84 empruntée à *Microscop. Technik zum Gebrauch bei med.-u.path.-anat. Untersuchungen.* Berlin 1884.

La plupart des siphiligraphes contemporains, tout au moins les virulistes (Besnier, Diday, Aubert, Doutrelepont, etc.), se sont ralliés à la nature microbienne de la blennorrhagie, établie sur une base scientifique sérieuse, tant par les cultures que par les quelques inoculations suivies de succès faites sur l'homme par MM. Bokai et

(1) Nous rappelons, en passant, que M. Majocchi a décrit dans l'herpès et l'impétigo contagieux un parasite analogue à celui de la blennorrhagie, mais un peu plus petit (*Spallanzani*, 1883).

© BIU Santé

Bockhart. Nous ajouterons que les gonocoecus se rencontrent également dans la blennorrhagie conjonctivale, ainsi qu'il ressort des travaux des auteurs que nous avons cités (1). P. Bricon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE COPENHAGUE.

Séance du 10 août 1884.

Copenhague, 11 août 1884.

Mon cher Directeur,

Le 10 août, au Palais de l'Industrie, a eu lieu à une heure la séance d'ouverture du Congrès international des sciences médicales de Copenhague. Là se trouvaient réunis près de 1,500 membres, représentant toutes les nationalités. De la cérémonie qui a débuté par une *Cantate internationale*, chantée par une Société d'étudiants, nous ne vous dirons rien, mais il n'en est pas de même des discours qui ont été prononcés. C'est d'abord le Président du Congrès, M. Panum, bien connu en France, qui a souhaité la bienvenue aux médecins étrangers qui s'étaient rendus à l'appel du Comité d'organisation. La langue française étant la langue officielle du Congrès, il fallait pour éviter de blesser toutes les susceptibilités, expliquer les raisons qui avaient primé en faveur de ce choix. La langue française, a dit M. Panum, est la véritable langue internationale, c'est la langue la *plus courtoise*, c'est celle que nous connaissons le mieux en Danemarck et qui est véritablement la plus répandue, c'est celle que le Comité a adoptée. Après les salutations d'usage, il a expliqué que Christiania et Stockholm n'avaient pu accepter d'être le siège du Congrès pour différentes raisons, mais que si Copenhague avait assumé cette lourde charge, c'est que dans la circonstance elle représentait tous les pays Scandinaves. Après lui, sir James Paget est venu proteste de l'amour des anglais pour le Danemark.

Enfin, M. Virchow a pris la parole en allemand : il a parlé très longuement, mais, au dire de personnes plus compétentes que nous, le célèbre professeur n'aurait pas soutenu la réputation d'orateur qu'il a de l'autre côté du Rhin. Les trois précédents avaient été chaudement accueillis, mais le véritable triomphe a été pour M. Pasteur. Du reste, il n'est pas un magasin de papeterie qui n'affiche son portrait, que le premier journal de Copenhague, l'*Avisen* a publié. A peine gravit-il les degrés que les applaudissements et les acclamations éclatent de toutes parts : il essaye de parler, il ne le peut tellement les démonstrations de sympathie couvrent sa voix : c'est la France qu'on acclame dans son représentant le plus illustre. En quelques mots, — car il a le mérite d'être court — il développe cette superbe pensée, que si la science n'a pas de patrie, l'homme de science lui, doit être patriote, et si les autres nations bénéficient de sa découverte, toute la gloire doit rester complète au pays qui l'a vu naître. C'est une juste revendication qui reçoit l'approbation de tous ceux qui n'ont pas perdu l'habitude de respecter le droit des gens. En résumé bonne journée qui finit par un discours de M. Panum et la lecture du compte rendu des séances préliminaires du Congrès par M. Lange.

Gilles de la Tourette et Bonnaire.

Discours de M. Panum.

Messieurs,

La faculté danoise de médecine, tous les citoyens de Copenhague, tout le peuple danois saluent aujourd'hui les membres du Congrès international des médecins : soyez les bienvenus dans la capitale du Danemark ! Nous nous sentons fiers de recevoir parmi nous les illustres représentants d'une des sciences les plus avancées. Plus que toutes les autres sciences, la médecine a acquis, par son but humain, un caractère international. Aucun autre état que celui des médecins ne s'est tellement approché de la vie banale des hommes et en même temps des plus hauts problèmes du savoir humain. Aucun autre état n'a autant mérité de l'humanité souffrante, ni contribué davantage à éloigner les maux qui résultent inévitablement de la civilisation croissante.

C'est avec reconnaissance que la faculté danoise de médecine, au nom du peuple danois, s'est chargée de recevoir le huitième congrès international. Elle a accepté d'autant plus volontiers cette tâche, qu'elle lui a semblé une preuve que le Danemark n'est plus regardé comme trop éloigné des centres de la civilisation ; elle l'a acceptée comme une preuve que les savants des autres pays savent y trouver une place suffisamment grande et un terrain assez riche pour que leur séjour parmi nous puisse profiter à leur science et à leurs fructueuses et bienfaisantes études.

Le Danemark ne tient pas, il est vrai, une grande place dans le conseil des nations, mais le Danemark a toujours senti que c'est le devoir des petites nations de travailler de toutes leurs forces à ne jamais rester en arrière partout où ce ne sont pas les facultés matérielles, mais les intellectuelles qui prédominent. C'est pourquoi aussi le Danemark avec une juste fierté peut se glorifier et d'avoir eu des hommes qui sous plus d'un rapport ont mérité de l'humanité. Le Danemark peut encore montrer des institutions scientifiques qui, même si elles ne sont pas des premières, pourtant ont bien suivi les progrès de la science moderne.

C'est avec ces sentiments de légitime fierté et de reconnaissance à la fois que le gouvernement danois, que le peuple danois, que la commune de Copenhague et la faculté danoise de médecine souhaitent la bienvenue aux médecins de toutes les parties du monde, leur assurant que de tous côtés, grands et petits, nous ferons tous notre possible pour les bien recevoir dans notre patrie.

Qu'ils soient les bienvenus, les membres du congrès des sciences médicales !

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances de juin et juillet 1884. — Présidence de M. Rolland.

Recherches sur les substances antiseptiques et des conséquences qui en résultent pour la pratique chirurgicale, par M. Ratimoff. L'auteur n'a pas seulement essayé de contrôler les expériences de ses prédécesseurs, il s'est placé à un autre point de vue que celui qu'ils avaient envisagé ; il a essayé toutes les substances antiseptiques employées couramment en chirurgie, à la fois sur des microbes aérobies et sur des anaérobies. Puis il a expérimenté sur des cultures faites dans le bouillon de veau ou sur la chair musculaire elle-même. Or, il a vu que pour les cultures faites dans la viande, il fallait une quantité d'antiseptique bien supérieure à celle qu'on emploie pour le bouillon. D'ailleurs, si les faibles quantités employées en chirurgie ne tuent pas les microbes, elles empêchent les spores de se développer, ce qui est le plus important.

Sur deux cas de suture secondaire du nerf médian avec rétablissement rapide de l'innervation dans les parties paralysées, par M. Tillaux. — M. Tillaux a pratiqué sur deux femmes la suture du nerf médian, sectionné, dans l'un des cas, depuis quatorze ans. Or, dans ces conditions, bien que les deux bouts nerveux fussent dégénérés et même fibreux, la sensibilité s'est rétablie en deux ou trois jours. Ces faits sont imprévus, mais indéniables ; peut-être l'avenir les expliquera-t-il.

De l'assimilation du maltose, par MM. Dastre et Bourquelot. — Il résulte des expériences de ces deux auteurs que le maltose injecté dans le sang d'animaux est brûlé directement et sans avoir été transformé par aucun suc digestif. Au point de vue de la facilité d'utilisation par l'économie, il se place entre le lactose et le glucose.

Sur le clapotage stomacal, par M. Audhoui. — Le clapotage stomacal, considéré par Chomel et ses successeurs comme une preuve de dyspepsie, se rencontre chez tous les individus qui viennent d'introduire quelque liquide dans leur estomac.

Le borax, comme désinfectant intérieur, par M. E. de Cyon. — Au moment où le choléra nous menace, M. de Cyon croit devoir recommander l'usage du borax à l'intérieur, qui serait un énergique parasiticide. L'auteur con-

(1) Nous avons laissé de côté tout ce qui a rapport à la *blennorrhée des nouveau-nés*. Nous renvoyons, à cet égard, à un travail en cours de publication de M. Königstein (*Der gegenwartige Stand unserer Kenntniss der Blennorrhoea neonatorum* (*Wiener Med. Presse*, 10 août 1884, p. 1016).

© BIU Santé

seille en même temps les lotions avec une solution aqueuse de cette substance.

M. Vulpian rend compte des nombreuses lettres reçues par l'Académie, recommandant des remèdes contre le choléra ; aucun de ces remèdes n'a de valeur.

M. Apostoli recommande un nouveau procédé de traitement des fibromes utérins. Il introduit dans l'utérus une électrode en platine. L'électrode négative d'une forte pile est constituée par une masse d'argile mouillée placée sur le ventre. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 août 1884.— Présidence de M. P. Bert.

M. Déjerine donne le résultat d'une autopsie dans laquelle il y avait une compression de la corde du tympan ; la malade avait une otite moyenne : en examinant de plus près, on constate que la corde du tympan était dégénérée.

Pendant la maladie on n'avait constaté aucun trouble du côté du goût, l'électrisation faradique des muscles innervés par le facial était conservée. Ceci démontre donc que la compression amenant la dégénération peut empêcher la contractilité. M. Déjerine présente le résultat d'une seconde autopsie.

Ce malade avait une méningite spinale postérieure dans un cas de tabes dorsalis, et concomitamment il y eut des troubles paraplégiques avec ou sans contracture. Dans ce cas, les lésions secondaires peuvent être attribuées à ce que la lésion spinale postérieure avait gagné les cordons latéraux et les avait enflammés.

M. Quinquaud a vu des individus mourir d'accidents urémiques, et à peu près dans toutes les périodes de la maladie, ces malades étaient ou des rétrécis ou des prostatiques.

D'après des expériences faites sur des animaux, en faisant soit la ligature des uretères, soit la néphrectomie, il a constaté que :

L'exhalation carbonique diminue ;

L'acide carbonique dans le sang diminue aussi, tandis que la capacité respiratoire du sang reste la même.

Il conclut donc en disant que ces individus meurent parce que les éléments propres qui forment l'individu ne respirent plus.

M. Quinquaud a constaté que si dans une urine prise par la sonde, la quantité d'urée dépasse 0 gr. 60 cent. p. 0/0, la mort est presque inévitable ; en effet, le malade se refroidit et meurt : si, au contraire, la quantité ne dépasse pas 0 gr. 45 centig. p. 0/0, le malade peut revivre.

M. Robin. L'urémie dyspnéique serait-elle due à la diminution de la capacité respiratoire du sang ?

M. Quinquaud croit que cette capacité respiratoire n'est modifiée en rien, et qu'il faut chercher ailleurs le point de départ de ces troubles.

M. Arragon vient donner un nouveau mode de pansement des plaies ; avec ce pansement, la guérison est plus rapide, et le symptôme douleur disparaît complètement après les premières applications. Il se sert de compresses trempées dans la décoction suivante :

Racine de valériane	30 grammes.
Eau	1.000 —

Sur 50 malades traités de cette manière, deux fois seulement il n'y eut pas de résultat.

Les plaies étaient soit par arrachement, soit par écrasement, et siégeaient au niveau du poignet, au niveau de la jambe, une fois on l'employa en injections tièdes pour une otite moyenne. La guérison a été obtenue en 8, 9 et 12 jours.

Dans tous ces cas, le symptôme douleur a été annihilé dès les premières applications du topique ; la douleur serait calmée par l'action de l'acide valérianique qui, probablement, agirait sur les terminaisons nerveuses.

Dans les cas où la plaie a un trajet profond, on n'obtient aucun résultat.

M. P. Bert. Le pansement agit-il comme les pansements antiseptiques ?

M. Arragon. Probablement, car dans un tube les micro-organismes ne se développent pas.

M. Strauss soumet à la Société quelques résultats de ses recherches sur le choléra. Les symptômes de cette maladie attirant l'attention sur l'intestin, il examina les tuniques intestinales, et c'est surtout dans la muqueuse et dans les glandes tubulées qu'il a rencontré des micro-organismes divers. M. Koch est plus affirmatif, il aurait trouvé dans 10 cas des micro-organismes analogues à ceux de la morve et le choléra serait produit par ces micro-organismes.

MM. Roux et Strauss n'ont pas trouvé ces micro-organismes dans l'intestin, et à Alexandrie comme à Toulon, en colorant les préparations avec une solution aqueuse de bleu de méthylène (même procédé qu'employait M. Koch), ils n'ont pas pu les découvrir : ces recherches ont été faites sur 11 cas.

A Toulon, ils ont étudié le contenu intestinal et ce n'est pas un bacille droit, mais un bacille un peu courbe, en virgule, qui est constant dans les cas de choléra foudroyant. Dans ces cas où la mort arrive en 6 ou 7 heures (16e et 17e autopsies), l'intestin grêle est revêtu par un mucus blanchâtre ressemblant à la leucorrhée vaginale. Ce mucus contient les bacilles en virgule, et ce seul bacille ; si le choléra, au contraire, est moins foudroyant, on trouve des micro-organismes divers mélangés avec ceux en virgule. Ce dernier bacille a donc une grande importance, mais on ne peut pas dire qu'il est la cause du choléra, car on l'a trouvé dans les eaux de Londres, dans les selles dysentériques, et dans la leucorrhée des femmes.

Dans les cas de choléra, le lieu d'élection du bacille est dans l'intestin grêle, surtout dans l'iléon, au niveau des plaques de Peyer.

En ce moment, MM. Roux et Strauss continuent la culture du bacille pour faire des inoculations sur les animaux.

M. Dumontpallier. La psorentérie existe-t-elle chez les malades ?

M. Strauss. Elle est constante dans les cas suraigus ; il y a en même temps une turgescence des plaques de Peyer qui sont entourées d'une collerette hyperhémiée.

En outre, on ne trouve pas de micro-organismes dans les vomissements des cholériques, probablement à cause de leur acidité.

M. P. Bert expose le résultat d'expériences sur l'anesthésie par le chloroforme chez les animaux.

Dans une première anesthésie, les muscles ont conservé leur motilité : si on pousse plus loin, on a une deuxième anesthésie, l'animal est en résolution complète.

Avec un mélange titré, on peut arriver à atteindre l'animal, partie par partie pour ainsi dire ; les pattes antérieures, le nez, les conjonctives, les pattes postérieures et enfin la cornée sont prises, au bout de 12 minutes à peu près : si chez l'animal le nez s'arrête, la respiration continuant, il y a danger et on doit arrêter la chloroformisation.

On peut donc dire que l'on dissocie ainsi la bulbe, et que l'action se fait en trois phases, agissant sur le nez, le larynx et les poumons.

M. Kunckell présente un petit appareil qu'il appelle un *valet compresseur* à l'usage des zoologistes et des histologistes. Il décrira l'appareil dans une prochaine séance.

M. Bloch est nommé membre titulaire par 9 voix sur 12.

La prochaine séance de la Société aura lieu le 12 octobre 1884. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 août 1884. — Présidence de M. Hardy.

Suite de la discussion sur le choléra.— M. Proust rappelle que M. J. Guérin a présenté dans la précédente séance un travail de M. Dutrieux Bey, médecin à Alexandrie. Dans ce travail, M. Dutrieux-Bey relate les observations qu'il a recueillies durant son séjour à Toulon et à Marseille, et arrive à conclure que l'épidémie actuelle a été précédée

© BIU Santé

par une période prodromique, dite diarrhée prémonitoire. Si ces conclusions étaient légitimes, elles justifieraient l'opinion de M. J. Guérin, relativement à l'existence d'une constitution médicale prémonitoire, toutes les fois qu'il s'agit d'une épidémie cholérique. Or, les faits sont tout à fait contraires à cette manière de voir. Ni l'enquête officielle de MM. Brouardel, Proust et Rochard, ni les renseignements fournis par les médecins de Toulon et de Marseille, ne viennent confirmer les idées de M. J. Guérin, non plus que les affirmations de M. Dutrieux-Bey.

M. J. Guérin maintient que le travail de M. Dutrieux constitue un document scientifique digne d'être observé et médité ; il se réserve, du reste, de prendre la parole dans une séance prochaine. D'ici là, M. J. Guérin se propose de se rendre à Marseille, à l'effet de recueillir et de puiser à des sources autorisées les renseignement susceptibles d'éclairer le débat actuel.

M. Larrey a reçu de M. Sedan, médecin de l'armée à Toulon, une lettre qui est, en tous points, confirmative des objections présentées par M. Proust.

M. Lagneau fait la lecture d'un rapport de M. Aubert sur le *recrutement dans le Calvados*.

M. Leroy de Méricourt lit un rapport général sur les diverses communications qui ont été adressés à l'Académie relativement au choléra. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 25 janvier 1884. — Présidence de M. Cornil.

22. Contusion oculaire par coup de poing. — Perte immédiate de la vision. — Absence de complications inflammatoires. Mort par cirrhose ; par M. Lucien Picqué.

Examen de l'œil. — En faisant une section de l'œil dans son grand diamètre, on trouve en arrière des procès ciliaires, à une distance d'environ 1 millimètre, une masse indurée dont la section mesure 1 millimètre carré et dont la forme est celle d'une bandelette saillante courant parallèlement aux procès ciliaires. Cette bandelette occupe, à ce niveau, environ une moitié de la circonférence de l'œil.

Au point de vue histologique, on constate qu'en cet endroit la choroïde est déchirée, on y voit facilement l'interruption des deux couches de cellules colorantes de cette membrane. De l'écartement des lèvres de la plaie surgit un bourgeon de forme arborescente, constitué par des faisceaux de tissu conjonctif de nouvelle formation et qui fait saillie dans le corps vitré.

La rétine, examinée en arrière de la lésion, présente, en plusieurs points, des accumulations de cellules entre elles et la choroïde ; ces amas donnent l'idée de décollement partiel de cette membrane due à la présence de ces éléments de nouvelle formation. A ce niveau, les diverses couches de la rétine existent, sauf celle des cônes et des bâtonnets, qui sont très altérés.

Aucune trace d'hémorrhagie ne persiste : on ne trouve nulle part de matière colorante ni de cristaux, ni de grains d'hématoïdine. L'axe du cristallin semble déplacé. Il n'a pas été examiné, mais il ne présente rien de particulier à l'œil nu.

Réflexions. — Cette note, due tout entière à l'obligeance de M. Rémy, agrégé, qui a bien voulu se charger de l'examen, se trouve annexée à l'observation clinique que j'ai publiée dans la *Gazette médicale* (1884). Elle m'a paru intéressante à vous montrer, en raison de la rareté relative des examens de ce genre et des conséquences qu'on en peut tirer pour le pronostic de cette lésion. Nous avons trouvé les lésions ordinaires de la contusion, rupture de la choroïde, déplacement du cristallin, décollements partiels. Signalons cependant la rareté relative de la déchirure. L'évolution ultérieure choroïdienne s'est faite rapidement et le sang, au moment de l'examen, était complètement résorbé. Au point de vue du retour de la vision, nous ne pouvons rien dire.

Les classiques, on le sait, admettent que les ruptures choroïdiennes et les décollements rétiniens peuvent guérir avec restauration fonctionnelle complète, mais il y a évidemment une question de degré et, dans notre cas, M. Rémy nous a fait constater une altération très marquée des cônes et des bâtonnets.

23. Hémorrhagie sous-méningée dans la région de la 2e circonvolution frontale droite. — Hémiplégie gauche et épilepsie partielle ; par M. G. Marfan, interne des hôpitaux

Un homme de 71 ans, vivant seul dans une chambre où il s'occupait à la confection d'épingles, est apporté à la Pitié, le dimanche 20 janvier, en état apoplectique (service du Dr Audhoui). Les personnes qui l'accompagnent nous donnent les renseignements suivants :

Dans la nuit de samedi à dimanche, les voisins l'entendirent se plaindre : le matin, ne le voyant pas descendre, ils pénétrèrent dans sa chambre, et ils le trouvèrent étendu dans son lit sans connaissance. Amené à l'hôpital après la visite du matin, on appela l'interne de garde, qui assista à une attaque épileptiforme. La surveillante raconte qu'il a eu dans la journée plusieurs accès pareils. Il avait un accès toutes les fois qu'on lui donnait à boire. Après chaque accès, le malade retombait dans le coma et reprenait sa respiration stertoreuse. De loin en loin, il sortait de cet état comateux et demandait très distinctement à boire : il n'y avait donc pas d'aphasie.

Le lundi matin, au moment de la visite, il fut trouvé dans l'état suivant : le malade est sans connaissance ; il est insensible des deux côtés et ne réagit à aucune excitation ; la respiration est stertoreuse ; quand le bras ou la jambe gauche sont soulevés, ils retombent lourdement ; du côté droit, au contraire, si on remue les membres, le malade rectifie doucement leur position ; la face est tirée du côté droit. En un mot, le malade présente une hémiplégie gauche sans contractures. Quand on eut quitté le lit du malade, la surveillante lui présenta à boire : immédiatement, l'attention fut attirée par un cri étouffé poussé par le malade ; on revient vers lui, et on assiste à une attaque convulsive. La paupière gauche et le front sont pris les premiers de secousses convulsives, et ces secousses se généralisent rapidement dans tout le côté gauche. L'accès dure 2 ou 3 minutes : le malade retombe après dans le coma. Le malade a sa dernière attaque épileptiforme le lundi à midi. Après celle-ci, le malade est resté dans le coma jusqu'à dix heures du soir, où il a succombé. Quarante-huit heures s'étaient écoulées depuis le début des accidents.

Autopsie. — Le cerveau ayant été enlevé, on examine les deux hémisphères. Le gauche est trouvé intact.

L'hémisphère droit, au contraire, présente la lésion suivante : En enlevant les méninges au niveau du lobe frontal, on amène un gros caillot de sang qui remplissait une cavité ovoïde, creusée dans la substance cérébrale et s'ouvrant sous les méninges. Il s'agit là d'une hémorrhagie dont le siège exact a été déterminé par des coupes. C'est dans la substance blanche qui est située sous l'écorce de la 2e frontale que paraît s'être faite l'hémorrhagie : la disposition du foyer semble indiquer que c'est consécutivement que l'écorce de la 2e frontale s'est perforée et que la lésion est devenue sous-méningée. Toutes les régions lésées habituellement dans l'hémiplégie (noyaux gris, centres corticaux, capsule interne) sont parfaitement intactes.

Réflexions. — Le contenu d'une lésion sous-méningée considérable dans le voisinage des centres moteurs rend parfaitement compte des accès épileptiformes. L'hémiplégie s'explique moins bien. On peut admettre qu'il y a eu compression de la capsule interne par le foyer hémorrhagique. On peut aussi se demander si l'hémiplégie observée au 2e jour de la maladie (le malade n'ayant pu être examiné le premier jour) n'était pas de l'hémiplégie post-épileptique.

M. Ballet dit que de semblables faits ne peuvent pas être invoqués contre la doctrine des localisations cérébrales,

© BIU Santé

à cause des phénomènes apoplectiformes récents et répétés. Il y a, dans ces conditions, une action de voisinage qui échappe à toute mesure, mais dont il faut tenir compte. Quant aux convulsions, leur apparition n'a rien d'étonnant en présence d'un caillot sanguin étalé à la surface des circonvolutions.

26.—M. Phocas présente une volumineuse hernie inguino-scrotale. Les signes étaient ceux d'une *épiplocèle*. L'opération ayant été faite, on trouva une anse de l'intestin grêle, mais pas d'étranglement. Ne s'agirait-il pas, comme l'a pensé M. Trélat, d'un véritable engouement gazeux. Il aurait suffi d'une piqûre pour évacuer le gaz et réduire l'anse herniée.

27. Epithelioma du 1/3 inférieur de l'œsophage. — Aortite chronique avec propagation au plexus cardiaque. — Pas d'angine de poitrine; par M. Parmentier.

Il s'agit d'un vieillard de 72 ans, entré le 10 janvier, salle Saint-Landry, à l'hôpital Lariboisière (service de M. Bouchard, remplacé par M. Barth).

Sans antécédents morbides autres qu'un emphysème, il présente une émaciation déjà avancée et dont le début remonterait à trois mois environ. Depuis cette époque, il souffre d'une douleur rétro-sternale sourde et continue, comparable à celle que produirait un corps étranger qui l'oppresserait; jamais il n'a présenté d'accès qui puisse faire penser à de l'angine de poitrine. L'alimentation donne lieu à une exacerbation manifeste des souffrances qu'il éprouve et à une sensation de plénitude intra-thoracique. Les solides sont rejetés quelques minutes après l'ingestion non par acte de vomissement, mais par véritable régurgitation, presque sans effort, et ordinairement mélangés aux liquides, qui sont cependant mieux supportés. Faisant boire le malade, il est facile de constater le bruit de glou-glou en auscultant la partie postérieure de la cage thoracique, vers son tiers inférieur et près de la colonne vertébrale. Il n'a eu ni vomissement sanguin ni hoquet; et la recherche des ganglions sus-claviculaires est négative, de même que la palpation de l'épigastre et de l'hypocondre gauche.

Les artères sont athéromateuses. Le pouls est plein, bondissant. La percussion du cœur permet de déceler une légère hypertrophie de cet organe, et, vers la base, l'étendue de la matité indique que la crosse de l'aorte est plus volumineuse que normalement et atteinte d'artérite. — L'auscultation fait entendre à la base et au 2e temps le souffle doux de l'insuffisance aortique. — Les urines ne contiennent pas d'albumine. — La température est normale. — Les jours suivants, le malade alla s'affaiblissant de plus en plus, et mourut le 21 janvier dans le cours d'une pneumonie lobaire inférieure droite.

Autopsie. — L'œsophage présente, à quatre centimètres du cardia, un rétrécissement permettant à peine le passage d'une plume d'oie, et mesurant 1 centimètre et demi de long. Au centre du néoplasme, face interne, ulcération. Les parties voisines sont tuméfiées et indurées. Au-dessus de cet épithélioma, on trouve une petite dilatation en forme de poche. Le cardia est sain.

Il existe sur le péricarde pariétal et viscéral de la péricardite sèche de date récente. — L'orifice aortique est dilaté et les valvules sigmoïdes sont épaissies. L'aorte offre sur toute sa longueur les caractères de l'artérite chronique, et en de nombreux points, près de l'origine du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive gauche, des plaques d'athérome. L'artério-sclérose est surtout prononcée à la naissance de l'aorte, dont les parois sont épaissies et la tunique externe injectée. — L'orifice des artères coronaires est libre, et ces vaisseaux ne sont rétrécis en aucun point de leur trajet, suivi dans sa plus grande partie. — La crosse de l'aorte est dilatée dans ses deux premières portions. Les poumons sont emphysémateux, et le lobe inférieur du poumon droit est le siège d'une pneumonie arrivée à la période d'hépatisation grise. — Les reins sont ceux de la néphrite interstitielle. — Le foie est normal.

Réflexions. — Etant données les altérations de l'aorte et du péricarde et l'injection de toute la région qu'occupe le plexus cardiaque, il est certain que ce dernier a été touché par l'inflammation, qui, peut-être, s'est propagée de l'aorte à la séreuse : or, le malade n'a jamais eu d'accès d'angine de poitrine. — En présence de ces faits, n'est-il pas juste de penser que la névrite du plexus cardiaque a donné lieu à cette douleur rétro-sternale sourde qu'accusait le malade et sur laquelle insiste M. Bucquoy, et de croire qu'à l'ischémie cardiaque seule doit être attribuée le syndrome morbide de l'angine de poitrine ?

28. Tuberculisation des organes génitaux de la femme; par Eugène Revillion, interne des hôpitaux.

Le 13 janvier 1884, la nommée M..., âgée de 51 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Landrieux).

Elle se plaint de diarrhée, durant depuis six mois. Ses matières fécales ont l'aspect typhique. Elle a de vives douleurs abdominales et des vertiges. Ces symptômes nous font d'abord croire à l'existence d'une dothiénentérie; mais, vu l'absence d'épistaxis, de gargouillement cæcal, de taches rosées, d'albuminurie et d'insomnie; vu, au contraire, l'aspect de la langue, laquelle est sèche et comme vernissée, et l'état des poumons, dont les sommets dénotent une tuberculose en voie d'évolution, nous modifions notre diagnostic et posons celui d'*entérite tuberculeuse*. Rien n'attire notre attention du côté des organes génitaux, la ménopause ayant eu lieu quelques années auparavant. L'isthme du gosier et le pharynx sont rouges et granuleux. L'auscultation du poumon fait entendre des râles secs et humides, des craquements, surtout au sommet gauche. Rien du côté du cœur.

L'état général est grave, la diarrhée persiste malgré un traitement approprié; bientôt survient un léger délire; la température, jusque-là élevée, s'abaisse peu à peu à la normale, les extrémités se refroidissent, le collapsus survient, et la malade succombe le 22 janvier.

Autopsie le 24 janvier, 46 heures après la mort. — *Poumons*. Le poumon droit est adhérent du haut en bas à la paroi costale, il est farci de tubercules en voie de ramollissement caséeux, ils sont tout à fait confluents au sommet, et disséminés dans le reste du poumon. Les ganglions bronchiques sont rouges, tuméfiés et dégénérés. Le poumon gauche est très dur à la coupe, il présente les mêmes altérations que l'autre, sauf au sommet, où l'on découvre 2 ou 3 cavernes, dans sa partie postéro-externe, à 3 travers de doigt au-dessous du point culminant. Ces excavations sont grosses comme des noix et placées les unes au-dessus des autres. Pas de lésion dans la trachée. — *Cœur* normal. Pas d'épanchement péricardique. — *Foie* gras, pèse 2,000 grammes. Pas de granulations à sa surface. — *Rate* volumineuse, congestionnée, consistance normale. — *Reins* sans granulations à leur surface; capsule non adhérente, surface corticale très pâle. — *Mésentère* parsemé de granulations miliaires sur toute son étendue. Les *lymphatiques* sont turgescents, les *ganglions* tuméfiés.

Intestin. Par transparence de la séreuse, on aperçoit déjà sur sa face externe des taches blanchâtres, faisant saillie sur le péritoine. Elles sont disséminées sur toute la longueur de l'intestin grêle et du côlon ascendant, abondantes surtout sur le cæcum, confluentes même en ce point, espacées ailleurs sans régularité. A l'ouverture de l'intestin, on constate qu'à chacune des taches qui se voyaient extérieurement correspond sur la muqueuse une ulcération, irrégulière, festonnée, plus ou moins profonde, à bords taillés à pic et décollés, à fond sanieux. Par-ci par-là, on trouve une plaque de Peyer ulcérée, du reste absolument semblable aux ulcérations que nous venons de décrire. Les parties avoisinantes sont rouges et tuméfiées. Les ulcérations sont disséminées dans tout l'intestin grêle et confluentes dans le cæcum.

Utérus et ses annexes. Rien d'apparent à l'extérieur sur le corps de l'utérus; au niveau de son col et du côté gauche se voit une ulcération qui intéresse l'épaisseur de la muqueuse. Le vagin est parfaitement sain.

© BIU Santé

La cavité utérine a conservé ses dimensions physiologiques, elle est entièrement remplie d'une substance blanchâtre, caséeuse. La muqueuse est profondément altérée, creusée de cavités anfractueuses de petites dimensions qui renferment cette même substance et la déversent dans l'utérus. Le col est vide jusqu'à son orifice interne.

Les trompes sont très augmentées de volume, acquièrent à leur extrémité libre le diamètre d'une forte plume à écrire, leur extrémité adhérente à l'utérus est moins volumineuse ; elles sont très flexueuses. Leur intérieur est également rempli de substance caséeuse, et leur muqueuse altérée comme la muqueuse utérine. L'une d'elles présente un kyste gros comme une petite noisette.

Les ligaments larges sont déformés par d'anciennes adhérences, mais ne présentent pas de lésions tuberculeuses. Les ovaires sont tous deux en dégénérescence caséeuse ; le péritoine présente à leur niveau des taches blanchâtres, saillantes, analogues à celles de l'intestin.

Méninges tout à fait dépourvues de granulations tuberculeuses. *Encéphale* normal.

Réflexions. — En résumé : tuberculose pulmonaire en voie de ramollissement, granulations sur le péritoine, ulcérations intestinales et, enfin, tuberculose des organes génitaux internes, cette dernière localisation ayant passé inaperçue pendant la vie, sans doute à cause de l'âge de la malade, qui avait passé la ménopause.

29. Tumeur des méninges cérébrales. — (*Sarcome angiolithique*). — **Hémiplégie, aphasie intermittente**; par M. J. Darier, interne des hôpitaux.

Le nommé G..., 37 ans, terrassier, est entré le 20 octobre 1883 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Bichat, n° 7 (service de M. Mesnet).

Cet homme n'a rien dans ses antécédents qui mérite d'être noté. Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Il y a quatre mois, il n'avait jamais présenté aucun symptôme de maladie cérébrale, ni céphalalgie, ni vertiges, ni attaque d'aucune sorte, ni faiblesse des membres. A ce moment, au mois de juin, il est un jour, pendant son travail, pris subitement et sans prodrome d'une perte de connaissance qui dure cinq minutes environ. Il tombe comme une masse, et quand on le relève, on le trouve paralysé des membres du côté droit. Cette hémiplégie est flasque, ne s'étend pas aux muscles de la face, n'est pas accompagnée d'anesthésie ; mais ce malade présente de l'incontinence des urines et des matières fécales. Pas trace d'aphasie. Quelques semaines après, tous ces symptômes avaient, à ce qu'il affirme, entièrement disparu. Trois jours avant son admission, le 17 octobre, il a une seconde attaque, avec perte de connaissance, hémiplégie et cette fois aphasie.

A son entrée, on constate la paralysie flasque du côté droit, l'intégrité des muscles de la face et de la sensibilité sur tous les points. L'aphasie est complète. Le malade entend pourtant et comprend quand on lui parle ; il tire la langue quand on le lui demande. Cette aphasie a été temporaire. Dès le lendemain, il pouvait articuler quelques mots, répéter ceux qu'on lui disait et même en trouver d'autres. Au bout de huit jours, il soutenait une conversation, avec un peu de fatigue il est vrai. C'est lui, cependant, qui a pu donner les renseignements ci-dessus à mon collègue, M. Poupinel, alors interne du service, lequel a bien voulu me les communiquer. Six jours après cette deuxième attaque, on a remarqué de la raideur du membre supérieur droit. Celui-ci entre bientôt en contracture véritable et n'est plus sorti de cet état. Le 29 octobre survient une troisième attaque identique à la précédente. L'aphasie disparaît également, mais en quinze jours seulement.

A partir de la mi-novembre, la parole était revenue, le membre supérieur était en contracture dans la flexion forcée et le malade ne pouvait aucunement s'en servir. Il se lève, peut marcher un peu, quand on le soutient. Le membre inférieur droit est parésié et il boite notablement dans la marche. Plusieurs fois, dans le courant du mois de décembre, il a pu descendre un étage et se promener dans le préau. Son intelligence est fort médiocre, il est dans un état de demi-hébétude et pleure à tout propos. Il gâte encore assez souvent. Parfois, lorsqu'il est debout, il est pris de vertiges, tourne sur lui-même et tomberait si on ne le soutenait. Il y a un peu de gêne de la déglutition, en ce sens qu'en mangeant, il est souvent pris d'accès de toux. Il semble ne pas pouvoir retenir dans sa bouche les aliments encore incomplètement mâchés, et une fois même, l'infirmier dut lui retirer du pharynx un gros morceau de viande qui l'étouffait.

Il toussait passablement, et l'examen de la poitrine révélait des signes de bronchite. Cœur absolument normal.

Jamais il ne s'est plaint de céphalalgie ; jamais il n'a présenté de convulsions épileptiformes, ni de vomissements. Pas d'albumine dans les urines.

Tel est l'état dans lequel nous l'avons trouvé et les symptômes que nous avons constatés à notre entrée dans le service, au commencement de janvier.

Le 20 janvier, le malade fut pris d'une quatrième attaque pendant la nuit. On le trouva le matin sans connaissance, en résolution musculaire aphasique, comme lors des attaques précédentes. Il n'a pas eu de convulsions, ni de délire. Deux jours après, la parole commence à revenir, mais la respiration est gênée et, le 23 janvier, le malade succombe après une courte période de coma.

Autopsie. — Tous les viscères thoraciques et abdominaux, examinés avec soin, ne présentent aucune lésion ; les poumons seuls sont congestionnés fortement à leur base.

La cavité crânienne nous réservait l'explication des symptômes constatés pendant la vie. La calotte crânienne, d'épaisseur et de consistance normale, présente à la partie antérieure et supérieure du pariétal gauche un amincissement et une adhérence considérable à la dure-mère. Ce point correspond à une tumeur dont on constate d'emblée l'existence, grâce à sa saillie et à sa consistance.

Cette tumeur a un volume supérieur à celui d'un œuf, comparable à celui d'une petite pomme. Elle correspond exactement au pied de la première circonvolution frontale gauche, circonvolution dont elle occupe et remplace la moitié postérieure. Le pied de la deuxième frontale est atteint dans sa partie supérieure. La frontale ascendante est également détruite en grande partie dans son tiers supérieur. La tumeur n'arrive pourtant pas à la scissure de Rolando, dont la sépare encore un bourrelet de substance cérébrale ayant 5 millimètres de largeur. Elle empiète sur une partie correspondante de la face interne de l'hémisphère. Tout autour de la tumeur, les veines de la pie-mère sont très dilatées et variqueuses. Les circonvolutions de tout l'hémisphère, celles du lobe frontal en particulier, sont comprimées et aplaties contre la boîte osseuse par ce corps étranger. C'est à cette compression et autres troubles circulatoires qu'on doit sans aucun doute attribuer les accès de paralysie temporaire du membre inférieur et d'aphasie intermittente. Le centre moteur du membre supérieur est en effet seul détruit. Sur une coupe verticale et transversale, on voit que le noyau néoplasique a déprimé la région des fibres blanches de la capsule interne et du corps calleux, mais n'atteint nullement les noyaux gris centraux.

La tumeur elle-même offre une consistance ferme, une certaine friabilité, une coloration d'un gris rosé sur la coupe. Sa surface est un peu déprimée au centre, mais lisse à sa face crânienne, laquelle a une apparence comme rayonnée. A ses points de contact avec la substance cérébrale, elle est bosselée par de petites élevures hémisphériques grosses au plus comme un pois ou une petite noisette. Un fragment écrasé entre les doigts ou entre deux lames de verre ne semble pas contenir de « sable cérébral ». Quant aux rapports avec les méninges, on trouve la dure-mère intimement adhérente à la dépression centrale que nous avons décrite. La pie-mère semble avoir disparu à ce niveau, mais les bords de la tumeur, ou plutôt de la coque cellulo-vasculaire qui l'enveloppe, se continuent avec elle. La tumeur ne se continue pas avec la substance nerveuse, elle s'en énuclée facilement, semble s'y être creusé une

© BIU Santé

loge; selon toute probabilité, le point de départ de la néoplasie serait donc la pie-mère.

Nous avons pratiqué au laboratoire du collège de France l'examen histologique de la tumeur. — Un fragment de la pièce a été mis 24 heures dans le liquide de Müller, puis, après un séjour de quelques heures dans l'eau, coupé au microtome, par congélation. D'autres préparations ont été obtenues par dissociation ou par le raclage d'une surface de section. Coloration par le picro-carmin, conservation dans la glycérine. — La tumeur est constituée par du *sarcome angiolithique* (Cornil et Ranvier), psammome de Virchow, épithéliome de Robin, endothéliome de quelques auteurs. On aperçoit sur la coupe des cellules d'apparence fusiforme, plus ou moins larges et assez longues, pressées les unes contre les autres, à noyau ovoïde, se colorant bien par le carmin. Par leur réunion, ces cellules forment des tractus longitudinaux, séparés par des tourbillons ou pelotonnements, au centre desquels on voit les corpuscules caractéristiques de ce genre de tumeur. Ces corpuscules ronds ressemblent beaucoup à des globes épidermiques. Ils sont composés de cellules aplaties formant une série de cercles concentriques, au centre desquels on trouve une ou plusieurs cellules plus grandes, granuleuses, souvent teintées en jaune par l'acide picrique.

Les vaisseaux, fort nombreux dans la préparation, ont des parois constituées par des éléments identiques à ceux du reste de la tumeur. Le liquide de Müller a conservé les globules sanguins dont on les voit encore remplis. Il est à noter qu'on trouve toujours plusieurs canaux vasculaires au voisinage des groupes de corpuscules dont nous avons parlé. Les dissociations dans lesquelles les différents éléments se séparent avec une grande facilité, permettent de les étudier mieux. Les cellules, qui semblaient fusiformes, se montrent pour la plupart aplaties, très larges, avec de courts prolongements et, en somme, analogues aux cellules endothéliales des vaisseaux ou aux cellules plates du tissu conjonctif. Les corpuscules sont presque tous fixés à un pédicule souvent rompu et dilacéré. Lorsque ce pédicule est conservé, on peut le suivre jusqu'à un vaisseau, qui s'est également laissé dissocier, et on constate ainsi la réalité de la pathogénie de ces corpuscules, telle qu'elle a été établie par MM. Cornil et Ranvier. Ces corpuscules ne sont presque pas calcifiés dans notre cas, ce qui doit sans doute être attribué à l'accroissement relativement rapide de la tumeur. Les dimensions qu'elle présente ne sont en effet pas habituelles.

30. Fracture intra-capsulaire du col du fémur avec engrènement des fragments; par M. Léonard, interne des hôpitaux.

A l'hôpital Ténon (service de M. Gillette), est entrée au n° 28 de la salle Delessert, la nommée Daucher, âgée de 70 ans.

Son visage est tuméfié, ses joues rouges violacées; elle est très oppressée, et, à première vue, on reconnaît une maladie du cœur : l'auscultation révèle en effet une insuffisance mitrale type. Cette malade nous raconte qu'elle a glissé sur une marche d'escalier et est tombée de tout son poids sur la hanche gauche; elle s'est relevée avec peine, a pu encore faire quelques pas, puis le jour même, 11 janvier, a été transportée sur un brancard à l'hôpital Ténon. Nous n'observons pas d'ecchymose au niveau du grand trochanter; la pression, de dehors en dedans, faite en ce point, est légèrement douloureuse; la pression au milieu du pli de l'aine fait crier la malade; nous insistons sur ce point, car cette douleur seule pouvait faire penser à une fracture du col. Et, en effet, le membre n'est pas dans la rotation, n'est pas raccourci; les deux épines iliaques antéro-supérieures sont sur la même ligne horizontale; la malade peut détacher le talon du lit, mais très peu, il est vrai, et cela avec une très grande difficulté. M. Gillette fléchit la cuisse, et l'enfoncement de l'articulation coxo-fémorale, fait avec le talon de la main, ne produit aucune douleur. Pas de crépitation dans les mouvements communiqués à l'articulation. T. 37°,8.

En présence de ces faits, M. Gillette admet de toute évidence une contusion de la hanche et rejette absolument une fracture du col. Quelques compresses résolutives sont appliquées au niveau de la hanche.

12 *janvier*. La pression trochantérienne n'est plus douloureuse, la malade détache un peu mieux le talon du lit; mais la douleur dans le pli de l'aine persiste avec son intensité première; le membre est toujours dans la situation normale. — Les jours suivants, aucun changement ne se manifeste; aussi M. Gillette, voyant cette douleur persister, se demande s'il n'y a pas là de fracture. — Cette femme mourut par syncope, le vendredi 18 janvier, c'est-à-dire huit jours après sa chute.

Autopsie.— Le diagnostic d'insuffisance mitrale est vérifié; le ventricule gauche est épais, graisseux, rempli par un caillot volumineux; le ventricule droit nous paraît indemne. Poumons très congestionnés. Foie gris, congestionné. Rate volumineuse, diffluente.

Nous avons désarticulé le fémur et scié cet os un peu au-dessous du grand trochanter; nous avons constaté alors une fracture intra-capsulaire du col du fémur. Cette fracture siège en avant, à l'union du col avec la tête; les deux fragments sont un peu écartés, de telle sorte que la tête est légèrement déjetée en arrière. On comprend également que le rebord de la tête ainsi déplacée ne permet pas de voir s'il y a oui ou non en arrière un trait de fracture. — Le périoste passe en avant, à la façon d'un pont, d'un fragment sur l'autre; aussi, la mobilité que l'on peut imprimer est-elle très restreinte, et *à priori* on pourrait croire à une fracture incomplète. Cependant, M. Gillette fait quelques réserves pour une fracture complète, avec engrènement du fragment.

D'après les conseils de M. Cornil, nous nous sommes mis en devoir de faire une section de l'os suivant le plus grand diamètre du col; mais la section n'a pas été terminée, que deux fragments se sont séparés : l'un interne, ayant pour base la tête fémorale et ayant tout à fait la forme d'un coin; l'autre, externe, présentait une cavité de réception.

Réflexions.— Cette observation a cela d'intérêt que tous les signes du col manquent, sauf la douleur persistante du pli de l'aine. Nous croyons donc que, si après une chute et un coup porté sur la hanche, une douleur vive au pli de l'aine vient à persister pendant plusieurs jours, on devra penser à une fracture du col du fémur, alors même qu'il n'existerait ni rotation, ni raccourcissement du membre.

31. Dénudation de la veine axillaire consécutive à l'extirpation de ganglions dégénérés dans un cas de cancer du sein. — Phlébite. — Mort par infection purulente; par M. Varnier, interne des hôpitaux.

La nommée Durand, 63 ans, entre le 23 décembre 1883, salle Cochin, lit n° 9 (service de M. Duret, suppléant M. Th. Anger).

Cette malade vient pour se faire opérer d'un squirrhe du sein droit ayant débuté il y a dix-huit mois et ulcéré depuis trois semaines. Les ganglions de l'aisselle sont pris, l'état général est satisfaisant. L'amputation du sein est pratiquée le 7 janvier 1884, par M. Marchand, suppléant M. Duret pour quelques jours. On fait la toilette de l'aisselle, d'où l'on extrait, par la dissection et l'arrachement combinés, plusieurs ganglions cancéreux. L'un de ces ganglions adhère à la veine axillaire, qu'on voit très nettement à la fin de l'opération dénudée dans une étendue de 3 centimètres au fond de la plaie axillaire. Réunion et drainage. Pansement de Lister.

Pendant les premiers jours, les suites de l'opération paraissent devoir être très simples; le soir du troisième jour, l'apyrexie est complète.

Le soir du sixième jour, la température remonte brusquement à 39°; atteint 40° le soir du septième jour, 40°,4 le huitième, et cela avec des rémissions matinales insignifiantes. En même temps surviennent quelques petits frissons, des vomissements; la langue est saburrale, la constipation opiniâtre. On cherche du côté de la plaie l'explication

© BIU Santé

de ces phénomènes inquiétants; il n'y a pas trace d'érysipèle, mais les sutures profondes suppurent abondamment et quelques points de la plaie, qui semblaient réunis, s'entr'ouvrent et suppurent également.—Aucune complication viscérale. La malade n'accuse de souffrances en aucun point. En présence de cette absence de complications soit locale soit générale, on attribue ces températures élevées à l'embarras intestinal et, en effet, l'administration d'un purgatif énergique le 14 est suivie dès le lendemain matin d'une chute de deux degrés et d'une amélioration très notable.

Pendant deux jours, on croit tout danger écarté; mais le 16 au soir, la température atteint de nouveau 39°. Le 17 au matin, 38°,2; la plaie se désunit sur toute son étendue et suppure abondamment; la malade s'affaiblit, ses traits se grippent; sa respiration est embarrassée, et l'auscultation fait découvrir de nombreux râles de congestion aux deux bases. Douleurs vives dans le bras, sur le trajet du faisceau vasculo-nerveux et dans l'épaule. — Même état le 18. — Le 19 janvier, le membre supérieur droit est le siège d'un gonflement œdémateux énorme, avec dilatation des veines superficielles. Il existe une douleur vive le long du bord interne du biceps, et l'on croit sentir à ce niveau un cordon induré. — Le soir, même état.

Le 20 matin, 38°,8. Même gonflement du bras droit. La respiration est fréquente, anxieuse; pas de point de côté, pas d'expectoration sanguinolente. A l'auscultation, on trouve dans toute l'étendue des deux poumons des râles humides, plus nombreux et plus fins en arrière, au niveau des bases. — Pas de grands frissons; pas d'albumine dans les urines.— Teint terreux, faciès grippé. — Douleurs vives dans le genou droit, où l'on constate l'existence d'un léger épanchement.

Le 21, la respiration s'embarrasse de plus en plus, progressivement, sans paroxysmes dans la dyspnée. — 40 respirations par minute. Signes de congestion et d'œdème pulmonaires. — Mort à huit heures.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Epanchements purulents dans le genou et l'épaule droits. — *Poumons* : Pas d'infarctus ni d'abcès métastatiques. — Congestion et œdème très marqués; foyers de broncho-pneumonie.—*Cœur* : Rien de particulier dans les cavités gauches; dans l'oreillette et le ventricule droit, on trouve un caillot blanc, non adhérent, paraissant ramifié, dont le centre est cruorique et que M. Duret considère comme un caillot veineux détaché. Pas de caillot dans l'artère pulmonaire. — *Foie* : 1,500 grammes, un peu pâle, sans abcès métastatiques. — *Rate* : 250 grammes, diffluente, ecchymotique, sans infarctus ni abcès. — *Reins* : Rien d'apparent à l'œil nu.

Veines du bras et de l'aisselle. — L'œdème du membre supérieur droit a presque complètement disparu; la peau est marbrée de lignes violacées, dessinant le trajet des veines sous-cutanées, qui sont gorgées de sang. On ne sent pas le moindre cordon induré sur le trajet des veines humérales profondes. Après avoir mis à nu le paquet vasculo-nerveux, depuis le pli du coude jusqu'à la première côte, en enlevant avec précaution la clavicule, on voit que les veines humérale et axillaire, au lieu d'être transparentes et noires, présentent des parois très épaisses, nullement transparentes, rougeâtres et ressemblent assez aux artères qu'elles accompagnent. La veine humérale se laisse aisément isoler de la gaine et des organes qui l'accompagnent; son calibre est égal à celui d'une plume de corbeau, régulier, sans renflements moniliformes. Il n'existe de pus sur aucun point de son trajet. La veine axillaire ne peut être isolée de la même façon; au niveau du point où elle se trouve en rapport avec la plaie axillaire, elle est entourée complètement d'une épaisse gangue inflammatoire, comme lardacée, criant sous le scalpel. — La dissection montre qu'en aucun point de cette sorte de gaine il n'existe de pus. — La veine sous-clavière, le tronc veineux brachio-céphalique et la veine cave supérieure présentent leur aspect normal.

Le paquet vasculo-nerveux est alors sectionné sur la première côte, au niveau du point où la veine sous-clavière apparaît normale. Par le bout central de cette veine, il s'écoule du sang mêlé de quelques grumeaux blanchâtres comme s'il s'y trouvait mélangé un peu de pus; par le bout périphérique, on voit sortir un liquide sanieux, semblable à de la lie de vin, rappelant tout à fait ce que Cruveilhier décrit dans les veines atteintes de phlébite suppurative. — La veine axillaire et la veine humérale, incisées sur toute leur longueur, se montrent avec des parois très épaissies. Cet épaississement est surtout marqué au niveau de la portion de la veine axillaire qui répondait à la plaie. Il existe en ce point un rétrécissement très marqué de la lumière du vaisseau et une teinte noirâtre, ecchymotique de la membrane interne qui, partout ailleurs, est rouge foncé, granuleuse. En aucun point des veines examinées, il n'existait de caillot. Ces veines étaient partout remplies de ce liquide sanieux, lie de vin, dont nous avons noté l'écoulement à la section et qui ressemble à du pus sanguinolent.

Réflexions. — Cette observation montre une fois de plus le danger de la dénudation des grosses veines, danger sur lequel Broca, Langenbeck, Wood, Ollier et Gross ont appelé l'attention. Si, en effet, comme le remarque M. Terrier, la dénudation des veines ne s'accompagne pas d'accidents lorsqu'elle est peu étendue et porte sur des vaisseaux peu volumineux, elle peut déterminer la thrombose et la phlébite lorsqu'elle atteint des vaisseaux de gros calibre.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

I. Eléments de physiologie générale; par W. Preyer. 1 vol. in-8, de 314 pages. — F. Alcan, Paris, 1884.

II. Manuel du laboratoire de physiologie; par Burdon Sanderson, Michael Foster et Laudur Brunton. 1 vol. in-8 de 614 p. et 184 fig. — Paris, 1883. — Alcan, libraire-éditeur.

III. La fisiologia del sonno; par G. Bordoni-Uffreduzzi. — Milan-Turin, in-8 de 52 p., 1884.

IV. La matière et la physique moderne; par J.-B. Stallo 1 vol., in-8 de 244 pages. — Paris, F. Alcan, 1884.

V. L'homme et l'intelligence, fragments de physiologie et de psychologie; par Ch. Richet. 1 vol. in-8 de 570 p. — Paris, Alcan, 1884.

VI. De l'alcool, sa combustion, son action physiologique, son antidote; par le Dr J. Jaillet. — Paris, O. Doin, in-8 de 178 p., 1884.

I. M. J. Soury nous donne, dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, la traduction d'un nouvel ouvrage du professeur W. Preyer, d'Iéna.

Ce livre, dans la pensée de l'auteur, ne serait rien moins qu'une introduction à la physiologie spéciale de l'homme et des animaux. Eh bien, nous devons avouer que notre désillusion a été grande. Un livre du professeur Preyer nous semblait devoir se passer de tout patronage, et, connaissant les précédents écrits de l'auteur, nous l'eussions recommandé de confiance. Nous ne pensions pas, en effet, que ce physiologiste de talent, lorsqu'il aborderait les questions physiologiques et générales, dût être à ce point incapable de généralisation et de synthèse.

Nous ne dirons rien des premiers chapitres de l'ouvrage. Sous prétexte d'histoire de la physiologie, M. Preyer refait pour la centième fois l'histoire des principaux systèmes philosophiques, depuis Thalès de Millet jusqu'à Claude Bernard, en tant que ces systèmes s'occupent de la vie et de ses manifestations. Cette histoire, trop condensée pour être complète, n'a même pas le mérite de l'originalité.

Quant aux questions de doctrine, nous ne saurions, sur plus d'un point, admettre la manière de voir de l'auteur. Tout ce qu'il nous dit de la nature de la vie ne peut être accepté qu'avec les plus expresses réserves : il y a là une méconnaissance absolue, voulue ou involontaire, de tous les faits dont la science s'est enrichie dans ces vingt dernières années.

La génération spontanée, que l'auteur répudie violemment, est pourtant, quoi qu'on en ait dit, le seul moyen

© BIU Santé

rationnel d'expliquer l'origine de la vie. Si on rejette cette hypothèse nécessaire, indispensable, on n'a plus qu'à invoquer des puissances surnaturelles, qu'à faire intervenir le miracle, à moins d'admettre, avec Preyer, la continuité de la vie. Pour séduisante qu'elle puisse être, cette conception n'en est pas moins en complet désaccord avec tout ce que l'astronomie et la géologie nous enseignent touchant l'origine des mondes et les premiers états par lesquels ils sont passés. Nous savons qu'au début notre globe n'était qu'une masse incandescente, à la surface de laquelle la vie était parfaitement impossible. Ce n'est qu'à la suite d'un refroidissement lent et graduel, accompli à travers une longue série de siècles, qu'ont pu se produire les combinaisons chimiques qui ont donné naissance aux premiers êtres vivants, pour aussi simples qu'on les puisse supposer.

Telle est, en substance, la théorie en laquelle nous avons foi; quoi qu'en dise Preyer, elle n'est point en désaccord avec la grande loi de la transformation des forces, elle n'en est au contraire, suivant nous, qu'une conséquence et qu'une éclatante confirmation. Cette théorie est, nous le répétons, la seule de nature à satisfaire pleinement l'esprit, en ce qu'elle repose sur les données les plus positives de la science et en ce qu'elle donne des faits une explication rationnelle, pour la seule intervention de phénomènes physico-chimiques. Le concept de la continuité de la vie ne saurait invoquer en sa faveur de semblables arguments; il ne repose que sur des sophismes et n'a pas le plus petit fait en sa faveur.

II. Le professeur Moquin-Tandon, qui s'était déjà fait apprécier comme traducteur, en nous donnant une édition française du *Traité de zoologie* de Claus, nous donne aujourd'hui une remarquable traduction de l'ouvrage ci-dessus. Le titre indique suffisamment dans quel esprit a été conçu ce livre. Ce n'est point un traité didactique de physiologie, indiquant, je suppose, quelle est l'action du suc gastrique, c'est plutôt un manuel montrant au physiologiste par quel moyen il pourra se procurer le suc gastrique, à quelles réactions chimiques il devra recourir pour étudier efficacement son action, dans quelles conditions expérimentales particulières il devra se placer, quels écueils il devra éviter. C'est donc un véritable guide pratique, dont l'utilité pour l'élève ne saurait être discutée, mais que le maître et le savant pourront également consulter avec fruit. Comme le remarque justement le traducteur, sa place est dans le laboratoire, au même titre que celle d'un manuel de dissection dans l'amphithéâtre.

Les expériences relatives à la circulation, à la respiration, à la chaleur animale, aux fonctions des nerfs et des muscles sont toutes décrites avec une précision et une sobriété de langage bien rares en un sujet aussi aride. L'étude chimique des substances albuminoïdes et des tissus est également traitée avec des développements suffisants; la digestion et les sécrétions occupent les 150 dernières pages du volume.

Ainsi présenté, cet ouvrage n'est assurément point un tableau complet de la technique physiologique; tel qu'il est, il est pourtant appelé à rendre les plus grands services, et c'est avec une satisfaction véritable que nous le signalons à nos lecteurs. Il vient en effet combler une lacune et répondre à un besoin qui, chaque jour, se faisait sentir davantage. En terminant, nous exprimerons seulement le regret que les physiologistes français, si habiles au point de vue opératoire, n'aient point pris l'initiative d'une semblable publication; il est fâcheux de toujours emprunter à l'étranger et de n'avoir point un livre vraiment français, exposant les perfectionnements sans nombre apportés dans nos laboratoires à la technique et à l'instrumentation.

III. L'intéressant mémoire du Dr Bordoni-Uffreduzzi, publié dans le tome III de la *Rivista di Filosofia scientifica*, n'a d'autre prétention que d'être un résumé complet des différentes doctrines qui ont été émises sur la nature et les causes du sommeil; il n'y a là aucune observation nouvelle, aucune recherche originale; la partie critique est peut-être même un peu trop négligée, car l'auteur nous semble attacher une importance exagérée à certains écrits pour lesquels une simple citation eût été suffisante.

Un premier chapitre est consacré à l'étude des modifications que subit l'organisme pendant le sommeil; puis, les modifications que le sommeil imprime au cerveau sont passées en revue; enfin, l'auteur recherche la nature et les causes du sommeil. Si, dit-il en concluant, la physiologie nous a fait connaître de façon suffisante les conditions générales qui précèdent ou accompagnent le sommeil, nous ignorons encore la cause prochaine de ces phénomènes. La question reste donc en l'état et le mémoire de M. Bordoni ne le fait pas avancer d'un pas.

IV. Ce nouveau volume de la *Bibliothèque scientifique internationale*, d'une lecture difficile pour qui n'est point familiarisé avec la physique et les mathématiques élevées, ne tient à rien moins qu'à présenter une nouvelle théorie de l'univers ou plutôt à indiquer la nécessité d'une nouvelle conception de l'univers, en montrant que la théorie atomo-mécanique, actuellement acceptée par tous, n'est pas la vraie base de la physique moderne. Déjà l'alarme est au camp des chimistes, et M. Friedel, dont le décès de M. Wurtz a fait le chef de l'école anatomique, s'est empressé, dans une courte introduction, de prendre la défense de sa théorie, à laquelle le livre de M. Stallo semble porter un rude coup. Allons-nous donc assister bientôt encore à une révolution dans les sciences physico-chimiques et astronomiques?

V. M. Ch. Richet a eu l'heureuse idée de réunir en un volume de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine* des articles écrits à différentes époques, soit dans la *Revue philosophique*, soit dans la *Revue des Deux-Mondes*. Écrits en un style varié, tantôt châtié, tantôt séduisant et léger, rédigés sous le coup d'inspirations diverses et offrant par conséquent une apparente dissemblance, les chapitres de ce livre n'en présentent pas moins une réelle unité; tous, en effet, relèvent d'une même méthode, l'analyse détaillée et scrupuleuse, physiologique pour ainsi dire, des phénomènes psychiques.

Nous n'insisterons point longuement sur ce remarquable ouvrage : la plupart de nos lecteurs le connaissent certainement déjà, en partie du moins, car certains des articles qui le composent ont fait quelque bruit lors de leur première publication. Nous voulons simplement attirer l'attention sur le troisième chapitre, *les poisons de l'intelligence* (*l'alcool, le chloroforme, le hachich, l'opium*), — et plus spécialement sur le quatrième chapitre, *le somnambulisme provoqué*.

Les chap. V et VI, *Les démoniaques d'aujourd'hui* et *les démoniaques d'autrefois*, ne sont pas moins remarquables. L'hystérie et l'hystéro-épilepsie y sont mises en regard des épidémies démoniaques et des épidémies de profession qui ont permis à la hideuse, quoique très sainte Inquisition de dresser tant de bûchers et de brûler tant d'innocentes victimes.

Le chap. VII et dernier, *Le roi des animaux*, est un chaleureux plaidoyer en faveur de l'animalité de l'homme. M. Richet combat, avec son bon sens habituel, l'opinion de certains anthropologistes, et notamment de M. de Quatrefages qui, en raison de l'instinct religieux qui serait inné chez l'homme, se refusent à reconnaître en celui-ci un animal peu différent, en somme, du singe ou de l'oiseau; il montre que les dissemblances invoquées, loin de creuser entre l'homme et l'animal l'abîme que l'on voudrait constater, ne sont que la manifestation d'une loi à laquelle tout est soumis dans la nature, à savoir le perfectionnement graduel des organismes. Entre temps, M. Richet, pour répondre à de turbulents et ignorants agitateurs, démontre la nécessité de la vivisection et établit que, sans cette méthode, la physiologie serait condamnée à l'impuissance.

Nous sommes heureux, en terminant, d'adresser à M. Richet nos compliments pour cet intéressant volume. La

© BIU Santé

place de cet ouvrage est bien dans une « bibliothèque de philosophie contemporaine. » Le temps est en effet passé, des spéculations métaphysiques, et l'avenir de la philosophie réside uniquement dans la science, particulièrement dans les sciences biologiques.

VI. Le Dr Jaillet, ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté, nous apporte un excellent travail sur l'alcool, résultat de nombreuses et délicates expériences.

Si on met une petite quantité d'alcool en présence du sang oxygéné, cet alcool se transforme complètement en acide acétique, mais cette oxydation ne se fait qu'en dehors de l'organisme : on ne retrouve aucune trace d'acide acétique dans le sang des animaux alcoolisés. Chez ces derniers, ce n'est donc point en se décomposant en acide acétique que l'alcool se détruira. L'expérience montre que leur sang contient d'autant plus d'acide carbonique que la dose d'alcool absorbée est elle-même plus considérable. C'est là une raison de croire que l'alcool se brûle dans le sang en fournissant de l'acide carbonique. Or, cette présomption se vérifie par l'expérience. Néanmoins, il y a lieu de penser que cette oxydation de l'alcool n'est pas directe, comme elle le serait dans une lampe à esprit de vin ; elle est au contraire graduelle, l'acide acétique, produit intermédiaire, se forme certainement dans chaque globule rouge et s'y brûle immédiatement, sans jamais se dissoudre dans le plasma sanguin.

Tout l'alcool absorbé n'est pas brûlé dans la circulation. On retrouve de l'alcool inaltéré dans les gaz de l'aspiration pulmonaire, dans les urines, dans les produits de la perspiration cutanée et dans différents viscères, tels que la rate, les muscles, et principalement le cerveau et le foie. La quantité d'alcool éliminé en nature est nulle quand la dose ingérée est très faible ou que l'alcool est très étendu ; l'élimination, par les divers émonctoires, est du reste proportionnelle à la dose absorbée. L'élimination de l'alcool en nature est d'autant plus rapide et abondante que sa pénétration dans le sang a été plus rapide et plus considérable ; la méthode hypodermique favorise considérablement cette élimination.

L'alcool est d'autant moins brûlé dans la circulation, que les phénomènes d'ivresse sont plus profonds. Ces oxydations sont empêchées ou retardées par plusieurs causes : diminution des mouvements respiratoires, stase veineuse et congestive des organes, ralentissement de la circulation, abaissement de la température, etc.

Le sang des animaux alcoolisés perd sa capacité respiratoire, et la diminution de l'oxygène est sensiblement proportionnelle à la dose d'alcool qui a pénétré dans la circulation. Ce phénomène a pour conséquence de provoquer l'asphyxie. Mais l'action perturbatrice de l'alcool sur le sang ne suffirait pas à elle seule pour arrêter l'hématose ; la mort arrive bien plutôt par la paralysie graduelle et progressive de l'axe cérébro-spinal.

Tous ces faits, que nous résumons rapidement, s'appuient, nous le répétons, sur des expériences nombreuses et bien conduites, autant que sur des observations cliniques relevées avec soin.

L'antagonisme de l'alcool et de la strychnine n'est pas un fait nouveau : dès 1876, Amagat l'a suffisamment démontré. M. Jaillet a cru pourtant devoir prouver derechef que la strychnine est un médicament énergique et certain contre les phénomènes mortels produits par l'alcool. C'est donc là l'antidote auquel on devra recourir. Mais il faut manier la strychnine avec prudence, car des doses trop fortes ne manqueraient pas d'amener la mort. Il ressort des expériences de Luton et de Dujardin-Beaumetz qu'on peut donner 15 milligrammes de sulfate de strychnine dans les vingt-quatre heures à des hommes en proie au délire alcoolique chronique. Dans l'empoisonnement aigu proprement dit, il faut débuter par un centigramme de strychnine et, toutes les trois heures, faire des injections d'un quart de centigramme, jusqu'à ce qu'on ait pu déterminer une légère exagération des mouvements réflexes.

Quant à l'action de la strychnine, voici comment l'auteur l'explique :

L'excitation bulbaire produite par la strychnine fait équilibre à la paralysie du centre respiratoire produite par l'alcool. L'animal n'en continue pas moins à présenter les effets comateux dus à l'alcool, l'anesthésie et la résolution musculaire persistent, le cœur reste désordonné en raison de la paralysie graduelle des pneumogastriques, mais la respiration ne se ralentit plus, et c'est là, pour ainsi dire, la seule raison de la persistance de la vie. R. Blanchard.

BIBLIOGRAPHIE

Notes de clinique médicale ; par le Dr H. Henrot, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'école de Reims (Ext. de l'*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, 1881.)

Cette brochure ne contient que trois observations, mais elles sont des plus intéressantes : 1° un *goître vasculo-kystique, traité et guéri par l'électrolyse capillaire ;* 2° *une hernie intestinale diaphragmatique du côté gauche*, affection rare entre toutes et parfaitement reconnue par M. Henrot ; 3° une *hémoglobinurie*, avec analyse des urines, par M. Lajoux, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims. Chaque année, depuis 8 ans, M. Henrot publie ainsi sous la rubrique : *notes de clinique medicale*, la plupart des communications faites à la Société de médecine de Reims ; le talent et l'honnêteté scientifique de M. Henrot rendent ce recueil de matériaux très utile à consulter.

Etude sur le traitement du diabète ; par M. le Dr Souligoux, médecin à Vichy. — Paris, 1883, chez A. Delahaye et Cie.

Nous dirons peu de chose de ce travail qui contient peu de données nouvelles mais seulement une critique de la plupart des médications tour à tour employées contre le diabète. La plus large place est réservée à la médication *alcaline*.

L'érythème noueux fébrile et ses complications ; par le Dr E. Rondot, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'école de Bordeaux. — Paris, 1883, J.-B. Baillière et fils, éditeur.

Dans cette étude intéressante, l'auteur s'applique à faire de l'*érythème noueux fébrile* une maladie générale dans laquelle la *fièvre* tient une large place. Tantôt cette fièvre précède l'éruption et s'éteint par des oscillations régulières quelques jours après le début des manifestations cutanées. Tantôt elle simule la *fièvre typhoïde*, mais elle s'en distingue facilement par les éruptions, les arthralgies, les névralgies, etc. Quelquefois on observe des complications viscérales plus ou moins graves ; M. Rondot a vu l'*endocardite* survenir dans 16 cas ; viennent ensuite la pleurésie, la bronchite, la pneumonie, la péricardite et l'albuminurie. L'*anémie* est en général très prononcée et peut persister pendant la convalescence. L'*érythème noueux*, pour M. Rondot, n'est pas d'origine *rhumatismale* ; c'est une maladie générale qui s'accompagne de *pseudo-rhumatismes* comme les maladies infectieuses, mais presque jamais d'arthrites aiguës véritablement rhumatismales. Cette conception, il faut le reconnaître, cadre fort bien avec les idées qui tendent à prévaloir dans le domaine de la pathologie générale.

Un caso di lissa umana ; par le Dr Raimondo Feletti (Extrait de la *Rivista clinica* de Bologne, 1882.

Il s'agit d'un garde municipal de 44 ans, mordu à la lèvre par un chien ; les premiers symptômes de la maladie se montrèrent quarante jours après ; la plaie avait été cautérisée au fer rouge, mais seulement 3 ou 4 heures après la morsure. L'auteur a trouvé dans le *sang* des *microcites*, et dans les reins du pigment. Le Dr Salvioli aurait retrouvé chez les chiens enragés les mêmes organismes.

Sulle vibrazioni delle costole nelle percussione del torace ; par le Dr Raimondo Feletti (Extrait de la *Rivista clinica de* Bologne, 1882.)

C'est une étude expérimentale qui, de l'avis même de l'au-

© BIU Santé

teur, n'a pas donné de résultats utiles pour la pratique. J'avoue, pour ma part, que je ne vois pas bien le but que le Dr R. Faletti poursuit.

VARIA

Le choléra.

Les décès cholériques de la semaine se répartissent de la façon suivante :

	Toulon. et banlieue.	*Marseille.*	*Arles.*	*Aix.*
7 août.	5	11	3	2
8 —	7	10	4	3
9 —	2	15	6	2
10 —	3	14	2	3
11 —	8	15	2	2
12 —	3	15	4	
13 —			1	

Plusieurs autres décès ont été signalés à *Gigean* (près de Montpellier) (l'épidémie a fait dans ce village d'assez nombreuses victimes), à *Bouillargues* (près de Nimes) (2), à *Robiac* (1), à *Ruoms* (5 le 10 et 6 le 11), à *Avignon* (1), à *Vogué* (4 le 8, 2 le 9, 6 le 10 et 5 le 11), à *Saint-Jean la Buelle* (près Orléans) (1), à *Béziers* (1), à *Cette* (5), à *Bessèges* (2), à *Castillon* (1), à *Pézénas* (1), à *Bette* (5), à *Perpignan* (5), à *Privas*, à *Carcassonne*.

Toulon. — Les obsèques de l'infirmier Pouliquent ont eu lieu hier à 2 heures du matin au milieu du concours d'un grand nombre d'infirmiers de l'hôpital maritime. Au cimetière le quartier maitre infirmier Thomas a prononcé quelques paroles.

Paris. — Jusqu'à présent aucun cas de *choléra asiatique* n'est signalé.

Suisse. — Un cas de mort par choléra a été signalé à Witzwyl (canton de Berne) ; il s'agissait d'une marchande de chiffons, n'ayant pas quitté le pays, ni reçu récemment de chiffons. Les effets, tas de chiffons, etc., ont été brûlés, la maison a été désinfectée et mise en quarantaine avec deux bâtiments voisins, l'enterrement a eu lieu immédiatement. On pense qu'il s'agit d'un cas de *choléra nostras*.

Italie. — Le bulletin sanitaire officiel du 11 signale 8 nouveaux cas dans les provinces de *Masso*, *Portomaurizio* et *Turin* ; le bulletin du 12 signale 8 décès dans les mêmes provinces et 2 décès dans les provinces de Parme.

Le *Bulletin salésien* (juillet 1882), journal de *Dom Bosco*, publie un article sur les préservatifs contre le choléra ; ce grand saint mis en goût par la consultation qu'il a donnée à M. de Chambord recommande les préservatifs suivants dont il a lui-même reconnu l'efficacité :

1° Fréquenter la sainte Communion avec les dispositions nécessaires. — 2° Répéter souvent l'oraison jaculatoire *Maria Auxilium Christianorum, ora pro nobis* (Marie, Secours des Chrétiens, priez pour nous » (300 j. d'indulgence à chaque récitation). — 3° Porter au cou la médaille bénite et indulgenciée de Notre-Dame Auxiliatrice et en son honneur, *concourir à quelque œuvre de charité et de religion*.

La dernière partie du préservatif 3e doit être en tous cas la plus importante, surtout pour ces braves moines qui dédaignent, comme chacun le sait, les biens de ce monde.

Le choléra et la Faculté de médecine de Montpellier.

Le 26 juin 1884, la Faculté prend une délibération par laquelle elle se met tout entière (maitres et élèves) à la disposition du ministre et des municipalités pour les soins à donner aux cholériques. — Le 3 juillet, la Faculté décide que des leçons spéciales sur le choléra seront faites aux élèves pour les mettre en état d'aller soigner les cholériques. Ces leçons ont eu lieu dans l'ordre suivant :

Le 4 juillet, M. Castan, professeur de pathologie interne, expose la symptomatologie du choléra ; — le 5 juillet, M. Bertin Sans, professeur d'hygiène, expose la prophylaxie du choléra ; — le 7 juillet, M. Grasset, professeur de thérapeutique, expose le traitement du choléra.

Le 22 juillet, partent pour *Toulon*, appelés par la municipalité : MM. Estor, professeur ; Lannegrace, agrégé ; Dessalle et Planchon, docteurs ; Rauzier, Eugène Estor, Sereno, Fauré, Coldecarrera, Clément, Pradal, Matignon, Lafon, Rouch et Poizat, étudiants.

Le 24 juillet, partent pour *Arles*, appelés par l'administration des hospices : Mme Katcheff et M. Ducasse, étudiants.

Le 24 juillet, partent pour *Marseille*, appelés par l'autorité militaire : MM. Louis Estor, Nabona, Pech et Tredos, étudiants du service de santé militaire.

Le 26 juillet, partent pour *Toulon*, appelés par la municipalité : MM. Bert, Vasticar, Maquet, Courrent, Gombert et Lyon, étudiants. Le 1er août, part pour *Fourques* (Gard), appelé par la municipalité : M. de Messimy, étudiant. Le 7 août, partent pour *Gigean*, appelés par la municipalité : MM. Mossé, agrégé ; Dermont et Lapeyre, étudiants. Le 8 août, partent pour la même ville : MM. Grach et Gayraud, étudiants. Le 10 août, part pour la même ville : M. Carrieu, agrégé. Le 12 août, partent pour la même ville : MM. Guibert et Breton, étudiants, et pour *Montbazin* : M. Ginieys, étudiant en pharmacie.

En somme, sont déjà partis : un professeur, trois agrégés, deux docteurs et trente élèves.

La ville de Montpellier est toujours indemne, quoique entourée par l'épidémie dans toutes les directions (Gigean, Cette et Lunel).

Corps de santé militaire.

Par décret du 12 juillet 1884, rendu sur la proposition du Ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe.* — (Choix). M. Farine (Marie-Alexandre), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Vincennes, en remplacement de M. Peruy, retraité. — M. Farine est nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon. — (Choix). M. Guérin (Xavier-Frédéric-Eugène), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Reeb, retraité. — M. Guérin est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Rennes.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe.* — (Choix). M. Breton (Ernest), médecin-major de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Valenciennes, en remplacement de M. Farine, promu. M. Breton est placé aux hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Tonkin. (Choix). M. Challan (Albert), médecin-major de 1re classe, affecté au bataillon du 23e régiment d'infanterie détaché au Tonkin et chef du service médical du 3e régiment d'infanterie de marche, proposé spécialement au titre du corps expéditionnaire, en remplacement de M. Guérin, promu. M. Challan est affecté à l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin. — (Ancienneté). M. Aubert (Marie-Louis-Théophile), médecin-major de 2e classe au dépôt du 28e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Semaune, décédé. — M. Aubert est désigné pour 93e régiment d'infanterie. — (Non activité). M. Bleicher (Marie-Gustave), médecin-major de 1re classe, hors cadres, professeur à la faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Hacherelle, décédé. M. Bleicher est affecté provisoirement à l'hôpital militaire de Nancy. — (Choix). M. Cluzan (François), médecin-major de 2e classe des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. Marcenac, retraité. M. Cluzan est maintenu auxdits hôpitaux. — (Ancienneté). M. Dangler (Paul), médecin-major de 2e classe au 13e bataillon d'artillerie de fort, en remplacement de M. Bilay, retraité. M. Dengler est placé au 3e régiment d'artillerie. — (Choix). M. Darricarrière (Pierre-Camille-Ernest-Cyprien), médecin-major de 2e classe des hôpitaux militaires de la division d'Oran, en remplacement de M. Breton, promu. M. Darricarrière est maintenu auxdits hôpitaux. — (Ancienneté). M. Lefort (Pierre-Camille), médecin-major de 2e classe au 13e régiment de dragons, en remplacement de M. Challan, promu. M. Lefort est désigné pour le 102e régiment d'infanterie.

3° *Au grade de médecin-major de 2e classe.* — 2e tour. (Ancienneté). M. d'Arras (Joseph-Lucien), médecin aide-major de 1re classe des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. Lallemand, décédé. M. d'Arras est affecté provisoirement au 1er régiment de zouaves. — Tonkin. (Choix). M. Nimier (Henri-Jacques), médecin aide-major de 1re classe de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris, détaché à l'ambulance du corps d'expédition du Tonkin, proposé spécialement au titre dudit corps expéditionnaire, en remplacement de M. Vauthier, mis en non activité pour infirmité temporaire. M. Nimier est maintenu dans son emploi actuel au Tonkin. — 1er tour. (Ancienneté). M. Atgier (Emile-Alexandre), médecin aide-major de 1re classe au 11e régiment de cuirassiers, en remplacement de M. Aubert, promu. M. Atgier est placé au 137e régiment d'infanterie. — 2e tour. (Ancienneté). M. Achard (Pierre-Frédéric), médecin aide-major de 1re classe du 43e régiment d'infanterie, détaché à l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin, en remplacement de M. Cluzan, promu. M. Achard est désigné provisoirement pour le bataillon du 23e régiment d'infanterie, détaché au Tonkin. — Tonkin (Choix). M. Morand (Jean-Silvain-Louis), médecin aide-

© BIU Santé

major de 1re classe du 11e régiment de hussards, détaché à l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin, proposé spécialement au titre dudit corps expéditionnaire, en remplacement de M. Dengler, promu. M. Morand est maintenu avec son nouveau grade à ladite ambulance. — 1er tour. (Ancienneté). M. Fromantin (Adrien-Joseph), médecin aide-major de 1re classe au 2e régiment de spahis, en remplacement de M. Darricarrière, promu. M. Fromantin est placé aux hôpitaux de la division d'Oran. — 2e tour (Ancienneté). M. Pongis (Barthelemy-Pie), médecin aide-major de 1re classe au 17e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Lefort, promu. M. Pongis est désigné pour le 126e régiment d'infanterie.

Par décision ministérielle du 18 juillet 1884, ont été désignés : M. Delmas (Louis-Basile), médecin aide-major de 1re classe des hôpitaux militaires de la division d'Oran, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains ; M. Moissonnier (Prosper), pharmacien-major de 1re classe des hôpitaux militaires de la division de Constantine, pour l'hôpital militaire de Bourges.

Par décision ministérielle du 19 juillet 1884 : M. Rochet (Léon-Auguste), médecin-major de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio, est passé aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, par permutation avec M. Millet (Emile-Jules).

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Miroir-révolver du Dr Parent.

Dans un récent article (1) nous faisions connaître à nos lecteurs les ophthalmoscopes créés par le Dr Parent, ainsi que les recherches qui leur avaient donné naissance. Nous insistions notamment sur la nécessité de posséder plusieurs miroirs concaves à foyers distincts, inclinés environ de 35°, à l'aide desquels on se proposait d'examiner à l'image droite les divers milieux de l'œil, depuis la face antérieure du cristallin jusqu'à la papille et au plan vasculo-

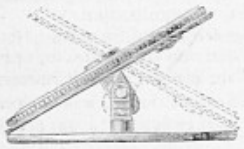


Fig. 85.

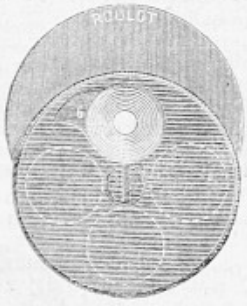


Fig. 86

rétinien péripapillaire (2). Et nous ajoutions qu'avec les mêmes instruments on pouvait, grâce à des miroirs ordinaires, examiner par l'image renversée (3). La désignation d'avoir à changer de réflecteurs, non seulement selon les individus qu'on examine, mais encore suivant le genre d'examen que l'on désire pratiquer, soulevait une difficulté. Elle consiste en l'obligation de démonter et de monter son ophthalmoscope à tout instant.

M. Parent vient de résoudre heureusement le problème, en réunissant sur un même cadre quatre miroirs différents. Ce petit appareil (4) se compose :

A. D'un cercle de base que l'on enchâsse dans la fourche.

B. D'un double pivot inséré sur le cercle de base suivant un de ses diamètres.

C. D'une plaque, mobile de droite à gauche sur ce pivot, au-devant de laquelle, par le même mécanisme que celui qui permet la rotation du disque des verres correcteurs, passent au gré de l'observateur

1° Un miroir plan (indice 0).

2° Un miroir concave de 6 centimètres de foyer (indice 6).

3° Un miroir concave de 10 centim. de foyer (indice 10).

4° Un miroir concave de 18 centim. de foyer (indice 18).

La plaque C, forcée naturellement au centre de même que les miroirs, s'incline d'un plus ou moins grand nombre de degrés, conformément aux indications contenues dans notre premier article.

De sorte qu'on a sous la main, en un petit volume, dans des conditions immédiatement modifiables *ad libitum*, tous les réflecteurs précédemment énumérés. Ce dispositif est loin d'être à dédaigner ; il complète les ophthalmoscopes à réfraction déjà décrits.

(1) Voy. *Progrès médical* de 1884, n° 14.

(2) *Loc. cit.*, p. 263, 1re colonne (2e alinéa) ; 2e colonne (lignes 4 à 18).

(3) *Loc. cit.*, p. 264, les trois dernières lignes.

(4) Construit par la maison Roulot, 58, quai des Orfèvres.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 1er août au jeudi 7 août 1884, les naissances ont été au nombre de 1251, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 470 ; illégitimes, 164. Total, 634. — *Sexe féminin* : légitimes, 451 ; illégitimes, 165. Total, 617.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 1er août au jeudi 7 août 1884, les décès ont été au nombre de 1080, savoir : 564 hommes et 516 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 21. F. 23. T. 44. — Variole : M. .. F. 1. T. 1. — Rougeole : M. 8. F. 11. T. 19. — Scarlatine : M. 1. F. 1. T. 2. — Coqueluche : M. 5. F. 6. T. 11. — Diphthérie, Croup. M. 8. F. 8. T. 16. — Dyssenterie : M. .. F. 1. T. 1. — Erysipèle : M. 5. F. 2. T. 7. — Infections puerpérales : 6 — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 31. F. 23. T. 54. — Phthisie pulmonaire : M. 98. F. 69. T. 157 — Autres tuberculoses : M. 7. F. 6. T. 13. — Autres affections générales : M. 29. F. 53. T. 82. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 17. F. 26. T. 43. — Bronchite aiguë : M. 5. F. 4. T. 9. — Pneumonie : M. 93. F. 23. T. 55. — Athrepsie : M. 121. F. 93. T. 214. — Autres maladies des divers appareils : M. 149. F. 141. T. 290. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 32. F. 8. T. 40. — Causes non classées M. 4. F. 2. T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 93 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31 ; illégitimes, 15. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 29. illégitimes, 20. Total : 49.

Faculté de médecine de montpellier. — La Faculté de médecine, de Montpellier, a présenté le 11 août, pour la chaire de physiologie et à l'unanimité : 1° M. Lamegrace ; 2° M. Binar.

Assistance publique. — Le *Journal officiel* du 12 août publie le décret ordonnant l'agrandissement de l'hôpital de la Pitié et l'élargissement des rues de la Pitié et Daubenton.

— Dans la séance du 2 août du Conseil municipal, M. Chassaing a déposé une proposition tendant à la laïcisation du service des bureaux de bienfaisance et à l'amélioration du service médical de nuit. — Le Conseil a voté l'établissement d'un hôpital sur les glacis des bastions 30 et 31.

Legs. — Dans la séance du 11 juillet 1884, le Conseil municipal a émis un avis favorable à l'acceptation de différents legs de : 1° Mme Dagneau, pour la création de lits d'hospice (300,000 fr.), de lits d'hôpital (50,000 fr.), et de 20,000 fr. pour les bureaux de bienfaisance des 20 arrondissements de Paris ; 2° M. Leduc, pour l'entretien d'un lit dans un hôpital (2,000 fr.).

Mission. — Les Dr P. Gibier et Ed. Berillon, de la faculté de Paris, sont officiellement désignés par le ministère de l'intérieur pour aller remplir une mission médicale dans le département du Var.

Crémation. — Le gouvernement de la république de Venezuela a ordonné la crémation des cadavres provenant des gens morts de la fièvre jaune.

Nomination. — M. Walb (de Bonn), privat docent des maladies des yeux et des oreilles, est nommé professeur extraordinaire à la même faculté.

Université de Berne. — Le 4 août a été célébré à Berne le jubilé de l'université de cette ville. Le conseil fédéral était représenté par MM. Welti et Schenk ; de nombreuses délégations des universités étrangères assistaient à cette fête. MM. Fluckiger (de Berne) ; Ladenburg (de Kiel) ; Kummer, directeur du bureau fédéral de statististique ; Tollin (de Magdebourg), ont été nommés docteurs en médecine, *honoris causâ !* De nombreux discours ont été prononcés par MM. Ch. Vogt, Dubois (Neuchâtel), Zeller (Zürich), Rivier (Bruxelles), Brown (Edimbourg), Knoll (Prague), etc.

« L'*Alumine Association of Jefferson Medical College*, désireuse de perpétuer la mémoire du célèbre chirurgien américain S. D. Gross en fondant une charge de professeur qui portera le nom de « *The S. D. Gross, Professorship of Pathological Anatomy* » ouvre à cet effet une souscription. Les fonds devront être envoyés au Dr R.-J. *Dunglison*, trésorier, Lock Box, 1274. Philadelphia. Les noms des souscripteurs seront publiés dans les « *Medical News* »] de cette ville.

© BIU Santé

Nécrologie. — M. A. Dumont, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique vient de mourir subitement en revenant de Londres. — On annonce la mort de M. Cartaux, officier de santé à Vogué, jeudi, à la suite d'une attaque de choléra. — Nous apprenons la mort du Dr Cl. Gonnet, décédé à l'âge de 73 ans, le 12 août, à Le-Bois-d'Oingt.

Le vinaigre de Pennès. — Nous croyons être utile à nos confrères en leur recommandant particulièrement, par ces temps d'épidémie, un des antiseptiques les plus justement renommés et possédant les attestations du plus grand nombre de nos célébrités médicales : nous voulons parler du *vinaigre de Pennès*. Ce produit est notamment capable d'assainir des ateliers, asiles, amphithéâtres, laboratoires, etc., étendu de 4 à 8 parties d'eau et répandu en poussière et en vapeurs à l'aide d'un pulvérisateur, ou bien à l'aide d'un arrosoir.

De même, les linges de corps et de lit des malades peuvent être lavés avec ledit vinaigre, étendu de 15 à 25 parties d'eau à titre de préservateur.

Bref, le *vinaigre de Pennès* est une préparation antiseptique qui, par ses actions préservatrice, conservatrice et désinfectante, est supérieure en tant que qualité, et incomparable en tant qu'odeur à l'acide phénique, etc. Evitez les contrefaçons.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'Ossian Henry

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé*. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'Ossian Henry

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré*. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à la reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

PEPTO-FER du Dr JAILLET

ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Le plus assimilable des Fers combiné à la Peptone. — PHARMACIE RATIONNELLE, 4, Faubg Poissonnière, PARIS
DOSE : Le PEPTO-FER, d'un goût très agréable, se prend comme une liqueur, une cuillerée à bouche après chaque repas.

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE
Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

DETAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

COLIQUES HÉPATIQUES — NÉVRALGIES — MIGRAINES — COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général.
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, Faubg Montmartre

POUDRE HÉMATIQUE du Dr Guerder
SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ
Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie Affections organiques des Voies digestives
PRIX DU FLACON : 3 FR. 50
PARIS, Pharmacie DALMON, Faubourg Saint-Denis,

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE. **Laïcisation de l'assistance publique.** Conférence faite à l'Association philotechnique le 26 décembre 1880. Brochure in-8° de 23 pages. — Prix 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

BOURNEVILLE. **Mémoire sur l'inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux des épileptiques.** Brochure grand in-8° de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

BOURNEVILLE et BLONDEAU. **Des services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris** Brochure in-8° de 49 pages. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 75 c.

BOURNEVILLE et L. GUERARD. **De la sclérose en plaques disséminées** Vol. gr. in-8 de 240 pages avec 10 fig. et 1 planche. — Prix : 4 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 3 fr.

BOURNEVILLE et TEINTURIER. **G. V. Townley ou du diagnostic de la folie au point de vue légal.** Paris, 1865. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix: 0 fr 50. — Pour nos abonnés . . . . . 35 cent.

BOURNEVILLE et TEINTURIER. **Le sabbat des sorciers.** — 1er volume de la *Bibliothèque diabolique*. Brochure in-8 de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage de 500 exemplaires numérotés à la presse; 300 exemplaires sur papier blanc, vélin, N°s 1 à 300. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés 2 fr. 50. (Tirage dont il ne nous reste que quelques exemplaires); 150 exemplaires sur parchemin, N°s 301 à 450. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — 50 exemplaires sur japon, N°s 451 à 500. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr. — Nous avons fait cartonner quelques exemplaires sur papier vélin ; dos toile, plats marbrés, tranches non rognées. Prix du cartonnage . . . . . 1 fr.

COHNHEIM (J.) **La tuberculose considérée au point de vue de la doctrine de l'infection.** Traduit de l'allemand par R. DE MUSGRAVE CLAY, sur une deuxième édition considérablement modifiée. Brochure in-8 de 38 p. Paris, 1882. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . 90 c.

DEBOVE (M.) **Notes sur la méningite spinale tuberculeuse, sur l'hémiplégie saturnine et l'hémianesthésie d'origine alcoolique** Une brochure in-8° de 24 pages avec deux figures. — Prix 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

DEBOVE (M.) **Notes sur l'emploi des aimants dans les hémianesthésies liées à une affection cérébrale ou à l'hystérie.** Brochure in-8. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 25 cent.

DEBOVE (M.). **Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques.** Brochure in-8° de 16 pages. Paris, 1881. — Prix: 75 c. — Pour nos abonnés . . . . . 50 c.

DEBOVE (M.) et BOUDET de PARIS. **Recherches sur la pathogénie des tremblements.** Brochure in-8° de 24 pages. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 70 c.

DEBOVE et BOUDET DE PARIS. **Recherches sur l'incoordination motrice chez les ataxiques.** Brochure in-8° de 16 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DEBOVE et LIOUVILLE. **Note sur un cas de mutisme hystérique, suivi de guerison.** Paris, 1876. In-8 . . . . . 30 cent.

BALZER (F.) **Contribution à l'étude de la Broncho-Pneumonie.** Vol. de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr 50. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 75.

BRANSART (H.-N). **Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux.** Brochure in-8 de 32 pages avec 1 figure. — Prix : 70 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DU BASTY. **De la piqûre des hyménoptères porte-aiguillon.** Gr. in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . . 85 cent.

DURRISAY (J.). **De la réorganisation des services d'accouchements dans les hôpitaux et chez les sages-femmes agréées** Brochure in-8° de 28 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

DUGUET et VEIL. **Lymphadénome de la rate** étendu au diaphragme, à la plèvre, aux poumons et aux ganglions lymphatiques, sans leucémie. Pleurésie chloroformée. Cachexie. Brochure in-8° de 16 pages. — Prix, 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DUPLAY (S.). **Conférences de clinique chirurgicale,** faites aux hôpitaux de Saint-Louis et Saint-Antoine, recueillies et publiées par DURET et MANOT, internes des hôpitaux. — In-8 de 180 pages. Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

DUPLAY. **Leçons sur les traumatismes cérébraux.** (Commotion, Contusion, Compression, etc.) faites à la Faculté de médecine et recueillies par P. POIRIER. Un volume in-8 de 56 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 75.

DUPLAY (S.) **Conférences de clinique chirurgicale,** faites à l'hôpital Saint-Louis, recueillies et publiées par E. GOLAY et COTTIN. In-8 de 150 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.

DUPLAY (P.). **Leçons sur les périarthrites coxo-fémorales,** recueillies par DURET. Maladies des bourses séreuses péri-trochantériennes et du grand trochanter simulant la coxalgie. Brochure in-8° de 18 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 c.

DUPUY (L.-E.). **Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies.** Broch. in-8 de 16 p. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés 35 c.

DUPUY (L.-E.). **Des injections sous-cutanées d'éther sulfurique.** De leur application au traitement du choléra dans la période algide. Brochure in-8° de 50 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés 1 fr.

DURAND-FARDEL (M.) **Considérations sur le caractère nosologique qu'il convient d'attribuer au rhumatisme articulaire aigu ou fièvre arthritique.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés . . . . . 50 c.

DURET (H.). **Sur la Synovite fibreuse et ses rapports avec la tumeur blanche.** Brochure in-8 avec deux planches. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 75 cent.

DUVAL (Mathias). **La corne d'Ammon.** (Morphologie et embryologie.) Brochure in-8° de 51 pages, avec 4 planches. Paris, 1882. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 70

DURET (H.). **Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale.** Un vol. in-8 de 280 pages. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . 4 fr.

DURET (F.). **Du diagnostic de l'ectopie rénale.** Un volume in-8° de 92 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

DURET (H.) **Sur la Synovite fibrineuse et ses rapports avec la tumeur blanche.** Brochure in-8 avec deux planches. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 75 cent.

FÉRÉ. — **Les hypnotiques hystériques considérées comme sujets d'expérience en médecine mentale.** (Illusions, hallucinations, impulsions irrésistibles provoquées; leur importance au point de vue médico-légal). Broch. in-8 de 15 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. 40 c.

FÉRÉ (Ch.) **Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales.** (Amblyopie croisée et Hémianopsie). Un vol. in-8° de 241 pages. Paris, 1882. — Prix 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

FÉRÉ (Ch.). **Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin.** Brochure in-8° de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Du cancer de la vessie.** Un volume in-8° de 144 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Fractures par torsion de la partie inférieure du corps du fémur.** Brochure in-8° de 8 pages avec 2 figures. — Prix : 30 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 20 cent.

FÉRÉ. (Ch.). **Note pour servir à l'histoire des luxations et des fractures du sternum.** Brochure in-8. de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

FÉRÉ (Ch.) et QUERMONNE (L.). **Contribution à l'histoire des phénomènes simulés ou provoqués chez les hystériques.** (Craquements articulaires et synoviaux). Brochure in-8° de 7 pages. Paris, 1882. — Prix : 40 c. — Pour nos abonnés . . . . . 30 c.

FÉRÉ (Ch.). **Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie** (De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie d'origine cérébrale). Brochure in-8° de 54 pages avec fig. dans le texte. Paris, 1883. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

FÉRÉ (Ch.). **Note sur un cas d'anomalie asymétrique du cerveau.** Brochure in-8 de 10 pages, avec une planche chromolithographique. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 70 c.

FERRIER. **Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales.** Traduction avec l'autorisation de l'auteur, par H. DURET. In-8 de 74 p. avec 11 fig. dans le texte. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35.

FOURNIER. (A.) **De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.** Leçons recueillies par E. BRISSAUD. Paris, 1878. In-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 65 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) **Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire.** Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A.) **Etudes anatomiques ou recherches sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et chez quelques animaux.** Paris, 1866. In-4 de 83 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50

GIRALDÈS (J.-A.) **Des luxations de la mâchoire.** In-4 de 50 pages avec 2 planches. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

GIRALDÈS (J.-A.) **De l'anatomie appliquée aux beaux-arts.** Cours professé à l'Athénée des Beaux-Arts. Compte rendu par Mlle Lina Jaunez, Paris 1856. In-8 de 8 pages. — Prix : . . . . . 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) **Plan général d'un cours d'anatomie** appliqué aux beaux-arts. Paris 1857. In-8 de 8 pages. — Prix : . . . . . 50 cent.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 34 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 23 AOUT 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

Instabilité mentale avec perversion des instincts;

Par BOURNEVILLE et BUDOR.

La section des enfants de Bicêtre comprend, à côté des idiots, des imbéciles, des épileptiques et des hystériques, un groupe d'enfants dont l'intelligence offre un développement ordinaire, qui n'ont pas d'accidents convulsifs et que l'on désigne généralement sous le nom d'*impulsifs*. Ils présentent un *phénomène commun*, c'est qu'ils sont atteints d'une véritable *instabilité mentale* : se plaisant ici aujourd'hui, demain voulant être ailleurs ; demandant à être menuisier le lundi et le samedi, déjà dégoûtés, veulent exercer une autre profession. Mais, tandis que les uns ont conservé à peu près complète la notion du sens moral, les autres sont affectée d'une perversion des instincts souvent très prononcés et qui les conduit à commettre les actions les plus blâmables. L'observation qui suit est un bel exemple d'*instabilité mentale avec perversion des instincts*.

OBSERVATION. — *Père : onanisme, tentative de suicide ; mort d'apoplexie. — Mère migraineuse. — Grand-père maternel apoplectique. — Oncle maternel aliéné ; cousin germain et sœur morts de convulsions.*

Allaitement par une nourrice aliénée. — Développement physique et intellectuel lent. — Impulsions morbides précoces : clastomanie. — Noctambulisme. — Accès de colère. — Crises somnambuliques. — Tentative de sodomie (?). — Onanisme. — Rapports sexuels avec les six sœurs (13 ans). — Excès alcooliques (14 ans). — Impulsions homicides. — Insolation. — Empoisonnements accidentels. — Kleptomanie. — Crise convulsive (16 ans). — Frayeurs nocturnes (épilepsie larvée ?) Céphalalgies. — Grimpeur. — Première admission à l'Asile clinique. — Accidents hystériques. — Idées érotiques. — Tentative d'évasion et de suicide. — Tænia. — Sortie de l'Asile.

Professions multiples : mécanicien, horloger, garçon pharmacien, emballeur, cordonnier, tôlier, jardinier, etc., etc.

Seconde admission à l'Asile clinique. — Envoi à l'Asile de Vaucluse : Evasions ; — Vision colorée ; — Complot pour incendier la colonie ; — Envoi à Bicêtre.

Etat physique et intellectuel à l'entrée. — Traitement : Ecole, gymnastique, enseignement professionnel, etc. — Marche de la maladie. — Tentatives de simulation. — Amélioration progressive. — Entraves administratives à la sortie du malade : lettre et arrêté du Préfet de police. — Sortie définitive (juillet 1883). — Etat de S... depuis sa sortie jusqu'à ce jour.

Si..., Marius, Eugène, né à Paris, le 7 janvier 1866, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 4 novembre 1882, à l'âge de 16 ans.

Renseignements fournis par sa mère. — *Père* mort en 1878, à l'âge de 78 ans, d'une attaque d'*apoplexie*, en quatre jours ; très grand « bel homme », domestique « dans les grandes maisons » ; il était sobre, fumait peu. Il n'avait pas de migraines, mais était sujet à des douleurs de tête et avait habituellement la face congestionnée. Il s'est marié à 54 ans ; avant cette époque, et même depuis, il se livrait à l'*onanisme*. A partir de son mariage jusqu'en 1878, pas de maladies. A 57 ans, *tentative de suicide* à la suite de pertes d'argent. — [Son *père*, aubergiste, est mort on ne sait de quoi ; on ignore s'il buvait. — Sa *mère* est morte à 63 ans ; la cause de la mort est inconnue. — Quatre *frères* et *sœurs* sont également morts sans qu'on sache de quelle maladie. Une autre *sœur* est morte en couches, laissant une fille âgée aujourd'hui de 59 ans, bien portante, mais très nerveuse. Cette femme a eu elle-même 11 enfants, dont 9 sont morts : 2 du choléra, 1 de la poitrine, 1 de « jalousie » ; les 2 survivants sont bien portants. — Pas d'aliénés, d'épileptiques, d'apoplectiques, de difformes, de suicidés, de criminels dans la famille.

Mère, 55 ans et demi, lingère. Taille moyenne ; visage régulier. — Très nerveuse, elle est sujette à des accès de pleurs et à des congestions céphaliques. — Pas de convulsions dans l'enfance. Réglée à 11 ans et 4 mois ; très peu de temps après, *migraines* venant presque toujours avant les époques menstruelles : « je rendais beaucoup ». Souvent, alors, elle voyait des lumières bleues, blanches, jaunes, et cela des deux yeux. Mariée à 27 ans, elle assure ne pas avoir eu de rapports sexuels avant le mariage. A partir du mariage, les migraines cessent. De 32 à 37 ans, *étourdissements* qui ont repris depuis la ménopause (51 ans). — [Son *père* est mort à 73 ans, à sa 3e *attaque de paralysie*, en quatre heures ; il était sobre. — Sa *mère* est morte d'une frayeur qui « arrêta le sang (?) » ; elle n'était pas nerveuse. — *Grand'mère maternelle*, morte à 90 ans des suites d'une chute. Pas de renseignements sur les autres grands-parents. Deux *frères* : l'un mort à 48 ans d'une pneumonie, laissant 6 enfants en bonne santé, sans accidents nerveux. — L'autre frère a eu, à 25 ans, un court *accès de folie* (il voulait se jeter dans un puits) ; il a eu quatre enfants et en a perdu 3, dont l'un de *convulsions* ; le quatrième est en bonne santé. — Une sœur, morte à 16 ans et demi « ne pouvait être réglée ». — Ni aliénés, ni épileptiques, etc.]

Pas de consanguinité (père breton, mère marseillaise).

3 *enfants* : 1° Fille morte à 14 mois, de *convulsions* ; 2° *notre malade*, né dix ans après ; 3° une fausse couche de 3 mois, à la suite d'une frayeur.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, les parents vivaient, comme toujours, en bonne intelligence. *Grossesse* bonne ; pas de coups, de chutes ni de constriction du ventre ; pas d'alcoolisme, ni d'excès d'aucune sorte. *Accouchement*, 3 semaines avant terme (déterminé par une émotion), naturel, sans chloroforme. *A la naissance*, pas d'asphyxie ; l'enfant était petit mais gros. Il a été *élevé au sein*, en nourrice. A 7 mois et demi, la nourrice fut prise d'un *accès de manie* (?) et ne sévra pas l'enfant. Coqueluche à 8 mois. S... a marché à 21 mois et a parlé à 3 ans. Pas d'otite, d'ophtalmies, ni de dartres ; quelques croûtes dans les cheveux. Même durant l'*infance*, il a toujours été « très drôle », il aimait à détruire, à prendre les objets et à les cacher.

A 5 ans, il va pour la première fois à Marseille, où il reste jusqu'à 7 ans. A 6 ans, il a pris l'*habitude de se lever la nuit* ; le matin, on le trouvait endormi sous son lit ; il a conservé cette habitude jusqu'à 16 ans. Pendant son séjour à Marseille, il a failli s'*empoisonner* avec de « petits grains rouges » dont on n'a pu préciser la nature. — A 7 ans, retour à Paris ; huit jours après, il a la *scarlatine*, puis la *rougeole*, à peu d'intervalle. Ce n'est qu'après ces maladies, qu'il a commencé à devenir tout à fait propre. Une fois rétabli de ses fièvres éruptives, on l'envoya à l'é-

© BIU Santé

cole; il s'y montra turbulent (on l'appelait *polichinelle*).— Il grimpait sur les autres, n'avait peur de rien; jamais, cependant, il ne faisait l'école buissonnière.

S... n'était pas plus calme en dehors de l'école : il dégradait les murs, arrosait les passants avec le contenu de la bouteille qu'il emportait à l'école, ouvrait les robinets de gaz, versait de l'huile dans les escaliers, etc. De là des plaintes incessantes, qui obligeaient ses parents à déménager. Souvent, il entrait dans de *violentes colères*, durant lesquelles il se jetait par terre, ou frappait les personnes présentes, petites ou grandes; ces violences ne finissaient pas par des pleurs. A la même époque, on a observé de temps en temps des accès de *fièvre de croissance*; il restait huit jours sans manger.

Vers 7 ans et demi, une nuit, à 4 heures du matin, il jette un cri; sa mère accourt, le trouve immobile dans son lit, les yeux ouverts, le corps et les membres souples, un peu d'écume non sanglante à la bouche. Il paraissait complètement insensible. On put passer une petite cuiller entre les dents pour le faire boire. Cette *crise*, qui ne se compliqua pas d'évacuations involontaires, dura deux heures; puis S... revint à lui comme s'il s'éveillait d'un sommeil naturel. Au médecin qui l'interrogeait, il répondit : « Je voyais mon papa, je rêvais ». Ce médecin parla de *crise de somnambulisme*.

A 8 ans et demi, il retourna à Marseille, où il demeura un an. Pendant ce séjour, il eut une pneumonie. Là, pas plus qu'à Paris, on ne put rien en faire; c'était « un mouvement perpétuel ».

Rentré à Paris à 9 ans et demi, on le plaça chez l'abbé Roussel, à Auteuil. Il y resta jusqu'à 12 ans. — Etant dans cet établissement, il dit avoir été l'objet de *tentatives de sodomie* de la part d'un jeune abbé, qui l'emmena dans une cave et lui promit un porte-monnaie s'il voulait se laisser faire. S... se débattit, et l'abbé ne put arriver à ses fins (?). —C'est également à cette époque qu'on se serait aperçu qu'il se livrait à l'*onanisme*.

En sortant de cette maison, il essaya successivement plusieurs métiers : mécanicien, horloger, emballeur, cordonnier. Pendant ce temps, il eut successivement des *rapports sexuels avec six petites filles* de la même famille, dont l'aînée avait 13 ans et la plus jeune 4 ans. A propos de cette dernière seulement, en raison de son très jeune âge, il manifeste des regrets : « Je ne savais, dit-il, ce que je faisais; je faisais des bêtises ». Ses rendez-vous avec ses petites amies avaient lieu à Passy, sur le bord de la Seine; ils se cachaient entre deux barques qu'ils mettaient l'une sur l'autre. Il avait l'habitude d'écrire tout ce qui se passait entre lui et ces fillettes et cachait ses manuscrits sous le parquet de la chambre.

A 14 ans, il va en Afrique, et y reste un an. Ses impulsions mauvaises persistaient : il cassait et sciait les arbres, etc., d'où un procès. Il fréquentait les Arabes, buvait beaucoup de café, d'anisette et d'*absinthe*. Un jour, sous l'influence de l'*ivresse absinthique*, il aurait voulu tuer sa cousine âgée de 6 ans. Pendant son séjour en Algérie, S... a eu une *insolation*, pour laquelle il a été soigné à l'hôpital de Constantine : il était roide, tout noir, avait les dents très serrées; il fut sans connaissance de 3 à 6 heures du matin. — A Marseille, retour d'Alger, il se plaça comme garçon pharmacien, et s'*empoisonna* accidentellement, comme la première fois d'ailleurs, avec du miel phosphorique; il fut malade deux jours environ. Il avait alors 15 ans.

Rentré à Paris, on le mit en apprentissage chez un cordonnier. Peu après, ayant touché sa paie, il alla avec un de ses camarades, chanteur ambulant, âgé de 17 ans, dans une maison publique, et y eut pendant huit jours, tous les jours, des rapports sexuels avec l'une des femmes. Il continuait, d'ailleurs, à se masturber. Un peu plus tard, il est employé chez un tôlier, rue Pascal, auquel, avec l'aide d'un camarade, il déroba des pièces de 50 centimes (cela, d'ailleurs, lui arrivait déjà étant enfant, lorsqu'il faisait des commissions pour sa mère). Avec l'argent volé à son patron, et celui qu'il gagnait, il achetait des bagues pour deux filles de 14 et 17 ans, ses bonnes amies, qu'il fréquentait simultanément. Elles habitaient comme lui rue du Moulin-des-Prés, et ils se donnaient rendez-vous dans les champs voisins. Ajoutons que s'il ne s'enivrait plus, il buvait encore de temps en temps, et que, le matin, en se rendant à son travail, il prenait un petit verre de rhum.

C'est vers cette époque, qu'il eut de *nouveaux accidents cérébraux*. Après avoir éprouvé de la céphalalgie et perdu l'appétit pendant trois jours, il est pris, un matin, d'une *crise convulsive* : Il jette un cri, on accourt, et on le trouve le corps dans l'extension, rigide; les dents serrées. Au bout de deux à trois minutes, apparaissent quelques convulsions cloniques dans les membres, suivies bientôt d'un relâchement général et d'un sommeil d'une demi-heure. On ne remarqua ni écume, ni sang; on ne sait s'il avait uriné dans son lit. Après cette crise, forte céphalalgie et courbature. S... ne gardait, du reste, aucun souvenir de ce qui s'était passé. Les nuits suivantes, il se promena dans les chambres, sur le balcon; le lendemain, il ne se rappelait pas de ses promenades.

En dehors de cette attaque et de celle qu'il a eue à 7 ans et demi, la mère de S... raconte qu'elle a quelquefois remarqué de petites taches de sang sur son oreiller, et, plus rarement, des traces d'urine dans le lit ou dans le pantalon. Depuis longtemps déjà, il avait des *frayeurs nocturnes*, criait, se couchait sous son lit. Souvent, il souffrait de la tête, « il lui semblait qu'on le frappait avec un marteau ».

En raison de ces symptômes, de la persistance des accès de colère, de l'irrégularité de sa conduite, des actes répréhensibles qu'il commettait (grimpant sur les toits des maisons voisines, introduisant des pois, des cailloux dans le trou des serrures pour empêcher les gens de rentrer chez eux ; se couchant par terre, le soir, en travers de leur porte afin de les effrayer; répandant de l'huile sur les escaliers, etc., etc.), sa mère le plaça à l'Asile clinique (Sainte-Anne) le 10 septembre 1881.

Durant tout son séjour, qui dura 4 mois, on observa des *accès de colère* avec hurlements : il cassait les carreaux, déchirait ses vêtements. Ses frayeurs nocturnes continuaient, et lorsqu'on lui demandait pourquoi il se cachait sous son lit il disait : « Je crois voir des hommes, des bêtes qui veulent me prendre ». Pendant assez longtemps, on ne remarqua rien autre chose; mais le 7 octobre 1881, ses camarades de chambre l'entendirent tout à coup se mettre à râler pendant quelques minutes; en même temps, ils le voyaient agité de fortes secousses. Puis, il se mit à crier : « Au secours! au secours! Pompez! pompez! Ah! les feignants, qui ne veulent pas apporter de l'eau. Au secours! ». Après une demi-heure, il demanda tout haut : « Où suis-je? ». Le matin, à la visite, S... dit qu'il a mal à la tête, et paraît un peu hébété; il prétend ne se souvenir de rien, et semble étonné de ce qu'on lui raconte. Pas de morsure à la langue, ni d'urine dans le lit.

Il n'eut pas d'autres attaques à Sainte-Anne; mais il se plaignait d'un mal de tête continu, localisé à l'occiput; de *douleurs* et de piqûres le long de la colonne vertébrale; de douleurs vagues dans l'estomac, la jambe gauche; d'un mal de gorge revenant par accès : « c'est souvent, disait-il, comme une boule qui me remonte à la gorge, qui m'étrangle, qui m'empêche de dormir »; enfin, de bourdonnements d'oreilles. Parfois, il prétend avoir de la peine à marcher, ou à se lever s'il est assis; il dit que cela ne dure « qu'un instant ». Ses voisins, interrogés, affirment qu'à ces moments, ils n'ont rien remarqué de particulier chez S..., ni pâleur subite, ni mouvements convulsifs, etc.

D'ailleurs, toujours turbulent, il se dispute avec ses camarades, les taquine, les injurie, les frappe avec une pierre roulée dans son mouchoir; ou bien il veut leur faire manger des matières fécales, urine sur eux, leur montre ses organes génitaux et offre de les masturber. Il écrit souvent des phrases telles que celles-ci : « J'aime Célestine, je la vois en rêve; je lui ai donné de l'argent, des sous, des bonbons », ou encore : « Je ne pense qu'aux filles, je n'ai que ça dans la tête, je veux les.... ». Il dit aussi avoir composé des manuscrits : le *Mémoire d'un amoureux*, l'*Amour et la Victoire*, qu'il aurait cachés dans la terre. Il tente con-

© BIU Santé

tinuellement de s'évader par-dessus les murs ou par les portes. Une fois, il a essayé de se pendre. Comme maladie incidente, il eut, à Sainte-Anne, un *tænia*. On lui administra du kousso, qui expulsa un ruban de 10 mètres, mais sans la tête (1).

Bien que l'état mental, ainsi qu'on vient de le voir, ne fut pas sensiblement modifié, sa mère, cédant à ses instances, demanda à le reprendre en janvier 1882. C'est alors qu'elle le conduisit à Necker, auprès de la sœur Augustine, qui lui donna une potion contre le tœnia à la suite de laquelle il rendit vingt mètres y compris cette fois la tête. Durant le premier mois, il fut assez tranquille ; il travaillait au Jardin des Plantes ; bientôt on le renvoya parce qu'on le surprit se masturbant avec un de ses camarades. Peu après (20 avril 82) sa mère le fit admettre à l'Ecole d'horticulture de Villepreux. Il y resta peu de temps, et essaya, dit-il, de s'y tuer avec un couteau. Bientôt il s'évada.

Voici, au sujet de son séjour à Villepreux, la lettre que nous avons reçue de M. Guillaume, l'habile directeur de l'école, interrogé par nous :

Monsieur,

Le jeune Sim... est arrivé chez moi le 20 avril 1882. Il n'était pas mauvais sujet, mais quand il avait une idée en tête, aucun raisonnement ne pouvait lui faire changer sa détermination. Il se réveillait le matin en proie à des *hallucinations* ; il voyait une *chouette* partout, et avait fini par effrayer ses camarades. C'est alors que je priai l'Administration de le placer dans une maison où il pourrait être traité. L'enfant ne m'a pas donné le temps de le reconduire ; le 2 mai, il prit tout seul le chemin de Paris, profitant d'un moment où il n'était pas gardé à vue, et se rendit directement chez sa mère.

Agréez, etc. Signé : L. Guillaume.

Sa mère fut bientôt obligée de le reconduire à Sainte-Anne où il ne resta, cette fois, que 9 jours, au bout desquels on l'envoya à la Colonie d'enfants idiots et arriérés de l'asile de Vaucluse. Son instabilité mentale était la même. Il s'*évada* une première fois avec son camarade Derangi... Arrêté au moment où il volait du raisin dans les vignes il est reconduit à Sainte-Anne et réexpédié de suite à Vaucluse. Peu après il s'en échappe de nouveau et va droit chez sa mère ; il raconte qu'en y arrivant, comme il voulait s'asseoir, subitement, une *couleur bleue* lui passa devant les yeux, et il tomba. Il ne se rappelle pas ce qui suivit cette chute.

Sa mère le reconduit à Vaucluse au bout de 12 jours. Ses mauvaises habitudes persistent ; pour un prétexte futile il frappe un gardien. Il se livre à l'*onanisme*. Vers le milieu d'octobre 1882 il se met à la tête d'une quinzaine de ses camarades pour organiser un complot consistant à mettre le feu à la colonie et à s'échapper à la faveur du tumulte. Ils avaient ramassé des copeaux qu'ils allaient allumer quand un gardien survint. A cette occasion, M. le docteur Bigot demanda le transfert de S... à Bicêtre, et fit, en conséquence, le certificat suivant :

« Je soussigné, médecin en chef, directeur de Vaucluse, certifie que le nommé S..., âgé de 16 ans, jardinier, est atteint de débilité mentale avec instincts mauvais. Il se dit épileptique, et dit avoir eu des accès chez lui il y a 7 ou 8 jours, lors de sa seconde évasion de Vaucluse. Constamment, il bat ses camarades les plus faibles, ou les excite à s'évader. Hier il a comploté de mettre le feu ; s'il eût réussi, il eût incendié la colonie. Pendant l'incendie, il devait se sauver avec 7 de ses camarades. Vicieux, il a fait partie d'une bande de vauriens pendant sa seconde évasion ; il en était le chef, dit-il, sous le sobriquet de « la Giberne », et il s'en vante. Tous avaient des maitresses (2).

En somme, son caractère est celui d'un épileptique méchant, mais il n'a pas eu d'attaques ici, on n'a reconnu qu'une méchanceté sournoise et tenace qui le rend impossible à Vaucluse. Sa place est à Bicêtre, peut-être dans une maison de correction.

Signé : Dr Bigot.

(1) Les renseignements relatifs au séjour de S... à l'Asile clinique nous ont été fournis par notre ami M. Magnan.

(2) C'est à Vaucluse même que ce surnom lui a été donné, et, à maintes reprises, S..., nous a assuré qu'il n'avait jamais commandé d'autre bande que celle de la colonie composée de ses complices.

Nous exposerons, dans le prochain numéro, la situation de l'enfant S... à son entrée à Bicêtre, les faits principaux qui se sont passés durant son séjour, enfin les difficultés que nous avons eues à vaincre pour obtenir sa sortie.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Note sur une sonde pour pratiquer le lavage de la cavité utérine et d'autres cavités. Sonde à canal en forme de fer à cheval ;

Par P. Budin, accoucheur de la Charité (1).

B. Injections faites dans un cas de rupture utérine.

Observation VI. — *Rupture de l'utérus. Utérus bifide. Passage du fœtus et de ses annexes dans la cavité péritonéale.* (Résumé d'une observation publiée par M. Sécheyron. *Annales de Gynécologie*. Juin 1884, p. 441).

Femme P..., âgée de 22 ans, ménagère, secondipare, entre le 25 février à la salle d'accouchements de l'hôpital Beaujon. Alors qu'elle était enceinte de huit mois environ, le vendredi 22 février, elle perdit l'équilibre en se levant ; se redressant alors, dans un violent effort, elle perçut un craquement au niveau du flanc droit et ressentit aussitôt une vive douleur dans ce point. Après quelques instants de repos au lit, elle put marcher et même faire une longue promenade dans Paris. Les douleurs devenant plus vives, elle se présenta le 24 février chez une sage-femme, qui la conduisit le lendemain à l'hôpital Beaujon. Elle n'était pas en travail, mais elle avait à droite une douleur vive persistante. Bien qu'elle n'eût pas de fièvre, son état général paraissait profondément altéré. L'enfant mort se présentait par l'épaule et on n'avait constaté ni hémorrhagie ni écoulement de liquide. Deux lavements avec douze gouttes de laudanum calmèrent un peu les douleurs.

Le 26 février, à 10 heures du soir, les douleurs devinrent intolérables. On manda M. Bar, accoucheur des hôpitaux. Un examen attentif montra que le col était dilaté et formait un anneau parfait complet ; au-dessus du col il y avait deux masses dont l'une était plus volumineuse que l'autre ; entre ces deux masses il y avait un large orifice par lequel on pénétrait dans l'abdomen. Le fœtus était dans la cavité péritonéale, on atteignit un pied et par des tractions lentes et soutenues on le fit passer tout entier à travers la déchirure de l'utérus et les organes génitaux. Il suffit de quelques tractions exercées sur le cordon pour délivrer définitivement la femme et enlever le placenta et les membranes qui avaient suivi le fœtus dans le péritoine. Après cette extraction, M. Bar fit dans la cavité péritonéale une abondante injection phéniquée à 5 0/0. Le liquide entraîna un cotylédon qui s'était détaché du placenta et quelques débris membraneux.

Après l'opération, la malade est dans le collapsus : Respiration 55 ; pouls petit, filiforme, 125. Boissons toniques excitantes. Injections intra utérines abondantes au sublimé $\frac{1}{2000}$ répétées sept à huit fois durant chaque intervalle de vingt-quatre heures ; cataplasmes de glace pilée sur le ventre, injections hypodermiques de morphine à $\frac{1}{50}$, une seringue de Pravaz par jour en trois fois environ.

L'eau de lavage entraîna, les 4 ou 5 premiers jours, des détritus nombreux incolores ou rosés et quelques caillots de sang. Après chaque lavage, la malade se trouve soulagée et attend avec impatience le lavage suivant. Pendant quatre jours la malade résista assez bien, puis les symptômes s'aggravèrent et elle succomba le 6 mars.

A l'autopsie, on constata un utérus bifide, présentant une large rupture qui siégeait au niveau du point d'intersection des deux cornes utérines. Sur la face interne du lobe droit de l'utérus, était resté adhérent un cotylédon placentaire. L'infection qui a entraîné la mort lente a eu, selon toute probabilité, son origine en ce point.

(1) Voir les nos 31 et 33.

© BIU Santé

M. Bar, à propos de cette observation, nous écrit : « Dans ce cas, on s'est servi de votre sonde, qui a rendu de grands services, car il fallait un instrument bien maniable, vu la nature du traumatisme, et votre sonde a été parfaite. Notez qu'on lavait jusque dans le péritoine. »

C. Injections intra-utérines dans des cas de rétention des membranes.

Observation VII (Dr Bar). — *Rétention des membranes. Élévation de température. Injections intra-utérines.*

La nommée Henriette Lh..., primipare, accouche naturellement d'un enfant vivant le 6 avril 1884, à 10 heures 50 matin.

La délivrance a lieu naturellement le 6 avril, à 11 heures 35 matin. Les membranes ne sont pas complètes.

Les deux premiers jours, la malade va très bien ; le troisième, la température du matin était de 39°,2, le soir elle était de 40°. Pouls 120.

Pendant la nuit on fait deux injections intra-utérines avec une solution de sublimé à $\frac{1}{8000}$; pour faire ces injections, on se sert d'une sonde en métal, modèle de M. Budin, l'introduction de la sonde dans la cavité utérine est très facile, le liquide injecté revient très bien en suivant la cannelure que présente la sonde à sa partie inférieure. Les injections intra-utérines sont continuées pendant trois jours et toujours avec la même sonde (2 le 9, 3 le 10 et 2 le 11 avril). De 40°, la température tombe à 38° et enfin à 37° jusqu'au départ de la malade qui eut lieu le 20 avril 1884.

Observation VIII (Dr Bar). — *Enfant macéré. Rétention des membranes. Injections intra-utérines.*

La nommée Eugénie Déc..., primipare, accouche naturellement le 16 avril 1884, d'un enfant macéré au terme de 6 mois.

La délivrance est naturelle le 16 avril 1884 et a lieu immédiatement après l'expulsion du fœtus. Les membranes sont incomplètes. Les lochies deviennent un peu fétides sans amener d'élévation de la température, cependant on fait 2 injections intra-utérines par jour, une le matin et une le soir, pendant 4 jours, le 16, le 17, le 18 et le 19 avril.

Observation IX (Dr Bar). — *Rétention des membranes. Injections intra-utérines.*

La nommée Myr..., multipare, accouche naturellement le 9 avril 1884, à 4 heures 45 soir, d'un enfant vivant.

La délivrance a lieu naturellement le 9 avril 1884, une heure après l'accouchement; il reste une grande partie des membranes dans la cavité utérine.

On fait pendant les 5 premiers jours de couches, des injections intra-utérines avec la sonde en métal du Dr Budin (2 injections le 9, 2 le 10, 1 le 11, 1 le 12 et 1 le 14 avril). L'introduction de la sonde ne présente aucune difficulté, le liquide injecté revient très bien en entraînant des débris de membranes. La malade n'a pas de fièvre pendant ses suites de couches. Elle quitte l'hôpital bien portante le 22 avril 1884.

Observation X (Dr Bar). — *Délivrance artificielle. Rétention d'une partie des membranes. Injections intra-utérines.*

La nommée Faiv..., primipare, accouche naturellement au terme de 8 mois, d'un enfant vivant, le 12 avril à 8 h. matin.

La malade perd une assez grande quantité de sang avant l'expulsion du placenta, on fait la délivrance artificielle une demi-heure après l'accouchement. Il reste des membranes dans la cavité utérine.

Dans la journée du 12, on fait deux injections intra-utérines une solution avec du sublimé à $\frac{1}{2000}$, on emploie comme sonde le modèle de M. Budin; elle pénètre très facilement dans l'utérus. Les injections sont faites avec la même sonde pendant 5 jours. On l'introduit aussi facilement que le premier jour (2 injections le 12, 2 le 13, 2 le 14, 1 le 15 et 1 le 16 avril). La malade quitte l'hôpital en bonne santé le 20 avril 1884.

Observation XI (communiquée par Mme Henry). — *Accouchement prématuré de 7 mois. — Œuf incomplet : rétention de la caduque. Lochies extrêmement fétides. Injections intra-utérines avec la sonde en celluloïde du Dr Budin.*

La nommée Marie Bou..., enceinte pour la seconde fois, accoucha spontanément, le 25 juin 1884 à 8 heures 25 du matin, d'un enfant du terme de 7 mois, ayant présenté le siège décomplété mode des fesses en S. I. G. A. La délivrance se fit naturellement le même jour à 8 heures 32 ; mais, en examinant attentivement l'arrière-faix, on constata que la membrane caduque manquait complètement. Après avoir fait à cette femme une injection intra-utérine très chaude avec de la liqueur de Van-Swieten dédoublée, on surveilla l'utérus pendant 2 heures, puis on la fit transporter au n° 1 de la salle Dubois, dans le service de Mme Henry.

Dès le lendemain de son accouchement et pendant les deux jours qui suivirent, cette femme eut des tranchées utérines très violentes qui ne purent être calmées par les moyens ordinairement employés, tels que : lavements laudanisés, injections de morphine ; seules, les injections vaginales très chaudes et les injections intra-utérines parurent la soulager. Malgré les injections vaginales très fréquentes, faites avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée, le 26, les lochies devinrent fétides; le 27, cette fétidité augmentant encore, Mme Henry fit à cette femme une injection intra-utérine avec la même solution, et pour cela elle se servit de la sonde en celluloïde du Dr Budin, laquelle fut très facilement introduite et ne provoqua aucune douleur ; le liquide injecté ressortit sans difficulté entraînant avec lui de nombreux et volumineux débris de caduque ; mais cette dernière membrane n'étant pas entièrement expulsée, le soir la malade eut un violent frisson, et la température s'éleva rapidement jusqu'à 40°. Le lendemain, on fit une nouvelle injection intra-utérine ; la température s'abaissa rapidement, la fétidité des lochies disparut peu à peu, et cette femme partit en bon état le 5 juillet, à son 10e jour de couches. Pour cette dernière injection, on se servit encore avec le même succès de la sonde en celluloïde de M. Budin.

D. Injections intra-utérines faites dans des cas de rétention du placenta.

Observation XII (Dr Bar). — *Rétention du placenta. Injections intra-utérines.*

La nommée X..., primipare, accouche chez une sage-femme le 15 mars 1884. L'accouchement est naturel ; le placenta est retenu dans la cavité utérine. Le lendemain de son accouchement, la malade est prise de frissons, de fièvre, de délire ; le 17 mars, on conduit la malade à l'hôpital de la Charité. A son arrivée, la température est de 40°, pouls à 140. On fait immédiatement des injections intra-utérines, on les fait toutes les deux heures avec la sonde en métal, modèle de M. Budin. L'introduction de la sonde est facile : le col étant très en arrière, il suffit pour la faire pénétrer facilement, de la porter un peu en arrière. On ramène des débris de membranes et de placenta, le liquide qui s'écoule est très fétide.

On continue les injections intra-utérines pendant trois jours, au bout de ce temps la malade est mise dans un service de médecine où elle guérit.

Observation XIII (Dr Bar). — *Rétention du placenta pendant deux jours. Accidents graves. Injections intra-utérines.*

Le 19 mars, à 10 heures du matin, je suis mandé chez une sage-femme pour terminer la délivrance d'une femme qui, deux heures auparavant, était accouchée naturellement d'un enfant vivant et à terme. Comme il n'y avait pas le moindre accident, je m'abstins de toute manœuvre et conseillai à la sage-femme de surveiller la malade et de m'avertir si quatre heures plus tard la délivrance n'était pas terminée.

Je ne reçus aucun avis dans la journée ni le lendemain ; mais le 20 mars au soir, le mari de l'accouchée vint chez moi me prévenir que sa femme n'était pas délivrée. Je me rendis près d'elle en toute hâte et je la trouvai avec une fièvre intense et une température de 40°. Elle avait eu un frisson violent.

Au toucher, je constatai que le placenta était dans le vagin, l'amenai au dehors et je fis une injection intra-utérine avec la sonde de M. Budin.

Je fus frappé de la facilité avec laquelle je pus introduire l'instrument, et je notai combien était complet le lavage, l'eau qui s'écoulait était, en effet, chargée de débris membraneux.

Le lendemain matin 21, la température était tombée à 37°. Les

© BIU Santé

injections intra-utérines furent continuées pendant cinq jours (deux par jour).

Le cinquième jour, bien que l'orifice du col fut assez étroit, la sonde s'introduisait si facilement que je laissai à la sage-femme le soin de faire ces injections, alors que le lendemain de l'accouchement il lui avait été impossible d'introduire une sonde intra-utérine ordinaire. *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la contagion à l'hôpital des enfants.

Parmi les journaux de médecine qui se publient à Paris, le *Progrès médical* est le seul qui ne se lasse pas de signaler à ses lecteurs la coupable inertie de l'Administration de l'assistance publique. Grâce à ses revendications périodiques, quelques abus criants ont disparu, quelques réformes urgentes ont été réalisées. Mais que d'efforts patients, que de luttes ardentes sont encore nécessaires pour arracher à la routine administrative la moindre innovation heureuse !

C'est à la presse médicale que nous devons l'isolement partiel et insuffisant des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants. Depuis cinq ans seulement, un pavillon d'isolement a été affecté aux diphthériques de l'hôpital Trousseau (1). Depuis trois ans à peine, un pavillon analogue a été construit pour l'hôpital des enfants de la rue de Sèvres. Celui des Enfants assistés date de mai 1882 (2). Donc, à l'heure actuelle, la dipthérie est isolée dans nos trois hôpitaux d'enfants (3). La construction de ces pavillons semble avoir épuisé l'énergie et le bon vouloir de l'Administration.

C'est en vain que, depuis bien des années, tous les médecins dénoncent avec indignation le mélange dangereux des autres affections contagieuses. L'Administration ne bronche pas, sûre qu'elle est de décourager les plus ardents et les meilleurs par une inertie absolue. Et, en effet, des réclamations plus ou moins bruyantes se font bien jour de temps à autre ; mais bientôt les voix se taisent et la sainte routine continue son œuvre de destruction. Notre regretté collègue, le Dr Maunoir, ancien interne à l'hôpital des Enfants, n'avait pu s'empêcher de signaler courageusement les faits dont il avait été témoin (4).

Il est impossible, dit-il, de passer un temps même très court à l'hôpital de la rue de Sèvres sans se sentir indigné et en même temps quelque peu complice de toutes les morts dues, suivant une expression anglaise, à des *maladies évitables*. On se sent quelque remords à ne pas détourner les parents de faire admettre leurs enfants dans des salles empoisonnées par une collection si complète de miasmes contagieux, et il est hors de doute que dans certaines familles, heureusement en petit nombre, la situation est connue et que le séjour à l'hôpital est considéré comme un *moyen honnête, sinon infaillible, de se débarrasser d'une façon définitive de ses enfants*.

Six ans après, le Dr Béclère, interne à ce même hôpital de la rue de Sèvres, écrit ce qui suit à la première page de sa thèse (5) :

A l'hôpital des Enfants malades de la rue de Sèvres, les affections contagieuses, notamment la diphthérie et la rougeole, *tuent chaque année un grand nombre d'enfants qui y sont entrés atteints de maladies bénignes*. Pendant un séjour d'un an dans cet hôpital, alors que nous avions l'honneur d'être l'interne du Dr Labric, nous avons eu de trop fréquentes occasions de constater ce fait lamentable mis depuis longtemps hors de doute par les plaintes incessantes des chefs de service et dont témoignent les rapports trimestriels sur les maladies régnantes de MM. Vidal et Besnier.

Si une première satisfaction a été tardivement donnée à la juste impatience de l'opinion publique par l'isolement de la diphthérie ; rien, absolument rien n'a été tenté pour l'isolement des autres maladies contagieuses. Or, on va juger si cet isolement est nécessaire par les quelques chiffres que nous allons donner. Bornons-nous, pour simplifier cette étude, à la rougeole qui est la plus contagieuse des fièvres éruptives.

Dans le courant de l'année 1881, 52 enfants ont contracté la rougeole dans les salles du service de M. Labric ; 30 sont morts. C'est une mortalité de plus de 57, 68 pour 100. Voilà donc, rien que par la contagion de la rougeole, 30 victimes par an dans un seul service ! Supposons que le chiffre soit le même dans les services de MM. Jules Simon et Descroizilles, nous aurons pour ces trois services 90 victimes. Qui nous dira le nombre des victimes de l'hôpital Trousseau et de l'hospice des Enfants assistés ? Nous sommes en droit de supposer que ce nombre n'est pas, toutes proportions gardées, inférieur à celui de l'hôpital de la rue de Sèvres. Nous obtenons ainsi, au bas mot, 250 victimes ; ajoutons à ce chiffre le nombre des victimes par les autres maladies contagieuses (scarlatine, variole, coqueluche, diphthérie, etc.). Nous pouvons ainsi évaluer approximativement à 500 enfants environ le nombre de ceux qui meurent victimes de la contagion dans les hôpitaux.

L'Administration de l'assistance publique ne s'émeut pas ; est-ce qu'elle ignorerait l'existence des faits que nous lui rappelons pour la dixième fois ? Nous allons prouver qu'elle ne pèche pas par ignorance et que, depuis quelques années, les avertissements ne lui ont pas fait défaut.

Il y a huit ans, Maunoir passait sa thèse à la faculté de Paris sur la contagion qu'il avait bien vue et sur ses néfastes conséquences qu'il n'avait pu taire. Ce travail courageux eut un grand retentissement ; quelques journaux de médecine de l'époque l'analysèrent et joignirent leurs protestations à celles de Maunoir. Depuis ce moment, les médecins des hôpitaux n'ont cessé de réclamer auprès de l'Administration ; ils ont toujours été éconduits avec de belles promesses et de bonnes paroles. Puis vint la thèse si saisissante de M. Béclère en 1882, analysée par la plupart des journaux et à laquelle nous avons emprunté des chiffres si éloquents.

Le *Progrès médical* qui avait si vivement insisté sur la nécessité de porter remède à une situation aussi déplorable, reprit la question. En 1882 (p. 501), notre ami le Dr Blondeau écrivait un Bulletin sur la *contagion à l'hôpital des enfants*. La même année (p. 708 et 778), dans les comptes-rendus des maladies régnantes, notre collaborateur Comby soulignait les faits de contagion observés à l'hôpital des enfants. En 1883 (p. 166), il indiquait que, sur 19 cas de rougeole contractés dans le service de M. Archambault, 14 s'étaient terminés par la mort.

(1) *Procès-verbaux du Conseil municipal*, 1877, p. 12. Le Conseil avait demandé que les infirmières de ce service ne fussent pas couchées dans ce pavillon comme le demandait l'Administration.

(2) Ce pavillon consiste en deux baraques Collet, l'une pour les diphthériques (6 lits d'enfants, 2 d'adultes), l'autre pour les infirmières. La *location* est de 4080 fr. par an.

(3) *Procès-verbaux du Conseil municipal*, 1881, p. 37 ; la dépense s'élevait à 80,000 fr. (Rapporteur, M. Bourneville.)

(4) Thèse de Paris, 1876. (Voir *Progrès médical*, 1876, p. 788).

(5) *De la contagion de la rougeole*. Paris, 1882.

© BIU Santé

En 1882 (1), à l'Académie de médecine, M. Marjolin fait une communication sur l'urgence de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, surtout dans les hôpitaux d'enfants et le dépôt des enfants assistés. Cette communication qui contenait le récit de faits navrants et tout à la honte de l'Administration, avait ému l'Académie. Elle fut renvoyée à M. le ministre de l'intérieur ; celui-ci avait sans doute d'autres préoccupations plus graves ; car, malgré la publicité qui fut donnée à la question dans les grands journaux politiques, l'Administration de l'Assistance publique n'a pas manifesté la moindre émotion. Elle est aujourd'hui ce qu'elle était hier, *impassible*.

Si nous avons voulu rappeler ces faits douloureux, c'est que la contagion continue ses ravages à l'hôpital des Enfants malades. Une visite que nous venons de faire dans les salles empestées de cet hôpital nous a ému jusqu'à la colère. Les administrateurs doivent être faits d'une autre façon que le commun des hommes pour pouvoir ainsi rester insensibles devant un spectacle aussi lamentable ! Nous entendons bien la réponse : des raisons budgétaires, des impossibilités matérielles, etc., etc. — Or, ces raisons n'ont aucune valeur devant ce fait brutal : 500 enfants sont tués annuellement par une administration qui doit les assister.

Mais, heureusement pour la cause que nous soutenons, le remède est simple, à la portée de tout le monde, même de l'administration la plus routinière et la plus récalcitrante que nous connaissions. M. Béclère a démontré dans sa thèse que le contage de la rougeole est peu volatile et peu diffusible, de telle sorte que l'isolement est des plus faciles, même dans les conditions d'installation défectueuse où se trouve l'hôpital des Enfants malades. Il suffirait, pour parer aux dangers très grands qui viennent de la rougeole, de confiner les *rubéoleux* dans une petite salle qui leur serait exclusivement réservée. Le même isolement devrait être appliqué aux scarlatineux, aux coquelucheux, etc. Pour assurer cet isolement dans des conditions satisfaisantes, il serait nécessaire et suffisant, d'après M. Béclère, d'évacuer une salle de teigneux.

Nous ne prétendons pas, du reste, indiquer à l'Administration toutes les dispositions qu'elle devra prendre pour résoudre le problème. Notre but était seulement de démontrer que la solution était urgente et que l'Administration encourrait les plus graves responsabilités, si cette solution se faisait attendre plus longtemps. Il est bien regrettable que l'Administration n'ait pas, comme on le lui a conseillé bien des fois (2), acheté les terrains vagues contigus à l'hôpital des Enfants malades, car elle pourrait aujourd'hui y installer une série de pavillons d'isolement pour les différentes espèces de maladies contagieuses et l'hôpital serait largement aéré au plus grand avantage et des enfants malades et du voisinage.

(1) Voir *Progrès médical*, 1882, p. 343.
(2) Bourneville, *Procès-verbaux du Conseil municipal*, 1878, pages 258, etc.

Les progrès de la crémation sont attestés, dit le *New-York med. Journ.* (14 juin), par le projet de construction d'un appareil crématoire à Bordentown (New Jersey), choisie parce qu'il est facile de s'y rendre et de New-York et de Philadelphie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE COPENHAGUE.

Section de médecine. — *Séance du 11 août.*

M. le professeur Bouchard fait une communication sur le *traitement antiseptique des maladies infectieuses aiguës*. S'appuyant sur ce fait que l'augmentation de la température dans les fièvres ne constitue pas l'essence même de la fièvre ; et qu'il n'est pas suffisant de s'attaquer au point de vue du traitement à cette hyperthermie seule, M. Bouchard pense qu'il faut instituer une autre médication qui, à la fois, ne s'attaquera plus à l'effet, mais bien à la cause. Ce sera, par conséquent, une donnée importante de la science médicale que de découvrir des remèdes appropriés. Parmi les essais qui ont été tentés, il n'en est pas de plus complets que ceux qui ont été faits par un médecin suédois, M. Warfvinge. L'acide salycilique, le sulfate de quinine, l'arsenic sont de véritables médicaments antiseptiques, de même que le mercure et l'iodure de potassium. Dans environ 40 cas de coqueluche, M. Warfvinge s'est servi d'alun (environ 1 gr. 3 par jour), avec un effet presque spécifique, à la condition qu'on l'employât de bonne heure. L'acide phénique (à la dose de 0,50 c., 2 fois par jour, soit par la voie buccale, soit par la voie rectale) a également donné de bons résultats dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. Tommasi-Crudeli (de Rome) résume ainsi qu'il suit l'ensemble de ses observations *sur l'infection malarique chez l'homme*. La résistance que l'organisme humain peut opposer aux atteintes de la malaria est très variable ; quelquefois elle est très grande. Ce haut degré de résistance spécifique est souvent héréditaire dans une race, et paraît être l'effet d'une sélection naturelle opérée par la malaria pendant un long cours de siècles, sélection qui paraît impossible dans les pays civilisés. Bien au contraire, la malaria fait de plus en plus sentir ses effets malfaisants dans les races civilisées. Il faut s'adresser directement à l'agent spécifique qui produit des altérations successives du protoplasma, des globules rouges et produit leur nécrobiose ; les reconstituants et le quinquina sous toutes ses préparations sont encore les meilleurs moyens de traitement.

Le Dr Laache (de Christiania) vient faire part des résultats de ses *recherches sur l'anémie*, recherches qui portent surtout sur la numération des globules du sang. Il fait en somme le résumé des théories qu'il a exposées dans un traité spécial qu'il a publié sur la matière, lequel a d'ailleurs été déjà analysé par le professeur Lépine in *Revue de médecine*. A la suite de cette communication, M. Biermer (de Breslau) présente quelques remarques sur l'anémie pernicieuse (1).

Austin Flint (de New-York) fait la proposition, au Congrès, d'adopter une *nomenclature internationale et uniforme des termes à appliquer aux différents signes fournis par l'auscultation*. Il donne lecture de cette nomenclature. Après lui, M. Ewald, un des collaborateurs de ce travail même, prend la parole pour en faire ressortir l'inutilité.

Le Dr Goldschmitt, à propos de la communication de M. Crudeli, fait l'exposé de l'histoire de la malaria au Danemark. Très grave et très répandue autrefois, l'infection paludéenne s'est aujourd'hui considérablement amendée, et en intensité et en fréquence.

(1) Nous rappelons que c'est à M. Biermer, alors professeur à Zürich, que l'on doit la description clinique de *l'anémie pernicieuse progressive* ; quoique cette affection ait été admise à l'étranger par nombre d'auteurs comme entité morbide, et à notre avis, peut-être avec raison, elle est encore rejetée par beaucoup de médecins et d'anatomo-pathologistes qui ne la considèrent que comme « le plus haut degré de l'anémie vulgaire. » (Voir Lépine. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, nos 1 et 2, janvier et février 1877.)

© BIU Santé

Séance du 12 août.

La séance d'aujourd'hui a été des plus intéressantes, et on peut dire qu'elle a été l'occasion d'un vif succès pour la médecine française. Au début de la réunion, la parole a été donnée au professeur Ewald (de Berlin), qui l'a conservée pendant une heure et quart, pour entretenir les membres du Congrès sur l'*étiologie*, le *diagnostic*, le *pronostic*, et le *traitement de la tuberculose* eu égard aux recherches récentes de l'anatomie pathologique et de la pathologie expérimentale. A ce discours, interrompu à la fin par des marques d'impatience, ont succédé ceux de MM. Jaccoud et Grancher, qui ont soulevé de nombreux et vifs applaudissements.

Le professeur Jaccoud prend la parole et avec l'éloquence chaleureuse qui lui est propre, il entreprend de démontrer que, si la découverte du *bacille de la tuberculose* est grande, du moins elle n'a encore été suivie jusqu'ici d'aucune application pratique. Rien, de par ces faits, n'a été apporté pour modifier le traitement de la tuberculose. Tout ce qui touche aux prescriptions générales (nutritions, aérations, stations dans les régions élevées, etc., etc.), aussi bien que toutes les précautions prophylactiques, tout a été décrit en détails et au grand complet avant la découverte de Koch. Peut-être pourra-t-on, dans l'avenir, trouver le moyen prophylactique de combattre le bacille comme on a trouvé celui pour combattre la rage, mais jusqu'à présent, le traitement de la tuberculose n'a absolument rien gagné à la découverte de Koch.

M. Grancher démontre que le *diagnostic de la tuberculose* n'a rien gagné non plus à cette découverte. D'après M. Grancher, le *bacille* n'est trouvé dans les crachats des phtisiques que lorsqu'il y a déjà faute de tubercules. Or, il est *antimédical* d'attendre ce moment pour commencer le traitement qui doit s'opposer à la tuberculose. Il faut donc toujours diagnostiquer la tuberculose avant l'apparition du bacille qui est bien l'élément de diagnostic le plus sûr et le plus incontestable, mais qui apparaît trop tard dans la grande majorité des cas pour qu'on ait le droit d'attendre son apparition avant de commencer le traitement.

M. Ch. Bouchard (de Paris) a insisté sur l'importance de la découverte au point de vue du diagnostic et le Dr Guttman (de Berlin), a protesté et dit que l'opinion de M. Jaccoud n'était pas empreinte du cachet scientifique, car, suivant lui, chaque notion nouvelle sur l'étiologie d'une maladie constitue un progrès et ne peut qu'aider avec fruit la thérapeutique.

La *pneumonie fibrineuse* est-elle une maladie infectieuse? telle est la question que s'est posée le Dr Flindt (de Samsoe, Danemark). Il la résout par l'affirmation, en s'appuyant sur une série d'observations épidémiologiques. Il n'y aurait guère que 8 0/0 des cas de pneumonie qui compteraient le froid dans leur étiologie. La coïncidence avec les variations de température n'autorise pas, suivant le Dr Flindt, à admettre que les influences atmosphériques constituent la cause essentielle de la pneumonie. Du reste, certaines années donnent un bilan très inférieur à certaines autres qui, véritablement, sont traversées par des épidémies. De plus, la pneumonie sévit toujours par petites épidémies locales; de plus, on peut assez souvent reconnaître qu'il y a transmission d'individu à individu. On est donc autorisé à admettre que la communication entre des personnes saines et des malades joue un rôle important dans la propagation de l'affection.

Section d'anatomie pathologique. — *Séance du 11 août.*

La section d'anatomie pathologique et de pathologie générale a consacré toute la matinée du premier jour de séance à l'étude de la *nécrose par coagulation*. Deux auteurs allemands seulement ont pris part à la discussion sur ce sujet; le Dr Weigert (de Leipzig) a exposé avec de longs détails ce point d'anatomie pathologique. Sa communication a duré une heure et quart; la réplique du professeur Virchow a complété le laps de deux heures consacré à la séance du matin. A la séance du soir, le *microbe du jéquirity* a eu les honneurs: M. Salomonsen et le professeur Cornil ont successivement pris la parole sur ce sujet et soutenu des thèses différentes. Pour Salomonsen, l'ophthalmie jéquiritique est déterminée par un poison chimique, appartenant probablement au groupe des ferments solubles et portant le nom de *jéquiritine*. Les bactéries, qui foisonnent dans les infusions jéquiritiques, n'ont aucune importance sur la genèse de l'ophthalmie; en injectant ces infusions dans le sac dorsal des grenouilles, on voit succomber ces animaux et leur sang renferme une grande quantité de bactéries qui n'ont aucun caractère virulent. Ce sang est capable de déterminer une ophtalmie jéquiritique. L'auteur admet que la jéquiritine est seule l'agent actif dans cette genèse inflammatoire; les animaux intoxiqués succombent dans un état apparent de maladie infectieuse, qui n'est que de la pseudo-infection.

Après M. Salomonsen, M. Cornil reprend le sujet, soutient et démontre que la cause réelle et efficiente de la maladie réside dans le bacile. Celui-ci agirait non pas directement, mais par l'intermédiaire d'une substance toxique, la jéquiritine, qui se développe sous son influence dans les infusions. L'action du microbe, en un mot, est prépondérante, celle de l'agent chimique n'est que secondaire.

Section de gynécologie et d'obstétrique.

Dans cette section, la partie chirurgicale, surtout en ce qui concerne la *laparotomie gynécologique*, a fait tous les frais des discussions. Le professeur Müller (de Berne), a ouvert la séance par une longue communication sur *l'opération césarienne* et les modifications qu'on a récemment proposées et mises en œuvre pour en améliorer les résultats. Grâce à ces nouveaux procédés, on a pu abaisser la proportion de mortalité, de 80 0/0 à 50 0/0. L'auteur divise en deux grandes classes les modifications: la première, méthode radicale, consiste à enlever l'utérus; la deuxième, méthode conservatrice, consiste à ouvrir l'utérus, sans l'enlever, mais en prenant des précautions d'antisepsie spéciale, ou en recourant à des modes de suture qui permettent une contention exacte et parfaite.

Après lui M. Eustache, professeur à la faculté catholique de Lille, prend la parole pour établir un parallèle entre l'opération de Porro, et l'opération césarienne. M. Eustache fait surtout l'apologie de cette dernière méthode, et rapporte à l'appui de son dire les succès qu'elle a donnés récemment à M. Clonnaden (de Vannes), et à lui-même. Il est à regretter toutefois, que le présentateur ait présenté une statistique inexacte, et qu'il ait compté au nombre des guérisons, un cas dans lequel la mort était survenue en moins de 48 heures. Le Dr Papillon (de Lille), a dû donner sur ce point un démenti formel à son collègue (1).

Les Drs Sanger, Léopold, Lazarewrikoh, Meyer, Breisky ont successivement pris la parole à propos de l'opération césarienne; les uns sont venus proclamer la supériorité de l'opération radicale, dite de Porro; d'autres ont préconisé l'incision pure et simple du sac utérin; d'autres, enfin, se sont uniquement occupés de détails de technique opératoire. Le président de la section, le professeur Howitz, expose un point de diagnostic peu connu jusqu'ici, et qui n'a guère été signalé que par M. Martin (de Berlin), il s'agit des difficultés de diagnostic produites par l'hypertrophie du col de la matrice. Cet état morbide s'accompagne d'une dilatation du corps et du fond de la matrice, et se décèle

(1) Voici de quelle façon l'*Union médicale* (17 août) relate cet incident: « Un de nos abonnés qui assistait lundi à la séance de gynécologie nous écrit qu'il s'y est passé un incident assez fâcheux. M. Eustache, professeur à la Faculté de médecine catholique de Lille, faisant une communication sur l'opération césarienne, dit qu'on a fait deux fois à Lille cette opération, avec succès. Un autre médecin de la même ville, M. Papillon, connaissait les deux faits: or, l'un deux s'était terminé par la mort et M. Eustache ne pouvait pas l'ignorer, puisque le bassin de la patiente avait été ensuite déposé dans le Musée de la Faculté. M. Papillon le prend donc en particulier et le prie de rectifier sa communication. M. Eustache s'y refuse. M. Papillon monte alors à la tribune et raconte les faits comme ils se sont passés. Tableau désagréable. »

© BIU Santé

par des symptômes spéciaux qui tiennent surtout au changement des rapports anatomiques. Dans ce cas de grossesse, l'utérus se trouve élevé et l'on peut y entendre le bruit fœtal de meilleure heure qu'à l'ordinaire.

La mobilité exagérée, l'élasticité et la fluctuation de l'organe sont les symptômes qui décèlent l'existence de cette complication de la grossesse, complication qui peut devenir des plus graves au moment de l'accouchement.

Les Drs Martin et Priestley prennent après M. Howitz la parole sur ce même sujet.

A la séance du soir, le professeur Kœberlé fait une très remarquable communication sur le *traitement des fibromyômes utérins* par la *laparotomie*, il discute les indications et les contre-indications, les procédés opératoires, ceux-ci variables suivant le siège et le volume des tumeurs. Les corps fibreux peuvent en somme s'extraire soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale au moyen de l'hystérotomie et de l'hystéroctomie. Le professeur Kœberlé se montre partisan de la réduction du pédicule dans ce dernier cas, il recommande seulement de faire la suture au fil de soie de Chine, après avoir tracé un sillon à l'aide d'un serre-nœud métallique, et de laisser au-dessus de la ligature une épaisseur de tissus de 3 à 4 centimètres pour empêcher que le fil ne glisse. Le professeur Kœberlé est partisan, non pas de l'antisepsie qui varie « suivant la mode du jour », mais de l'asepsie ou propreté absolue. Les résultats statistiques sont excellents.

Sur le même sujet, mais à un point de vue médical, le Dr Apostoli propose une thérapeutique qui consiste à appliquer, suivant le cas, des courants électriques forts ou faibles, à l'intérieur même de l'utérus. Courants très intenses dans les fibromes hémorrhagiques (100 milliampères), courants très faibles d'intensité sur les fibromes non hémorrhagiques.

Les contractions utérines comme moyen de diagnostic de la grossesse, par Brown Hicks. L'auteur insiste sur l'importance diagnostique de ce signe, dans les cas où l'utérus est contracté au point de ne pas permettre de sentir, par le palper, le fœtus dans sa cavité, dans les cas d'apoplexie intra-utérine, ou encore dans ceux, où par suite de nos inclinaisons trop obligées, l'utérus ne peut se délimiter sur la main que par ses changements intermittents de consistance.

Séance générale.

La première conférence a été faite par M. Pasteur. Le savant français a retrouvé l'ovation enthousiaste avec laquelle on l'avait accueilli la veille, et on peut dire que cette ovation est devenue triomphale à la fin de son discours, lorsqu'il a eu fait connaître les résultats de ses dernières recherches sur la *rage*.

La conférence avait pour titre : « *Microbes pathogènes et vaccins.* » Après quelques considérations concises sur les services rendus à l'étude des sciences médicales par la découverte de la nature virulente de certaines maladies; après avoir rendu un juste tribut d'éloges à Jenner, qui, le premier, non seulement introduisit la pratique de la vaccine dans la science, mais encore mit en usage l'atténuation des virus, en faisant passer le *horse pox* du cheval à la vache avant de l'inoculer prophylactiquement à l'homme, M. Pasteur a abordé le sujet qu'il a pris pour thème de sa conférence sur les virus : la nature et le traitement prophylactique de la rage canine.

L'agent morbifique spécifique de la rage se trouve contenu dans le système nerveux; centres nerveux et nerfs périphériques. M. Pasteur, dans de nombreuses expériences, a inoculé de la substance nerveuse rabique mélangée à l'eau, soit sur la dure-mère, soit dans les vaisseaux de divers animaux tels que chiens, lapins, cochons d'Inde. Toutes ces inoculations ont eu un même résultat constant : le développement de la rage chez l'animal inoculé. Dans les centaines d'expérimentations qu'a faites le professeur, en faisant passer le virus rabique d'un animal à un autre de même espèce, et il a pu ainsi inoculer successivement cinquante lapins, il a constamment vu la durée d'incubation aller en diminuant de durée, en même temps que les phénomènes rabiques augmentaient d'intensité. Loin d'atténuer le virus, on ne peut donc qu'en aggraver l'activité, soit en le transmettant de chien à chien, de lapin à chien, etc.

Pendant longtemps, M. Pasteur a tenté d'atténuer le virus rabique, soit dans les expériences que nous venons de citer, soit *in vitro* comme pour le charbon. Il a cherché le microbe spécifique, mais il n'est pas encore parvenu à le colorer et à le voir distinctement au microscope. Toutefois, il a pu en faire des cultures, grâce à la notion précise de son siège que l'on a, dans le système nerveux, cultures qui n'ont jamais abouti qu'à une exagération de la virulence. En ces derniers temps, le savant chercheur a eu l'idée d'inoculer la rage du chien de rue au singe; de la transmettre du singe au singe sur cinq ou six sujets successifs, et enfin d'inoculer le virus rabique résultant de la dernière transmission au chien.

Cette fois, l'injection du virus sur la dure-mère du chien et du lapin est restée sans effets pathologiques Le vaccin de la rage était trouvé. Restait à faire la preuve, ou plutôt à la soumettre au public. Le ministre de l'instruction publique désigna une commission devant laquelle furent répétées les expériences, et qui en observa les résultats. On prit 23 chiens vaccinés, c'est-à-dire réfractaires à la rage des rues, et on les inocula en même temps que 19 chiens témoins indemnes (4 sur 23 avaient obtenu leur grâce de la commission) soit par trépanation, soit par injection intraveineuse, soit par morsure directe par un chien rabique. A cette heure, 10 des chiens témoins ont succombé à la rage, tandis que les 23 chiens vaccinés n'en ont présenté aucun symptôme. Un seul est mort de diarrhée; on a inoculé de sa substance cérébrale à 4 lapins, qui n'ont éprouvé aucune espèce de phénomène rabique. Ces expériences sont toutes récentes, et le professeur a pu donner dans sa conférence des nouvelles des chiens réfractaires datant de l'avant-veille.

A la suite de cette importante conférence, M. Bouchard a remercié M. Pasteur en termes émus au nom de la science et de l'humanité.

G. de la Tourette et J. Bonnaire.

Section de dermatologie et de syphiligraphie.

Séance du lundi 11 *août* 1884.

1° *Discussion et rapport sur l'étiologie du lupus vulgaire.* — Le professeur Doutrelepont (de Bonn), fait un excellent historique du lupus au point de vue de sa nature et de son étiologie. Il montre avec raison que l'école française a la première cliniquement indiqué la nature tuberculeuse du lupus. Il insiste sur l'importance des inoculations au point de vue de la détermination de la nature du lupus. Il dit qu'il a examiné 25 cas de lupus, que dans ces 25 cas, il a toujours trouvé des bacilles dans les cellules géantes, dans les tissus voisins, dans les cellules épithélioïdes. Dans la plupart des cas les bacilles étaient rares, cependant il en trouvait toujours quelques-uns dans chaque coupe. Dans quelques coupes, il a trouvé un grand nombre de bacilles. Il admet complètement la nature tuberculeuse du lupus.

M. le professeur Leloir (de Lille) passe successivement en revue les différents arguments tirés de la clinique, de l'anatomie pathologique, des inoculations expérimentales et des recherches et cultures des bacilles. Nous publierons prochainement cette importante communication qui ne saurait être écourtée. Disons seulement qu'après une longue discussion, fondée sur un grand nombre de faits, M. Leloir arrive à admettre que le lupus vulgaire semble être, dans la plupart des cas, une tuberculose cutanée locale. Il se demande toutefois si ce que l'on décrit actuellement sous le nom de lupus vulgaire, est toujours une tuberculose cutanée locale. Il est possible, dit-il, que des recherches ultérieures démontrent que le lupus vulgaire doit être dissocié au point de vue de sa nature et de sa spécificité, bien que objectivement à nos yeux tout au moins, il semble constituer une maladie une.

© BIU Santé

Le professeur KAPOSI (de Vienne) nie absolument, en se fondant sur des données purement cliniques, la nature tuberculeuse du lupus. Il refuse toute valeur aux recherches mycologiques et aux inoculations expérimentales. Il n'admet pas que le lupus soit une tuberculose, parce que des sujets peuvent le porter très longtemps sans devenir phtisiques.

Le professeur PICK (de Prague) semble se ranger à l'opinion du professeur Leloir et admettre que peut-être un jour il faudra dissocier le lupus vulgaire. Il pense avec M. Leloir qu'il faut chercher les spores des bacilles dans le lupus ainsi que les zooglies. Il a constaté que les bacilles, dans le lupus, contenaient un nombre considérable de spores. Pour lui le lupus ordinaire est une forme spéciale de tuberculose cutanée.

M. KAPOSI dit qu'il a observé 1,200 cas de lupus, qu'il en a vu plus que personne, que d'autre part il a étudié des tuberculoses cutanées vraies, et que, pour lui, le lupus n'est pas une tuberculose cutanée.

M. le professeur NEISSER (de Breslau), dit qu'il ne suffit pas d'observer un grand nombre de cas de lupus, mais qu'il faut bien les observer et à un point de vue spécial. En a-t-il été ainsi des 1,200 cas de Kaposi? Le nombre de faits est peu de chose auprès de la façon dont ils ont été observés. Devant les arguments accumulés par les auteurs précédents, il ne suffit pas de nier, comme le fait Kaposi, il faut apporter les arguments en faveur de son opinion. Les communications précédentes et celles qu'il apporte à la tribune prouvent que le lupus est une tuberculose localisée. A Kaposi de prouver le contraire.

M. le Dr UNNA (de Hambourg) dit que le lupus est une tuberculose cutanée localisée. Il y a presque constamment trouvé des bacilles. A Kaposi de prouver que le lupus n'est pas une tuberculose locale. Unna pense qu'il faut distinguer en plusieurs formes le lupus tuberculeux bacillaire vrai.

M. le professeur LANG (d'Insprück), trouve que Kaposi a trop accentué la malignité de la tuberculose en général. Pour Lang le lupus est une tuberculose atténuée de la peau, comme l'ont déjà dit les professeurs Cornil et Leloir.

M. LELOIR dit, qu'après la discussion précédente, il n'a rien à ajouter. Il s'agit de questions de faits, que toutes les affirmations, quelque absolues qu'elles soient, ne pourront renverser : *Acta non Verba*.

M. UNNA présente des instruments de chirurgie cutanée et des produits pharmaceutiques destinés au traitement des maladies de la peau. M. le Dr GOLSCHEIDEN fait une communication sur les *nerfs spécifiques de la peau*. Il arrive à distinguer des nerfs spécifiques pour le chaud, le froid, le tact, la douleur.

Séance du 12 août.

M. A. HANSEN fait une communication sur la *lèpre* et présente au Congrès 3 lépreux venus de Norvège. Pour lui la lèpre est une maladie contagieuse, spécifique. Il ne croit pas à l'influence de l'hérédité, des ingesta, des circumfusa dans l'étiologie de la lèpre. Pour lui, le seul traitement de la lèpre est l'isolement des lépreux. Il s'appuie à cet égard sur des faits des plus intéressants exposés d'une façon très remarquable.

M. le Dr ZAMBACO n'admet pas que la lèpre soit contagieuse. Il admettrait volontiers qu'elle soit héréditaire. Il insiste sur l'influence des ingesta, des circumfusa, des émotions morales, en un mot de toutes les causes pouvant altérer le système nerveux.

M. le professeur NEISSER ne pense pas que la lèpre soit héréditaire, il en fait avec Hansen une maladie contagieuse. Il ne pense pas, contrairement à Hansen, que les bacilles de la lèpre contiennent des spores.

M. le Dr SHOMAKER (de Philadelphie) fait une communication sur les *oléates* et différents autres produits de thérapeutique cutanée. Il dit en outre qu'il a injecté avec succès de l'huile de foie de morue sous la peau. Des applications de jéquirity lui auraient donné de bons résultats dans le traitement de l'épithélioma, du lupus, etc.

M. le professeur PICK, lit un long rapport sur l'*excision du chancre syphilitique*. Il a excisé 136 chancres le plus tôt possible; dans 19 cas, il n'est pas survenu d'accidents généraux après l'excision du chancre. Lorsque les ganglions inguiniaux étaient pris, il n'a réussi à empêcher la vérole que 4 fois. Ses malades ont été suivis avec le plus grand soin pendant plusieurs années. Il fait remarquer que dans les cas d'insuccès la sclérose se reproduisait au point d'excision. Pour lui, l'excision du chancre, foyer infectant primitif, peut dans certains cas donner de bons résultats ; mais ces résultats seront toujours très rares, car malheureusement on ne peut savoir jusqu'où a pénétré le virus syphilitique.

M. PONDOPIDAM (de Copenhague), présente un malade atteint de *chancre infectant*, chez lequel on a produit, en inoculant la peau du ventre avec du liquide provenant de ce chancre, trois papules simulant à s'y méprendre des chancres infectants.

M. LELOIR dit qu'il ne veut pas se risquer à émettre une opinion dans une question aussi difficile. Il se bornera à raconter un fait qui lui est personnel et dont chacun pourra tirer la conclusion qui lui plaira. Il s'agit d'un étudiant chez lequel il a pu exciser le chancre douze heures au plus après son apparition. Il n'y avait pas d'adénopathie; il ne se produisit pas d'induration au niveau de la plaie, l'excision fut pratiquée *larga manu* et, néanmoins, cet étudiant fut atteint d'une syphilis incontestable. Il rapproche cette observation d'une observation analogue de Rasori et d'un fait très semblable observé par le professeur Fournier et qu'il prie le Dr Barthélemy de relater.

M. le Dr BARTHÉLEMY relate les faits de Ricard, de Fournier, etc..., qui montrent que la lymphangite s'étend dès le sixième jour du chancre, non seulement aux ganglions inguinaux, mais encore aux ganglions iliaques. Il relate le cas du professeur Fournier où l'excision a été faite dès la dixième heure après l'apparition du chancre et où la syphilis est néanmoins survenue.

M. le Dr VAYDA dit que l'on ne peut jamais être sûr d'avoir enlevé tous les tissus infectés par le virus. Pour lui, contrairement à Auspitz et Unna, le virus syphilitique progresse par les lymphatiques et non pas par les vaisseux sanguins. Il propose de poursuivre le virus syphilitique par les lymphatiques.

M. le professeur BERGH dit que la syphilis peut demeurer longtemps latente. Il signale un cas où les premiers accidents spécifiques seraient survenus seulement six ans après l'infection. Pour lui, la question est donc loin d'être résolue.

M. le professeur NEISSER considère le chancre comme un foyer bactéridien local qu'il faut enlever le plus tôt possible. Il se demande si, dans les cas rapides, il ne s'agit pas du passage du virus dans le sang, et dans les cas de longue durée de son passage dans les lymphatiques.

M. le Dr MARTINEAU dit qu'il est étonné qu'on discute encore sur cette question jugée pour lui depuis longtemps déjà. Lorsque le chancre apparait, l'économie entière est déjà infectée ; le chancre n'est autre chose que le premier des accidents secondaires : toute excision est donc absolument inutile.

M. UNNA est partisan de l'excision. Il pense que le virus syphilitique progresse le long des vaisseaux sanguins.

M. PICK revient défendre l'excision du chancre avec énergie.

M. LELOIR dit qu'en se plaçant au point de vue de la pathologie générale, il est probable que le chancre est un foyer virulent ; mais que rien ne prouve qu'au moment de son apparition le virus soit resté limité uniquement à ce foyer primitif. Aussi cette diffusion rapide du virus hors de son foyer d'incubation primitif, explique-t-elle les insuccès obtenus.

Séance du 14 août.

M. VAYDA fait une communication sur l'*onyxis syphilitique* hypertrophique et sur son anatomie pathologique.

M. le Dr GRÜNFELD (de Vienne) fait une communication sur l'*endoscopie*. Il en est de même du professeur Yanowski (de Prague).

MM. LIEBREICH (de Berlin), et Martineau (de Paris), Lipp (de Gratz), font successivement des communications intéressantes sur les *injections mercurielles dans le traite-*

© BIU Santé

ment de la syphilis. Les professeurs Bergh et Kaposi, les Drs Shomäker, prennent part à la discussion.

M. le Dr Martineau fait ensuite une communication sur la syphilis chez les animaux. M. Pick dit que le cas du singe de Martineau est un fait unique et des plus intéressants. Dr X.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 août 1884. — Présidence de M. Larrey.

Suite de la discussion sur le choléra. — M. J. Guérin, à l'occasion du procès-verbal, prend la parole pour reprocher à M. Proust de ne pas apprécier suffisamment les documents qu'il avait apportés dans le cours de la discussion, à l'effet de mettre en évidence l'existence d'une constitution épidémique prémonitoire. Les mémoires de MM. Dutrieux et Corre lui paraissent empreints de la plus grande précision ; aussi, M. J. Guérin regrette-t-il qu'ils n'aient pas été insérés dans les bulletins de l'Académie.

M. Proust s'étonne des reproches qui lui sont adressés, car il est d'un usage constant de mentionner dans les Bulletins, sans longs commentaires, les diverses présentations que les membres de l'Académie ont l'habitude de faire au début de chaque séance. En ce qui concerne le côté scientifique de la protestation de M. J. Guérin, M. Proust fait observer à ce dernier qu'il n'a jamais nié l'existence de certaines constitutions médicales, mais bien l'existence d'une constitution médicale prémonitoire du choléra.

M. Leroy de Méricourt donne lecture de son rapport sur les diverses pièces relatives au choléra, qui ont été adressées à l'Académie.

M. Marey lit un travail, par lequel il propose d'établir une enquête sur les diverses épidémies qui ont éclaté en France, depuis le commencement de ce siècle.

C'est le seul moyen de parvenir à la découverte des moyens prophylactiques des épidémies de choléra. On pourrait ainsi rechercher, dans chaque localité envahie, la durée de l'incubation, l'influence des eaux dont se servent d'habitude les habitants de cette localité, l'état des fosses d'aisance, des lavoirs, des dépôts de fumier, etc. Peut-être même y aurait-il lieu de provoquer une conférence internationale. En terminant, M. Marey se déclare partisan de la création d'une chaire d'épidémiologie, ainsi que de la création d'un Bureau central d'hygiène.

M. Peter vient entretenir l'Académie des réflexions motivées par les deux rapports que M. Queirel (de Marseille) a adressés à l'Académie à l'occasion de l'épidémie actuelle du choléra. Dans ces deux rapports, il est question de la propagation du choléra de Toulon à Marseille, puis de Marseille à Arles. Dans un premier rapport, M. Queirel confirme de tous points ce que nous avaient appris, MM. Brouardel et Proust, sur l'invasion du choléra à Marseille. Ce qu'il y a de nouveau et de très intéressant pour nous, c'est la transmission du choléra à Arles, où il apparaît d'emblée, sans diarrhée prémonitoire. Ce qu'il y a de curieux, c'est que le premier cas de choléra asiatique, chez un arlésien, ait été observé loin d'un marseillais mort du choléra à l'Hôtel-Dieu, et dans la partie la plus haute de la ville d'Arles. Mais, avant l'arrivée à Arles des réfugiés marseillais, il y avait, dans cette même ville, des émigrés de Toulon. Quels sont donc les coupables ? Or, il n'y eut aucun cas cholérique parmi les Toulonnais ; ils avaient donc été les colporteurs du contage, et l'auraient répandu dans l'air de la ville où ils circulaient partout librement. Il est de toute impossibilité d'invoquer ici la propagation du mal par l'eau supposée contaminée par le cholérique de l'Hôtel-Dieu. Tout s'explique, au contraire, si l'on admet la dissémination du contage par l'air et l'introduction de ce contage par les voies respiratoires. Si on admet que, pour le choléra, comme pour les maladies les plus manifestement contagieuses, les fièvres éruptives, par exemple, la contagion se fait par l'intermédiaire de l'air, on conçoit très bien que, l'air charriant partout le germe cholérique, celui-ci se développe d'élection, dans les organismes prédisposés, et frappe, le premier par un grand nombre d'individus, puis le second quelques rares seulement : les individus prédisposés se trouvent ainsi frappés en masse. Mais comment, par quel agent le choléra se transmet-il à Arles ou ailleurs ? Par le microbe, dit-on. A ce sujet, tout le monde en France comme en Allemagne se contredit et on peut avancer que le nombre des microbes de Koch est loin d'être proportionnel à la gravité des cas de choléra, si loin de l'être qu'il peut manquer dans les cas les plus graves, dans les cas foudroyants (trois cas cités par MM. Straus et Roux). Si on ne les trouve pas dans ces cas foudroyants, c'est que le temps manque pour la chose et que les cholériques ne vivent pas assez longtemps pour engendrer leur microbe. On arrive enfin à prendre l'effet pour la cause. Ce qui se dégage du travail de M. Queirel, c'est l'apparition du mal et sa constitution immédiate en foyer, partout où l'hygiène est méprisée. Arles, ainsi que Toulon et Marseille, offre le lamentable exemple de la méconnaissance des préceptes de l'hygiène publique.

M. Brouardel fait observer que les propositions, contenues dans la communication de M. Marey, sont indépendantes de toute question doctrinale et représentent l'ensemble de toutes les opinions formulées jusqu'à ce jour. Dans ces conditions, M. Brouardel demande s'il n'y aurait pas lieu de les proposer à l'Académie sous forme de vœux.

La proposition de M. Brouardel est adoptée et renvoyée à la commission d'hygiène.

M. Bouley lit, au nom de M. Chauveau, une note relative à la *septicémie gangréneuse*, et de laquelle il résulte que la septicémie grangréneuse de l'homme est identique à la septicémie gangréneuse des animaux, et qu'elle est produite par un microbe aérobie, qui probablement n'est autre que le vibrion septique de M. Pasteur. Les germes de ce vibrion septique sont les hôtes habituels de l'homme et des animaux, mais ils ne se développent et déterminent les accidents graves que l'on connaît qu'à la suite de traumatismes, que ces traumatismes s'accompagnent de plaie extérieure, ce qui est la règle, où qu'ils soient exclusivement sous-cutanés. Les sujets inoculés par ce virus et qui échappent à la mort acquièrent l'immunité. Pour obtenir plus facilement cette immunité, le meilleur procédé est de faire des injections intra-veineuses du virus.

M. Onimus donne lecture d'un travail sur l'*emploi de l'ozone dans les épidémies.* A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 25 janvier 1884. — Présidence de M. Cornil.

32. Rapport sur la candidature de M. A. Gilbert au titre de membre-adjoint; par M. Desnos.

Je rappellerai à la Société deux des communications de M. Gilbert.

La première a trait à un homme qui mourut d'occlusion intestinale. A l'autopsie, l'on reconnut que les accidents avaient pour point de départ un entérolithe engagé dans l'appendice cæcal. Par l'irritation prolongée qu'il avait engendrée, cet entérolithe avait amené l'oblitération de l'orifice qui, normalement, fait communiquer la cavité de l'appendice avec celle du cæcum, l'épaississement des parois de l'appendice, et la formation dans leur épaisseur d'un abcès du volume d'une petite noix ; enfin, il avait déterminé l'adhérence de l'appendice à une anse intestinale située à égale distance de la valvule pylorique et de la valvule de Bauhin.

Bien que l'adhérence de l'appendice iléo-cæcal à l'intestin fût la cause véritable de l'occlusion, celle-ci ne siégeait pas au niveau de l'adhérence elle-même, mais quelques centimètres plus haut. L'occlusion avait donc un double agent : 1° Un agent direct et actif représenté par la portion ultime de l'iléon qui, prenant en écharpe l'intestin à quelques centimètres au-dessus de son adhérence à l'appendice, l'étranglait en même temps qu'il s'étranglait sur lui ; 2° Un agent indirect et primordial représenté par

© BIU Santé

l'adhérence entéro-iléo-cæcale qui, formant une barrière infranchissable à l'iléon, l'obligeait à maintenir l'intestin enterré.

La seconde communication de M. Gilbert est un bel exemple de calcification de la plèvre. A l'autopsie d'un malade qui mourut de cancer et de tuberculose, la plèvre droite fut trouvée calcifiée dans son tiers inférieur, sur une largeur de vingt centimètres et sur une hauteur de douze centimètres. Cette large plaque calcaire offrait une épaisseur progressivement croissante d'avant en arrière, du sternum à la colonne vertébrale. En avant, son épaisseur n'atteignait pas un demi-centimètre ; en arrière, elle dépassait un centimètre et demi. Sa consistance était considérable et absolument comparable à celle du tissu osseux. Sur une coupe, elle offrait deux zones : l'une, corticale, jaunâtre, d'apparence cornée ; l'autre, centrale, blanchâtre, d'apparence calcaire et ossiforme. L'analyse chimique montra que la proportion de l'élément minéral et de l'élément organique était à peu près identique à celle que l'on observe dans le tissu osseux vrai. Par ses caractères physiques, par ses caractères chimiques même, cette pseudo-ossification pouvait donc en imposer pour une ossification légitime, mais elle s'en distinguait nettement par l'ensemble de ses caractères histologiques : la zone corticale ou cornée se montrait, en effet, au microscope, simplement formée de tissu fibreux serré, et la zone centrale ou calcaire de tissu fibreux calcifié, creusée de lacunes et de fentes de forme et de dimensions les plus variables, ne ressemblant nullement aux ostéoplastes.

33. Cirrhose graisseuse. — Alcoolisme, tuberculose; par MM. Albert Mathieu, chef de clinique médicale et Malibran, interne des hôpitaux.

La nommée L. E..., âgée de 37 ans, fleuriste, entre le 22 janvier 1884 salle Sainte-Jeanne, lit n° 17. (Service de M. le professeur G. Sée.)

Pas d'antécédents syphilitiques appréciables. Pas de maladie antérieure. De temps en temps, la malade aurait eu des vomissements bilieux et des pituites le matin. Elle s'était, dit-elle, surmenée à l'époque où a débuté la maladie qui l'amène actuellement à l'hôpital.

Le 14 juillet 1883 elle fut prise brusquement de crachement de sang ; elle en rendit coup sur coup deux ou trois gorgées. Depuis cette époque, elle tousse, elle a de la fièvre et maigrit. Elle a des sueurs nocturnes. Les règles ont disparu depuis deux mois. Il y a six semaines, son teint a commencé à jaunir. Les vomissements sont devenus fréquents. Son ventre a augmenté de volume depuis un mois. Il n'est pas douloureux ; jamais, en particulier, elle n'a eu de douleur dans la région du foie. Elle ne rappelle rien qui ressemble à une colique hépatique. Depuis cette époque, son affaiblissement s'est de plus en plus accentué. Depuis huit jours, elle a du gonflement des jambes et des parois abdominales. Il existe aussi un certain degré de tuméfaction œdémateuse de la face. Il est très vraisemblable que cette malade n'était pas fleuriste, en réalité, et qu'elle menait une existence irrégulière dans laquelle les excès alcooliques tenaient une certaine place.

Etat actuel. — Teinte ictérique généralisée. Cyanose. Dyspnée considérable. Gonflement marqué de l'abdomen. La langue est nette, un peu rouge. Le pouls est petit, ondulant, précipité. L'expectoration, assez abondante, aérée, est composée par des parties d'aspect très différent : on y trouve un liquide blanchâtre, spumeux, des crachats complètement teintés de bile ; au fond du crachoir, on aperçoit des masses muco-purulentes, les unes libres, déchiquetées ou nummulaires, les autres adhérentes. Quelques-unes sont sanguinolentes.

Par la *percussion*, on constate de la matité dans les fosses sus et sous-épineuses et dans la fosse sous-clavière gauche. A l'*auscultation*, on trouve de véritables gargouillements dans ces mêmes régions. En dehors de ces points, dans toute l'étendue du poumon, on perçoit des râles sous-crépitants, à grosses bulles. La sonorité est plutôt exagérée que diminuée à la percussion.

L'abdomen est fortement distendu ; ses parois sont œdémateuses, sillonnées par des veines saillantes, dilatées. Le foie est notablement augmenté de volume ; son bord libre peut être perçu depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'œdème des parois abdominales fait qu'il est difficile de se faire une idée nette de sa régularité et de sa consistance. Par la percussion, on trouve son bord supérieur à peu près au niveau du sixième espace intercostal. La rate paraît également augmentée de volume. La sonorité abdominale est conservée en dehors de ces points. Il n'y a pas d'ascite. Mort le 23 janvier.

Autopsie. — On trouve les sommets du poumon infiltrés de dépôts caséeux, en partie ramollis, creusés de cavernules. Les *reins* sont congestionnés, peut-être à la fois gras et légèrement sclérosés. Le *foie* est volumineux, il pèse 2 kilog. 360 gr. Il n'existe pas de péri-hépatite ; cependant le ligament falciforme paraît un peu épaissi. A la coupe, on constate une fusion presque complète des lobules sur différents points. Leur limite respective est extrêmement indécise. Ils sont de coloration jaune pâle. Ailleurs, le contour des lobules est franc ; ils sont entourés d'un anneau ovoïde. Certains îlots sont plus colorés, à teinte verdâtre et sans doute infiltrés de bile. La *rate* est un peu volumineuse.

Examen histologique fait par le Dr P. Bourcy. — *Reins.* Les reins sont remarquablement sains : glomérules et tubes urinifères intacts ; pas de sclérose ou d'infiltration embryonnaire péritubulaire ou périvasculaire.

Foie. Le foie présente les altérations suivantes : A un faible grossissement (ocul. 1, obj. 0. Verick), les lobules paraissent peu distincts, les espaces et fissures étant mal limités ; çà et là quelques îlots scléreux, colorés en rose par le picro-carmin, peu étendus et répartis sans ordre. A un grossissement plus fort (ocul. 1, obj. 2 et 6. Verick), on note les particularités suivantes : Les cellules du foie sont presque toutes malades ; les unes sont gonflées, tendent à se confondre avec leurs voisines, et l'on ne peut en voir les noyaux ; les autres sont transformées en gouttes graisseuses, fortement colorées en noir par l'acide osmique ; d'autres, enfin, sont simplement infiltrées de fines granulations graisseuses. Il y a donc différents modes de lésions cellulaires : tuméfactions, troubles, dégénérescence granulo-graisseuse, transformation adipeuse ; cette dernière altération étant de beaucoup prédominante et répartie sans ordre aussi bien au centre qu'à la périphérie du lobule. — Le tissu conjonctif est considérablement hypertrophié ; mais au lieu de former des îlots ou des anneaux, il s'infiltre dans l'épaisseur des lobules et les dissocie cellule à cellule ; dans certains points, chaque cellule hépatique occupe une véritable loge conjonctive : c'est de la sclérose monocellulaire, de l'hépatite interstitielle aussi diffuse que possible. Les espaces sont peu ou pas élargis ; ils ne présentent pas de prolifération des canaux biliaires, et la sclérose s'y est développée aussi bien autour des canalicules que des vaisseaux. — Presque partout, le tissu conjonctif est adulte ; à peine voit-on çà et là quelques rares et minuscules amas embryonnaires ; pas de tubercules. — Pour être sûr que ces amas embryonnaires n'avaient rien de tuberculeux, on y a recherché les bacilles par la méthode d'Ehrlich : le résultat a été tout à fait négatif.

En somme, hépatite interstitielle diffuse, monocellulaire ; dégénérescence graisseuse avancée, pas de tubercules.

Séance du 1er février 1884. — Présidence de M. Cornil.

1. A l'occasion du procès-verbal, M. Barth demande à ajouter quelques mots relativement à la présentation qui a été faite en son nom dans la dernière séance par M. Parmentier. Le sens de cette présentation paraît avoir été mal compris : en faisant voir à la Société un cas d'aortite avec une désorganisation des trois tuniques, péricardite de voisinage, infiltrations et ecchymoses du tissu sous-séreux,

© BIU Santé

sans angine de poitrine, M. Barth n'a eu nullement l'intention de rouvrir le débat sur la question si épineuse de la névrite cardiaque ; il a voulu seulement appeler l'attention sur un fait dans lequel se trouvaient réunies au plus haut degré toutes les lésions macroscopiques invoquées par certains auteurs pour expliquer l'angine de poitrine (épaississement inflammatoire des surfaces de l'aorte, congestion et hémorrhagies interstitielles au niveau du plexus cardiaque, etc.) et dans lequel cependant *il n'y a jamais eu d'angine de poitrine*. Ces lésions peuvent donc exister sans déterminer l'angor pectoris, et il est permis de se demander si dans les cas où elles ont été accompagnées de ce syndrome morbide, elles en étaient bien la véritable cause. D'autre part, il n'est pas sans intérêt d'observer que chez le malade en question, contrairement à ce qui se passe fréquemment en cas d'aortite, les artères coronaires n'étaient nullement rétrécies.

2. M. Brissaud présente un cas de *sarcome de la colonne vertébrale* avec propagation secondaire dans le tibia, aux os du crâne et à la dure-mère. Dans la tête du tibia les noyaux ressemblent à des foyers tuberculeux ; sur la face externe de la dure-mère, il existe des plaques saillantes, étalées, et sur la face externe des os du crâne des bosselures aplaties. Les phénomènes relevés pendant la vie ont été de l'atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne, des attaques hystériformes et des douleurs généralisées. La mort est survenue par paralysie bulbaire.

3. M. Brossard fait voir un *anévrysme sacciforme* de la partie ascendante de la crosse de l'aorte qui comprimait la bronche gauche et les veines correspondantes.

4. M. Richardière présente au nom de M. Hischmann une *vessie* d'enfant dont les parois sont fortement épaissies. Les uretères, le bassinet et les calices sont dilatés. Il n'existe cependant pas de lésion appréciable de la vessie, et la cause de son hypertrophie et de la dilatation des uretères est demeurée absolument inconnue.

5. M. Léonard en cherchant à pratiquer un trait de scie sur le *fémur fracturé* qu'il a présenté à la dernière séance a désengréné les fragments et complété la fracture de façon à justifier le terme de fracture par pénétration réciproque employé par M. Quénu.

6. M. Bottey présente un *cœur hypertrophié* dans lequel il existe une masse calcaire d'aspect athéromateux perdue dans l'épaisseur du muscle au niveau du segment postérieur de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

7. MM. Malibran et Mathieu font voir un *foie cirrhotique*, atrophié, dans lequel on trouve deux noyaux jaunâtres, enkystés, constitués sans doute par des masses limitées d'adénome. Pendant la vie il y avait de l'ascite et de l'ictère vert.

8. M. Courtade présente un *abcès du cerveau* développé à distance dans l'épaisseur du lobe sphénoïdal chez un tuberculeux atteint de carie du rocher.

9. M. Doyen présente un *cas de thrombose de la veine faciale*, de la veine ophtalmique et des sinus chez une femme qui portait à la face une petite écorchure produite par un simple coup d'ongle. Il y avait de l'exophthalmie double, de l'œdème de la face et des paupières.

M. Quénu demande s'il ne s'agissait pas d'une pustule maligne méconnue.

M. Cornil fait observer que la thrombose ressemble beaucoup plutôt à ce qui se voit à la suite de certains furoncles de la face.

M. Barth demande s'il n'y avait pas d'érysipèle au pourtour de la petite plaie.

M. Doyen répond qu'il n'y avait ni érysipèle, ni furoncle ; c'était en apparence, une simple égratignure par un coup d'ongle.

10. M. Dubreuil présente un *cancer colloïde du rectum* avec généralisation aux grandes et aux petites lèvres et au péritoine. Pendant longtemps le diagnostic posé a été syphilome ano-rectal. Les deux ovaires sont kystiques et envahis par le néoplasme. On peut se demander s'il s'agit de kystes contemporains ou antérieurs au cancer.

M. Quénu se base sur la petitesse de certaines des poches kystiques et sur leur nombre, sur leur contenu pour penser que les productions kystiques peuvent être de même nature que le néoplasme rectal. Dans les kystes proligères, la lésion est analogue à celle des épithéliomas cylindriques.

M. Balzer pense que les kystes préformés ont été envahis secondairement. Il s'agissait d'une femme de 28 ans chez laquelle les kystes n'avaient pas pu encore prendre un développement considérable ; leur petitesse ne prouve donc pas leur origine épithéliomateuse.

11. M. Métaxas présente au nom de M. Ricard des *excroissances molluscoïdes* greffées sur un lipome congénital.

12. M. Phocas fait voir le *crâne* et le *cerveau* d'un homme de 73 ans qui, en tombant de tramway, s'enfonça le tuyau de sa pipe dans l'orbite. Il y avait une exophthalmie prononcée. Après extirpation de l'œil, on put extraire un bout de tuyau, long de quatre à cinq centimètres, qui avait perforé le sphénoïde et avait pénétré dans le cerveau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 août 1884. — Présidence de M. Duguet.

M. Gombault communique les résultats d'expériences qu'il a faites en collaboration avec M. Chauffard, et qui sont relatives à l'inoculation à des cobayes du liquide des épanchements séreux de la plèvre chez des sujets tuberculeux. Jusqu'à ce jour, la présence des bacilles de Koch n'a pas été constatée dans les épanchements de cette nature. Les expériences de MM. Gombault et Chauffard semblent établir qu'ils y existent, bien qu'on ne les ait pas observés *de visu*. Quinze cobayes ont été inoculés. On leur a injecté dans le péritoine 3 grammes de liquide extrait de la plèvre par ponction. Cinq inoculations ont été négatives. Deux doivent être défalquées, car les animaux sont morts des conséquences immédiates de l'opération. Six des cobayes sont devenus tuberculeux. Toutes les précautions, antiseptiques ou autres, avaient été prises pour que le développement de la tuberculose ne pût être attribué à une influence autre que l'injection du liquide pleural. Les expériences de MM. Gombault et Chauffard paraissent donc établir la réalité de la virulence du liquide séreux des épanchements pleuraux chez les tuberculeux. Quant au degré de virulence, il semble être assez faible, car il est nécessaire d'injecter aux cobayes, pour déterminer l'infusion expérimentale, une quantité relativement grande du liquide. Il est vraisemblable, d'ailleurs, que ce degré varie suivant que les lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires sont plus ou moins prononcées, et peut-être suivant le niveau occupé par les différentes couches de sérosité, dans la plèvre. Il est difficile de dire si la virulence est due à la présence du bacille proprement dit, ou des zooglées décrites par Malassez et Vignal. L'examen microscopique n'a pas, jusqu'à présent, permis aux auteurs d'émettre un avis à cet égard.

M. Debove a lui-même cherché les bacilles dans le liquide séreux d'un hydro-pneumothorax. Il n'en a pas rencontrés.

Les bacilles se constatent au contraire aisément dans les épanchements purulents. M. Déjerine les a observés très nettement chez un malade du service de M. Vulpian.

M. Debove a imaginé de traiter la névralgie sciatique par la *congélation*, et il a obtenu de son procédé d'excellents résultats. Au moyen d'un syphon muni d'un ajustage spécial, il pulvérise sur le trajet du sciatique et au niveau des points douloureux du chlorure de méthyle, à l'aide duquel on peut obtenir une température de moins 23°. Il faut éviter de prolonger la pulvérisation trop longtemps, sans

© BIU Santé

quoi on déterminerait de la vésication. On s'arrête dès que le malade accuse une sensation analogue à celle que lui ferait éprouver l'application d'une pointe de feu. Par son procédé, M. Debove a vu la douleur se calmer immédiatement. Dans la plupart des cas, une seule pulvérisation a suffi pour en amener la disparition définitive. Dans quelques-uns, il a fallu recourir à une deuxième séance.

M. Hanot fait part à la Société d'un cas de gangrène presque foudroyante du pied et de la jambe gauche, chez une malade atteinte de néphrite chronique. Il s'agissait d'une gangrène humide classique par thrombose. Les parties mortifiées se sont éliminées huit jours après le début des accidents.

M. Robin a fait des recherches pour vérifier la proposition de M. Rommelaere, d'après laquelle le chiffre de l'urée tomberait à un taux très bas, chez les malades atteints de cancer de l'estomac. Le phénomène tiendrait à l'inanition et non à un trouble spécial de la nutrition occasionné par le cancer. On l'observe chez des individus atteints d'affections chroniques du tube digestif autres que le cancer. Il n'a donc pas la valeur diagnostique que lui a attribuée M. Rommelaere. C. B.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

VIII. Bericht über die fünfzehente versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft Heidelberg. Jequirity, etc. Stuttgardt. 1883. Enke, 1883.

IX. Contribution à l'étude de la syphilis cornéenne ; gomme de la cornée ; par le Dr A. Denarié. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

X. Des hémorrhagies consécutives aux opérations portant sur le globe de l'œil ; par J.-A. Salamé. — Paris. Ollier Henri, 1884.

VI. The visual area in the brain determined by a study of hemianopsiæ, by M. Allen Starr (Amer of the *Journ. med. sc.*, Jannary, 1884.)

VIII. Il est intéressant de noter que l'existence du Jéquirity avait été déjà pressentie et considérée comme nécessaire par Klein, de Londres (Voy. *Centralbl. f. d. med. Wissensch*, 23 fév. 1884), et avant lui par V. Hippel. Ce dernier communique, en effet, dans le compte rendu du Congrès ophthalmologique de Heidelberg, que nous avons sous les yeux, une série d'expériences qu'il a faites au sujet du jéquirity. Il en résulte pour lui, d'une façon très claire, que l'action de ce médicament ne peut être due à un microbe spécifique, attendu que : 1° La conjonctivite jéquiritique ne présente pas de stade d'incubation, comme ce devrait être le cas, si elle était produite par un agent infectieux appartenant à l'ordre des microzoaires ; 2° Les macérations préparées avec des solutions antiseptiques capables d'entraver et entravant réellement le développement des bacilles manifestent les mêmes vertus et les conservent même beaucoup plus longtemps que celles préparées avec de l'eau ordinaire ; 3° Il a été impossible à l'auteur de déterminer, par l'importation sur une conjonctive saine de la sécrétion d'un œil affecté d'ophthalmie jéquiritique, une conjonctivite de même nature ; 4° Le bacille des macérations du jéquirity se retrouve dans les infusions de pois, qui ne possèdent pas la même influence phlagogène ; 5° Enfin les cultures de ces bacilles ne possèdent point non plus cette influence.

Tous ces faits dûment constatés par V. Hippel, n'ont pu être contestés par Sattler, qui a néanmoins tenté de ruiner, non sans habileté, ces importantes objections. Mais, malgré l'ingénieuse défense du professeur d'Erlangen, on peut considérer aujourd'hui comme détruite ou en tous cas très ébranlée l'influence des microbes jéquiritiques. Peut-être sont-ils seulement, comme le croient MM. Boreylants et Venneman, les générateurs du ferment soluble. Mais cette hypothèse est peu plausible, étant donné ce fait, découvert par V. Hippel, que les solutions absolument exemptes de ces organismes renferment néanmoins le principe actif des graines brésiliennes.

Je ferai remarquer, en passant, que les conclusions de l'auteur sur la vertu curative du jéquirity concordent pleinement avec l'opinion que j'ai exprimée à plusieurs reprises dans cette revue, telle que je me l'étais formée, soit par les résultats que j'en avais observés, soit par les observations d'autres auteurs. C'est-à-dire que le jéquirity est dépourvu d'influence favorable sur les granulations conjoncturales récentes et qu'il n'exerce en somme d'action salutaire que sur le pannus trachomateux invétéré. L'innocuité de cette substance pour la cornée n'est nullement aussi complète, d'après V. Hippel, que le prétend M. de Wecker, et l'on doit observer, dans son emploi, à peu près les mêmes précautions que dans celui du pus blennorrhagique.

Nous ne passerons pas à d'autres publications, sans signaler encore, dans le compte rendu des travaux du Congrès allemand, diverses communications de valeur. C'était, entre autres, celles de Berlin, sur les écritures gauchères. M. Berlin est arrivé, par l'observation de ce genre d'écriture, à se confirmer de plus en plus dans son opinion que les traits principaux des lettres sont toujours tracés suivant une direction perpendiculaire ou à peu près à la ligne de base. Nous devons aussi une mention aux intéressantes recherches de Sattler sur la valeur antiseptique des différents liquides employés en chirurgie oculaire. L'eau chlorée, les solutions de thymol et de sublimé sont les plus avantageux. Les dernières se recommandent par la faible concentration à laquelle elles sont encore actives (1 p. 5000 arrête le développement des bactéries, 1 p. 10,000 s'oppose à leur production).

Enfin MM. O. Becker et Förster ont apporté chacun une petite contribution à l'étude de la question de la myopie. Le premier a publié les résultats fournis par l'examen des recrues de l'armée allemande dans les circonscriptions de Heidelberg et des environs, au point de vue des fonctions visuelles, pendant vingt-cinq années consécutives. Le nombre des individus impropres au service pour cause de myopie oscille entre 0,51 et 2,68 0/0. La moyenne de ces chiffres, qui est de 1,60 0/0 reste, en somme, assez constante, et surtout ne subit aucune augmentation dans les dernières années, ce qui est important sous le rapport de la diffusion de la myopie dans les diverses classes de la société. La discussion qui a suivi cette communication a révélé le fait intéressant que les changements les plus consciencieux apportés aux conditions hygiéniques de l'école ne paraissent pas avoir eu d'influence notable sur la proportion des myopes trouvée parmi les élèves.

M. Förster a fait justice de la croyance qui attribue aux efforts accommodatifs le pouvoir de faire augmenter la myopie. Il a cité plusieurs observations dans lesquelles le port permanent de verres concaves plus forts que le véritable degré de myopie n'avait entraîné aucune augmentation de l'amétropie. Mais peut-être s'agissait-il, dans ces cas, de la myopie typique, non progressive et dépourvue de caractère morbide.

IX. Si l'influence de la syphilis héréditaire sur la production de la kératite interstitielle ne peut plus être sérieusement contestée, il n'en est pas de même pour la syphilis acquise. Il faut reconnaître que les manifestations cornéennes de cette maladie sont extrêmement rares et encore mal étudiées. Aussi avons-nous lu avec grand intérêt la thèse de M. Denarié, qui nous communique l'observation d'un malade entré dans le service de M. Gayet avec une affection oculaire ressemblant beaucoup à un abcès de la cornée. Cet homme, manifestement syphilitique, mourut peu de temps après, d'accidents cérébraux. L'autopsie fit constater non seulement des germes encéphaliques, mais des altérations très remarquables de la cornée, consistant principalement en un amas, au sein de sa substance fondamentale, de cellules rondes en voie de dégénérescence graisseuse, avec dissociation des lamelles. Comme l'anamnèse ne présentait aucun des symptômes d'irritation qui accompagnent presque toujours l'abcès aigu de la cornée ; comme, d'autre part, l'âge du malade, sa constitution vi-

© BIU Santé

goureuse et son état de nutrition favorable excluaient l'idée d'un abcès chronique, M. Denarié se croit autorisé à admettre qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une véritable production gommeuse développée dans l'épaisseur de la cornée. L'auteur cite ensuite dix observations de kératite syphilitique, appartenant à d'autres spécialistes et qu'il croit pouvoir être interprétées dans le sens de son opinion. Appuyé sur ces onze observations, il trace le tableau clinique de la kératite gommeuse due à la syphilis acquise.

X. La question des hémorrhagies consécutives aux opérations sur le globe de l'œil a éveillé de nouveau, dans ces derniers temps, l'attention des ophthalmologistes, surtout à la suite du triste cas relaté par M. Warlomont, dont la malade, opérée de cataracte, perdit les deux yeux par une hémorrhagie oculaire abondante. M. Salamé, aidé des conseils et de la science de M. le professeur Panas, a fait une étude consciencieuse de cet accident. Des quatorze observations qu'il a empruntées à la littérature et de deux autres qu'il a recueillies dans le service de l'Hôtel-Dieu, il résulte que le pronostic de cette véritable complication est toujours d'une gravité absolue, et qu'elle entraîne dans tous les cas la perte de l'œil. Elle peut même provoquer une ophthalmie sympathique.

La pathogénie en est assez obscure. Jusqu'ici on n'a pu découvrir les lésions vasculaires qui doivent la favoriser. Quant à son étiologie, M. Salamé, se fondant sur l'expérience de son maître, admet comme cause essentielle et probablement constante l'exagération de la tension intra-oculaire et les altérations qu'elle amène à sa suite dans les membranes et le contenu du globe. De là, le précepte fort sage d'explorer soigneusement cette tension avant toute opération importante sur l'œil, et, lorsqu'elle se montre augmentée, de redoubler de précautions dans les manœuvres opératoires et les soins consécutifs. Quant au traitement de l'hémorrhagie, une fois déclarée, la seule ressource consiste malheureusement dans l'énucléation.

XI. La brochure de M. Starr ne contient aucun fait nouveau. L'auteur arrive à une conclusion depuis longtemps formulée, à savoir que l'anatomie pathologique et la clinique, aussi bien que la physiologie démontrent à l'évidence que le centre de la vision siège dans l'écorce du lobe occipital et que chaque hémisphère reçoit les impressions des deux moitiés correspondantes de la rétine. EPERON.

CORRESPONDANCE

Le Congrès international de médecine.

Copenhague, 16 août 1884.

Mon cher rédacteur en chef,

Voici le congrès terminé et demain matin les quinze cents médecins qui sont venus à Copenhague résoudre, ou plutôt agiter les grands problèmes de notre science médicale, se seront de nouveau dispersés aux quatre coins du monde « *par la terre ou bien par l'onde* ».

Notre intention n'est pas aujourd'hui de nous occuper des sujets scientifiques qui ont fait l'objet de cette réunion internationale ; nous voulons seulement exprimer notre gratitude aux confrères danois qui nous ont reçus à bras ouverts et qui de leurs domiciles ont su faire les nôtres pendant toute une grande semaine.

Certes, on ne saurait nier que la somme de travail effectuée pendant ces quelques jours a été considérable. Mais quel que soit le temps qu'on y a consacré, celui qui a été employé aux fêtes amicales a été considérable.

C'est avec un grand plaisir que nous insistons sur l'amabilité et la cordialité — ces mots sont insuffisants à rendre notre pensée — avec lesquelles les Danois « médecins et clients » nous ont accueillis nous autres Français. Si nous constituions une infime minorité, eu égard surtout au grand nombre d'Allemands qui n'avaient eu qu'un pas à faire pour assister à la grande joute scientifique, nous n'en avons pas moins eu une bien large part d'ovations. Nous sommes en droit de dire — et ce n'est pas nous qui parlons, mais le *Berliner Tageblatt* d'hier — que les Danois ont eu pour les Français une somme de prévenances et d'égards empressés. Aussi le journal berlinois ne se fait-il pas faute d'exhaler son mécontentement non sans amertume ; il se plaint que M. Pasteur ait eu les honneurs de la première séance générale, alors qu'il eût voulu voir donner la parole, en premier lieu, à M. le professeur Virchow. Les applaudissements enthousiastes qui ont précédé et suivi la communication de notre compatriote sur ses *recherches sur les virus* n'ont pas peu contribué à faire naître cette mauvaise humeur. Depuis le jour où les médecins danois avaient assumé la lourde responsabilité de donner l'hospitalité dans la capitale de leur pays à un si grand nombre d'étrangers en même temps, ils s'étaient préparés de longue main à cette réception. Une de leurs principales préoccupations avait été l'étude de la langue française.

Leurs efforts ont été couronnés de succès : toutes les communications des Danois se sont faites en notre langue et ont été exposées avec une clarté, nous dirions presque avec une élégance parfaite. Le président, M. Panum, a souhaité la bienvenue aux membres du congrès en français « la langue la plus courtoise » selon son expression. De même on nous a fait les adieux en français et nous ne pouvons nous empêcher de citer à ce propos la péroraison du petit discours prononcé par M. le professeur Howitz dans la section d'obstétrique : « Le Danemark, a-t-il dit, est un petit jardin d'acclimatation où le terrain n'est bon que pour les grandes idées ; celles qu'y a implantées le congrès sont du nombre et les danois reconnaissants s'efforceront de les cultiver et de les faire prospérer ».

Ce n'est certes pas à vous, chers hôtes, d'être reconnaissants mais bien à nous ; aussi croyons-nous être l'interprète des sentiments de tous les médecins français que vous avez si bien reçus en vous envoyant l'expression de notre profonde gratitude, par la voie de la presse médicale française.

Nous ne saurions, mon cher rédacteur, vous faire par le menu l'exposé des fêtes qui ont été données en l'honneur du congrès. Chaque jour ce n'ont été que banquets qui, chose étrange ! tout en ayant un caractère absolument officiel, ont été empreints de la plus grande cordialité, fêtes publiques, excursions sur tous les points de la côte si pittoresque du Seeland et notamment au poétique et légendaire château d'Elseneur. Jeudi, la municipalité de Copenhague a offert un banquet à tous les membres du congrès, à l'issue duquel toute une flottille de vapeurs a transporté les invités à une fête de nuit, dans les jardins du Tivoli. Nous ne saurions vous exprimer l'émotion que nous avons ressentie en présence des ovations enthousiastes et des acclamations chaleureuses de la population entière massée sur les quais du port pavoisé pour saluer notre passage. Nous ne voulons pas mettre en parallèle l'accueil que nous avons reçu des médecins londoniens en 1881, avec celui que nous a fait le peuple danois entier. Nous pensons que la tâche sera lourde à la nation qui assumera la responsabilité de recevoir le congrès international en 1887 : faire aussi bien que les Danois, est peut-être possible, mais il serait téméraire de prétendre les surpasser en affabilité et en générosité. Les médecins américains ont brigué cet honneur, et nous croyons que la chose est décidée à l'heure où nous vous écrivons (1). Donc, à Washington, dans trois ans !

Recevez, cher rédacteur en chef, l'assurance de tout notre dévouement. J. BONNAIRE et GILLES DE LA TOURETTE.

BIBLIOGRAPHIE

L'épidémie de trichinose d'Emersleben en septembre, octobre et novembre 1883 ; par MM. BROUARDEL et GRANCHER. Paris, 1884. J. B. Baillière et fils, éditeurs.

Nous ne reviendrons pas sur les détails de cette épidémie que tout le monde connaît et que tous les journaux de médecine ont déjà publiés (2). Nous dirons seulement que cette brochure, accompagnée de cartes, de tableaux et de planches chromolithographiées, témoigne du succès complet obtenu par MM Brouardel et Grancher dans leur mission. L'enquête rigoureuse à laquelle ils se sont livrés, les autopsies qu'ils ont

(1) La décision a été prise.

(2) *Progrès Médical*, 5 janvier 1884, p. 7.

© BIU Santé

faites, les conclusions qu'ils ont tirées de toutes ces sources d'informations, n'ont pas peu contribué à dissiper ce *fantôme de la trichinose* qui hantait déjà l'esprit de nos législateurs. On sait, grâce à eux, qu'aucun danger ne nous menace et que les mesures défensives qu'on a proposées sont superflues.

Il est démontré aujourd'hui que la cuisson, même incomplète, rend inoffensive, en pleine épidémie, la consommation de viande trichinée; que la gravité de la maladie décroît rapidement avec le mélange de la viande infectée à d'autres viandes, et avec le temps de sa conservation après le sacrifice de l'animal; que toutes les épidémies observées en Allemagne sont d'origine allemande, et qu'aucun fait de trichinose ne saurait être attribué à l'importation des viandes américaines. Les symptômes relevés par M. Grancher ne rappellent, dans leur ensemble et leur déroulement successif, aucune autre maladie; la période cholériforme, la phase des douleurs musculaires, l'état typhoïde, la cachexie et l'œdème se présentent dans la trichinose avec des caractères tels que le diagnostic ne saurait être douteux. « De ces symptômes observés directement et des commémoratifs, dit M. Grancher, il résulte pour M. Brouardel et pour moi la conviction que nous n'avons jamais rencontré, ni dans les hôpitaux, ni dans notre pratique civile, *un cas* de trichinose et surtout *une épidémie*. »

J. COMBY.

A treatise on Bright's disease (*Traité de la maladie de Bright*); par M. MILLARD, New-York, 1884.

Tous les ouvrages publiés par nos confrères des Etats-Unis d'Amérique ne laissent rien à désirer au point de vue de la qualité du papier, de la beauté des caractères, de la largeur des marges et des interlignes. Enfin, pour achever le *comfort* de leurs publications, ils ont soin de les faire relier avant de les lancer dans la circulation. Ce sont là des qualités qui ont bien leur prix; mais je dois dire que le traité de M. Millard se recommande encore à nous sous d'autres rapports. Il est bien écrit, il est clair et sans prétention. L'auteur a dédié ce manuel à M. Charcot et à M. Debove. Il a du reste mis largement à contribution les travaux du professeur Charcot sur les maladies des reins.

Après nous avoir donné un résumé succint de l'anatomie et de la physiologie du rein, M. Millard étudie les conditions pathogènes et la valeur séméiologique de l'albuminurie, en tenant compte des recherches les plus récentes sur ce sujet difficile et à l'ordre du jour. Une place est faite aux principaux procédés cliniques qui permettent de reconnaître l'albumine dans les urines. Vient ensuite une étude des cylindres rénaux, au double point de vue pathogénique et séméiotique. Enfin, l'auteur passe successivement en revue les néphrites aiguës et choniques, dont les lésions histologiques sont non seulement décrites, mais figurées dans de nombreuses planches dans le texte.

J. COMBY.

Aide-mémoire du médecin auxiliaire de l'armée; par le Dr A. CHASSAGNE, 1 vol. Paris. — Ollier-Henry.

Ce petit ouvrage sera bientôt entre les mains de tous les étudiants possédant 12 inscriptions, car il contient le résumé bien exposé de toutes les matières demandées à l'examen de médecin-auxiliaire de l'armée de terre. C'est une heureuse compilation qui évitera bien des recherches fastidieuses et rendra les plus grands services aux candidats.

Alcuni casi di echinococco a sede musculare e ossea (**Quelques cas d'échinocoques à siège musculaire et osseux**). par le Dr BASSIANO TALINI, assistant à l'hôpital de Venise. Milan, 1883.

Cet article publié dans la *Gazetta medica italiana* est basé sur trois observations recueillies à l'hôpital civil de Venise. Les deux premières observations ont trait à des kystes hydatiques musculaires, la troisième concerne un kyste hydatique à point de départ osseux chez une vieille femme. L'auteur insiste beaucoup sur le diagnostic et sur le traitement chirurgical de ces sortes de tumeurs dont la rareté serait plus grande en Italie que dans les pays septentrionaux de l'Europe.

J. C.

VARIA

Le choléra.

Les décès cholériques de la semaine se répartissent de la façon suivante :

	Toulon. et banlieue.	*Marseille.*	*Arles.*	*Aix.*
14 août.	2	20	3	2
15 —	3	14	1	2
16 —	5	12	0	1
17 —	7	15	4	5
18 —	6	14	1	2
19 —	2	9	(?)	2
20 —	2	2	4	5

Des cas isolés ou en petit nombre de choléra ont été signalés dans les département du *Gard*, de l'*Ardèche*, de l'*Hérault*, des *Pyrénées orientales*, des *Basses-Alpes*, de l'*Aude* et de l'*Yonne*.

M. le Dr Jaime Ferran (de Tortosa), admettant comme probable que le choléra asiatique reste localisé dans le tube intestinal suppose que l'inversion des phénomènes osmiques et les autres symptômes caractéristiques de la maladie sont produits par un échange chimique profond entre les divers éléments composant la série des principes albuminoïdes qui constituent les cellules et les liquides de l'économie, que cet échange est dû aux substances élaborées par le microbe du choléra, substances qui agiraient à la façon de diastases. Il propose par suite de rechercher dans le sang des cholériques, l'agent préventif du choléra, en l'injectant selon les méthodes employées pour la vaccination préventive d'autres maladies contagieuses.

A *Carcassonne* on compterait 30 décès depuis une semaine. On signale un décès cholérique à *Lyon*, une dizaine de décès à *Puits-le-Bon* (Yonne) (1), 1 à *Avignon*, 1 à *Gap*, à *Perpignan* (2 du 18 au 19), à *Ruoms* (4).

Italie. — Le *Bulletin officiel*, mentionne toujours quelques cas de choléra dans les provinces de Turin, Parme, etc.

Paris. — Jusqu'à présent aucun cas de *choléra asiatique* n'est signalé.

L'épidémie reste stationnaire à Toulon et à Marseille; ce résultat paraît dû d'une part à la rentrée des émigrés et d'autre part à l'observation moins stricte des règles hygiéniques prescrites par les municipalités. — Malgré les différents foyers disséminés dans divers départements, il semble que l'épidémie actuelle a plutôt une tendance à s'éteindre sur place et il semble qu'elle n'a guère de tendance, jusqu'ici, à gagner le nord de la France.

Exercice illégal de la médecine

Le 15 mars dernier, le nommé Chenu, cultivateur à Miniac-Morvan, indisposé assez gravement depuis plusieurs mois, et voulant prendre un purgatif, envoya sa femme acheter pour 20 centimes de jalap chez les Sœurs de Miniac-Morvan. Ce fut la sœur Saint-Emilien qui donna le médicament. Or, après l'avoir absorbé dans une tasse de café noir, Chenu fut pris de crises violentes et, après la troisième, il succomba. Les époux Chenu étaient fort unis, cela est notoire, et dès lors on ne put supposer un crime. Une descente de justice eut lieu après cet événement : M. le Dr Sorre fut appelé à pratiquer l'autopsie du cadavre, et M. Barbot, pharmacien-chimiste à Saint-Servan, fut chargé d'analyser les substances trouvées dans le corps du défunt. Tous deux déclarent n'éprouver aucun doute sur la cause réelle de la mort de Chenu : le résultat de leurs expériences est des plus concluants, disent-ils; le malade a succombé à une ingestion de noix vomique, c'est certain. La sœur Saint-Emilien avait, par inexpérience ou par inattention, donné une forte dose de noix vomique au lieu de jalap.

Pour sa défense, son avocat a dit qu'un *oubli*, une *erreur* ne pouvaient effacer le dévouement que les religieuses montrent en ce moment à Toulon et à Marseille (!!). C'était s'éloigner un peu de la question. Voulant atténuer la *faute* de la sœur Emilienne, il a invoqué « sa mémoire affaiblie par l'âge », ce qui prouve que les supérieures des congrégations montrent peu de vigilance dans le choix des sœurs qu'elles chargent des pharmacies et ce qui, par suite, montre l'opportunité d'une surveillance plus grande et d'une intervention plus directe de la part de l'administration dans les pharmacies congréganistes.

Le tribunal, se montrant bien indulgent, a condamné la sœur

(1) Dans cette localité, de l'avis de tous les médecins qui s'y sont rendus, il s'agissait de cas de choléra sporadique.

© BIU Santé

Emilienne à 10 jours de prison et 100 fr. d'amende. Mais il a paru assez anormal de voir condamner à 10 francs d'amende le pharmacien qui avait vendu la noix vomique aux sœurs de Miniac-Morvan. L'avocat de ce pharmacien a eu parfaitement raison d'accuser directement l'administration qui, en n'exécutant pas l'article 28 de la loi du 21 germinal an XI prescrivant l'affichage annuel de la liste des pharmaciens autorisés à vendre toute espèce de médicaments, a exposé son client à une méprise sur la qualité professionnelle de la sœur Saint-Emilien. Mais il eût pu mieux encore défendre son client en reprochant à l'administration, non pas seulement de tolérer, mais d'autoriser et peut-être même de favoriser l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie par des religieuses, qui n'offrent aucune garantie de science et qui, d'autre part, se faisant payer les médicaments à un prix d'autant plus élevé qu'elles n'ont à redouter ni concurrence ni contrôle, portent aux médecins et aux pharmaciens un préjudice évident. (*Lanterne* du 16 août.)

Ainsi tout est permis aux bonnes sœurs. Il y a quelques années M. le professeur Brouardel signalait une série d'empoisonnements suivis de mort, occasionnés par l'administration du chlorate de potasse par une sœur. Aujourd'hui c'est par la noix vomique. Cependant la loi est formelle. Mais si elle existe pour les laïques (1), si d'anciens élèves en pharmacie ayant plus de dix années d'expérience ne peuvent tenir une officine s'ils n'ont complètement terminé leurs examens; si les étudiants en pharmacie ne peuvent passer leurs *examens définitifs avant* 25 *ans accomplis*, alors que cette restriction n'existe pas pour les étudiants en médecine, on tolérera cependant que des sœurs munies d'une simple lettre d'obédience, fassent concurrence aux pharmaciens établis, comme l'école de pharmacie le constate journellement dans ses visites. Mais du reste peut-il en être autrement, alors que dans les hôpitaux de l'Assistance à Cochin, Ivry, etc., etc., les sœurs font la pharmacie, comme avant la Révolution! Espérons que le Conseil municipal n'oubliera pas les vœux qu'il a votés et qu'il saura forcer l'Administration à enlever aux sœurs la préparation et la distribution des médicaments dans tous les établissements hospitaliers.

Enseignement médical libre.

Clinique chirurgicale.—Le Dr Bailly, agrégé suppléant le professeur Tréat, fera le lundi et le vendredi, à 9 heures du matin, à l'hôpital de la Charité, des leçons de clinique chirurgicale.

Cours d'accouchements.—Le Dr Stapfer, chef de clinique, commencera son cours particulier le 1er septembre à 4 heures et le continuera tous les jours à la même heure à la clinique de la Faculté. Ce cours théorique et pratique (examen des femmes, opérations) sera complet en deux mois. S'adresser pour tous renseignements à l'hôpital de la clinique.

Clinique médicale. — M. Landouzy, agrégé, remplaçant M. le professeur Hardy à la Charité, fera, les mardis et samedis, 10 heures, des leçons cliniques. — Visite tous les jours à 9 heures; le jeudi examen et interrogatoire des malades par les élèves. Première leçon le mardi 26 août.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 8 août au jeudi 14 août 1884, les naissances ont été au nombre de 1189, se décomposan ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 454; illégitimes, 135. Total, 589.— *Sexe féminin* : légitimes, 423 ; illégitimes, 177. Total, 600.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 8 août au jeudi 14 août 1884, les décès ont été au nombre de 1196, savoir : 619 hommes et 577 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18. F. 24. T. 42.—Variole : M. .. F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 8, F. 11, T. 19.— Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 4. F. 9. T. 13.— Diphthérie, Croup. M. 23, F. 13, T. 36. — Dyssenterie : M. 1. F. 1, T. 2. — Erysipèle : M. 9, F. ., T. 9. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 27, F. 24, T. 51.— Phthisie pulmonaire : M. 109, F. 93. T. 202. —Autres tuberculoses : M. 10, F. 8. T. 18.—Autres affections générales : M. 30, F. 38. T. 68.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 19, F. 25, T. 44.—Bronchite aiguë : M. 1, F. 5, T. 6. — Pneumonie : M. 29, F. 26, T. 55.—Athrepsie : M. 141, F.129. T. 270. — Autres maladies des divers appareils : M. 159, F. 152, T. 311. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 28, F. 6. T. 34. — Causes non classées M. 1, F. 4, T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 190 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36 ; illégitimes, 20. Total : 56. — *Sexe féminin* : légitimes, 21. illégitimes, 13. Total : 34.

Nominations. — Le professeur Æby (de Berne) est nommé professeur d'anatomie à la faculté allemande de médecine de Prague.

— M. Sigmund Mayer, professeur extraordinaire d'histologie à la faculté allemande de Prague, est nommé professeur ordinaire à la même faculté. — M. L. Dalla Rosa, assistant d'anatomie est nommé Privat-Docent d'anatomie normale à la faculté de Prague.

Assistance publique. — *Concours à trois places de médecin du bureau central.* Ce concours sera ouvert le mercredi 15 octobre 1884 à 4 heures à l'Hôtel-Dieu. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le Registre d'inscription des Candidats sera ouvert le lundi 15 septembre 1884, et sera clos définitivement le mercredi 1er octobre 1884, à trois heures. — Pour cette fois, l'Administration s'est conformée aux votes du Conseil municipal.

Assistance publique. — Les journaux politiques annoncent avec insistance que M. Quentin va être nommé receveur général et qu'il aura pour successeur M. Strauss, conseiller municipal.

Hôpital des mariniers. — Dans sa séance du 25 juillet 1884, le Conseil municipal a autorisé l'Assistance publique à construire un baraquement pour le logement des serviteurs à l'hôpital des mariniers. La dépense est évaluée à 65,000 fr.

Il est à désirer que tenant, compte du vœu du Conseil municipal, l'Administration remplace le mot serviteurs par le mot infirmiers.

Epidémiologie. — Par arrêté ministériel en date du 12 août, M. le Dr Proust, agrégé près la faculté de médecine de Paris, inspecteur-adjoint des services sanitaires, a été nommé inspecteur général de ces services, en remplacement de M. le Dr Fauvel, admis à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé inspecteur général honoraire.

Comité consultatif d'hygiène. — Par arrêté ministériel en date du 16 août, M. le professeur Regnauld, membre de l'Académie de médecine, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, a été nommé membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort des Drs Béchet (d'Avignon), A. Chenevière (de Genève).—Le Dr V. Burq est mort subitement la semaine dernière. En février 1851, il soutint une thèse sur la *Métallothérapie*. — Il a publié depuis cette époque: *Des origines de la métallothérapie*. Paris, 1883. *Étude expérimentale sur la métalloscopie et la métallothérapie*. Paris, 1879. *Rapport de la commission composée* de MM. Charcot, Luys et Dumontpallier. — *Du cuivre contre le choléra et la fièvre typhoïde*. Paris, 1884. — *La métallothérapie à Vichy contre le diabète*. Paris, 1881. — *La métallothérapie devant le Lyon médical*, etc. — Paris, 1881. — Nous apprenons la mort du Dr Jacquet (d'Aurillac) ; nous avons de lui : *De l'assainissement des eaux Vannes ; De l'assainissement des amphithéâtres d'anatomie ; De l'embaumement ; D'une circulation du sang, dérivation dans les membres et dans la tête chez l'homme ; De l'assainissement des décès et des convois de la ville de Paris ; Recherches sur le rein ; De l'embaumemen chez les anciens et chez les modernes*, etc. — La *France médicale* annonce la mort du Dr H. Frédet (de Saint-Chamond, Loire), à l'âge de 85 ans. — Au moment de mettre sous presse nous apprenons la mort de M. le professeur J. Cohnheim, décédé le 16 de ce mois à Lepzig; nous parlerons dans un prochain numéro des travaux de ce savant.— Le Dr Fauton est mort, le 26 août, à l'âge de 47 ans, à Arles, d'une attaque de choléra.

Maladies épidémiques. — *Le Vinaigre Pennès, antiseptique et hygiénique*, honoré d'un rapport favorable de l'Académie de médecine, est le meilleur *désinfectant des habitations*.

L'hygiène est un domaine très étendu où chacun peut trouver de bonnes indications, mais encore faut-il la démonstration d'une utilité incontestable. C'est à cela qu'il faut attribuer la faveur qui fait préconiser l'emploi du *Vinaigre antiseptique de Pennès* comme préservatif des maladies contagieuses ou infectieuses et comme agent tonique pour la toilette intime des dames dont les muqueuses sont affaiblies. Éviter les contrefaçons.

Vacance médicale. — A céder, pour cause de santé, dans un chef-lieu de canton à cinq heures de Paris, une clientèle d'un produit de 14,000 à 15,000 francs pouvant être facilement augmentée d'un tiers par l'ouverture au printemps prochain d'une ligne de chemin de fer construite. Conditions 5,000 fr. comptant et reprise du bail (3. 6. 9) pour 850 fr. Pour les renseignements s'adresser au bureau du *Progrès médical*.

(1) Voir dans le *Progrès médical* de 1884, l'affaire de l'hôpital Laënnec.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre. Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ Clin & Cie, 20, RUE DES Fossés-St-JACQUES.

BLANCHARD (R.). **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode du professeur P. Bert. Un vol. de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

TRAJET DIRECT DE PARIS A PLOMBIÈRES EN 8 HEURES

EAU EN BOISSON. — BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.

Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — ADRESSER LES DEMANDES DIRECTEMENT A LA *Cie de Plombières* ou au *Dépôt Principal*, **Maison ADAM**, *31, Boulevard des Italiens, à Paris.*

VALS

Eaux Minérales naturelles. Sources dont l'usage est admis dans les Hôpitaux civils de France.

PRESCRIPTIONS MÉDICALES :

SAINT-JEAN. Affections des voies digestives, pesanteur d'estomac.

PRÉCIEUSE. Appareil biliaire, calculs hépatiques, jaunisse, gastralgies.

RIGOLETTE. Appauvrissement du sang, pâles couleurs, débilité.

DÉSIRÉE. Constipation, incontinence d'urine, calculs, coliques nephrétiques.

MAGDELEINE. Maladies du foie, des reins, de la gravelle et du diabète.

DOMINIQUE. Souveraine contre les maladies de la peau, asthme, catarrhe pulmonaire, chlorose, anémie, débilité.

Détail : dans tous les Dépôts d'eaux minérales et les Pharmacies, au prix de **80** c. la bouteille.

Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — Dose, une bouteille par jour.

Le commerce doit adresser ses demandes à

LA SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, A VALS (ARDÈCHE)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. —

Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande.

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées

délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :

Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou,

complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de Coca. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produis représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—Le **Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *névralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

LE PROGRÈS MÉDICAL : Tome I (1873), épuisé.—Tome II (1874), épuisé.—Tome III (1875), vol. in-4 de 800 pages avec 50 figures, prix : 16 fr. — Tome IV (1776), vol. in-4 de 960 pages avec 84 fig., prix : 16 fr — Tome V (1877). vol. in-4 de 1000 pages avec 95 fig., prix : 20 fr. — Tome VI (1878), vol. in-4 de 1020 pages avec 103 fig., prix : 20 fr. — Tome VII (1879), vol. in-4 de 1064 pages avec 124 fig., prix : 20 fr. — Tome VIII (1880), vol. in-4 de 1086 pages avec 88 fig., prix : 20 fr. — Tome IX (1881), vol. in-8 de 1071 pages avec 72 fig., prix : 20 fr. — Tome X (1882), vol. in-4 de 1038 pages avec 68 fig. — Tome XI (1883), vol. in-4 de 1082 pages avec 85 fig., prix : 20 fr. — Pour nos abonnés. — Prix : 12 fr. chaque année.

ADAMKIEWICZ (A.) **Sarcome de la moelle épinière à marche lente, siégeant au point d'émergence du plexus brachial.** Brochure in-8 de 16 pages. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 70 cent.

AIGRE (D.) **Étude clinique sur la métalloscopie et la métallothérapie externe dans l'anesthésie.** Un vol. de 86 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 75.

AIGRE. *Voir* BRODIE.

ANNÉE MÉDICALE (L'), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales pendant l'année, publiée sous la direction du Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Aigre, Auvard, G. Ballet, A. Blondeau, E. Brissaud, P. Budin, R. Calmettes, J. Cornillon, L. Cruet, H. Duret, Ch. Féré, Gilles de la Tourette, A. Josias, Laffont, Malherbe, Mauoury, Poncet (de Cluny), Poirier, F. Raymond, P. Regnard, A. Sevestre, E. Teinturier, R. Vigouroux, collaborateurs du *Progrès médical*. Paraît tous les ans, pendant le courant du mois d'avril, analysant les progrès réalisés au point de vue médical pendant l'année précédente. Six volumes sont en vente. Un volume in-18 Charpentier. Première et deuxième années (1878, 1879). — Prix : 3 fr. 50 chaque volume. — Pour nos abonnés ; par la poste, 3 fr. ; dans nos Bureaux, 2 fr. 50. — Troisième, quatrième, cinquième et sixième années (1880, 1881, 1882, 1883). — Prix : 4 fr. chaque volume. — Pour nos abonnés, par la poste, 3 fr. 50 ; dans nos bureaux. . . . . 3 fr.

ARCHAMBAULT. **Leçons cliniques sur les maladies des enfants.** Un beau volume in-8° de 160 p. — Prix : 4 fr.— Pour nos abonnés 2 fr. 75

ARCHIVES DE NEUROLOGIE. Revue des maladies nerveuses et mentales, paraissant tous les deux mois sous la direction de J. M. CHARCOT, par MM. Amidon, Ballet, Bernard, Bitot (P.), Blaise, Blanchard, Bouchereau, Briand, Brissaud (E.), Brouardel (P.), Bonnaire, Charpentier, Cotard, Debove (M.), Delasiauve, Dreyfous, Duret, Duval (Mathias), Erlisky, Féré (Ch.), Ferrier, Gilles de la Tourette, Gilbert, Gombault, Grasset, Herré, Huchard, Joffroy (A.), Kéraval, Landouzy, Magnan, Marie, Maygrier, Mayor, Musgrave-Clay, Mierzejewski, Neumann, Pignol, Pierret, Pitres, Raymond, Regnard (P.), Rouget, Richer, (G.), Séguin (E.G.), Straus, Talamon, Teinturier (E.), Thulié (H.), Troisier (E.), Vigouroux (R.), Voisin (J.), Wuillamier. — Rédacteur en chef : BOURNEVILLE ; — Secrétaire de la rédaction : CH. FERÉ.— Chaque fascicule se compose de huit à neuf feuilles in-8° carré, et de plusieurs planches chromo-lithographiées. — Abonnement pour un an : PARIS : 20 fr. — FRANCE et ALGÉRIE : 22 fr. — UNION POSTALE : 23 fr.—OUTRE-MER (en dehors de l'union postale) : 25 fr. — Les numéros séparés : 4 fr. 50.— Les abonnements sont reçus aux Bureaux du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes, à Paris, et dans tous les Bureaux de poste de France, de Belgique, de Suisse, de Hollande, d'Italie, d'Allemagne, des Etats-Unis, et d'Algérie, sans autres frais que le prix de l'abonnement indiqué ci-dessus. Pour les autres pays, prière d'envoyer un mandat-poste avec l'ordre d'abonnement.

AVEZOU (J.-C.) **De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des bronches nerveuses digitales, Etude clinique avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts.** Un vol. in-8 de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50.— Pour nos abonnés, 2 fr. 50

BALLET (G.). **Contribution à l'étude des réflexes tendineux.** Note sur l'état de la réflectivité spinale dans la fièvre typhoïde. Brochure in-8° de 16 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . . 50 c.

BALLET (G.). **— Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau.** Vol. in-8° de 197 pages, avec 10 figures dans le texte. Paris 1881. Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50

BALLET. **Contribution à l'étude des localisations motrices dans l'écorce du cerveau.** Brochure in-8 de 20 pages avec planches hors texte. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . . 90 cent.

BALLET (G.). **De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal-ataxique.** Brochure in-8 de 30 pages, avec figures dans le texte.— Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 70

BALLET (G.) et DUTIL (A.). **Note sur un trouble trophique de la peau observé chez les tabétiques** (Etat ichthyosique). Broch. in-8 de 12 pages. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos abonnés . . . . . 30 c.

BALLET (G.) et MARIE (P.). **Spasme musculaire au début des mouvements volontaires.** (Etude d'un trouble jusqu'à ce jour non décrit en France). Brochure in-8 de 27 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 70 c.

BALLET (G.) et MINOR (L.). **Etude d'un cas de fausse sclérose systématique combinée de la moelle** (scléroses systématiques ou périlubulaires de la moelle et scléroses péri-vasculaires). Brochure in-8 de 48 p. avec 3 planches hors texte chromo-lithographie. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

BALZER (F.) **Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie.** Vol de 84 pages, orné d'une planche en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 75

BÉHIER. **De la pellagre sporadique.** Leçons faites à l'Hôtel-Dieu les 14 et 18 juillet 1873, recueillies par MM. Liouville et Straus. Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . . 50 c.

BÉHIER. **Étude de quelques points de l'urémie.** (Clinique, théories, expériences.) Leçons faites à l'Hôtel-Dieu les 12 et 14 mars 1873, recueillies par MM. Liouville et Straus. Brochure in-8° de 25 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . . 50 c.

BERNARD (D.) et FÉRÉ (Ch.). **Des troubles nerveux observés chez les diabétiques.** Brochure in-8 de 23 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

BESSON (I.). **Dystocie spéciale dans les accouchements multiples.** Volume in-8° de 92 pages.— Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. 1 fr. 25.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

MIOT (C.) et BARATOUX (J.). — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez. Première et deuxième parties : Anatomie, physiologie, otoscopie et rhinoscopie. In-8 de 295 pages, avec 129 figures intercalées dans le texte.

BIANCHI (L.). — Difetto porencefalico in individuo emiplegico dall'infangia e con arresto di sviluppo degli arti del lato emiplegico. Broch. in-8 de 18 pages, avec 6 planches lithographiques. — Napoli, 1884. — Tipografico dell'Unione.

BIANCHI (L.). — Il riflesso tendineo, e specialmente il fenomeno del ginocchio dal particolare punto di vista della sua semiologia e patologia nella paralisi progressiva degli alienati. Broch. in-8 de 8 pages, — Napoli. — Manicomio provincia.

MERZ (L.) Pleurotomie sans lavages. Brochure in-8 de 16 pages. — Alger, 1884. — Librairie A. Jourdan.

MENDELSOHN. — Influence de l'excitabilité du muscle sur son travail mécanique. Broch. in-8 de 4 pages. — Paris, 1882. — Impr Gauthier-Villars.

MENDELSOHN. — Recherches sur la courbe de secousse musculaire dans différentes maladies du système neuro-musculaire. Broch. in-4 de 5 pages. — Paris, 1883. — Impr. Gauthier-Villars.

GROSSER (J.) — Therapeutische Notizen der deutschen Medizinal-zeitung, 1880-1883. — In-18 de 100 et XXIV pages. — Prix 1 fr. 90.— Berlin, 1884. — Deutsche Medizinal-zeitung.

BOVET (Ch.) — Contribution à l'étude analytique des eaux minérales de Pougues. Brochure in-4 de 16 pages et 8 figures hors texte. — Paris, 1884. — A. Parent.

MAISON DE SANTÉ DE PRÉFARGIER. — Exercice 1883. — 35e rapport annuel présenté à la Commission dans sa séance du 25 mars 1884, par le Dr Burckhardt. Brochure in-8 de 30 pages. — Neufchâtel, 1885. — Imprimerie de la Société typographique.

MILLARD (H.-B).— A treatise on Bright's disease of the Kidneys its pathology, Diagnosis and treatment, with chapters on the anatomy of the Kidney, albuminuria, and the urinary secretion. In-8 de 246 pages, avec 24 figures dans le texte. — New-Yorck, 1884. — William Wood. — C.

WOOD (H.-C) — Clinical aspects of cerebral syphilis. Brochure in-8 de 37 p.

RIVALS (M.). — Recherches physiologiques et clinique sur les modifications du retard du pouls dans les lésions de l'orifice aortique. Broch. in-8 de 92 pages, avec 17 figures. — Prix : 3 fr.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE. Publiés par les soins des membres du comité : MM. ABADIE, ARMAIGNAC, CHIBRET, COPPEZ, GAYET, MEYER, PANAS et PONCET, secrétaire. — Première année, 1883. Broch. in-8 avec 10 figures dans le texte. — Prix : 4 fr.

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — Tome I. — Publié par les soins du comité : MM. BAYER, CADIER, GELLÉ, MÉNIÈRE, MOURA, MOURE et BARATOUX, secrétaire. — Fascicule I. Broch. in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 50 c.

DUPUY (Ed.). — Recherches sur la solubilité. Broch. in-8 de 88 pages.

EUSTACHE (G.). — Etude sur les lochies dans l'état normal et les états pathologiques. Broch. in-8 de 136 pages et 1 planche.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 35 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 30 AOUT 1884

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Molluscum simplex ulcéré de la grande lèvre ;

Par Paul BLOCQ, interne des hôpitaux.

Quoique le cas que nous relatons ne soit pas, à la vérité, extrêmement rare, puisque dans ce journal même (1) notre collègue Marfan en publiait une observation l'année dernière et pouvait citer, à ce propos, une dizaine de faits semblables, nous croyons utile de le signaler d'une part en raison des quelques caractères spéciaux qui distinguent la tumeur dont nous parlerons, de l'autre en considération de l'incertitude qui règne encore sur l'histoire de ces néoplasmes souvent confondus par les auteurs avec d'autres similaires.

R....., journalière, âgée de 43 ans, entre, le 24 juillet 1883, salle Delessert, n° 7, à l'hôpital Tenon (service de M. le Dr Gillette), demandant à être débarrassée d'une tumeur vulvaire. C'est une femme robuste et bien constituée n'accusant aucun antécédent héréditaire notable et n'ayant jamais présenté rien d'anormal du côté des organes génitaux que des pertes blanches habituelles et assez abondantes. Le *début* de l'affection qui l'amène remonterait à 14 mois, époque à laquelle elle aurait remarqué sans cause invocable, le développement d'un « petit bouton » sur la grande lèvre droite ; elle ne s'en inquiéta pas autrement et rapidement le néoplasme s'accrut sans jamais occasionner de phénomènes douloureux. Cependant, depuis quelque temps, la malade se plaignait de douleurs abdominales, qui semblent liées aux tiraillements déterminés par le poids même du néoplasme.

L'examen permet de constater la présence d'une tumeur pédiculée de la grande lèvre droite, ayant tout à fait l'apparence d'une figue.

Le pédicule est long de cinq centimètres environ et de la grosseur du petit doigt, il se continue sans ligne de démarcation avec la grande lèvre dont il figure le prolongement étiré : il est de même couleur que celle-ci et d'une consistance assez ferme. La tumeur est unique, allongée, pyriforme, elle a du reste le volume d'une poire. Sa coloration brunâtre est analogue à celle du scrotum, dont elle a aussi le tégument plissé recouvert de poils rares : sa consistance mollasse donne la sensation d'un sac membraneux imparfaitement rempli. Pendant l'examen que nous pratiquons la malade n'accuse aucune douleur même lorsque nous pressons assez violemment la tumeur. A la partie la plus déclive du néoplasme siège une petite ulcération qui a débuté il y a deux mois à la suite de grandes marches. C'est une érosion superficielle, la plaie a bon aspect, son fond est rosé, ses bords non décollés un peu épaissis : elle a le diamètre d'une pièce de 1 fr.

L'opération a lieu le 27 sans anesthésie : après avoir disséqué la peau de la base du pédicule, M. Gillette excise la tumeur avec le bistouri, et unit les lambeaux par 3 sutures. L'hémorrhagie a été insignifiante. La malade sort guérie sans autre incident le 7 août.

Examen de la pièce. La coupe de la pièce fraîche présente un aspect blanchâtre lardacé qui rappelle celui d'une glande mammaire : il s'en écoule très peu de sang. Un fragment est durci dans l'alcool et la gomme. Sur des coupes colorées au picro-carmin on constate la présence de 2 couches, l'une formée par l'épiderme, l'autre par le tissu propre de la tumeur. Les strates épidermiques, couche malpighienne comprise, sont indemnes et présentent leur apparence normale. Le corps de la tumeur est exclusivement formé de tissu conjonctif, des cellules plates de ce tissu et de cellules jeunes. On remarque facilement deux apparences du même tissu se continuant de la superficie vers la profondeur. Tandis que les faisceaux sont denses et serrés vers les parties profondes, ils deviennent plus lâches à mesure qu'ils se rapprochent de la surface et revêtent insensiblement l'aspect d'un lacis aréolaire dont les mailles contiennent les éléments jeunes. Les vaisseaux

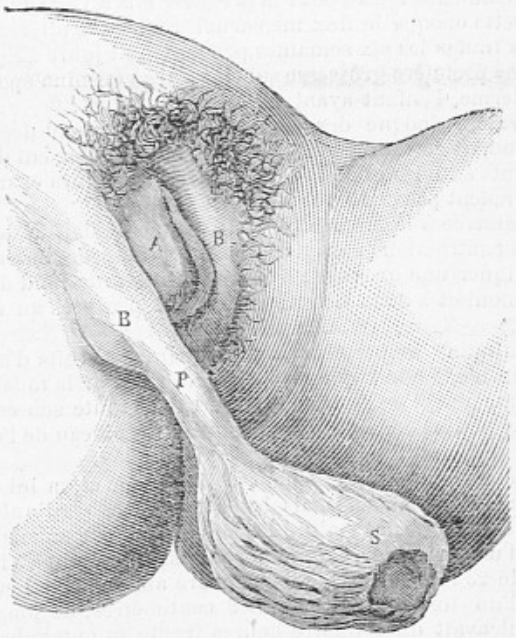


Fig. 87. — *A.* Petite lèvre droite. — *B.* Grandes lèvres. — *P.* Pédicule. — *S.* Surface ulcérée.

sont peu abondants, en quelques endroits la tunique externe des artérioles semble le centre d'une zone de prolifération nucléaire.

Ici, au point de vue du *diagnostic*, la confusion n'était guère possible avec les diverses tumeurs éléphantiasiques, vasculaires ou papillomateuses qu'on rencontre d'ordinaire dans cette région. *La marche* a été particulièrement rapide ; dans les diverses observations que nous avons parcourues il est dit que le néoplasme met 2, 3, 5 ans pour atteindre le volume déjà considérable que nous avons mentionné. Quant à la tumeur elle-même elle se distingue, par la *longueur* extrême de *son pédicule*, qui est généralement large et court, par l'*aspect lisse et ridé* de sa surface, bien différente de cette apparence mamelonnée, lobulée, en grappe presque partout observée. On parle peu d'ulcérations, aussi l'existence d'une *érosion* est à noter, sans toutefois vouloir lui attribuer plus d'importance qu'elle n'en mérite, sa présence nous paraissant due aux frottements répétés et à l'irritation conséquente.

(1) *Progrès médical* 1883, n. 17.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Il sera procédé le mardi 16 septembre, dans une des salles de la mairie du IIe arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

© BIU Santé

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Note sur une sonde pour pratiquer le lavage de la cavité utérine et d'autres cavités. Sonde à canal en forme de fer à cheval ;

Par P. BUDIN, accoucheur de la Charité (1).

E. Injections intra-utérines faites après des avortements de trois mois.

OBSERVATION XIV. (Maternité.) — *Avortement de trois mois. La délivrance n'a pas lieu de suite. Fétidité des lochies. Injections intra-utérines.*

La nommée Rab..., femme Marg..., âgée de 31 ans, sans profession, de bonne constitution, ayant le bassin normalement conformé, est entrée à la Maternité le 23 mai 1884, à 2 h. du soir. Elle fut reçue et admise immédiatement à la salle Lachapelle.

Cette femme fut réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, depuis cette époque le flux menstruel revint régulièrement à peu près toutes les six semaines pendant huit jours abondamment. Une première grossesse survint qui se termina spontanément à terme, l'enfant ayant présenté le sommet.

La dernière époque des règles date du 17 au 20 décembre 1883 ; pendant cette seconde grossesse, cette femme eut des vomissements simples et de la somnolence ; les urines examinées ne contenaient pas d'albumine.

A son arrivée à la Maternité, cette femme perdait du sang et avait des contractions énergiques. Le volume de l'utérus fit diagnostiquer une grossesse d'environ 3 mois : le fond de l'organe remontait à deux travers de doigt à peu près au dessus du pubis.

L'auscultation ne permit pas d'entendre de bruits d'origine fœtale, on n'entendait que le souffle utérin. Par le toucher on arrivait sur un col encore long, ouvert dans toute son étendue et sur une petite poche d'eau qui bombait au niveau de l'orifice interne.

On fit coucher immédiatement cette femme et on lui donna un lavement laudanisé, mais les contractions continuèrent à être très énergiques et malgré les soins pris pour amener l'expulsion d'un œuf entier, les membranes se rompirent à 3 heures du soir, le 23 mai 1884. Une demi-heure après, avait lieu l'expulsion d'un fœtus qui mesurait 9 centimètres, de longueur. Le travail avait duré quatre heures trente minutes. La *délivrance* n'ayant pas lieu, on fit transporter cette femme dans le service des valides, au n° 14 de la salle Dubois où elle fut soumise aux soins antiseptiques les plus minutieux.

Une portion du placenta était engagée dans l'orifice interne. Des débris placentaires et membraneux furent peu à peu expulsés, entraînés par un liquide sanieux, extrêmement fétide. Craignant que des matières septiques ne fussent absorbées par la surface interne de l'utérus, Mme Henry fit successivement, à deux jours d'intervalle, une injection intra-utérine, se servant la première fois de la sonde utérine en celluloïde du Dr Budin. Elle fut très facilement introduite et put traverser l'orifice interne sans déterminer de douleur, et la seconde fois, de la sonde en métal du Dr Budin, celle-ci fut aussi facilement introduite, mais moins flexible, elle détermina un peu de douleur.

La fétidité disparut et cette femme se trouvant très bien portante, quitta la Maternité à son treizième jour de couches, le 5 juin 1884. La veille de son départ elle avait reperdu un peu de sang, mais comme elle se trouvait très bien, elle ne voulut pas écouter les avis qui lui furent donnés.

OBSERVATION XV. (Dr Bar.) — *Avortement de trois mois. Rétention du placenta. Accidents graves. Injections intra-utérines.*

Le 5 mars 1884, Mme Ansen, sage-femme, me pria d'aller à Puteaux voir Mme M..., qui avait eu quatre jours auparavant un avortement à trois mois de grossesse environ et qui, depuis la veille, était atteinte d'accidents fort graves. Je trouvai Mme M..., dans un grand état de faiblesse, due à l'hémorrhagie abondante qu'elle avait subie ; depuis quatre jours, en effet, le sang ne cessait de couler. Je ne pus avoir de renseignements certains sur la marche de l'avortement, la sage-femme n'ayant pas vu l'œuf.

Depuis la veille, la malade avait une température élevée, une céphalalgie intense, elle avait ressenti deux violents frissons. Au moment où je la vois, la température est de 41°,5.

Au toucher, je trouve le col utérin fermé, laissant à peine passer l'extrémité du doigt qui perçoit la sensation de débris placentaires retenus dans la cavité utérine. Il s'écoule alors une certaine quantité de liquide noirâtre, répandant une odeur fétide. Alors seulement on m'apprend que la malade a absorbé plusieurs grammes d'ergot.

Je fais, en me servant de la sonde de M. Budin, une injection intra-utérine avec une solution de sublimé à 1/1,000. On répète cette injection toutes les heures dans la journée du 6 mars, la température est à 39°.

Dans la journée du 7, une hémorrhagie assez notable se produit, elle est arrêtée par une injection intra-utérine de solution de bichlorure de mercure à la température de 42°, la température de la femme tombe à 38°.

Le 8, je revois Mme X... Le placenta est toujours retenu dans l'utérus, mais il n'y a plus de fétidité. La température oscille entre 37°,8 et 38°,6. Je prescris des injections intra-utérines toutes les trois heures. Le 9, on trouve l'œuf dans le vagin ; on continua les injections intra-utérines pendant les journées du 9 et du 10, jour où on les cessa, la température étant tombée à la normale.

L'usage de la sonde de M. Budin m'a été d'autant plus précieux que, vu l'état du col, l'injection intra-utérine était devenue une opération assez délicate pour que Mme Ansen, qui m'avait demandé, ait été obligée d'y renoncer après avoir vainement tenté de recourir à la sonde ordinaire.

Nous n'avons pu que nous féliciter de la facilité avec laquelle nous introduisions l'instrument et de la rapidité du lavage dû à la libre issue au dehors du liquide injecté.

CONCLUSIONS. — I. La sonde utérine que nous avons décrite dans ce travail et qui, sur une coupe perpendiculaire à sa surface, donne la figure d'un fer à cheval, assure d'une façon certaine le retour du liquide avec lequel on fait le lavage.

Même lorsque l'utérus se contracte fortement sur cette sonde, il reste toujours un orifice qui permet la sortie du liquide et des détritus qui sont entraînés par le courant.

La dépression profonde, la cannelure qui existe sur cette sonde lui permet de glisser sans dévier sur la pulpe du doigt placé dans le vagin et servant de guide ; l'introduction de cette sonde dans la cavité utérine est ainsi rendue très facile.

II. Des sondes en celluloïde ayant la même forme que les sondes en argent ont été construites ; elles possèdent encore d'autres avantages :

α. bien que résistantes, elles jouissent d'une certaine élasticité, d'une certaine souplesse qui rend leur introduction plus facile encore ; elles peuvent mieux s'adapter à la courbure des organes ;

β. elles ont un certain degré de transparence qui permet de constater leur état de propreté à l'intérieur ;

γ. elles peuvent être placées et laissées à demeure dans différentes solutions antiseptiques de sublimé, d'acide phénique, d'acide borique, etc., sans subir aucune altération ; l'éther seul les dissout. En les conservant dans des bocaux au milieu d'une de ces solutions, on est assuré d'avoir, au moment où l'on en fait usage, des sondes complètement aseptiques.

III. On peut avoir à pratiquer des injections intra-utérines, non seulement après l'accouchement, mais

(1) Voir les nos 31, 33 et 34.

© BIU Santé

aussi un certain nombre de jours après la délivrance; après l'avortement survenu dans les premiers mois de la grossesse, dans un grand nombre d'affections utérines; en un mot, dans des cas où l'orifice de l'utérus est revenu sur lui-même ou bien offre des dimensions peu considérables. Aussi, avons-nous fait fabriquer des sondes de différents calibres : elles peuvent avoir 5, 7, 9, 11, 13 et 15 millimètres de diamètre. Des sondes plus petites et des sondes plus grosses peuvent aussi être réalisées.

IV. Des sondes et des instruments fabriqués sur le même principe pourront être utilisés dans beaucoup d'autres cas, lorsqu'il faudra laver une cavité dont il sera important de ne point distendre les parois.

CLINIQUE MENTALE

Instabilité mentale avec perversion des instincts;

Par BOURNEVILLE et BUDOR.

Nous avons exposé, dans le dernier numéro, les antécédents du malade; aujourd'hui nous allons relater les phénomènes observés chez lui durant son séjour à Bicêtre.

Entré à Bicêtre le 4 novembre 1882. — *Etat actuel.* — *Pouls* : 41 puls.; *Taille* : 1m,48.

La *tête* est régulièrement conformée; la région occipitale est très peu saillante et présente un large méplat à sa partie supérieure. Les bosses pariétales ne sont pas exagérées. Le *front*, assez haut (6 cent.), offre des dépressions sur les côtés, et à un moindre degré au-dessus des sourcils. Les bosses frontales sont peu proéminentes.

Circonférence horizontale.	51 cent.
1/2 Circonférence biauriculaire d'un pavillon à l'autre.	33 —
1/2 Circonférence biauriculaire d'un conduit à l'autre.	36 —
1/2 Circonférence de la racine du nez à la protubérance occipitale externe	45 —

Les *oreilles* sont longues (7 cent.), assez bien ourlées, peu larges, moyennement écartées; leur lobule est arrondi et détaché. Derrière l'oreille gauche, en bas et au-dessus du lobule, existe une cicatrice irrégulière due à un arrachement (1).—Il n'y a pas de lésions *oculaires*; l'iris est brun; les pupilles sont égales. Les *régions malaires* sont peu saillantes, égales. Le *nez* est aquilin, les narines ouvertes, les ailes du nez un peu relevées. La *bouche* est assez grande; les lèvres sont épaisses; on note un léger prognatisme. Les sillons naso-labiaux sont très creusés. Le *menton* est légèrement pointu. Le *visage* est ovale.— On ne constate pas la moindre assymétrie faciale.

Le *cou*, assez long, mesure 31 cent. de circonférence. Le *tronc* est bien conformé. La circonférence du thorax (à l'expiration) au niveau des mamelons est de 73 cent. 5.—Le *bassin* est normal.

Membres supérieurs. Ils sont bien développés, égaux. Les *mains* sont assez larges, les *doigts* longs.

Membres inférieurs bien conformés. Ils ont les mêmes dimensions.

Peau. Cheveux châtains-foncés, assez abondants. *Sourcils* moyennement fournis. *Cils* assez longs. Très fin duvet à la lèvre supérieure. Rien aux aisselles. Poils rares au pénil et à la racine de la verge. Quelques poils sur les membres inférieurs. Tronc et membres supérieurs glabres. Pas de glandes. Deux cicatrices de vaccine très apparentes sur chaque bras. Par suite d'une plaie contuse, cicatrice de 3 cent., un peu sinueuse, sur le bord cubital de la main gauche. — *Ongles* assez mal conformés. Verrues sur le dos des mains et les doigts. Pigmentation assez marquée de toute la peau.

Organes génitaux.—*Verge* assez longue; gland moyennement développé, découvert. Méat étroit. Testicules assez gros, égaux.

Système digestif.— La *dentition* est régulière; la voûte palatine peu profonde. Les gencives sont en leur état. La luette et les piliers sont normaux; l'amygdale gauche est volumineuse, le fond de la gorge rouge. L'appétit est bon, sans perversion; le ventre est normal; les selles sont régulières. Le *foie* et la *rate* n'offrent rien de particulier.

Système respiratoire. — S... tousse assez souvent; il n'a jamais eu d'hémoptysie. L'auscultation et la percussion donnent des résultats négatifs.

Système circulatoire. — Les battements du cœur sont réguliers. Pas de bruits anormaux. Le pouls est régulier. Les muqueuses sont pâles. S... prétend que dans la course il a des points de côté. Il est sujet à des épistaxis qui s'arrêtent spontanément.

Force musculaire. — On trouve, au *dynamomètre* Mathieu, moyen :

Main droite	39
Main gauche.	38

Sensibilité générale. — Elle paraît conservée dans ses différents modes (chaleur, froid, contact, piqûre, chatouillement) et égale des deux côtés. On ne découvre pas de zone hystérogène.

Organes des sens. — L'*ouïe* est un peu diminuée à *droite*, ce que l'enfant attribue à l'arrachement de l'oreille cité plus haut; il n'a jamais eu d'otite. Il dit avoir des bourdonnements et des sifflements dans les oreilles. La *vue* est bonne des deux côtés, il distingue bien les couleurs. Il ne voit pas de phosphènes, etc. L'*odorat* et le *goût* sont conservés.

Intelligence. — Elle est moyennement développée. La *mémoire* est très faible. La *parole* est libre; l'association des idées est exacte. S... se rend compte qu'il a commis de mauvaises actions et semble le regretter.

Dès son entrée, il est envoyé à l'école et placé dans la 3e division; l'instituteur nous remet la note ci-après: *Lecture* courante, mais sans expression; *calcul*, S... commence la multiplication; *histoire*, *géographie*, aucune notion; *mémoire* très faible; compréhension lente; attention insuffisante; *gymnastique*, S... entre dans la dernière (4e) division.

Marche de la maladie. — 7 *novembre*. Dans la nuit du 4 au 5 novembre 1882, il s'est réveillé en sursaut, s'est assis sur son lit, agitant les bras, disant : « D'quoi qu'tu te t'mêles? » Interpellé, il répond qu'il n'a rien, et se rendort immédiatement.

8 *novembre*. La nuit dernière, S... s'est réveillé 4 ou 5 fois; il s'assied sur son lit, gesticule, prononce quelques paroles très vivement; puis, sans qu'on lui ait rien dit, il se recouche et s'endort. Les nuits suivantes on n'observe rien de particulier.

18 *novembre*. On l'envoie à la *menuiserie* 2 heures par jour.

11 *décembre*. Amygdalite légère.

13 *décembre*. S... se plaint d'être courbaturé à cause « *d'accès de somnambulisme* » qui le fatiguent. La *sensibilité* est diminuée dans toute la moitié *gauche* du corps.

18 *décembre*. Hier, vers 9 heures du soir, S... est sorti de son lit, s'est mis à tâtonner, paraissant chercher quelque chose. Puis, brusquement, il a arpenté la salle à grands pas, comme s'il poursuivait quelqu'un. De temps en temps, il dit assez distinctement : « Attends, le voilà, je l'attraperai tout de même, il faut que je lui casse les reins. » Son allure s'accélère alors, comme s'il croyait atteindre le but de sa poursuite. Après avoir fait plusieurs fois le tour de la salle, il se heurte à une armoire et se réveille. Il s'arrête alors près du veilleur qu'il paraît reconnaître, et comme cet homme lui demande ce qu'il cherche, il répond « Vi-

(1) Il a eu l'oreille déchirée par le maître d'une petite pension où sa mère l'envoyait.

© BIU Santé

gnan (1). » Que lui veux-tu ? « Je veux le tuer. » Il paraît à ce moment avoir parfaitement conscience de ce qu'il dit, et peut-être ne parle-t-il ainsi que dans le but d'effrayer ses camarades qui se sont réveillés. Cette scène a duré une demi-heure. Ensuite S .. se laisse coucher sans difficulté, mais il se relève au bout d'un quart d'heure pour se promener. Il vient bientôt se recoucher de lui-même et s'endort.

28 *décembre*. S... se lève et parcourt la salle en disant qu'il va chercher du papier. On le recouche, et, presque aussitôt, il tente de s'habiller et d'ouvrir la fenêtre pour se sauver. Tout cela ressemble à de la simulation.

30 *décembre*. S... se glisse sous les lits et essaie d'effrayer ses camarades. Il se laisse facilement recoucher et s'endort.

1883. 12 *janvier*. Depuis deux jours, le malade se plaint de la gorge qui est légèrement rouge ; pas d'adénite. Ces accidents disparaissent en quelques jours. Pendant les mois de janvier et février, S... est assez calme.

Février. Amélioration sensible. Nous promettons au malade de l'envoyer en congé, durant quelques jours, chez sa mère, si sa conduite ne laisse rien à désirer.

7 *mars*. Il est allé en congé de 5 jours et sa mère assure qu'il a été très raisonnable.

13 *mars*. Aucun phénomène particulier ne s'est produit. Depuis qu'il est à Bicêtre, S... dit ne plus entendre de voix, mais se plaint de sifflements qu'il compare au repassage de couteaux ; ces sifflements, toutefois, deviendraient moins fréquents. Il accuse aussi de violents maux de tête venant surtout le soir, et occupant tout le pourtour du crâne. Il est d'ailleurs raisonnable, et a cessé de se masturber, « dans la crainte, dit-il, de devenir idiot. »

11 *avril*. S... a eu un congé de 15 jours. Pendant ce temps, conformément à notre désir, il a travaillé, non pas, ainsi que nous l'avions conseillé chez un menuisier, mais chez un émailleur photographe qui en est très content. Sa mère, qui le ramène, dit également avoir été très satisfaite de sa conduite. Si elle ne l'a pas placé chez un menuisier, c'est parce qu'on ne voulait lui donner que 50 centimes par jour, tandis que chez le photographe il reçoit 2 francs.

Ce jour-là, sa mère promettant de le surveiller, nous renouvelons le congé afin qu'il ne perde pas sa place, et nous faisons le certificat de sortie.

17 *avril*. Nous recevons par erreur la lettre suivante qui était destinée à M. le Dr Blachez, chargé par la Préfecture de police, de l'inspection des enfants à Bicêtre :

Paris, 17 avril 1883.

Monsieur,

Le 12 courant, M. le Directeur de Bicêtre m'a transmis sur le nommé S.... Marius Eugène un certificat médical ainsi conçu :

« Instabilité mentale avec perversité des instincts ; peut être rendu à sa mère qui le réclame. s'est amélioré sous tous les rapports ; envoyé en congé d'essai pendant 15 jours, il s'est très bien conduit »

D'autre part, à la date du 22 octobre précédent, le directeur de Vaucluse m'a adressé sur ce malade un certificat détaillé dont je vous envoie ci-joint copie (2), d'où il résulte que le nommé S..., qui s'est plusieurs fois évadé de divers asiles où il était interné, et dont les instincts semblent pervers, aurait de mauvaises habitudes, et pourrait, à l'occasion, devenir dangereux pour son entourage.

Afin d'apprécier si ce jeune homme doit être rendu à la liberté, je tiens à connaître votre opinion sur son état mental actuel. Je vous prie, en conséquence, de vouloir bien examiner S..., et me transmettre le plus tôt possible un certificat avec conclusion formelle au point de vue de la sortie du malade, ou de sa maintenue dans un asile d'aliénés.

Recevez, etc.

Pour le Préfet de Police,
Le chef de la 1re division.
X...

Cette lettre ayant été renvoyée à M. Blachez, celui-ci a répondu la lettre qui suit au directeur de Bicêtre.

23 avril.

Monsieur,

Par une lettre du 19 avril, vous voulez bien me donner avis de la sortie du jeune S..., rendu provisoirement à sa famille par M. le Dr Bourneville, et vous me demandez s'il me convient de visiter cet enfant. Mes attributions ne comportent aucun contrôle de ce genre sur une sortie jugée nécessaire par le médecin du service qui peut, *mieux que tout autre*, apprécier l'état de son malade.

Agréez, etc.

Dr Blachez, *médecin inspecteur des services d'aliénés de Bicêtre.*

19 *avril*. Nous voyons S... avec sa mère. Sa conduite est régulière ; mais, comme son travail le retient tard, afin d'éviter les mauvaises rencontres, sa mère lui cherche une autre place. N'ayant pas de réponse de la Préfecture de police, on renouvelle le congé, et on fait un second certificat de sortie.

30 *avril*. S... quitte la photographie sur le désir de sa mère, et entre chez un fabricant de couleurs qui est, nous assure-t-on, très satisfait de sa conduite et de son travail. Cependant cet homme, interrogé plus tard par l'un de nous, dit que S..., qui n'est resté que fort peu de temps chez lui, s'est montré cachottier, de mauvais caractère ; il ajoute qu'il se tenait assez mal comme propreté.

Quelques jours après le second certificat, l'un de nous a adressé au Préfet de police une lettre lui signalant l'absence de réponse aux deux certificats ; à cette lettre M. le Directeur de Bicêtre a reçu la réponse qu'on va lire :

Monsieur, Par votre lettre du 28 avril dernier, vous m'avez prié de régulariser la situation du jeune S..., qui, en vertu d'un congé temporaire, a quitté Bicêtre où il avait été interné d'office, et n'y est pas rentré depuis lors.

Vous ajoutez que ce jeune garçon ne doit plus retourner à l'Asile, et qu'il a été placé par sa mère chez un patron qui se trouve satisfait de sa conduite.

Mon administration, dans aucun cas, ne peut procéder de la sorte ; elle le peut encore moins dans l'espèce actuelle. Il s'agit en effet d'un jeune garçon qui a déjà été séquestré quatre fois dans les asiles d'aliénés, qui s'est montré pendant longtemps animé de mauvais instincts ; qui a été, jusqu'ici du moins, sujet à des impulsions matérielles tellement dangereuses, qu'il n'a pu être conservé à Vaucluse, et a dû être transféré dans votre établissement à la suite du complot qu'il avait formé, et qui consistait à mettre le feu à la colonie, afin de pouvoir, au milieu du tumulte, s'évader avec 7 de ses camarades. Je dois ajouter qu'il se vantait d'avoir été avant la séquestration *le chef d'une bande de jeunes malfaiteurs sous le pseudonyme de la Giberne*.

C'est en présence de ce grave antécédent, que pour mettre complètement à couvert la responsabilité de l'Administration, j'ai cru devoir, après la réception du certificat à fin de sortie que vous m'avez transmis le 12 avril, charger M. le docteur Blachez de visiter le jeune S.., et de me fournir un certificat très explicite de son état mental.

S... n'étant pas rentré à l'Asile, ainsi du reste que vous en avez informé le Dr Blachez, à la date du 19 avril, l'examen médical dont il s'agit n'a pu avoir lieu.

Dans tous les cas, mon intervention, je le répète, n'a plus de raison d'être en présence du fait accompli.

Recevez, etc.

Le Préfet de Police,
Signé : Camescasse.

Dans cette lettre que M. le Préfet a certainement signée, sans en connaître les termes, nous relèverons deux points :

1° M. le Préfet oublie que c'est lui-même qui, sur notre demande, a autorisé les congés ; que, par conséquent, en accordant un congé au jeune S... et en le renouvelant, on ne commettait aucune irrégularité.

2° Il oublie encore que ses bureaux avaient commis une erreur en adressant à l'un de nous la lettre destinée à M. Blachez.

3° Enfin, nous ajoutons qu'en faisant parvenir à M. Blachez la lettre dont nous venons de parler, nous le prévenions que l'enfant était en congé, mais qu'il lui serait conduit par sa mère là où il le désirerait, afin de lui éviter tout dérangement.

7 *mai*. La conduite de S... continue à être bonne. Il va exactement à son travail, ne découche point, passe ses dimanches à la Société de patronage de la rue Corvisart. Sa santé est bonne. S... assure de nouveau que c'est seulement à la colonie de Vaucluse qu'il a porté le nom de « la Giber-

(1) C'est le nom d'un des enfants du service.

(2) Voir ce certificat à la page 677.

© BIU Santé

ne. » — Un agent de la préfecture est venu le visiter ; il a paru satisfait des renseignements, et fait espérer que la sortie serait bientôt définitivement accordée. — Le congé de S... est renouvelé.

28 *mai*. S... est allé avec sa mère chez M. le Dr Blachez qui s'est étonné des difficultés apportées à la sortie. Malgré les conseils que nous avons donnés à sa mère, celle-ci a encore changé Marius de place ; il est maintenant en apprentissage chez un corroyeur, rue Poliveau.

A maintes reprises en mai et en juin, l'un de nous a eu l'occasion de rappeler l'affaire de cet enfant à M. Camescasse. Enfin, le 10 juillet, trois mois après la signature du certificat de sortie, le directeur de Bicêtre a reçu l'arrêté suivant.

Nous, Préfet de Police,

Vu notre arrêté en date du 18 octobre 1882 ordonnant la séquestration dans un asile d'aliénés du jeune S... (Marius Eugène), âgé de 16 ans, natif de Paris, domicilié chez sa mère, rue du Vieux-Chemin, 20, à Ivry (Seine) ; Vu le certificat délivré le 12 avril 1883 par M. le Dr Bourneville, médecin à l'asile de Bicêtre, constatant que le jeune S..., atteint de kleptomanie, pyromanie, etc., a quitté ledit asile en congé d'essai de 15 jours ; qu'il s'est amélioré et qu'il y a lieu de le laisser en liberté ;

Vu les certificats en date des 19 avril et 28 mai derniers, où le même médecin insiste pour que la situation du jeune S... soit régularisée quoiqu'il ne soit pas rentré à l'asile ;

Vu les certificats rédigés les 26 avril et 20 juin 1883 par M. le Dr Blachez, médecin-inspecteur des aliénés traités dans les asiles publics, commis par nous à l'effet d'examiner le jeune S... au point de vue mental, et de nous rendre compte de l'état intellectuel dans lequel le jeune homme se trouve aujourd'hui ; Vu enfin les renseignements par nous recueillis, et desquels il résulte que la santé du jeune S... s'est notablement améliorée, qu'il travaille régulièrement et que, depuis son départ de l'asile, il n'a éprouvé ni convulsions épileptiques, ni accès de trouble mental dangereux ;

Arrêtons : 1° Notre arrêté du 18 octobre 1882 ordonnant la séquestration du nommé S... (Marius-Eugène), est rapporté, et devient nul, et de nul effet à partir d'aujourd'hui ; 2° Le présent arrêté, dont une ampliation devra être adressée au directeur de Bicêtre, sera, en outre, notifié par le commissaire de police de la circonscription d'Ivry au jeune S... et à sa mère.

Le Préfet de Police,
Signé : Camescasse.

11 *juillet*. La mère de S..., avertie que l'arrêté de sortie avait été pris, nous amène son fils ce matin ; elle répète que sa conduite est bonne, que son patron est très satisfait de lui, et qu'il est toujours dans la même maison.

1884. 15 *janvier*. Nous revoyons le malade à Bicêtre. Sa mère, qui l'accompagne, assure qu'il a toujours travaillé rue Poliveau, qu'on y est très content de lui. Tous les samedis, il apporte sa paye à sa mère. Il va régulièrement à l'école du soir de la rue Beaudricourt. Les dimanches, il reste avec sa mère. Il n'a de fréquentation qu'avec un de ses camarades d'enfance. Ni onanisme, ni rapports sexuels. Léger duvet à la lèvre supérieure et sur les joues ; les poils commencent à être abondants à la racine des bourses qui sont légèrement pendantes. Très léger varicocèle à gauche. Testicules de la grosseur d'une noix. Verge bien développée, longue. Méat étroit, insertion du frein à droite. Gland découvert, disposé en marteau d'une façon très prononcée. Le jeune homme, pris à part, répète qu'il ne se masturbe pas et qu'il n'a pas de rapports sexuels.

Sa mère, interrogée également à part, répète qu'elle en est très contente. De temps à autre, encore, S... se mettrait en colère ; il se contrarie vite, n'aime pas les observations. C'est lui-même qui a demandé à venir nous revoir. La santé physique est bonne ; le sommeil est en général excellent. S... n'a plus « ses rêves dans lesquels il se levait la nuit. »

4 *mars*. Il ne travaille plus à son métier de corroyeur parce qu'il n'y a pas d'ouvrage (on a renvoyé dix ouvriers). Il voudrait entrer comme infirmier, métier pour lequel il a, dit-il, toujours eu du goût.—Sa santé est bonne. Il assure se bien conduire : je me méfie, dit-il. — *Taille* : 1 m. 55.

24 *avril*. Il est entré comme infirmier à la Pitié ; il y est resté 15 jours, et a été renvoyé parce qu'il avait introduit du kirsch. Il est actuellement sans ouvrage.

26 *mai*. S... est toujours sans place depuis qu'il a été renvoyé de la Pitié. Il a travaillé un peu dans les cadres. Depuis 3 semaines il ne fait rien. Pour la première fois, il se présente aujourd'hui mal tenu, sa chemise déboutonnée est sale, sa cravate tout de travers. De plus, il porte une contusion à l'œil droit : il s'est battu avec un de ses camarades avec lequel il jouait de l'argent.

Depuis 3 semaines, il a une bonne amie qui a 16 ans ; elle travaillerait ; c'est elle qui lui donne de l'argent pour payer le garni où ils vont coucher ensemble.

28 *mai*. Hier, le directeur de Bicêtre s'est décidé à l'accepter dans la maison ; il l'a placé à la cuisine, mais on a dit de suite à la mère que son fils était trop faible, qu'il ne pouvait porter les marmites, et que, par conséquent, on ne le garderait pas. Il est cependant à l'essai pour 24 heures. Le lendemain il a été placé comme veilleur à l'Infirmerie générale.

24 *août*. S... est toujours infirmier veilleur à l'Infirmerie. Sa conduite avait été bonne jusqu'à la fin de juillet. Depuis lors, il a été moins obéissant, cherche à sortir le plus souvent possible. Il est moins poli, passe une partie de ses après-midi à se promener dans les cours au lieu de se reposer. Il a coutume à avoir des relations avec la jeune ouvrière dont il a été question qu'il va voir quand il sort. En un mot, aujourd'hui, sa conduite sans être mauvaise d'une façon générale, laisse un peu à désirer. On n'a d'ailleurs observé aucun trouble intellectuel, aucun acte malhonnête. — *Poids* : 49 kilogr. 100. *Taille* : 1 m. 56.

Nous consignerons dans un prochain numéro les remarques que nous semble comporter l'histoire de ce malade.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'électrolyse ou de la galvanocaustique chimique de la trompe d'Eustache.

Depuis quelques années, les applications de l'électricité sont devenues de plus en plus fréquentes en médecine, surtout depuis qu'on a utilisé l'emploi du galvanocautère et de la galvanocaustique chimique. L'on sait que cette dernière repose sur le principe suivant : lorsqu'un corps imparfaitement conducteur se trouvant dans des conditions de cohésion qui facilitent sa décomposition, est placé dans le circuit d'une pile d'un pouvoir électromoteur suffisant, ce corps est décomposé ; l'acide se porte sur l'électrode positive, l'alcali sur l'électrode négative. Lorsqu'ils ne peuvent attaquer les électrodes et que le corps interposé est la matière organique, les acides et les alcalis naissants agissent sur les tissus à la manière des caustiques potentiels et déterminent l'apparition d'une eschare exactement limitée au niveau des points de contact des électrodes (Tripier). On a ainsi à sa disposition un moyen de faire à volonté, sans intervention de la chaleur, des cautérisations semblables à celles produites par l'action des acides et des alcalis.

Ce procédé de cautérisation n'a été érigé en méthode que depuis les travaux de Ciniselli (1860). Cependant, dès 1841, on avait utilisé l'action dissolvante de l'électrolyse négative du courant voltaïque « pour résoudre sans production d'eschares, certains engorgements, comme ceux qui amènent le rétrécissement de l'urèthre ou le rétrécissement de la trompe d'Eustache. » (1)

(1) F. Mallez et A. Tripier. — *De la guérison durable des rétrécissements de l'urèthre par la galvanocaustique chimique*, 1867, p. 1.

© BIU Santé

Ciniselli s'aperçut que les eschares produites aux deux pôles n'avaient pas le même aspect, et Tripier reconnut que seules les cautérisations alcalines donnaient les cicatrices molles et peu ou pas rétractiles. Il vit l'usage que l'on pourrait en retirer pour le traitement des maladies de la trompe,car il s'exprime ainsi à ce sujet : « La cautérisation de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache et même d'une partie de ce canal devient possible maintenant qu'elle peut s'effectuer en mettant l'électrode négative en communication avec une sonde rigide. » Cependant cette méthode fut laissée dans l'ombre. A la suite des résultats obtenus par le Dr Jardin avec son uréthrotome électrique, nous essayâmes, en 1881,ce mode de traitement pour les rétrécissements du larynx, de l'œsophage et de la trompe d'Eustache. M. Dubois nous construisit pour ces diverses expériences des appareils analogues à ceux du Dr Jardin. Ils étaient composés d'une sonde en caoutchouc durci ou d'un tube métallique recouvert d'un enduit isolant sur ses deux faces ; dans leur intérieur glissait une tige métallique rigide et munie à son extrémité extérieure d'un canon servant à fixer l'électrode ; son extrémité opposée se terminait par une lame métallique de forme triangulaire.

M. le Dr François-Franck voulut bien mettre son laboratoire à notre disposition pour nos recherches sur l'électrolyse de l'œsophage du chien, et nous constatâmes qu'il fallait employer dix milliampères environ pendant une durée de dix minutes pour attaquer la couche musculaire superficielle de l'œsophage.

Avec l'aide de M. Dubois, nous essayâmes encore notre appareil sur une femme atteinte de sténose du larynx consécutive à la syphilis, mais la malade n'ayant pas été préparée à l'opération, supporta mal l'instrument que nous dûmes retirer quelques instants après le commencement de l'électrolyse. Nous croyons que nous aurions pu obtenir un résultat favorable, si la malade eût subi préalablement, soit la dilatation du larynx au moyen des tubes de Schrötter, soit la trachéotomie, comme on le fait pour le traitement des sténoses par les baguettes en étain de Schrötter.

A la même époque nous fîmes, avec M. Dubois, quelques recherches sur l'électrolyse de la trompe d'Eustache. Pour cela, nous employâmes un cathéter en caoutchouc durci dans lequel passait un mandrin métallique préalablement trempé dans une solution de gutta-percha dissoute dans le chloroforme, ou mieux, recouverte d'un fil de coton enduit d'un mélange de paraffine, de goudron et de cire jaune pour protéger les diverses parties des tissus environnants que nous ne voulions pas attaquer.

Ces essais ne nous ayant donné aucun résultat digne d'être signalé, nous abandonnâmes cette étude. Peu après, le Dr Mercié qui avait entrepris de son côté des recherches sur ce sujet à la clinique du Dr Garrigou-Désarènes, publia un article sur un nouveau procédé de dilatation et d'électrolyse employés contre les rétrécissements et les obstructions de la trompe d'Eustache (1). Après avoir décrit le procédé ordinaire de dilatation par la trompe avec la corde à boyau, cet auteur s'exprime ainsi :

Si l'on remplace à ce moment la bougie par une sonde métallique fine et souple, il devient possible d'établir dans la trompe d'Eustache l'électrode négative, tandis qu'un disque de métal placé sur l'apophyse mastoïde ou dans le conduit auditif externe permettra de former un courant de la même façon que MM. Mallez et Tripier l'obtiennent pour le canal de l'urèthre... L'expérience démontrera le côté pratique de ce traitement qui est exempt de tout danger, étant donnée la faiblesse du courant...

Si la cautérisation électrique peut amener une dilatation rapide et durable comme elle se produit dans le canal de l'urèthe, c'est un véritable progrès réalisé au plus grand bénéfice des malades. La bougie doit être flexible.

A la suite de cette publication, nous reprimes de nouveau nos expériences, tantôt avec notre premier appareil, tantôt avec une sonde en caoutchouc dans laquelle glissait une tige métallique terminée par une petite olive métallique ou en ivoire, avec un cercle ou une partie de cercle en platine fixé sur la partie renflée de l'olive (1). Quelques temps après, le Dr Mercié lut à l'Académie de médecine un travail intitulé : *Nouveau traitement* des rétrécissements de la trompe d'Eustache par l'électrolyse.

Dans la sonde en caoutchouc mise en place, dit cet auteur, nous introduisons une bougie constituée par des fils d'argent très fins, tordus sur eux-mêmes ; l'extrémité en anse ne peut blesser les parois de la trompe... Lorsque nous nous servons de la sonde en métal, nous employons alors cette bougie métallique recouverte d'une mince couche de gutta-percha, jusqu'à environ 25 millim. de son extrémité.

M. Mercié pousse alors cette tige flexible jusqu'au moment où elle butte contre le rétrécissement.

Nous plaçons dans le conduit auditif externe une petite olive d'argent munie d'une tige et arrivant jusqu'au voisinage du tympan. Nous faisons passer un faible courant (2 à 3 éléments de Chardin) en mettant en communication la tige de l'olive avec le pôle positif et le fil mécanique qui dépasse le pavillon de la sonde avec le pôle négatif. *La durée de l'opération ne dépasse pas deux minutes.* Après l'électrolyse,la bougie qui d'abord était très serrée entre les parois de la trompe, glisse avec facilité.

M. Gellé communiqua, quelques jours après, à la société de Biologie, ses essais sur ce sujet (2). Pour pratiquer la galvanocaustique chimique de la trompe d'Eustache, on doit avoir à sa disposition une pile à courants continus de dix à vingt éléments. Nous faisons généralement usage de la batterie de Gaiffe au chlorure de zinc et au bioxyde de manganèse, de son rhéostat et de son galvanomètre d'intensité divisé en milliampères, attendu que seul le galvanomètre et non le galvanoscope qui accompagne habituellement les batteries, indique à tout moment de l'électrisation, la valeur absolue du courant en milliampères, ce qui permet de manœuvrer d'une façon convenable le rhéostat et le collecteur qui accompagne la batterie.

La sonde que nous employons se compose d'un cathéter en caoutchouc durci, laissant passer par un trou percé sur son pavillon une tige d'argent ou mieux de platine, recouverte de l'enduit précédent. Suivant les cas, elle peut être terminée par une olive à base échancrée ou par une petite lame triangulaire. L'autre extrémité

(1) *Revue de thérapeutique méd. chir.*, 1882, 1er octobre.

(1) J. Baratoux. — *Appareil pour la galvanocaustique chimique de la trompe d'Eustache* (*Société d'otologie*, janvier 1884).

(2) Gellé. — *Du traitement du rétrécissement de la trompe d'Eustache par la méthode de l'électrolyse* (*Soc. Biologie*, 1884, 15 mars).

© BIU Santé

porte un canon destiné à recevoir l'électrode négative de la pile à courants continus.

Le cathéter est introduit, comme à l'ordinaire, dans la trompe, en ayant soin d'appliquer l'olive ou la lame triangulaire contre l'extrémité du cathéter en l'y faisant même rentrer légèrement. L'on s'assure que l'instrument est bien en place en y faisant passer de l'air avec une poire à insufflation : l'air sort entre la base échancrée de l'olive ou les faces de la lame et les bords de l'extrémité pharyngienne du cathéter, ce que l'on peut vérifier par l'auscultation au moyen d'un tube dont une des extrémités est introduite dans l'oreille du malade et l'autre dans celle du médecin.

L'on pousse alors la tige métallique de la longueur voulue, de manière à la faire arriver jusqu'au niveau du rétrécissement; puis on met cette électrode en communication avec le pôle négatif de la pile, après avoir placé l'autre sur l'apophyse mastoïde préalablement frottée avec un linge alcoolisé. Cette électrode peut se terminer par une large plaque de métal ou de charbon recouverte de peau de chamois, ou encore par un gâteau d'argile, comme l'a conseillé le Dr Apostoli.

La tige qui s'engage dans la trompe doit être rigide,

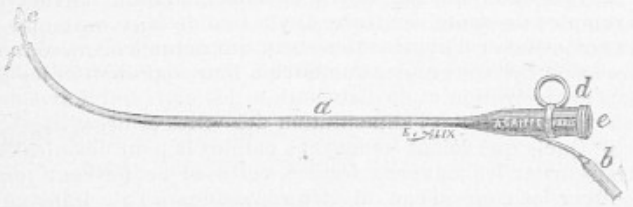


Fig. 88.

car un mandrin souple ne peut être facilement poussé dans le cathéter; de plus, au moindre obstacle, il se ploie et s'engage souvent entre la sonde et les parois de la trompe.

Si l'on ne veut pas tenir le cathéter entre les doigts, on peut le fixer au nez avec la pince de Bonnafont ou celle de Delstanche. On fait alors passer le courant de manière à obtenir 4 ou 5 milliampères, en surveillant le galvanomètre, car parfois il arrive que le courant qui n'avait, au début, qu'une intensité de quelques milliièmes, augmente au bout de quelques minutes de plusieurs milliampères; dans ce cas, on diminue le nombre d'éléments jusqu'à ce que l'aiguille du galvanomètre marque le nombre de milliampères que l'on désire employer. Il est indispensable de compter en milliampères, car sans cela, la lecture des observations est incompréhensible, les nombres signalés n'ayant de valeur que pour celui qui les a employés (Boudet de Pâris). En outre, l'intensité pouvant varier d'un moment à l'autre, l'on s'expose à des accidents si l'on ne connait pas à chaque instant l'intensité du courant (Bardet). Il est rare que l'on ait besoin d'aller au delà de 5 milliampères; du reste, les malades supportent difficilement plus de 6 milliampères à la tête.

Au bout de 4 à 5 minutes, l'on sent que la tige métallique n'est plus maintenue par la pression des tissus. En examinant alors les malades, à la rhinoscopie postérieure, l'on voit qu'une eschare d'un millimètre environ de profondeur a été produite à l'entrée de la trompe d'Eustache. Il faut éviter tout suintement sanguin durant cette opération, car l'effet électrolytique ne se produit pas, le sang étant très bon conducteur de l'électricité; le courant se diffuse et n'agit plus sur le point voulu.

Il est bon de rappeler qu'une sonde métallique en communication avec un courant très faible peut franchir en quelques secondes un rétrécissement qu'elle n'aurait pu franchir auparavant; c'est ce que nous avons pu constater avec M. Gaiffe lorsque nous employions deux couples de l'appareil de Chardin, au bisulfate de mercure. Pendant les deux minutes que durait chaque expérience, le galvanomètre ne marquait qu'environ 0 milliampère, 046, c'est-à-dire la centième partie de l'intensité nécessaire pour atteindre le résultat signalé précédemment, qui, pour se produire, exigeait toutefois le passage du courant pendant 4 ou 5 minutes. Au reste, avec ces deux éléments au bisulfate de mercure, employés pendant 2 minutes, nous n'avons jamais obtenu d'eschare.

Si la galvanocaustique chimique de la trompe d'Eustache donne parfois de bons résultats, il ne faut pas cependant laisser de côté la dilatation au moyen des bougies d'intestin de vers à soie entouré d'une ou de plusieurs couches de tissu recouvert de gomme élastique; car ce procédé suffit dans la plupart des obstructions de la trompe dues aux gonflements de la muqueuse. Toutefois, lorsque cette méthode ne donne pas de résultats au bout d'un certain temps, on peut alors avoir recours à la galvanocaustique chimique. On devra encore employer ce mode de traitement dans les cas de brides membraneuses, mais l'on sait que cette lésion est loin d'être fréquente. Elle pourra aussi être utile lorsque l'embouchure de la trompe sera obstruée par des follicules lymphatiques hypertrophiés.

Il est évident que cette méthode pourra encore servir pour détruire les végétations et les polypes de l'oreille, quand on ne voudra pas les enlever avec le galvanocautère, et pour obtenir une perforation du tympan en terminant le pôle négatif de la pile par une ou plusieurs aiguilles ou par une lance métallique, le pôle positif étant placé sur l'apophyse mastoïde sous forme de plaque, ou dans la main sous forme de rouleau de charbon recouvert de peau de chamois. J. Baratoux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE.

SESSION DE LA HAYE.

A. M. Bourneville, directeur du *Progrès médical*,

La Haye, le 26 août 1884.

Mon cher ami,

Vous savez combien d'obstacles semblaient s'opposer à la réussite du cinquième Congrès d'hygiène et de démographie. On faisait courir le bruit qu'il n'y viendrait personne, on alléguait que le choix de La Haye était déplorable, que c'était une ville morte, un grand Versailles hollandais où les médecins et les hygiénistes ne voudraient pas se risquer à mourir d'ennui. La mort du prince d'Orange, en mettant en deuil le monde officiel, venait apporter un obstacle nouveau au dire de quel-

© BIU Santé

ques chagrins esprits, enfin c'était le choléra qui éclatait en France et pouvait devenir assez intense pour retenir par la chaîne du devoir les hygiénistes français curieux d'aller saluer leurs confrères de Hollande. Même le comité d'organisation de La Haye s'émut un instant et fut sur le point de renvoyer à l'année prochaine la session du cinquième Congrès. Il fallut que le comité français, consulté, calmât cet affolement et fit remarquer que si l'épidémie se propageait en Europe elle ne mettrait pas moins de 3 à 4 ans peut-être à s'y éteindre et qu'il n'était ni convenable, ni possible même, d'arrêter pendant tout ce temps les relations scientifiques si utiles, si agréables aussi, qui justifient les congrès même les plus imparfaitement organisés.

Celui-ci a pourtant réussi, on peut le dire aujourd'hui qu'il touche à sa fin; et si le nombre des congressistes présents n'a pas dépassé 160 environ, les sections ont travaillé sérieusement, les séances générales ont été bien remplies et ceux qui ont assisté à telle de ces conférences comme celles de Marey et de Rochard, ou à la magistrale leçon faite par Donders sur les différences fonctionnelles des yeux ne garderont pas une mauvaise impression du Congrès d'hygiène de La Haye.

D'ailleurs, l'accueil des Hollandais a été si cordial, si bon enfant, que le souvenir en restera vivace dans les cœurs.

Pour que je vous fasse parvenir un résumé à peu près fidèle et aussi complet que possible des travaux de chaque section, il va falloir rassembler mes notes, consulter les procès-verbaux, etc., je n'y puis songer aujourd'hui et il faut que pour cette première lettre je me borne à vous dire la physionomie générale du Congrès et l'ordre de succession des travaux et des plaisirs; — ni les uns ni les autres ne nous ont manqué. Car vous savez, mon cher ami, que indépendamment des séances qui prennent plus de la moitié du temps, il faut aller visiter les hôpitaux, les écoles, les asiles, les cités ouvrières; nous avons fait jadis ensemble ce fatigant métier et j'ai bien regretté de ne pas vous avoir encore cette fois-ci; la fatigue eût été plus douce et le travail plus profitable.

Le samedi 21 août 1884, à 3 heures, dans une grande salle qui s'appelle, je ne sais pourquoi, *Diligentia*, la séance d'ouverture a eu lieu sous la présidence de M. de Beaufort, membre de la première chambre des Etats généraux. A ses côtés avaient pris place les vice-présidents van Tienoven et Blom Coster, le professeur van Overbeek de Meyer, secrétaire général, dont l'activité et le dévouement sont au-dessus de tout éloge, la plupart des ministres et des membres du comité d'organisation. Dans l'assistance, nous reconnaissons la plupart des délégués étrangers: le Dr Chandler (Etats-Unis), le Dr Coni (Buenos-Ayres), le professeur Soyka (Autriche), le Dr Vega (Espagne), le Dr Corradi (Italie), le Dr Felix (Roumanie), le Dr Zoéros Bey (Turquie), Dr Eulenbeurg (Allemagne), et les délégués de France, MM. Brouardel, Proust, Rochard; MM. Michelin, Chassaing, Robinet, Durand Claye, Napias, délégués de la ville de Paris. Enfin on remarque encore deux doctoresses en médecine: Mme Bovel Sturge (de Londres), et Mlle Jacobs (d'Amsterdam).

Il est difficile d'analyser le remarquable discours de M. de Beaufort, mais en traçant les rapports de l'hygiène avec la législation nous devons constater qu'il s'est servi d'un style à la fois élevé et d'une remarquable pureté académique. Je ne sais pas s'il se trouve un français capable de parler ainsi le hollandais, l'espèce en est rare certainement, tandis qu'il est ici très commun de trouver notre langue très correctement parlée.

Vous savez ce que sont ces séances d'inauguration, je n'y insiste pas.

Les séances ont commencé dès le lendemain et la série des conférences a été ouverte par un éloquent discours de M. Rochard sur la valeur de la vie humaine et sa comptabilité. Le sujet est vaste, les chiffres qu'il a fait défiler sont un peu arides, mais ils ont défilé en si bon ordre qu'on ne s'en est guère aperçu. Le samedi la conférence a été faite par M. Herman Cohn (de Breslau); lundi ç'a été le tour de M. Finkelnburg (de Berlin) et de M. le professeur Marey, et nous allons tout à l'heure entendre M. S. Trélat.

Les travaux des sections marchent régulièrement et feront l'objet de mes lettres prochaines.

Enfin, je ne veux pas finir sans vous dire que les plus cordiales réceptions nous ont été faites et que les soirées se passent en fêtes brillantes qui nous feront regretter sans doute la ville hospitalière de La Haye. Dr Robert Piquet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 août 1884. — Présidence de M. Larrey.

Suite de la discussion sur le choléra. — M. Brouardel lit un rapport relatif aux vœux que M. Marey a formulés dans la précédente séance. Voici les conclusions de ce travail:

1° Il est désirable qu'une enquête administrative, vu l'urgence, soit instituée de suite, de façon à faire connaître les causes démontrées ou présumées de l'apparition des épidémies cholériques antérieures dans les diverses villes et villages de France, leur marche et les conditions qui en ont favorisé le développement, notamment les causes d'insalubrité spéciales à ces villes ou villages, la pureté des eaux d'alimentation les méthodes de vidanges, etc. Elle demande que pour l'épidémie actuelle tous les documents relatifs à ces diverses questions soient soigneusement enregistrés, dressés de façon à être comparables entre eux. Elle estime que l'étude du passé sanitaire de chaque commune peut seul permettre à l'administration de prendre les mesures nécessaires pour empêcher que les mêmes causes ne produisent les mêmes désastres lors du retour de chaque épidémie nouvelle.

2° Les eaux qui servent à la consommation doivent être exemptes de toute souillure. Il y a lieu de faire examiner par la commission d'hygiène les eaux qui actuellement sont utilisées en boissons et de soumettre à leur approbation les projets de dérivation et de distribution des eaux qui doivent servir dans l'avenir à l'alimentation des villes et des villages.

3° Quels que soient les moyens employés pour désinfecter et transporter les matières fécales, celles-ci ne devront jamais polluer les cours d'eau ni être répandues à l'air libre sur le sol, ni jetées sur les fumiers.

4° L'administration chargée de l'hygiène publique est invitée à centraliser tous les documents capables de l'éclairer sur l'état de chaque localité au point de vue de l'hygiène. Ces documents lui sont fournis par la statistique, par les médecins des épidémies, par les conseils d'hygiène d'arrondissement, par les bureaux d'hygiène dans les grandes villes. Elle seule peut contraindre les municipalités chargées par la loi de veiller à l'exécution des mesures d'hygiène dans leurs communes elle seule peut provoquer l'affectation à ces services de ressources suffisantes.

5° L'administration est priée d'étudier dans quelles conditions pourrait être établi un bureau international d'hygiène, permettant de grouper tous les documents relatifs aux épidémies, de signaler leur apparition dans les divers pays.

6° Un enseignement spécial de l'épidémiologie sera organisé dans les diverses facultés.

7° L'académie charge la commission du choléra, dont fera partie M. Marey, de rechercher dans les documents relatifs aux épidémies antérieures, dans ceux qui lui ont été adressés à l'occasion de l'épidémie actuelle et qui lui seront ultérieurement envoyés, tous ceux qui peuvent servir à élucider la durée de l'incubation de la maladie, le mode de la contamination, la rapidité de l'invasion, la marche de l'épidémie, les causes qui ont pu favoriser son développement, celles qui paraissent avoir assuré l'immunité dans les diverses localités.

M. le Président propose à l'académie de procéder à la nomination d'une commission dite du choléra. Après quelques explications échangées entre M. le Président et MM. Brouardel et Marey, l'Académie procède à la nomination d'une commission d'enquête sur le choléra. Sont nommés membres de cette commission: MM. Brouardel et Marey, 32 voix; Rochard, 31, Proust, 30; Marey, 29; Guéneau de Mussy, 28; Fauvel, 27; Legouest, 27: L. Besnier, 27.

M. J. Guérin lit un long travail, à l'effet de démontrer

© BIU Santé

que le choléra ne surgit pas d'emblée, mais se trouve toujours précédé par une période prodromique, dite de diarrhée prémonitoire.

M. Bouchardat déclare que le choléra est déterminé par un parasite indien et que le meilleur moyen de le prévenir est d'adopter l'application des règles sur l'hygiène générale. Après avoir rappelé que toutes les eaux potables, distribuées à Paris, sont excellentes, à la condition qu'elles soient filtrées, M. Bouchardat établit une différence bien tranchée entre le choléra nostras et le choléra asiatique, et reproche à M. J. Guérin d'englober l'athrepsie parmi les maladies qu'il considère comme prémonitoires du choléra.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 1er février 1884. — Présidence de M. Cornil

13. Athérome généralisé des artères du cerveau. — Pyélonéphrite calculeuse; par MM. Dérignac, chef de clinique médicale et A. Moussous, interne des hôpitaux.

Lorsque la nommée H..., âgée de 66 ans, fut amenée (service de M. le professeur Hardy), on nous apprit que, depuis plusieurs mois déjà, elle ne quittait plus le lit, perdait ses urines et ses matières fécales, était, au point de vue intellectuel, dans un état complet de démence. En l'examinant on ne découvrit aucun signe de paralysie, soit récente soit ancienne ; on ne constatait également rien d'anormal du côté de la sensibilité.

L'alimentation se faisait assez régulièrement et, pendant longtemps, l'on ne vit survenir aucun changement dans cette situation. Mais, le 15 janvier, et sans que rien pût en faire prévoir l'invasion, éclate brusquement un frisson violent. Le thermomètre placé dans l'aisselle monte à 40°. Puis la peau devient chaude, la langue sèche. La malade n'accuse aucune souffrance. L'examen des principaux organes ne donne que des résultats négatifs. Il n'y a ni eschare ni plaque érysipélateuse.

La difficulté de recueillir les urines fait qu'elles ne sont pas examinées. La fièvre continue les jours suivants, elle procède par accès très tranchés, débutant chacun par un frisson. Pendant les paroxysmes, la température s'élève à 41° et plus. — Pendant les rémissions elle s'abaisse à 38°, mais pas au-dessous. — Rien ne vient donner l'explication de cet état fébrile. Dans la soirée du 23 la malade succombe.

A l'autopsie, tandis que les autres organes offrent leur apparence normale, on reconnaît des lésions du cerveau et de l'un des reins, le rein gauche. Comme on peut le voir sur les pièces, les lésions sont :

1° Pour ce qui a trait au cerveau : deux petites plaques de ramollissement au niveau de la face inférieure des lobes occipitaux, l'état athéromateux très prononcé de toutes les artères.

Du côté du rein : Les altérations spéciales à la pyélonéphrite d'origine calculeuse. Ce rein malade est en effet légèrement augmenté de volume. Sa capsule cellulo-adipeuse très épaissie a contracté avec lui des adhérences si solides, qu'il est tout à fait impossible de l'en dégager. Quant à sa tunique fibreuse propre, elle est complètement fusionnée avec le parenchyme sous-jacent. Sur une coupe pratiquée suivant le grand axe de l'organe et passant par le hile, on s'aperçoit que le tissu rénal est profondément altéré, à peine reconnaissable. Ce tissu dur, sclérosé, est réduit à une simple coque de quelques millimètres à un centimètre d'épaisseur, entourant des cavités assez régulières de dimension variable et dont il semble creusé. Ces cavités ne sont autres que le bassinet et les calices dilatés, elles contiennent un liquide muco-purulent. Sur la plus spacieuse qui occupe le centre et qui est précisément le bassinet, viennent s'ouvrir celles plus petites et de forme ampullaire qui correspondent aux calices. La muqueuse qui les tapisse est très épaissie, adhérente, n'offre pas son aspect lisse normal. Dans deux calices ainsi modifiés sont logés des calculs. L'un de ces calculs est petit, irrégulier, du volume à peine d'un pois. L'autre parfaitement régulier offre la forme et la grosseur d'une olive. Il est d'une coloration brun foncé, sa surface chagrinée, rugueuse, semble constituée par une couche plus molle que les parties centrales et se laisse entamer par l'ongle. L'uretère au-dessous du rein n'est pas perméable et se trouve réduit à l'état d'un cordon fibreux.

Ces lésions, comme on le voit, répondent à des types connus, et n'offrent en elles-mêmes rien de très particulier. Il nous a semblé qu'il y avait pourtant un certain intérêt à les signaler, étant donnée l'histoire clinique de notre malade, sur laquelle elles viennent jeter un certain jour.

D'abord, cet athérome généralisé à toutes les artères cérébrales, et qui, bien mieux que les deux petites plaques de ramollissement trouvées dans les zones occipitales, peut rendre compte de l'état de déchéance physique et intellectuelle de notre malade. Puis, cette pyélo-néphrite due à des calculs que rien n'avait pu nous faire soupçonner tant que la malade fut soumise à notre observation, mais à laquelle nous n'hésitons pas d'attribuer les accidents terminaux, accidents que nous pouvons légitimement envisager comme des accès de fièvre urineuse.

14. Rapport sur la candidature de M. Tuffier, par M. Brun, Prosecteur de la Faculté.

Parmi les nombreuses présentations de M. Tuffier, il en est une sur laquelle je désire attirer l'attention. Il s'agit d'un cas de néoplasme fort rare, non pas par sa nature, mais par son siège insolite et par les accidents auxquels il a donné lieu. C'est un lipome de l'intestin.

Au mois de mars 1881, entrait à l'hôpital Cochin (service de M. Marchand, suppléé par M. Théophile Anger), une femme qui avait été admise sous la rubrique étranglement interne.

Cette malade, assez robuste et de belle apparence, faisait remonter, à neuf mois avant son entrée, le début des accidents qui l'amenaient à l'hôpital. A cette époque, elle fut prise de constipation opiniâtre qui dura environ une semaine; à cette constipation fit suite une débâcle, puis une nouvelle constipation plus prolongée que la première, et les accidents persistèrent sous ces deux formes alternatives jusqu'à l'époque actuelle. Toutefois, ces accidents ne se sont jamais accompagnés de phénomènes d'étranglement. Depuis quelques semaines, des épreintes et du ténesme rectal se sont manifestés, une légère hémorrhagie par l'anus accompagne les selles; c'est pourquoi la malade entre à l'hôpital. Le ventre était alors ballonné, la constipation absolue depuis cinq jours. Le toucher rectal permettait de sentir, à 8 centimètres de l'anus, une tumeur qui obstruait le rectum. Tumeur mamelonnée, irrégulière, qu'aucun instrument ne pouvait ni déplacer, ni franchir. Les phénomènes d'obstruction, peu marqués jusqu'alors, s'accentuèrent rapidement; les moyens palliatifs n'amenèrent aucun soulagement; une intervention active fut décidée.

Le 24 juin, MM. Marchand et Théophile Anger pratiquaient la laparotomie dans la région inguinale gauche. A 3 centimètres au-dessus de l'arcade, on faisait une incision de 10 centimètres. On touchait d'emblée sur l'S iliaque invaginé. On essaya de désinvaginer l'anse, mais vainement on introduisit un doigt dans le rectum pour repousser la tumeur, pendant qu'un autre cherchait à l'attirer par l'intérieur de l'abdomen. Le néoplasme ne bougea pas. On fit, séance tenante, un anus de Littré par la méthode habituelle, et en utilisant l'incision exploratrice. — 48 heures après, la malade mourut de péritonite.

L'autopsie permit de constater une tumeur fort curieuse. C'était, à première vue, un polype de l'S iliaque qui avait entraîné cette portion du gros intestin et l'avait invaginée dans le rectum. La tumeur avait le volume du poing. On la fendit et on reconnut la nature lipomateuse du néoplasme. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un lipome ordinaire.

Réflexions. — Cette observation nous a semblé intéres-

© BIU Santé

sante à plusieurs points de vue. Tout d'abord, les lipomes du tube digestif sont peu fréquents. Presque tous les cas que nous avons pu rassembler ont trait à des lipomes des parties sus-diaphragmatiques du tube intestinal. C'est ainsi que la *Revue des sciences médicales* pour l'année 1879 contient un cas de lipome rétro-pharyngien. Déjà Labat a publié une thèse, en 1874, sur les lipomes de la bouche. Marjolin a cité un exemple de lipome du plancher de la bouche (Follin). Chambard en a rapporté ici même un cas en 1878. Au contraire, dans les parties sous-diaphragmatiques du tube intestinal, le lipome sous-muqueux paraît très rare. Fischer a signalé une observation de lipome dans les Bulletins de la Société anatomique en 1859.

Au niveau de l'intestin proprement dit, les cas de lipomes sous-muqueux sont de véritables faits exceptionnels. Si nos recherches sont exactes, il n'en existe que 5 cas dans la science. Le premier en date est celui de Sangalli, publié en 1860 dans la « *Istoria clinica dei Tumori* ». Puis, Virchow en a cité un exemple dans son *Traité d'anatomie pathologique*. Morel, en 1876, dans les *Bulletins de la Société d'anatomie*, et Castelain, en 1870, dans le *Bulletin médical du Nord* en ont également rapporté des observations ; mais tous ces cas ne sont que de simples constatations nécroscopiques. Aussi l'observation de M. Tuffier est-elle la première rapportée avec détail et examinée au point de vue histologique. Malgré ce petit nombre de faits, nous pouvons comparer ces lipomes de l'intestin à ceux qui siègent dans la partie supérieure du tube digestif. Et de cette comparaison, il résulte que ces tumeurs diffèrent beaucoup, suivant la région qu'elles occupent. Les lipomes de l'intestin sont tous pédiculés, polypiformes. Au contraire, ceux de l'œsophage et de la bouche sont sessiles. Ce fait pourrait peut-être s'expliquer par une donnée anatomique. La muqueuse intestinale, facile à décoller, se laisse facilement soulever par le néoplasme. Au contraire, la muqueuse bucco-pharyngienne, muqueuse, dermo-papillaire, doit brider les tumeurs qui siègent au-dessus et s'étale plus volontiers à leur face profonde. Il nous semble que cette différence de consistance des deux espèces de muqueuses peut nous expliquer cette différence de forme des néoplasmes qui siègent au-dessus d'elles.

La thérapeutique opposée à ce néoplasme est également digne de remarque. La laparotomie latérale exploratrice et curatrice a été pratiquée assez rarement. Dans le cas présent, on a pu par ce procédé constater la présence du néoplasme, son étendue et son siège exacts. On a pu même tenter de désinvaginer l'intestin.

En un mot, cette incision a présenté tous les avantages d'une laparotomie médiane, mais elle a eu l'avantage considérable de permettre l'établissement, séance tenante, d'un anus contre nature, sans qu'on soit obligé de pratiquer une seconde incision. L'incision latérale a eu dans ce cas un avantage incontestable sur l'incision classique médiane, et peut-être devrait-on pratiquer plus souvent cette incision latérale.

La conduite tenue par l'opérateur, c'est-à-dire l'établissement de l'anus contre nature sans tenter une extirpation, a sans doute été commandée dans ce cas par le manque de notion sur la nature de la tumeur. Sans doute, s'il s'agit d'un néoplasme malin, le traitement palliatif est indiqué. Si, au contraire, on pouvait en pareil cas déterminer la nature bénigne de la tumeur, on serait autorisé à faire une extirpation de l'intestin et du néoplasme.

Séance du 8 février 1884. — Présidence de M. Cornil.

15. M. Valude présente un cas de *myxo-sarcome kystique* végétant du sein.

13. Erysipèle. — Endocardite végétante aiguë ; par M. P. Dalché, interne des hôpitaux.

La nommée Pinot (Honorine), âgée de 22 ans, entre le 22 janvier 1883, salle Sainte-Anne, lit n° 23, à l'Hôtel-Dieu. (Service de M. Empis.)

Pas de rhumatismes, pas de maladie de cœur dans ses antécédents héréditaires. Dans son bas âge elle a eu la variole, la fièvre typhoïde, mais jamais de rhumatismes. En 1882 une grossesse, et trois mois avant son entrée à l'hôpital un érysipèle de la face. Vers le 10 décembre 1883, elle est subitement prise d'un point de côté intense à gauche, de frissons, de mal à la tête ; le jour même, *pour la première fois*, elle ressent des palpitations violentes, et le lendemain elle crache du sang. La fièvre s'allume, les hémophysies se renouvellent quelquefois, les pieds enflent par instants, et après avoir traîné six semaines, la malade entre à l'Hôtel-Dieu.

22 *janvier* 1884. — Elle est en asystolie, les veines du cou turgescentes présentent des battements, le foie est considérablement augmenté de volume. Diarrhée abondante. Les battements du cœur sont précipités ; on sent la pointe dans le septième espace, très en dehors du mamelon, et la main appliquée en cet endroit perçoit un frémissement des plus nets qui commence avant le choc de la pointe. A l'auscultation, on entend un souffle fort dont le maximum est à la pointe et qui commence un peu avant le premier temps pour se prolonger pendant la systole. Point de côté encore violent, quelques filets de sang dans les crachats. Dans le poumon gauche on trouve, au-dessus de l'épine de l'omoplate, un léger souffle entouré de râles fins. La malade est très abattue, réponses pénibles, 38°4.

29 *janvier*. — Le point de côté redouble et il se forme un épanchement pleurétique à gauche ; en même temps œdème du bras droit.

30 *janvier*. — L'épanchement pleural augmente et on entend des râles nombreux dans le poumon droit ; œdème des quatre membres, cyanose et mort le 31.

Autopsie. — Dans la *plèvre* gauche, épanchement assez abondant ; dans les *deux poumons*, noyaux disséminés d'apoplexie pulmonaire. Le *cœur* est large, flasque, à parois peu épaisses. Aucun des orifices n'est déformé, mais sur la valvule mitrale, sur les sigmoïdes aortiques et sur la valvule tricuspide se voient de nombreuses végétations, petites, qui paraissent jeunes et contemporaines. Rien sur les sigmoïdes pulmonaires et sur le reste de l'endocarde. Rien dans le cerveau, les intestins. Le foie et les reins sont congestionnés. La rate est petite, normale. Dans aucun de ces organes ne se trouvent d'infarctus ; du reste, la malade est nettement morte d'asystolie, et nullement avec les symptômes infectieux d'une endocardite ulcéreuse.

18. Lithiase biliaire. — Ictère par rétention biliaire. — Phénomènes typhoïdes. — Endocardite végétante aiguë ; Par MM. Albert Mathieu, chef de clinique médicale et Malibran, interne du hôpitaux.

La nommée Th. Cl..., domestique, âgée de 45 ans, entre le 29 janvier 1884, salle Sainte-Jeanne, lit n° 23. (Service de M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu.)

La mère est morte de gangrène sénile de la jambe à 73 ans.

A 18 ans, ictère ayant duré trois semaines et ayant succédé à de violentes douleurs dans la région du foie. Depuis deux ou trois ans, la malade s'essouffle facilement en marchant et en montant les escaliers. Cependant elle n'a pas d'œdème des extrémités inférieures. Depuis huit mois, elle a commencé à avoir des troubles digestifs et de la diminution de l'appétit. La soif est habituellement vive, la langue mauvaise. Deux ou trois heures après les repas, elle éprouve des aigreurs, des renvois et une sensation gênante de pesanteur épigastrique. Elle ne vomit pas. La constipation est habituelle. Les maux de tête sont fréquents et elle éprouve ordinairement une sensation de pesanteur dans les membres. Depuis six mois, elle est sujette à des rhumes qui durent en moyenne une quinzaine de jours et qui ne l'obligent pas à garder le lit.

Il y a dix-huit jours, la malade a eu une indigestion qui s'est manifestée par des vomissements alimentaires et bilieux, au milieu de la nuit. Les vomissements ont duré pendant quatre heures, ils n'ont pas reparu depuis. C'est

© BIU Santé

seulement au bout de trois ou quatre jours que sont survenues les douleurs au niveau de la région hépatique. L'ictère lui-même n'est survenu que deux jours après le début des douleurs. Depuis cette époque, les douleurs ont persisté avec des périodes d'augmentation et de diminution ; la fièvre a également continué. L'appétit est presque nul.

Etat actuel. — Teinte subictérique généralisée, plus marquée aux sclérotiques. Langue blanche. Le foie est augmenté de volume, il présente un diamètre vertical de 12 centimètres. Il est douloureux à la pression, surtout dans la région de la vésicule biliaire. Rien aux poumons. On trouve au cœur un bruit systolique qui s'entend dans toute la région cardiaque et qui paraît avoir son maximum à la pointe. La malade est constipée ; les selles sont décolorées. Les urines sont chargées de pigment biliaire ; elles renferment une certaine quantité d'albumine. La rate est volumineuse.

31 *janvier*. On constate au cœur un souffle intense, dont le maximum paraît siéger nettement à l'orifice aortique.

4 *février*. Albuminurie assez abondante. L'ictère a disparu ; les selles sont colorées, sous l'influence sans doute du calomel. La prostration fait des progrès. Il existe un véritable état typhoïde. L'état du foie, d'après la percussion, est sensiblement le même. Il y a de la fièvre. La maladie présente une apparence infectieuse des plus nettes.

5 *février*. Etat comateux. Température élevée. Mort.

Autopsie. — Les *poumons* sont congestionnés ; les *reins* également congestionnés, sont en même temps un peu pâles. La *rate* est volumineuse. Au *cœur*, il existe des végétations développées sur les valvules aortiques. Elles sont volumineuses, pédiculées, revêtues d'une couche jaunâtre de fibrine. Leur bourgeonnement remplit presque complètement l'orifice du vaisseau. L'insuffisance est nettement constatée avant l'ouverture de l'aorte. Cette lésion paraît récente. L'aorte est saine. Les autres orifices et l'endocarde sont normaux. Le foie est plutôt petit, non coloré par la bile. Son tissu n'est pas très consistant. Il paraît un peu gras. Par places, l'état lobulé normal a presque complètement disparu. En deux ou trois endroits on trouve, sous la capsule, de vastes ecchymoses. A la coupe, les voies biliaires paraissent dilatées, elles sont remplies de bile. Vers le hile, la vésicule biliaire paraît rétractée inégalement sur des calculs adhérents. Le canal cholédoque est fortement distendu par un calcul gros comme une noisette ; il ne peut pas descendre, mais on peut le faire remonter en pressant de bas en haut. Il n'est donc pas certain qu'il offrait à la bile un obstacle insurmontable.

Réflexions. — La lithiase biliaire et l'oblitération du canal cholédoque ont amené de l'ictère par un mécanisme bien connu. Que faut-il penser des phénomènes typhoïdes qui ont précédé la mort? Est-ce de l'ictère grave ? Ne faut-il pas plutôt les rapprocher de la présence, à l'orifice aortique, de végétations valvulaires semblables à celles que l'on rencontre dans bon nombre de cas d'endocardite infectieuse ? Ne pourrait-on pas penser alors que les voies biliaires enflammées ont été la porte de pénétration des organismes infectieux ?

Séance du 15 février. — Présidence de M. Cornil.

19. Ulcération et perforation des follicules isolés du gros intestin, dans le cours d'une fièvre typhoïde ; par M. Barth.

Observation. — *Fièvre typhoïde ; perforation intestinale ; péritonite généralisée ; mort. Autopsie : Infiltration typhique des follicules isolés du gros intestin, ulcérations cupuliformes surtout nombreuses au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque ; perforations multiples ayant déterminé un épanchement stercoral dans la fosse iliaque* gauche.

Lez (Jean), âgé de 27 ans, serrurier, entre le 24 janvier 1884, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry, lit n° 7. Cet homme, d'une constitution robuste, n'a jamais eu d'autres maladies que la variole, dont il porte les traces manifestes. Il y a huit jours, en pleine santé, il a été pris brusquement, un matin, de céphalalgie, de fièvre et de douleurs de ventre qui l'ont forcé à se mettre au lit ; les mêmes symptômes ont persisté depuis lors en s'aggravant ; il n'a pas eu d'épistaxis, pas de délire, à peine de diarrhée.

Le 24 janvier, soir. Au moment de l'entrée, la température est de 40°5 ; il y a de la céphalalgie sans prostration, pas de ballonnement du ventre, pas de diarrhée ; langue blanche non sèche, soif vive et anorexie absolue.

25 *janvier*, matin. T. 39°8 ; faciès hébété, bourdonnements d'oreilles ; quelques crachats sanguinolents venant de l'arrière-gorge. Quelques boutons d'herpès sur les lèvres ; ventre légèrement tendu, non douloureux ; deux petites taches rosées lenticulaires, douteuses. P. 108 ; rien au cœur ; pas de toux ; pas de râles dans la poitrine ; les urines ne sont pas albumineuses. (Verres d'eau de Sedlitz, tisane vineuse, bouillons et lait ; trois lotions vinaigrées par jour). Le soir, T. 41°.

26 *janvier*, matin. T. 40°5 ; prostration plus marquée ; ventre ballonné, gargouillement dans la fosse iliaque droite, un peu de diarrhée. (Sulfate de quinine, 1 gr. 50 ; lotions vinaigrées toutes les deux heures). Soir, T. 40°9.

27 *janvier*, matin. T. 40° ; céphalalgie intense ; abattement sans délire ; langue un peu sèche ; pas de diarrhée. (Même traitement). — Le soir, T. 40°,5.

28 *janvier*, matin. T. 39°,7 ; même état ; le tympanisme abdominal augmente ; toujours pas de diarrhée ; pas d'autres complications. (Même traitement). — Le soir, T. 40°,6.

29 *janvier*, matin. T. 40°,2 ; épistaxis légère. (Même traitement). — Le soir, T. 39°,3.

30 *janvier*, matin. T. 39°,4 ; adynamie plus prononcée ; langue un peu sèche ; ventre très ballonné ; respiration un peu bruyante ; quelques râles ronflants et sous-crépitants aux deux bases. (Supprimer le sulfate de quinine). — Le soir, T. 40°,4.

31 *janvier*, matin. T. 40°,1 ; depuis hier, diarrhée abondante ; adynamie de plus en plus marquée ; pas d'albumine dans les urines. (Pot. Todd. ext. qq. 4 gr.). — Le soir, T. 40°,5.

1er *février*, matin. T. 40°,3. (Sulfate de quinine, 1 gr. 50). — Le soir, T. 40°,2.

2 *février*, matin. T. 39°,9. (Même traitement). —Le soir, T. 40°.

3 *février*, matin. T. 40°, P. 104 ; un peu moins de stupeur ; le malade répond bien aux questions, se met sur son séant sans trop de peine ; mais le tympanisme abdominal est toujours considérable. (Même traitement). — Le soir, T. 40°,8.

4 *février*, matin. T. 40°,2 ; un peu plus de dyspnée et de faiblesse ; respiration soufflante à la base droite. (6 ventouses scarifiées). — Le soir, T. 40°,3.

5 *février*, matin. T. 40°,5 ; stupeur ; souffle tubaire pneumonique, avec matité à la base droite. (Vésicatoire). — Le soir, T. 40°,6.

6 *février*, matin. T. 39°,6 ; état adynamique toujours très prononcé ; un peu moins de souffle à la base droite ; ventre toujours très ballonné. (Deux injections d'éther). — Le soir, T. 40°,1.

7 *février*, matin. T. 39°,7 ; abattement sans délire ni stupeur ; langue pâteuse, un peu sèche ; dyspnée modérée ; râles sous-crépitants nombreux à la base droite, avec peu de souffle ; le ventre, très ballonné, est légèrement sensible à la pression, surtout à gauche ; la diarrhée continue très abondante. (Potion au bismuth, avec extrait de thébaïque, 5 centigr. ; deux injections d'éther). — Le soir, T. 40°,2.

8 *février*, matin. T. 39°,9 ; dyspnée modérée : faciès moins altéré que les jours précédents ; beaucoup de râles humides à la base du poumon gauche ; le côté droit est presque entièrement dégagé. (Vésicatoire à gauche ; deux injections d'éther). — Le soir, T. 39°,6.

9 *février*, matin. T. 37°,8, P. 108 ; ventre toujours très ballonné et douloureux à la pression ; plus de vomisse-

© BIU Santé

ments ni de nausées; les urines ne sont toujours pas albumineuses. — Le soir, T. 39°,2.

10 *février*, matin. T. 39°; la tympanite a encore augmenté, s'il est possible, et fait une saillie énorme qui remonte jusqu'à l'épigastre; il est impossible de reconnaître la matité hépatique. P. 120, assez petit. Pas de vomissements; le malade accuse toujours une assez vive sensibilité au niveau du flanc gauche; il y a de la dyspnée et de l'angoisse. (Onctions avec la pommade belladonnée; cesser le sulfate de quinine; continuer la potion avec extrait thébaïque, 10 centigr.). — Le soir, T. 38°.

11 *février*, matin. T. 39°,5; moins d'anxiété; le ballonnement, toujours excessif, présente les mêmes caractères qu'hier; on ne voit point, malgré la distension énorme, se dessiner les anses intestinales; sonorité tympanique partout, sauf aux régions les plus déclives. Le malade accuse une sensibilité douloureuse à la pression dans tout le ventre, avec maximum dans la fosse iliaque gauche. P. 126; pas de vomissements; faciès naturel; beaucoup de râles sous-crépitants aux deux bases. (Même traitement; deux injections d'éther).

12 *février*. Le malade succombe à sept heures du matin.

Autopsie, 26 heures après la mort. — La décomposition cadavérique est déjà assez avancée; la tympanite paraît avoir encore augmenté.

Cavité abdominale. A l'ouverture du ventre, il s'échappe avec bruit un jet de gaz fétide, exhalant l'odeur de l'hydrogène sulfuré, et les parois abdominales s'affaissent aussitôt complètement. La surface du péritoine est sèche, noirâtre; les viscères abdominaux, flétris et déjà en voie de putréfaction, sont également noirâtres à leur surface. Derrière ces altérations purement cadavériques, on reconnaît les traces d'une péritonite généralisée; des adhérences récentes unissent entre elles toutes les anses intestinales, qui sont injectées, dépolies à leur surface, et recouvertes en maints endroits de dépôts fibrineux; il y a un épaississement inflammatoire très marqué du grand épiploon et des replis mésentériques. En écartant avec précaution les anses intestinales agglutinées, on constate que la fosse iliaque droite ne contient qu'un peu de sérosité louche; en revanche, la fosse iliaque gauche est le siège d'un épanchement stercoral abondant, très fétide, en rapport immédiat avec l'S iliaque et la dernière portion du côlon descendant; en pressant sur cet intestin, on voit du gaz et du liquide faire issue par plusieurs perforations. L'intestin étant déroulé et ouvert dans toute sa longueur, on trouve le duodénum et le jejunum légèrement injectés, sains du reste; dans la dernière portion de l'iléon, les plaques de Peyer offrent les lésions ordinaires de la fièvre typhoïde; elles sont infiltrées, dures et saillantes, surtout au voisinage de la valvule de Bauhin; un grand nombre d'entre elles présentent des ulcérations plus ou moins étendues et des eschares en voie d'élimination; mais nulle part il n'y a de perforation des parois intestinales. Il n'en est pas de même dans le gros intestin; celui-ci offre dans presque toute sa longueur une tuméfaction marquée des follicules isolés, qui forment de petites saillies acuminées, grosses comme des grains de chénevis; en beaucoup d'endroits, ces follicules sont creusés d'une ulcération cupuliforme, plus profonde que large. Ces lésions atteignent leur maximum d'intensité au niveau du côlon descendant et de l'S iliaque; là les ulcérations sont très rapprochées les unes des autres, presque cohérentes; en certains points, le tissu adénoïde propre de la muqueuse a participé à la lésion folliculaire, et il en résulte des plaques ulcéreuses étendues, à bords festonnés, à fond déchiqueté et inégal, laissant voir à nu la couche musculeuse et même le péritoine; celui-ci a cédé en plusieurs points, laissant autant de perforations arrondies, variant de 2 à 12 millimètres de diamètre, et qui ont fourni un passage facile aux matières intestinales. — Les autres organes abdominaux n'offrent rien qui mérite d'être noté.

Cavité thoracique. Le cœur est sain; les poumons, très diminués de volume et rétractés en haut, sont fortement congestionnés; il y a de la splénisation, surtout à la base droite.

Réflexions. — Au point de vue anatomique, cette observation est remarquable par la prédominance des lésions typhiques dans le gros intestin. Alors que l'altération des plaques de Peyer n'avait pas dépassé les limites moyennes, celle des follicules isolés du gros intestin avait pris un développement extraordinaire, au point d'amener des perforations multiples au niveau de l'S iliaque, fait que Griesinger, Murchison et Guéneau de Mussy s'accordent à considérer comme très rare.

Au point de vue clinique, le fait en question montre une fois de plus de quelle façon latente et sourde une péritonite, par perforation, peut se développer chez les individus adynamiques. Il a été impossible, malgré l'observation la plus attentive, de déterminer avec certitude le moment où s'est faite la perforation; le malade n'a eu ni douleur abdominale violente, ni vomissements, ni collapsus, et seul l'abaissement assez brusque de la température, le 9 février au matin, peut nous faire supposer rétrospectivement que le début des accidents a eu lieu à cette date.

20. Fractures multiples du bassin et des côtes. — Rupture de la vessie. — Contusion des reins; par M. Léon Cahn, interne des hôpitaux.

Le nommé Lebrun, âgé de 56 ans, tailleur d'habits, entre, le 4 février 1884, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, lit 39 (service de M. le professeur Richet).

Pas de maladies antérieures, alcoolique. Le lundi, 4 février, après de copieuses libations, il est renversé par un omnibus qui lui passe sur le ventre. Il est apporté à l'hôpital à 7 heures du soir. Le lendemain matin, à la visite, nous le trouvons dans l'état suivant: visage pâle, altéré, exprimant la souffrance, Pouls petit: 120 pulsations. Respiration fréquente: 40. La température prise dans le rectum donne 36.5. Refroidissement marqué des extrémités; le nez, les mains, les pieds sont glacés. Dès qu'on touche le malade il pousse des cris. Douleur vive à la pression au niveau de la symphyse pubienne et des deux échancrures sciatiques. Rien aux membres supérieurs. Quand on fléchit la cuisse, le malade pousse des cris.

Ecchymose très prononcée au niveau de la région périnéale. Elle occupe tout le raphé médian et s'étend jusque sur les deux régions fessières. Les téguments de la verge et du scrotum sont le siège d'un vaste épanchement sanguin. Incontinence des matières fécales.

Le malade n'a pas uriné depuis 6 heures avant l'accident. Le cathétérisme pratiqué avec une sonde ordinaire n'amène que quelques gouttes de sang mêlées à quelques gouttes d'urine. Léger tympanisme abdominal. La percussion donne de la sonorité dans toute l'étendue du ventre. Rien dans les fosses iliaques. La palpation ne fait percevoir aucun empâtement. Rien aux poumons ni au cœur. L'intelligence est nette; le malade répond facilement aux questions qu'on lui pose. L'anurie persiste dans la journée du mardi, malgré un cathétérisme répété qui n'amène que quelques gouttes de sang. L'algidité et le refroidissement font des progrès.

Le lendemain, mercredi, même état. Anurie persistante. Douleur très vive au niveau de la symphyse pubienne et des échancrures sciatiques. Elle augmente lorsqu'on percute le sacrum et la colonne lombaire. L'ecchymose périnéale s'étend et recouvre les téguments des deux fesses. Le malade meurt le jeudi matin à 9 heures, 65 heures après l'accident.

Autopsie pratiquée 48 heures après la mort, le samedi 9 février. — A l'ouverture du thorax on constate de chaque côté trois fractures de côtes siégeant au niveau des 5e, 6e et 7e côtes. Rien dans les *plèvres* ni les poumons. Le cœur est sain. A l'ouverture de l'abdomen on trouve un météorisme considérable. Pas de signes de péritonite, ni fausses membranes, ni pus, ni urine dans le péritoine. La surface de l'intestin présente en quelques points un léger

© BIU Santé

piqueté rouge. Nulle part d'adhérence. — Le *foie* et la *rate* ne présentent rien d'anormal.

Du côté des *reins* on découvre une déchirure transversale siégeant au niveau du hile du rein droit. Il y a de plus une ecchymose assez superficielle sur la face externe du rein gauche, tout près du hile.

Nous avons omis de signaler qu'à l'ouverture de la paroi abdominale on constate un épanchement de pus concret mêlé à de l'urine dans l'interstice des muscles grand oblique, petit oblique et transverse, ceci surtout au voisinage du bassin. Du côté *du bassin* nous trouvons en avant une disjonction de la symphyse pubienne L'écartement est considérable entre les deux pubis ; on peut introduire environ 6 travers de doigt ; le pubis droit est porté en dehors et en avant, le gauche en arrière et en dedans. Nous voyons, de plus, que la partie postérieure, médiane, de la symphyse s'est séparée des deux pubis, et se trouve accolée à la paroi antérieure du canal uréthral.

En arrière, sur la paroi postérieure du bassin, nous constatons une double fracture du sacrum, passant par les deux lignes des trous sacrés, et correspondant aux trous de conjugaison. Les symphyses sous-iliaques sont saines.

Quant à la *vessie*, nous la trouvons affaissée, rétractée derrière la symphyse. Nous trouvons une perforation siégeant immédiatement en arrière du pubis, tout près du col vésical ; elle est arrondie, ses dimensions sont celles d'une pièce de 50 cent.. Elle est située au-dessous du cul-de-sac péritonéal ; ses bords sont réguliers. A un travers de doigt au-dessus on trouve une seconde perforation plus petite et moins régulière.

L'urèthre est sain ; sa muqueuse est congestionnée. Dans le tissu cellulaire prévésical et du petit bassin on constate un épanchement purulent mêlé à de l'urine; cet épanchement se prolonge sous forme de traînée jusqu'à la partie supérieure et interne de la cuisse droite en suivant la gaine des vaisseaux obturateurs.

Rien du côté du rectum. Du côté du mésorectum une forte ecchymose occupant toute l'étendue de ce repli. A l'incision du scrotum on trouve un épanchement sanguin double se prolongeant en avant jusqu'à la symphyse disjointe et en arrière jusque près de l'anus.

Rien du côté du *système nerveux*. Le cerveau et les méninges sont simplement congestionnés. En résumé : fracture de 6 côtes, fracture double du sacrum, disjonction de la symphyse pubienne, déchirure de la vessie, contusion des deux reins.

Réflexions. — Nous avons cru devoir relater cette observation en raison de la rareté de faits analogues. Nous avons consulté la littérature médicale et n'avons trouvé comme pouvant se rapprocher de notre cas qu'une observation de M. Panas (*Gazette des hôpitaux*, 1868). Dans le cas de M. Panas la rupture de la vessie était intrapéritonéale, et il y avait de l'urine dans le péritoine.

Chez notre malade, le diagnostic de rupture de la vessie étant fait, une question se posait. Fallait-il intervenir? et comment ? Faire la laparotomie et suturer la plaie vésicale ? Faire la cystotomie afin d'ouvrir une voie à l'urine et l'empêcher de fuser dans le péritoine ou le petit bassin ? Mais comment savoir où siégeait la plaie vésicale, s'il n'y en avait qu'une ou s'il en existait plusieurs? Et d'ailleurs ce malade ne présentait aucun signe de péritonite ni d'infiltration d'urine. La sonorité existait dans tout l'abdomen, et nulle part on ne constatait d'empâtement; à peine y avait-il du météorisme.

Eu égard à la double déchirure de la vessie, eu égard à ce fait que le malade n'avait pas uriné depuis 6 heures avant l'accident, on peut être étonné de n'avoir pas trouvé plus d'urine dans le petit bassin (à peine deux ou trois cuillerées à soupe). Mais ne peut-on invoquer une sorte d'anurie réflexe, due au choc traumatique ou à la commotion du système nerveux. Peut-être pourrait-on incriminer la lésion rénale, nous penchons plutôt vers l'hypothèse d'une anurie réflexe, car les lésions rénales étaient trop superficielles. A la coupe le parenchyme de l'organe paraissait absolument sain. Nous ferons encore remarquer que, malgré six fractures de côtes, le poumon et la plèvre étaient absolument sains.

Quant à la déchirure vésicale, on ne peut l'attribuer à une esquille osseuse. Nous pensons que la vessie, pleine au moment de l'accident, a éclaté comme le fait une poche remplie de liquide lorsqu'elle subit un choc un peu violent. On peut encore supposer que l'écartement violent du pubis a déchiré l'insertion des ligaments antérieurs de la vessie ; les deux groupes de ligaments s'étant séparés, la vessie se rompt. Nous terminerons en insistant sur ce fait qu'avec une paroi abdominale saine nous avons trouvé des délabrements considérables que l'état des téguments ne pouvait en rien faire prévoir. Nous n'avions qu'une ecchymose scrotale et périnéale de médiocre étendue, et derrière ces téguments nous avons trouvé les lésions relatées plus haut dans le compte rendu de l'autopsie du malade.

M. Duret dit qu'il s'agit ici d'un cas fort rare de fracture du bassin avec disjonction des symphyses sacro-iliaques.

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez; par C. Miot et J. Baratoux. — Paris, 1884. — A. Delahaye et Lecrosnier, éditeur.

Telle a été, dans ces dernières années, la multiplicité des traductions françaises de traités d'otologie étrangers, que l'on pouvait se demander si notre pays avait abandonné la culture de cette branche de la pathologie. Ce n'est pas que l'on ne trouvât intercalées les maladies des oreilles et du nez dans les traités généraux de chirurgie, mais il est évident que les données forcément succinctes qui trouvent place dans un ouvrage d'ensemble ne sauraient suppléer aux détails qu'un spécialiste est capable de consigner et d'exposer. Nous nous garderons à ce propos de renouveler la discussion relative à ce qu'on est convenu d'appeler les spécialités. Mais nous devons à la vérité de reconnaître que tout médecin instruit qui, sans se désintéresser du tronc, s'adonne plus particulièrement à l'étude d'une branche de nos connaissances, est mieux en état que celui qui embrasse davantage de saisir certains rapports, de formuler par conséquent certaines lois dans le coin qu'il a choisi. Voilà les raisons pour lesquelles nous saluerons, avant de l'ouvrir, le premier fascicule du traité que nous nous disposons à analyser.

Ce fascicule comprend les deux premières parties de l'otologie et de la rhinologie. Tel qu'il est, il constitue déjà un tout complet, car on y trouve exposées l'anatomie et la physiologie des régions en question et des organes qu'elles contiennent ; il vous initie également aux méthodes d'exploration et au maniement des appareils à l'aide desquels on doit procéder à cette exploration.

1re Partie. — Le chapitre premier traite de l'*oreille externe*; signalons-y, comme marque originale, les expériences démontrant le degré de conductibilité du pavillon à l'égard des ondes sonores, la critique de celles de Gellé touchant le rôle du pavillon en tant qu'organe d'orientation, la minutieuse description du conduit auditif externe dans ses relations avec le choix d'un spéculum et avec l'écoulement au dehors d'une certaine quantité d'ondes sonores (preuve expérimentale à l'appui). Le second chapitre, qui concerne l'*oreille moyenne*, ne laisse rien à désirer au sujet de l'anatomie ; nous avons été frappé des expériences instituées pour déterminer l'action des muscles de l'étrier et du marteau, de l'étude qui porte sur l'épaisseur des diverses parties de l'apophyse mastoïde, sur les cellules mastoïdiennes et sur les variations dans l'inclinaison du tympan (de 135° à 140°). De même que les chapitres précédents, celui qui vient après, très clair, tient compte de tout ce qui a été publié jusqu'alors. C'est de l'*oreille interne* que nous voulons maintenant parler. Les auteurs y ont une fois de plus mis leur note personnelle : citons, par exemple, les cellules cylindriques ou sensorielles et les cellules de

© BIU Santé

support, de soutènement des crêtes et taches auditives du labyrinthe (Baratoux), l'organe de Corti (Baratoux). Quant au nerf auditif, les notions exposées sont celles qui paraissent actuellement le plus probables, sur les connexions cérébrales et cérébelleuses de ce conducteur ; la théorie du vertige cochléaire, par l'atteinte du cervelet, en est très heureusement déduite. Le mécanisme de l'audition, qui clôt le chapitre, est lui-même savamment et ingénieusement tiré des détails micrographiques de l'organe de Corti et des crêtes et taches acoustiques (sons simples). Avec le chapitre IV nous abordons la *cavité naso-pharyngienne* ; c'est un segment extrêmement facile à lire dans lequel nous relevons toujours des vues anatomiques personnelles, des manières de voir physiologiques appuyées sur l'examen positif de l'action des péristaphylins, un scepticisme préalable parfaitement scientifique sur le rôle de l'antre d'Highmore. Dans le chapitre V est agitée la question des *troubles trophiques et réflexes de l'oreille et du nez*. Les uns sont d'ordre expérimental ; après Magendie, Serres, Longet, Cl. Bernard, Gellé, Duval, Laborde, Berthold, Kirchner, Archenbrandt, Wiet, Brown-Séquard, M. Baratoux a, comme on sait, apporté son contingent en sollicitant ou en sectionnant le grand sympathique, le trijumeau, le bulbe rachidien ; la totalité des résultats est enregistrée avec mesure, netteté, impartialité. Les altérations pathologiques des organes de l'économie retentissent aussi sur l'oreille ; ainsi en est-il pour l'utérus (Baratoux et Miot), pour les ganglions bronchiques (Miot). Enfin, l'excitation du sympathique, du glossopharyngien, du plexus cervical, témoigne parfois d'un arc réflexe inverse, prenant son point de départ dans l'oreille même (simple attouchement !) et pouvant exercer une action nocive sur l'autre oreille (Miot). C'est au chapitre VI qu'est dévolue l'histoire du *développement de l'oreille* ; M. Baratoux s'est inquiété de contrôler l'assertion d'après laquelle la disparition de la substance gélatineuse de la caisse prouverait que le nouveau-né a respiré ; sa conclusion est négative. Le dernier chapitre, sous le titre de *technique des autopsies* résume les méthodes classiques et donne celles de Miot et Baratoux pour l'ablation, la conservation, l'examen des pièces (oreille, nez, pharynx), y compris la micrographie dans laquelle M. Baratoux a une compétence spéciale ; nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'idée ne peut pas ne pas être fructueuse.

IIe PARTIE. *Otoscopie, Rhinoscopie.* — Dans les sections de ce genre, on a souvent de la peine à éviter un écueil, c'est de se voir entraîné à puiser trop largement dans les catalogues de fabricants d'instruments, sans tirer d'embarras l'étudiant en quête d'un arsenal pour la recherche. Réciproquement, on peut tomber dans un excès contraire ; partant de ce principe, que la meilleure méthode d'examen, la meilleure panoplie instrumentale est celle que l'on utilise habituellement, on se contentera de proposer exclusivement sa manière de faire et ses produits. MM. Miot et Baratoux nous paraissent avoir prudemment conduit leur barque. Ils passent en revue les spéculums, les appareils d'éclairage, sans cesser d'en faire ressortir les avantages et les inconvénients, de comparer et de fournir ainsi aux lecteurs des motifs de choix ou d'invention. La même réflexion s'applique aux bougies, sondes, cathéters. Il va de soi que les auteurs signalent leurs créations personnelles. Nous appelons l'attention sur l'unification de la mesure de courbure des sondes (plaque spéciale de Miot et Baratoux), sur le tableau des divers procédés de cathétérisme de la trompe (classification méthodique) et sur la sélection correspondante. Le Ch. V., traitant des insufflations et injections médicamenteuses dans l'oreille moyenne avec les appareils appropriés, est heureusement résumé en quatre conclusions. Il a pour complément l'auscultation de l'oreille moyenne. L'exploration commune nous met en présence des acoumètres ou audiomètres modernes, notamment de celui de Baratoux, de Gaiffe ; néanmoins la montre serait encore le plus simple et le plus usuel des sonomètres. En ce qui regarde la perception des sons par les parois crâniennes, il n'existe pas de lois fixes en rapport avec les régions différentes de la tête, mais il s'en dégage un fait constant, le voici : la transmission des vibrations à l'oreille interne permet de constater jusqu'à quel point réagit le nerf auditif. D'ailleurs, un tableau soigné rapproche les données diagnostiques émanées de l'exploration à la montre et au diapason dans les maladies de l'oreille où ce mode d'investigations peut être de quelque utilité. La réaction sensible de l'auditif à l'électricité statique et dynamique méritait droit de cité. MM. Miot et Baratoux ont à ce sujet résumé les mémoires de Brenner, Hagen, Erb, Moos, C. Blake d'une part, et les travaux, d'autre part, de Wreden, Schwartz, Roosa ; le dernier mot d'une question en suspens dépend souvent des jalons plantés. Des mêmes critiques sont passibles la Rhinoscopie antérieure et postérieure (chap. VIII) ; partout le même esprit procède sans faiblesse à l'exposé. Le corollaire obligé des chapitres antérieurs, c'est l'aspect normal de l'oreille et du nez. Il occupe le chapitre IX. De même qu'en ophthalmoscopie, on ne saurait diagnostiquer l'état morbide si l'on n'était familiarisé avec l'apparence des divers milieux. Dans les innovations récentes des sciences exactes, entre le manomètre auriculaire de Politzer, Lucœ, P. Allen, il mesure la tension du tympan de dedans en dehors, pendant que l'air pénètre dans la caisse ; M. Baratoux y a apporté de petites modifications qui, en augmentent le degré de précision, ainsi que la facilité du maniement. Il est aussi fait mention d'un tympanographe enregistreur avec tracés.

Enfin, ce fascicule se termine par une esquisse de principes de séméiologie, dont l'observance assure un parfait examen du malade ; une série de petits alinéas divisent méthodiquement la besogne à effectuer. Ce n'est pas tout. La surdité simulée et dissimulée remplissent les dernières pages ; tous les problèmes qui touchent à la révision militaire (cas de réformes), à la médecine légale, aux emplois civils ou non, aux administrations de chemins de fer, etc., sont posés sobrement mais sans ambages ni lacunes.

En résumé, la manière dont nous avons conduit notre analyse révèle que le titre choisi par MM. Miot et Baratoux correspond à la teneur du texte de leur volume, que ce livre est loin d'être une pâle copie des traités de ce genre, puisque partout on sent l'originalité et l'impulsion imprimée à leur science par les auteurs français ; qu'on est, en le lisant, au courant de tout ce qui s'est fait jusqu'à présent sans que l'esprit se noie dans les développements accessoires ou inutiles, et qu'en même temps on possède en lui un guide pour l'étude clinique, un vade-mecum pour l'histoire de l'otologie. Du moins, notre impression a été celle-là à la lecture du premier fascicule. P. KERAVAL.

VARIA

L'assistance publique et le Conseil municipal : Le pavillon des diphthéritiques à l'hôpital Trousseau.

Lorsque le Conseil municipal a voté le crédit nécessaire pour la construction du pavillon des diphthéritiques à l'hôpital Trousseau, il avait demandé à l'administration de ne pas faire coucher les infirmières dans ce pavillon. Sur ce point, comme sur tant d'autres, l'administration n'a tenu aucun compte du vote du Conseil municipal qui était pourtant bien motivé dans la circonstance, puisqu'il avait pour but de soustraire, durant leur sommeil, les infirmières à l'atmosphère diphthéritique.

Voici en effet ce que nous lisons dans une lettre que nous venons de recevoir :

« Les infirmières au nombre de quatre, deux de jour et deux de nuit, sont logées dans le pavillon des diphthéritiques dont le nombre de lits a dû être augmenté. Il est porté de vingt à vingt-huit, quatorze pour chaque sexe. » En augmentant le nombre des lits, l'administration produit l'encombrement du pavillon, d'où il suit qu'elle ne respecte pas plus les lois de l'hygiène pour les malades, que pour les infirmières, qu'elle ne respecte les votes du Conseil municipal.

Le choléra.

Les décès cholériques de la semaine se répartissent de la façon suivante :

© BIU Santé

	Toulon. et banlieue.	Marseille.	Arles.	Aix.
20 août.	6	12	4	5
21 —	8	8	1	2
22 —	6	15	2	1
23 —	12	10	0	2
24 —	14	14	1	2
25 —	6	7	1	5
26 —	5	5		

Arles. — C'est principalement dans le quartier dit *des Jardins* quel'épidémie a fait ses plus grand ravages et, particularité à noter, c'est depuis qu'une *procession* en l'honneur de saint Roch a eu lieu dans ce quartier que la recrudescence du mal s'est le plus accentuée (*Petit provençal*, 26 août).

Des cas isolés ou en petit nombre sont signalés dans les départements du *Gard*, de l'*Hérault*, de l'*Aude*, de l'*Ardèche*, des *Pyrénées orientales*, des *Basses-Alpes*, des *Hautes-Alpes*, de la *Drôme* et du *Vaucluse*. Quoique l'épidémie ait subi une recrudescence à Toulon et à Marseille, attribuée au retour des émigrés et au relâchement des mesures hygiéniques, elle n'en reste pas moins localisée aux départements méditerranéens. Selon certains journaux on aurait constaté des cas de choléra à *Alger* et à *Saint-André d'Orsino* (Corse), et à *Lyon*. Mais il est impossible de dire si l'on a réellement affaire au choléra asiatique, il est regrettable qu'aucune statistique officielle ne soit communiquée à la presse par le gouvernement, et que l'on doive chaque jour enregistrer sur la foi de l'un et de l'autre, de prétendus cas, souvent démentis le lendemain.

Italie. — Le *Bulletin officiel* mentionne toujours quelques cas de choléra dans les mêmes provinces; le nombre des décès y est plus élevé que la semaine dernière. Le bruit court que quelques cas auraient été signalés à Naples. — A la *Spezzia* on avait constaté depuis le 28 août, 84 décès cholériques.

Suisse. — Quoique le Conseil fédéral ait ordonné l'application à la ville de *Genève* de sa circulaire sur les épidémies, le *journal de Genève*, prétend qu'en dehors des cas de Versoix il n'y a eu aucun autre cas à Genève et aux environs. Les 2 décès du Lazaret de Sainte-Croix (Carouge), sont dus à des accidents urémiques.

Paris. — Jusqu'à présent on n'a constaté aucun cas de choléra asiatique.

Madame veuve Claude-Bernard. — Infirmerie de chiens et de chats. — Etablissement insalubre. — Arrêté du maire. — Illégalité. — Compétence. — Sursis.

C'est à l'autorité administrative qu'il appartient de décider si un établissement est ou n'est pas incommode ou insalubre; s'il est susceptible d'être compris dans l'une des classes déterminées par le décret du 31 décembre 1866, et s'il a, par suite, besoin d'une autorisation ou s'il peut s'en passer; l'autorité judiciaire doit surseoir à statuer sur le fond jusqu'à ce que cette question préjudicielle ait été résolue par l'autorité administrative.

Comme conséquence si un maire (dans l'espèce le maire de Colombes) pour faire disparaître une agglomération de chiens et de chats, susceptible de compromettre la salubrité, et qui existe dans une maison privée (dans l'espèce celle de Mme Claude-Bernard, se base uniquement sur des motifs tirés de ce que cette agglomération constitue « une infirmerie de chiens » rangée par le décret du 31 décembre 1866 dans la première classe des établissements insalubres ou dangereux, ne pouvant être établi qu'en vertu d'une autorisation de l'administration supérieure il y a lieu pour le tribunal de répression au cas où cette qualité d'établissement insalubre et « d'infirmerie » est contesté par le prévenu de surseoir et de renvoyer la question à l'examen et à la solution de l'autorité administrative compétente. En statuant *de plano* au fond, et en déclarant la prévenue coupable de la contravention qui lui est aussi imputée par l'autorité judiciaire commet un excès de pouvoir et viole les dispositions des décrets du 15 octobre 1810 et 31 décembre 1866 et de l'ordonnance du 14 janvier 1815. (*Le Droit* du mercredi 20 août 1884).

L'Assistance publique et les internes de la Charité.

Un de nos correspondants nous adresse la note suivante relative à un fait regrettable qui s'est passé il y a huit jours à l'hôpital de la Charité :

« Un interne de la Charité a été grossièrement insulté jeudi dernier par un employé subalterne de cet hôpital. L'outrage a eu lieu sans provocation et en présence de nombreux infirmiers. Confiant dans son bon droit, il a demandé une juste réparation à l'administration de l'Assistance publique.

« Cette administration n'en a rien fait, n'a donné aucune solution depuis huit jours, et hier, une députation d'internes, adressée à M. Charles Quentin, n'a pas été reçue par ce dernier qui lui a fait répondre par un domestique qu'il *n'avait pas une minute* pour les recevoir.

« Les internes de la Charité se sont déclarés dès le premier jour solidaires de leur collègue insulté. Il en a été de même des autres salles de garde qui approuvent entièrement leur conduite, et protestent énergiquement contre le maintien de l'employé et les lenteurs voulues de l'administration. »

La conduite des internes de l'hôpital de la Charité nous paraît tout à fait correcte. Malheureusement nous ne pouvons en dire autant de celle de l'Administration. Ses procédés, dans cette circonstance, sont comparables aux procédés, toujours empreints d'un esprit d'animadversion envers le corps médical, que nous blâmions sous l'Empire. Une fois de plus l'Administration de l'Assistance publique a montré qu'elle n'a pas changé. Nous le regrettons pour M. Quentin, mal conseillé, mal inspiré : et c'est la règle.

Les ambulances urbaines (1).

Il s'agit là d'une question dont le *Progrès médical* a déjà entretenu plusieurs fois ses lecteurs, en insistant sur les services que les ambulances urbaines rendraient aux habitants de Paris et, à l'occasion, à ses nombreux visiteurs. Dans un rapport fait au Conseil municipal et dont il a été question ici,

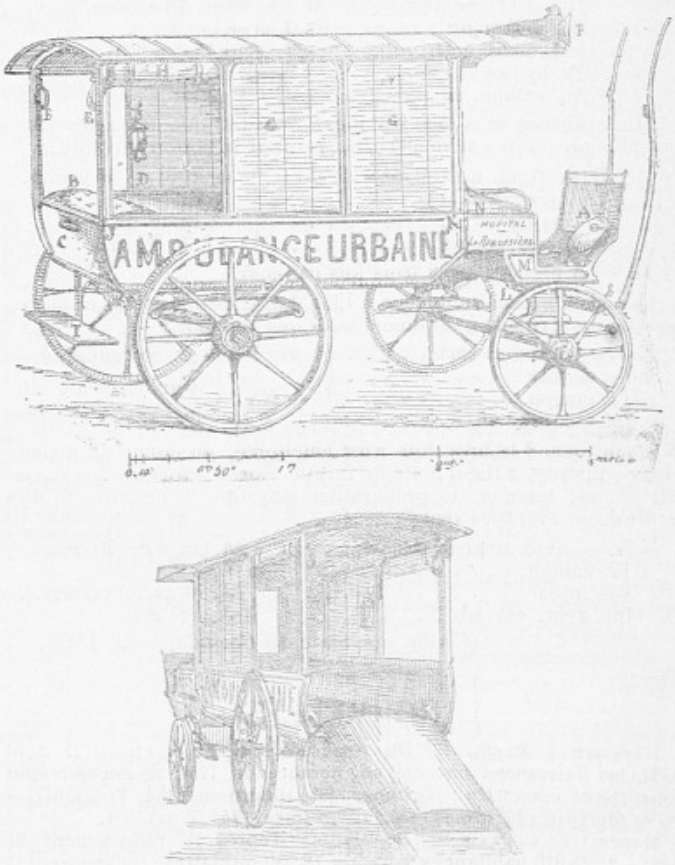


Fig. 89 et 90. — A. Timbre. — B. Siège pour le médecin. — C. Poignée pour ouvrir la voiture. — D. Lanterne éclairant l'intérieur de la voiture. — E. Embrasses pour le médecin. — F. Lanterne. — G. Rideaux fermés. — H. Rideaux ouverts. — I. Marchepied pour le médecin. — J. K. Espace de 2m,17 de long. — L. Renfoncement pour tourner aisément. — M. Boîte sous le siège. — N. Plaque indiquant l'hôpital.

nous avons rappelé : 1° que l'idée de ces ambulances est d'origine française puisque Larey a employé les ambulances volantes en 1792 ; 2° que, dans ces dernières années, M. Nachtel s'était efforcé de les introduire chez nous, en se servant de l'expé-

(1) *L'organisation à Paris d'ambulances urbaines analogues à celles des grandes villes d'Amérique ; premiers secours aux malades et blessés, tombés sur la voie publique, dans les ateliers, etc.*, par le Dr H. Nachtel ; avec une lettre de Victor Hugo. Broch. in-8 de 32 p. avec 2 fig. Paris, G. Masson, 1884.

© BIU Santé

rience faite à New-York et dans quelques autres villes d'Amérique. Dernièrement (n° 28, p. 600), nous avons donné quelques renseignements sur le fonctionnement des ambulances urbaines de Londres et mis sous les yeux de nos lecteurs le modèle des voitures-ambulances de cette ville.

Aujourd'hui, nous venons appeler l'attention sur la brochure de M. le Dr Nachtel, dans laquelle il a rappelé les différentes phases de la question en France, et reproduit les rapports faits à l'Académie de médecine, au Conseil d'hygiène et au Conseil municipal sur les ambulances urbaines. Grâce à l'obligeance de l'auteur, nous pouvons reproduire les figures qui représentent les voitures ambulances de New-York (*fig.* 98, 90).

Nous terminerons en rappelant le vœu que nous avons fait adopter par le Conseil municipal, invitant M. le Préfet de police à s'entendre avec M. le directeur de l'assistance publique, à l'effet d'établir, à titre d'essai, des ambulances analogues à celles de New-York dans les deux circonscriptions répondant à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital Lariboisière. Rien n'a été fait. Espérons que les deux administrations, pressées de nouveau, finiront par réaliser le vœu du Conseil municipal. B.

FORMULES

24. — Bronchite chronique. — Dr G. St-George.

R. — Tr. Scillæ . . .	m XV.	(0 gr. 75 centigr.).
Sp. aether nit.	ʒ J.	(3 gr.).
Liq. amm. acet.	ʒ J.	(3 gr.).
Tr. hyoscyam.	ʒ ss.	(5 gr.).
Aq. camph. ad.	℥ J.	(24 gr.).

M. A prendre trois fois par jour. Aussitôt que les symptômes les plus pressants ont disparu, on prescrit la potion suivante :

R. — Acid. nitro-hydrochl. dil. .	m X.	(0 gr. 50 centig.).
Tr. hyoscyam	áá.	
Tr laricis.	ʒ ss.	(5 gr.).
Inf. gent. co. ad.	℥ J.	(24 gr.).

M. — A prendre aussi trois fois par jour.

Quand la bronchite est due à l'inhalation de poussières et autres substances irritantes, on donne trois fois par jour :

R. — Ammon. carb.	gr. V.	(0 gr. 25 centig.).
Tr. scillae	áá.	(0 gr. 75 centig.).
Tr. camph. c.	m XV.	
Inf. Senegae ad.	℥ J.	(24 gr.).

℞ Enfin, quand la bronchite s'est améliorée, on donne au malade deux cuillerées à thé d'huile de foie de morue après chaque repas, et, comme tonique, la préparation suivante, à prendre en une seule dose, avant les repas :

R. — Acid. nitro-hydrochl. . .	áá.	(áá, 0 gr. 50 centig.).
Tr. camph. c.	m X.	
Vin ipecac.	m VJ.	(0 gr. 30 centigr.).
Inf. gent. co. ad.	℥ J.	(24 gr.).

(*Union médicale du Canada*, août, 1884).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 15 août au jeudi 21 août 1884, les naissances ont été au nombre de 1251, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 463; illégitimes, 184. Total, 647. — *Sexe féminin* : légitimes, 430 ; illégitimes, 174. Total, 604.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 15 août au jeudi 21 août 1884, les décès ont été au nombre de 1072, savoir : 570 hommes et 522 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11. F. 18 T. 29.—Variole : M. 2. F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 7. F. 9, T. 16. — Scarlatine : M. ., F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 5. F. 5 T. 10 — Diphthérie, Croup. M. 13. F. 12. T. 25. — Dyssenterie : M. .. F. 2, T. 2. — Erysipèle : M. 5, F. 1, T. 6. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. .., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 27. F. 23, T. 50. — Phthisie pulmonaire : M. 125. F. 72 T. 196. — Autres tuberculoses : M. 8. F. 3. T. 11. — Autres affections générales : M. 42, F. 39. T. 81. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 16, F. 28. T. 44. — Bronchite aiguë : M. 5 F. 7. T. 12 — Pneumonie : M. 91, F. 19. T. 40.—Athrepsie : M. 102, F. 129. T. 231. — Autres maladies des divers appareils : M. 156 F. 141, T. 297. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 4. T. 29. — Causes non classées M. ., F. 5. T. 5.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37 ; illégitimes, 19. Total : 56. — *Sexe féminin* : légitimes, 19 illégitimes, 8. Total : 27.

Faculté de médecine de paris. — Par décret en date du 8 août, l'épreuve écrite du cinquième examen de doctorat est supprimée.

Faculté de médecine de lille. — M. le Dr Duponchelle, licencié ès sciences naturelles, est chargé, pendant l'année scolaire 1884-1885 des fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle (emploi nouveau). M. Doumen est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de maître de conférences de physique. M. Goulard, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de maître de conférences d'accouchement.

Faculté de médecine de montpellier. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique en date du 25 août 1884 les concours qui devaient s'ouvrir le 15 novembre et le 10 décembre 1884 devant la Faculté de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de cliniques internes et d'anatomie et de phégmologie à l'école de plein exercice de médecine et pharmacie sont reportés au 15 février et 10 mars 1885.

Muséum d'histoire naturelle de paris. — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1884-1885, commenceront le premier novembre prochain et auront lieu dans l'ordre suivant :

Chimie appliquée aux corps inorganiques. — M. le professeur Frémy étudiera cette année les principaux métaux. Le cours aura lieu le mercredi à deux heures et demie. Conférences deux fois par semaine. Manipulations tous les jours.

Physique végétale. — M. le professeur Georges Ville traitera, dans la première partie de ce cours, des conditions physiques et chimiques qui déterminent la production des végétaux. Dans la seconde partie, il traitera de la fabrication des engrais chimiques et de leur application raisonnée à la culture de nos régions et à celles de nos colonies. Ce cours aura lieu le lundi et le vendredi, à trois heures.

Botanique (organographie et physiologie végétales). — M. le professeur Ph. van Tieghem traitera de la morphologie et de la physiologie des cryptogames. Son cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à huit heures et demie.

Anatomie comparée. — M. le professeur Pouchet traitera de l'anatomie comparée et générale des animaux inférieurs (protozoaires, cœlentérés, echinodermes, vers et mollusques). Les leçons auront lieu les mardi et jeudi de chaque semaine, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon. Le samedi, conférence pratique à la même heure.

Zoologie (reptiles, batraciens et poissons). — M. le professeur Léon Vaillant traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des batraciens de l'époque actuelle et fossiles, en s'attachant à faire connaître les applications à l'économie domestique, l'industrie, etc. Les leçons auront lieu les mardis jeudis et samedis, à une heure. Elles seront complétées par des conférences pratiques.

— (Animaux articulés). — M. le professeur E. Blanchard exposera les caractères de l'organisme et les particularités de la vie des insectes, des arachnides et des crustacés. Il traitera en particulier des métamorphoses des crustacés et des insectes. Ce cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à une heure.

— (Annélides, mollusques et zoophytes). — M. le professeur E. Perrier traitera, soit dans des leçons, soit dans des conférences pratiques, de l'organisation, du développement et de la classification des annélides, mollusques et zoophytes. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, à deux heures et demie.

Nécrologie. — L'*Union médicale*, annonce la mort du Dr Jaubert, médecin inspecteur des eaux de Greoulx. — Le Dr Erasme Wilson est mort à Londres le 8 août courant. Il était âgé de 75 ans. Il aurait légué à la Société médicale dont il était le président une somme de 185,000 livres sterling. — Nous avons annoncé dans notre dernier numéro la mort du professeur J. Cohnheim. Il était né le 20 juillet 1839 à Demming. Assistant de M. Virchow en 1864, il fut nommé en 1869 professeur d'anatomie pathologique à Kiel, puis à Breslau et enfin à Leipzig. Outre ses premiers travaux sur la coloration de la cornée par le chlorure d'or, sur l'inflammation et la suppuration, etc., nous citerons encore *Uber die Aufgaben der pathol. Anatomie.* Vortr 1878 ; — *Tuberkulose v. Standpunkte d. Infectionslehre ;* — *Untersuchungen über d. embol. Process,* Mit. Taf., 1872 ; —*Neue Untersuchungen uber entzündung,* 1873; —*Vorlesungen über allg. Pathologie,* 2 Bande, 1880-82.—L'autopsie a été faite par le Dr Huber et a permis de constater une néphrite double goutteuse, le rein droit était très-atrophié ; les deux ventricules étaient atteints d'hypertrophie excentrique, hydrothorax gauche, pleurésie droite, infarctus du rein gauche, etc. La section d'anatomie pathologique du congrès de Copenhague a envoyé à sa veuve le télégramme suivant : La section d'anatomie pathologique du Congrès international apprend avec la plus profonde douleur la

© BIU Santé

mort du grand pathologiste. Elle s'associe au deuil de la famille. La science conservera à la postérité reconnaissante le nom de ce chercheur infatigable : Signé : Reisz, Virchow, Cornil, Heller, Heyberg, Sangalli. — Nous apprenons la mort de M. Paquet, pharmacien, décédé à Fontenay-aux-Roses. Il est connu par ses travaux sur *la résine du copahu*. C'était un libre-penseur : son enterrement a été civil. — M. Palmyre Play, interne en pharmacie à l'hôpital Bichat, est décédé le 18 août, à Quessigny (Eure).

Maladies épidémiques. — *Le Vinaigre Pennès, antiseptique et hygiénique*, honoré d'un rapport favorable de l'Académie de médecine, est le meilleur *désinfectant des habitations*.

L'hygiène est un domaine très étendu où chacun peut trouver de bonnes indications, mais encore faut-il la démonstration d'une utilité incontestable. C'est à cela qu'il faut attribuer la faveur qui fait préconiser l'emploi du *Vinaigre antiseptique de Pennès* comme préservatif des maladies contagieuses ou infectieuses et comme agent tonique pour la toilette intime des dames dont les muqueuses sont affaiblies. Eviter les contrefaçons.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'Ossian Henry

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé*. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'Ossian Henry

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré*.— Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

PEPTO-FER du Dr JAILLET

ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Le plus assimilable des Fers combiné à la Peptone.—PHARMACIE RATIONNELLE, 4, Faubg Poissonnière, PARIS
DOSE : Le PEPTO-FER, *d'un goût très agréable, se prend comme une liqueur, une cuillerée à bouche après chaque repas.*

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RECOMPENSE

VALS

SOURCES RICHES en LITHINE
Analyse de l'Académie :

MARIE Eau de table, limpide, gazeuse, très agréable au goût : **Affections de l'Estomac.**

SOPHIE Souveraine dans les **Engorgements du Foie**, les **Maladies des Voies urinaires, Coliques néphrétiques, Goutte, Gravelle, Calculs.**

AUGUSTINE Très gazeuse, lithinée dissout les **Dépôts uriques** et les **Calculs biliaires.** Favorable dans les **Maladies du tube intestinal; Gastralgie, Gastrite chronique** et les **Affections du système nerveux; Diabète, Albuminurie.**

Les eaux des Sources **Marie, Sophie** et **Augustine** contiennent une proportion de **lithine** en harmonie avec leur minéralisation.

Elles sont très agréables à boire pures et surtout à table avec le vin. *Dose ordinaire : une bouteille par jour.*

DETAIL : Dépôts d'Eaux minérales et bonnes Pharmacies.

POUR LES DEMANDES DIRECTES, S'ADRESSER BIEN EXACTEMENT A
LA COMPAGNIE des EAUX MINÉRALES de VALS (Ardèche)

POUDRE HÉMATIQUE du Dr Guerder
SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ
Alimentation insuffisante — Alimentation des Enfants
Convalescence — Anémie
Chlorose — Phthisie — Diarrhées rebelles — Dyspepsie
Affections organiques des Voies digestives
PRIX DU FLACON : 3 FR. 50
PARIS, Pharmacie DALMON, Faubourg Saint-Denis.

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — MIGRAINES
SPÉCIFIQUE
des maladies nerveuses en général.
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 30, Faubg Montmartre
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr., 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre . . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

RECHERCHES
CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SUR
L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1883

Par BOURNEVILLE, BONNAIRE, BOUTIER, LEFLAIVE, P. BRICON et SEGLAS.

Volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50

BÉTOUS. **Étude sur le tabes dorsal spasmodique.** Brochure in-8° de 46 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr.

BEURMANN (DE). *Voir* VIDAL.

BITOT. **Essai de stasimétrie ou de mesure de la consistance des corps organiques mous.** (Étude de la consistance du corps vitré.) Brochure in-8° de 21 pages, avec 8 figures dans le texte. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

BITOT. **Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique.** Conservation des pièces normales et pathologiques par un procédé particulier. Un volume in-4° de 40 pages de texte avec 7 figures intercalées et 17 planches en photographie représentant des coupes cérébrales, 1878. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 9 fr.

BITOT. **La capsule interne et la couronne rayonnante d'après la cérébrotomie méthodique.** Un volume in-8° de 48 pages avec 14 planches hors texte. — Prix 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50.

BITOT (P.). **Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.** Volume in-8 de 184 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 50

BLAISE (H.) **De la cachexie pachydermique** (myxœdème des auteurs anglais). Brochure in-8° de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés 90 c.

BLANCHARD (R.) **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote,** par la méthode de M. le professeur Paul BERT. Volume in-8° de 101 pages avec 3 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . 2 fr.

BLANCHARD (R.). **Les Universités allemandes.** Un volume in-8° de 268 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 75

BLOCQ (P.). **Note sur un cas de rétrécissement des deux orifices auriculo-ventriculaires.** Brochure in-8° de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

BLONDEAU (A.). **Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** — Un vol. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

BLONDEAU. *Voir* BOURNEVILLE.

BOE (J. B. F.). **Essai sur l'aphasie consécutive aux maladies du cœur.** Un vol. in-8 de 164 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . 2 fr.

BONNAIRE. *Voir* BOURNEVILLE.

BONNEFOY. *Voir* ONIMUS.

BONTEMPS. **De la mort subite chez les jeunes enfants.** Un vol. in-8 de 83 p. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.

BOUCHARD. *Voir* CHARCOT.

BOUCHER. **La Salpêtrière, son histoire, de 1656 à 1790, ses origines et son fonctionnement au XVIIIe siècle.** Un volume in-4° jésus de 138 pages, avec 4 planches hors texte. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50

BOUCHER (A.). **De la maladie de Parkinson (paralysie agitante) et en particulier de la forme fruste.** Brochure in-8 de 84 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 70

BOUDET de PARIS (M.). **Des actes musculaires dans la marche de l'homme.** Brochure in-8 de 12 pages — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

BOUDET de PARIS (M.). **Note sur deux cas d'occlusion intestinale traités et guéris par l'électricité.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés . . . . . 40 cent.

BOUDET de PARIS (M.). **Traitement de la douleur par les vibrations mécaniques.** Brochure in-8° de 7 pages. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

BOUDET DE PARIS. *Voir* DEBOVE, HAYEM.

BOUICLI. **Note sur un cas de sclérose en plaques fruste.** Br. in-8 de 7 pages. — Prix : 40 c. — Pour nos abonnés . . . . . 30 c.

BOURNEVILLE. **Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux.** Premier fascicule : Hémorrhagie et ramollissement du cerveau. Paris, 1872. In-8 de 168 pages avec 22 fig. — Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés, 2 fr. 50. — Deuxième fascicule : Urémie et éclampsie puerpérale ; épilepsie et hystérie. Paris, 1873. — In-8 de 160 p. avec 14 fig. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

BOURNEVILLE. **Le choléra à l'hôpital Cochin.** (Étude clinique). Paris, 1865. Brochure de 48 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . 70 c.

BOURNEVILLE. **Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots,** suivi d'une étude sur la médecine légale des aliénés. Paris, 1863. Gr. in-8 de 28 p. à deux colonnes. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 c.

Librairie J. LE CHEVALIER, 23, rue Racine.

LACASSAGNE (A.). — Schema du développement du produit de la conception et calendrier de la grossesse. Imprimé sur papier-carte, des deux côtés, en couleurs variées, format de poche pour portefeuille, avec coins arrondis dorés, renfermé dans une enveloppe imprimée donnant la désignation ci-dessus. — Prix : 50 c.

CANTARANO (G.). — Iniezioni ipodermiche di ioduro di potassio. Broch. in-8 de 6 pages. — Napoli, 1883. — Tipografia A. Trani.

CATTANI (G.). — Embolia della arteria mesaraica superiore. Brochure in-8 de 7 pages. — Milan, 1883. — F. Vallardi.

CATTANI (G.). — Sull' Endocardite delle valvole sigmoide dell'arteria polmonare. Broch. in-8 de 22 pages. — Milan, 1883. — F. Vallardi.

CATTANI (G.). — Della miosite lombare interstiziale a corso rapido (Miosite purulenta). Broch. in-8 de 42 pages. — Milan, 1883. — F. Vallardi.

CATTANI (G.). — Cistoma moltiloculare dell'ovajo sinistro suppurato. Broch. in-8 de 16 pages. — Milan, 1883. — F. Rechiedei.

CATTANI (G.). — Ancora una parola sulla resorcina nelle malattie cutanee. Broch. in-8 de 7 pages. — Catania, 1883. — L. Vallardi.

FELETTI (R.). — Sulla causa del suono plessico del Torace ; studio critico-sperimentale. Broch. in-8 de 22 pages avec 2 planches. — Milan, 1883. — F. Vallardi.

MARINA (A.). — Un caso di affezione cronica del midollo spinale guarito. Broch. in-8 de 15 pages. — Trieste, 1882. — *Société médicale.*

CHINA. — Imperial maritime customs. 11. — Special series : n° 2. — Medical reports for the half-year 40 th september 1883. 26 th issue. — Shanghai, 1884. — Statistical department of the inspectorate general.

Librairie REINWALD.

BORDIER (A.). — La géographie médicale. 1 vol. in-18 cartonné de 662 pages, avec 21 planches lithographiées. — Paris, 1884.

DEBLENNE (P.-R.). — Essai de géographie médicale de Nosi-Bé, près la côte Nord-Ouest de Madagascar. 1 vol. in-8 de 294 pages, avec cartes. Paris, 1883. — Imprimerie A. Davy.

DORRÉ (L.). — L'infection de Paris et de la banlieue. — La fièvre typhoïde et la voirie de Bondy. Broch. in-8 de 36 pages. Paris, 1883. — Imprimerie, veuve Renou, Maulde et Cock.

DUMAS (L.). De la dilatation præ-fœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée. Montpellier, 1883. — Typographie Boehm et fils.

HENROT (H.). — De la valeur séméiologique et thérapeutique du taxis abdominal dans l'étranglement interne. Deuxième année, 1883. Broch. in-8 de 26 pages et une planche. Reims, 1883. — Imprimerie Matot-Braine.

LENGER (L.). — Fracture directe de la voûte du crâne avec enfoncement des fragments. Guérison. Broch. in-8 de 6 pages. Liège, 1883. — Imprimerie Vaillant-Carmanne.

PATÉZON. — De l'arrêt des graviers rénaux dans l'urèthre. Brochure in-18 de 16 pages. Saint-Dizier, 1883. — Imprimerie Henriot et Godard.

PHILIPPE. — Etude clinique sur les indications à remplir dans le traitement des fractures des membres. Avantages des appareils hyponarthéciques à suspension. Broch. in-8 de 15 pages. Paris, 1883. — Imprimerie Chamerot.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 36. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 6 SEPTEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL D'IVRY. — M. Ch. MONOD.

Traitement du bec-de-lièvre.

SOMMAIRE : Enseignement et pratique de Broca. Il se préoccupait par-dessus tout de faire perdre à ses opérés le moins de sang possible.

Le décollement nécessaire de la lèvre et de la joue est la source principale de l'hémorrhagie. Moyen de l'éviter. Emploi du galvano- ou du thermo-cautère.

Conséquences multiples de l'application de ce moyen de diérèse à l'opération du bec-de-lièvre : permet des libérations très étendues et une meilleure restauration des formes sans moyens adjuvants de réunion ; permet de surmonter, sans les briser ou en les sectionnant à sec, les saillies osseuses formées par le maxillaire et l'os incisif ; tranche enfin la question si discutée de l'époque de l'opération.

La crainte de l'hémorrhagie était la principale raison qui faisait reculer l'opération. Cette crainte n'existe plus.

Pour le bec-de-lièvre simple, opérer de très bonne heure ; urgence physiologique. — Pour le bec-de-lièvre compliqué, s'assurer d'abord par des pesées régulières que l'enfant est viable et en état de supporter une alimentation artificielle ; opérer ensuite le plus tôt possible. — Influence de la réunion des parties molles sur le rapprochement des os.

Procédé opératoire. — Procédé de Mirault modifié par Broca. Lambeau latéral interne ; simple avivement du bord externe. Avantages de ce procédé ; solidité de réunion ; bonne forme de la lèvre ; suppression absolue de l'encoche.

Résumé de la leçon.

Messieurs,

J'ai récemment opéré devant vous une petite fille, âgée d'un mois, atteinte de bec-de-lièvre compliqué.

J'ai l'intention aujourd'hui, à propos de cette observation, et en vous rappelant, chemin faisant, certains détails de l'opération, de vous entretenir du traitement du bec-de-lièvre.

Le sujet n'a certes pas l'attrait de la nouveauté. Il a été, en effet, beaucoup écrit sur le bec-de-lièvre en général et sur son traitement en particulier. Mais abondance de bien nuit quelquefois. Et je ne serais pas étonné si, après avoir lu avec soin l'un des nombreux articles, pour la plupart excellents d'ailleurs, consacrés à l'étude de cette question, vous n'avez pas emporté l'impression qu'elle n'était pas comprise par vous dans tous ses détails avec la plus parfaite netteté.

Deux points ont dû particulièrement attirer votre attention, car ce sont les plus controversés : à quelle époque convient-il d'opérer le bec-de-lièvre ? quel est le procédé qui assure le mieux une bonne restauration des parties ?

Vous avez vu les nombreuses discussions auxquelles la première de ces deux questions a donné lieu ; je me garderai de vous en présenter même un court résumé. Je ne passerai pas non plus en revue avec vous les procédés non moins nombreux que des chirurgiens ingénieux ont inventés pour la cure de la malformation de la lèvre.

Je me contenterai de vous dire les règles de pratique que j'ai adoptées, celles auxquelles je vous conseille de vous conformer vous-mêmes.

Et si je puis aborder ce sujet avec plus d'autorité que ne m'en donnerait peut-être une expérience personnelle nécessairement un peu courte, c'est que ce n'est pas en mon nom seul que je vous parlerai. A vrai dire, je n'ai d'autre ambition que de vous exposer fidèlement les idées que j'ai puisées moi-même dans l'enseignement de mon très cher et très regretté maître, le professeur Broca.

Broca connaissait bien ce sujet. Il y avait beaucoup réfléchi, et était arrivé à formuler, en termes précis, comme je désire le faire moi-même aujourd'hui, ce que j'appellerai volontiers le *guide* du chirurgien en matière de bec-de-lièvre. Tous les ans il consacrait une de ses conférences cliniques à l'exposé de ses idées et de sa pratique sur ce point. Les leçons de Broca n'ont malheureusement été ni recueillies ni publiées, à l'exception précisément de celle sur le bec-de-lièvre, qui, grâce à une circonstance spéciale, nous a été conservée.

Le rédacteur en chef d'un journal américain — les *Archives of Clinical Surgery* — qui se fondait à New-York, en 1876, ayant demandé à Broca un article original à insérer dans ses colonnes, celui-ci résolut de lui envoyer une leçon sur le bec-de-lièvre. Elle fut à sa prière recueillie par un de ses internes, mon ami le Dr Brissaud, et revue par lui, puis traduite en anglais par nos confrères américains. Elle n'a jamais paru en France.

Je considère presque comme un devoir à rendre à la mémoire de mon excellent maître de vous faire connaître les principales idées qui y sont contenues (1).

Le point le plus original de l'enseignement et de la pratique de Broca, celui sur lequel il appelait le plus volontiers l'attention de ses auditeurs, celui qu'à son exemple je veux tout d'abord mettre en relief, consiste en ceci, qu'il faut par-dessus tout s'efforcer de faire perdre aux petits opérés de bec-de-lièvre le moins de sang possible.

La mise en pratique de cette idée maîtresse conduit, comme vous allez le voir, à des conséquences capitales et que l'on n'aperçoit pas tout d'abord.

Quel est, en effet, au cours de l'opération, la source de l'hémorrhagie vraiment dangereuse ? Ce n'est certes pas, comme on le croit parfois, l'avivement des deux bords de la division. L'écoulement sanguin à ce moment est peu abondant ; il est du moins facilement arrêté par la pression des doigts de deux aides, ou encore, comme je le fais volontiers, par l'action de deux pinces à pression qui suffisent à modérer le cours du sang dans les coronaires.

Il en est tout autrement lors du décollement au bistouri ou aux ciseaux de la face postérieure de la lèvre ; manœuvre absolument nécessaire, si l'on veut que les surfaces avivées arrivent aisément au contact. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que, pour obtenir un bon résultat plastique, cette libération doit être très étendue. Elle ne sera pas limitée à la lèvre ; mais poussée plus haut, sur la face externe du maxillaire, le long de la branche montante de cet os, jusqu'à ce que l'aile du nez soit complètement dégagée.

(1) P. Broca. — On hare-lip complicated with cleft palate (*Archives of Clinical Surgery*, 1876, p. 163.

© BIU Santé

L'aplatissement de l'aile du nez chez les enfants atteints de bec-de-lièvre contribue, en effet, pour une bonne part à donner à la physionomie l'aspect si déplaisant que vous connaissez bien. Celle-ci reprend au contraire une apparence presque normale lorsque, après décollement de la lèvre et de la narine, on rapproche les deux bords de la fente labiale. Or, c'est dans ce temps de l'opération, vous disais-je, et surtout quand il est largement exécuté, que l'hémorrhagie est considérable. Elle est d'autant plus dangereuse qu'elle se poursuit pendant que l'on procède à l'avivement et à la suture, et qu'elle peut même continuer alors que l'opération est achevée. Elle ne s'arrête point, en effet, comme celle qui provient de la lèvre, par le simple fait de la réunion par suture des surfaces avivées. Elle est telle dans certains cas qu'elle doit être considérée comme étant la véritable cause de la mort de beaucoup d'enfants opérés en bas âge.

Aussi, la plupart des opérateurs se résignaient-ils à faire ces incisions libératrices moins étendues que ne l'aurait exigé une bonne restitution des formes de la face. Ils préféraient se contenter d'un résultat moins parfait, plutôt que d'augmenter dans une proportion considérable les dangers de l'opération.

Je n'ai pas besoin d'insister, après ce que je viens de vous dire, pour vous montrer quelle grande amélioration fut apportée par Broca à la pratique de l'opération du bec-de-lièvre, lorsqu'il eut montré que ce temps de l'opération pouvait être exécuté sans aucune perte de sang. Il suffisait pour cela d'avoir recours à l'un des moyens de diérèse hémostatique dont dispose la chirurgie moderne. Le couteau galvanique, par son petit volume, son faible pouvoir rayonnant, la facilité avec laquelle on le maintient à la température rouge sombre, lui parut réunir toutes les qualités voulues. Avec cet instrument, les décollements s'opèrent absolument à blanc et peuvent être faits sans danger dans toute l'étendue nécessaire.

Le professeur Verneuil, à la même époque, s'efforçait par un autre moyen d'arriver au même but; il se servait pour libérer la lèvre d'un petit écraseur linéaire, et obtenait ainsi lui aussi une section absolument exsangue.

Le galvano-cautère est assurément, en pareil cas, d'un emploi plus facile et plus expéditif que l'écraseur. On a fait cependant justement remarquer que les instruments galvano-caustiques réclament un outillage un peu compliqué et un personnel spécial, qui ne les mettent pas à la portée de tous. Aussi, pour ma part, ai-je toujours remplacé le couteau électrique par la petite lame du thermo-cautère. Broca craignait que cet instrument ne dégageât trop de chaleur rayonnante. Le reproche n'est pas fondé. J'ai toujours vu la plaie faite par le thermo-cautère, dans l'opération du bec-de-lièvre, se réunir sans suppuration, et n'ai constaté aucun retentissement fâcheux sur les parties voisines.

Vous avez pu voir au reste avec quelle merveilleuse facilité on obtenait par ce moyen le résultat cherché. En opérant progressivement, à petits coups, en s'arrêtant de temps en temps pour constater le degré du rapprochement qui est devenu possible, on parvient à mesurer exactement, à *doser*, si je puis ainsi dire, la libération de la lèvre jusqu'à contact parfait des parties. En même temps et à mesure que le décollement se poursuivait par en haut, vous pouviez voir l'aile du nez, se dégager et s'arrondir en se rapprochant de la ligne médiane — et tout cela sans qu'une goutte de sang eût coulé dans la bouche de l'enfant. Ce n'est qu'après avoir procédé avec toute la lenteur et la circonspection désirables à ce premier acte opératoire, que j'ai pratiqué l'avivement de la lèvre au bistouri. Le sang coulait alors. Deux pinces à pression placées en pleine lèvre l'ont presque complètement arrêté. Il m'était du reste loisible d'aller vite pour arriver rapidement à la suture qui devait procurer une hémostase définitive.

Ce n'est pas seulement parce qu'elle supprime toute hémorrhagie dangereuse et qu'elle assure un meilleur résultat plastique, que l'application du thermo-cautère à l'opération du bec-de-lièvre constitue un progrès considérable. Grâce aux très larges décollements de la lèvre et de la joue que l'on obtient aisément avec le couteau thermique, certaines divisions labiales à bords très écartés peuvent être aujourd'hui rapprochées sans effort, et sans qu'il soit besoin de recourir aux moyens spéciaux d'union autrefois employés.

Je fais allusion ici en particulier à la grande épingle de Philip modifiée par Thierry, qui, traversant à la fois les deux narines et la cloison, met forcément ces parties en contact et soulage d'autant la suture de la lèvre.

Broca qui avait eu lui-même recours à cette pratique, lui reprochait d'avoir l'inconvénient de supprimer nécessairement la respiration nasale. L'enfant ne pouvant plus dès lors respirer que par la bouche, il en résulte parfois dans le sommeil une véritable tendance à l'asphyxie. La gêne de la respiration était telle dans un cas, que la mère du petit opéré dut pendant quatre jours maintenir avec le doigt la lèvre inférieure abaissée, pour permettre à l'air de passer par la bouche.

Jamais depuis qu'il eut eu l'idée de pratiquer de larges décollements avec le galvano-cautère, Broca ne fut obligé de se servir de l'aiguille de Philip. Toujours il lui fut facile de maintenir réunis sans tension excessive les deux bords avivés de la division labiale.

Je ne serai peut-être pas sur ce point aussi confiant que lui. Dans les becs-de-lièvre doubles, alors que le lobule médian est nul ou insuffisant pour combler en partie le grand écartement des deux moitiés de la lèvre, il peut arriver que celles-ci tendent à se séparer dans les quelques heures qui suivent l'ablation des sutures.

Chez la petite malade qui me fournit l'occasion de cet entretien, j'ai précisément observé cet accident. Pour y parer, j'ai aussitôt enfoncé dans la lèvre à une certaine distance de la ligne de réunion une grande épingle qui ressortait en un point similaire du côté opposé. Sur cette épingle j'ai *froncé* la lèvre de manière à supprimer toute tension; les parties furent fixées en cet état au moyen de deux plaques de plomb maintenues elles-mêmes par deux tubes de Galli écrasés sur l'épingle. J'ai pu laisser ces plaques à demeure pendant quatre jours, au bout desquels un bourgeonnement actif de la petite solution de continuité qui s'était produite, permettait de ne plus craindre une séparation secondaire. La cicatrice a cependant été un peu plus distendue et le résultat final n'est pas aussi parfait qu'on aurait pu l'espérer.

Je me suis demandé si cette épingle de soutien ne pourrait pas être placée d'avance, toutes les fois que la division, même après des décollements étendus, conserve une notable largeur. Je vous donnerai alors le conseil de ne la placer que le jour même où vous enlèverez vos points de suture. Profitez pour cette petite opération complémentaire du sommeil anesthésique, auquel j'ai toujours recours pour maintenir le petit opéré, pendant et après l'ablation des fils, dans la tranquillité nécessaire. La peau de l'enfant supporterait mal la pression prolongée des plaques; or, je crois qu'il est capital que celle-ci soit conservée deux jours

© BIU Santé

au moins après la suppression des sutures. C'est pour cela que je ne crois pas devoir l'établir le jour même de l'opération, les fils entrecoupés suffisant alors à maintenir les parties en contact.

Broca reconnaissait lui-même la nécessité de remplacer les sutures enlevées par un adjuvant quelconque capable de soutenir la cicatrice encore tendre, incessamment tiraillée, d'ailleurs, par l'enfant dans ses cris. Il se servait pour cela de la suture sèche au collodion, moyen très infidèle et le plus souvent insuffisant. Celui que je vous recommande est autrement efficace et peut être employé sans danger.

Je dois vous signaler enfin un dernier avantage des décollements étendus que rend possibles l'emploi du thermo-cautère. Il n'est, à vrai dire, qu'un corollaire du précédent. Vous savez que particulièrement, dans le bec-de-lièvre compliqué unilatéral, l'os incisif fusionné d'un côté avec le maxillaire, poussé en avant par le vomer hypertrophié, forme parfois une énorme saillie, qui semble devoir s'opposer absolument à la réunion des parties molles au devant de lui. M. le professeur Duplay a conseillé, en pareil cas, de briser et de refouler en arrière cet énorme promontoire osseux. Broca affirmait n'avoir jamais eu besoin de pratiquer cette opération préliminaire ; il était toujours parvenu à libérer suffisamment la lèvre et la joue pour obtenir sans trop d'effort la coaptation des parties avivées. Il reconnaissait, d'ailleurs, que la manœuvre indiquée par M. Duplay constituait une ressource précieuse, à laquelle il se promettait de recourir, si jamais elle lui paraissait nécessaire.

Dans le bec-de-lièvre compliqué bilatéral il existe aussi une saillie osseuse, constante, et tellement proéminente le plus souvent, qu'elle s'oppose absolument à la réunion des parties molles. Elle est aussi constituée par l'os incisif, mais celui-ci, indépendant sur ses deux bords, libre de toute attache avec le maxillaire, est plus facile à attaquer. Aussi peut-on dire que le bec-de-lièvre compliqué double est à certains égards plus aisé à combattre que le simple.

Vous savez que l'on peut agir sur ce tubercule incisif de deux façons différentes. Ou bien l'on reconnaît qu'il ne peut absolument être utilisé, et il est complètement enlevé. Ou bien il est conservé et refoulé en arrière après fracture ou section de son point d'attache à la cloison. La fracture a des inconvénients sérieux, parce que la solution de continuité peut s'étendre en arrière plus loin qu'on ne le voudrait. La section, d'autre part, peut être plus dangereuse encore à cause de l'hémorrhagie considérable dont elle s'accompagne presque nécessairement.

Je n'insiste point sur ces détails de médecine opératoire ; vous les trouverez exposés tout au long dans tous les traités classiques. Si je vous les indique d'un mot en passant, c'est que nous retrouvons ici encore une application utile du thermo et du galvano-cautère à la cure du bec-de-lièvre.

Broca montra que la section de la cloison, en arrière du tubercule incisif, pouvait être faite à l'aide du couteau thermique, et que par ce moyen on évitait à coup sûr l'hémorrhagie souvent grave qui résultait de la section, par l'instrument tranchant, de l'artère de la cloison. (*A suivre.*)

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — Par décret en date du 4 août, M. DELAGE, docteur ès-sciences, est nommé professeur de géologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen.

DERMATOLOGIE

Note sur les altérations du tissu élastique dans le xanthélasma ;

Par F. BALZER, chef du laboratoire d'histologie à l'hôpital Saint-Louis (1).

En 1882, nous avons démontré, dans la *Revue mensuelle* (*Recherches sur la dégénérescence granulo-graisseuse des maladies infectieuses*), que la plupart des granulations considérées comme graisseuses ne présentent pas, en réalité, les réactions de la graisse. Nous avions notamment affirmé ce fait en ce qui concerne les granulations contenues dans les cellules du xanthélasma. En outre, nous fondant sur les réactions histo-chimiques d'une part, et d'autre part, sur la notion de maladie infectieuse qui semblait à cette époque devoir être appliquée au xanthélasma, nous avions admis que ces granulations devaient être considérées comme étant des microbes.

Cette opinion fut combattue à diverses reprises. Nous devons citer les travaux récents de MM. de Vincentiis et de Luca.

En France, M. Chambard publia d'abord un cas négatif, puis tout récemment une revue (*Ann. de Dermat.*, 1884), dans laquelle il rejetait de nouveau notre opinion après une discussion conçue en termes sympathiques, pour lesquels nous devons tout d'abord le remercier. Enfin, M. Hanot a présenté dernièrement à la *Société de biologie* un cas de xanthélasma dans lequel il n'avait pu constater l'existence des microbes, en appliquant les diverses méthodes de coloration aujourd'hui en usage.

Nous avons dû, en présence de ces faits négatifs, reprendre l'étude du xanthélasma, et sans insister aujourd'hui sur des considérations qui seront développées dans un travail plus étendu qui paraîtra dans les *Archives de physiologie*, nous devons déclarer tout d'abord que notre opinion primitive sur la nature parasitaire du xanthélasma ne nous paraît pas suffisamment établie : s'il y a des microbes dans le xanthélasma, il faut, selon toute vraisemblance, les chercher ailleurs que dans les granulations contenues dans les cellules xanthélasmiques, lesquelles, ainsi que nous le verrons, sont d'une nature toute différente. Cela dit, nous relaterons brièvement l'observation qui a servi de point de départ à ces recherches nouvelles.

OBSERVATION. — Guillem.., maçon, âgé de 49 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis au mois d'octobre 1882 (service des Baraques), atteint d'une phtisie pulmonaire au troisième degré. Il présentait sur toute la surface du corps de nombreuses plaques de xanthélasma, abondantes surtout sur le ventre, au cou, sur les membres au niveau des plis de flexion. Ces plaques étaient très irrégulièrement distribuées et d'étendue très variable, depuis moins d'un millimètre carré, jusqu'à plus d'un centimètre carré environ. La face du malade était jaune, mais il n'y avait pas d'ictère réel, ni aux conjonctives, ni dans les urines, et le malade affirme qu'il n'a jamais eu de jaunisse. Il dit aussi qu'il a toujours vu ces plaques jaunes sur son corps depuis son enfance. Atteint de diarrhée incoercible, le malade succomba le 29 novembre, à huit heures du soir.

A l'autopsie, on trouve les poumons farcis de tubercules ramollis ou fibreux, avec adhérences nombreuses et épaisses ; cavernes aux deux sommets. Le foie est gras, les reins un peu sclérosés.

Les altérations les plus intéressantes s'observent du côté du cœur : l'oreillette droite présente à sa face interne une coloration blanc jaunâtre dans presque toute son éten-

(1) *Société anatomique*. Séance du 9 mai 1884.

© BIU Santé

due, sans épaississement bien appréciable de l'endocarde. Cette altération se voit surtout dans les points les plus saillants, à la surface des piliers, par exemple, et presque sans solution de continuité. La même altération se montre en plaques dans d'autres points de l'endocarde, dans le ventricule droit et dans le ventricule gauche, sur les gros piliers et sur les colonnes charnues, mais s'accompagnant en ces points d'épaississement et de rétraction de l'endocarde.

Examen histologique. — Les coupes de la peau et du cœur ont été faites après durcissement dans l'alcool absolu ; la coloration a été faite à l'aide du picro-carminate et de la glycérine picritée. D'autres coupes ont été colorées par l'éosine à l'alcool et examinées dans la potasse à 40 0/0 ou à 10 0/0. C'est cette méthode qui nous a donné les meilleurs résultats.

A un faible grossissement, on voit que les plaques ou noyaux de xanthélasma occupent la partie superficielle moyenne ou profonde de la peau. Le plus souvent, elles sont superficielles, mais n'arrivant pas toutefois au contact immédiat de l'épiderme. Le picro-carminate leur donne une teinte jaune verdâtre, l'éosine une coloration rouge plus foncée que celle des éléments voisins. Leur direction habituelle est parallèle à la surface de la peau. Elles sont constituées par du tissu conjonctif fibreux et du tissu élastique offrant des altérations remarquables évoluant habituellement de la manière suivante : hypertrophie, *peut-être* avec hyperplasie, bourgeonnement, fendillement, segmentation transversale et, enfin, désagrégation terminale et réduction de la fibre élastique en petits cubes ou petits grains. La substance élastique, ainsi désagrégée, forme souvent des masses appendues en forme de choux-fleurs aux fibres élastiques hypertrophiées. Souvent ces débris de substance élastique sont assez altérés pour que l'acide picrique ou l'éosine les colore difficilement. Dans ce cas, très particulier à ce point de vue, les masses xanthélasmiques situées entre les tubercules fibreux sont constituées presque exclusivement par cette substance élastique désagrégée ; il y a très peu de cellules xanthélasmiques et très peu de graisse. La désagrégation de la substance élasque atteint aussi les fibres des parois vasculaires et jusqu'aux appareils élastiques des points et des glandes sudoripares.

Dans l'endocarde, les altérations reproduisent exactement celles que nous venons de décrire dans la peau. Elles siègent dans les parties les plus profondes, au voisinage des fibres musculaires. Elles présentent le plus souvent une continuité et une étendue remarquables. Elles pénètrent aussi dans le myocarde, dans les espaces conjonctifs interfasciculaires, où l'on voit un certain nombre de cellules xanthélasmiques.

Que deviennent les grains élastiques résultant de la désagrégation des fibres? Nous croyons qu'ils passent dans les cellules du tissu conjonctif. En effet, les granulations contenues dans les cellules dites xanthélasmiques offrent absolument les réactions de la substance élastique, en présence de l'acide picrique ou de l'éosine. Mais pour étudier cette question intéressante, nous avons dû recourir à l'examen de cas dans lesquels les cellules xanthélasmiques fussent plus nombreuses. Nous avons repris à ce point de vue l'étude du cas que nous avons publié en 1882. Nous avons pu observer l'absence presque complète de fibres élastiques saines dans les nodules de xanthélasma et à leur périphérie, les réactions caractéristiques des grains élastiques contenus dans les cellules, et enfin, sur beaucoup de points, les altérations des fibres élastiques que nous voyons devenir moniliformes et se segmenter en grains. Le protoplasma des cellules s'empare de ces grains, et c'est ainsi que se trouve constituée cette apparence si singulière qui a trompé les auteurs et qui nous avait fait croire à la présence des microbes.

Grâce à l'obligeance de M. Hanot, nous avons pu vérifier une fois de plus l'exactitude de cette manière de voir, en étudiant le cas qu'il a présenté récemment à la *Société de biologie*. Dans cette observation, de même que dans celle que nous avons autrefois recueillie pour M. Besnier (*Ann. de Dermat.*, 1882), nous n'avons pas constaté l'hypertrophie des fibres élastiques précédant la segmentation. Ces deux cas offraient une marche rapide, et c'est là qu'il faut chercher, croyons-nous, les raisons de cette évolution différente.

Ces altérations du tissu élastique offrent dans le xanthélasma un intérêt spécial, en ce qu'elles nous rendent compte de l'une des particularités les plus curieuses de cette singulière affection, la cellule xanthélasmique. Il est manifeste pour nous, après l'étude de ces trois cas, que les lésions du tissu élastique ont une importance très grande, qu'elles peuvent même l'emporter sur les autres altérations dégénératives, comme par exemple dans le cas de Guillemin, et devenir dès lors presque caractéristiques. Ces altérations sont évidemment du même ordre que celles qui se passent dans certaines inflammations des vaisseaux (Ranvier), dans certaines pneumonies (Cornil), dans les tumeurs, dans l'atrophie sénile de la peau (Leloir) et d'une manière générale dans toutes les lésions qui peuvent intéresser un organe riche en tissu élastique. Dans la tuberculose pulmonaire, dans les gommes de la peau (Balzer), dans l'athérome surtout, ces altérations des fibres élastiques s'observent aussi, et il est probable que les granulations élastiques passent aussi dans les cellules. Toutefois, jusqu'à présent, nous n'avons pas réussi, en ce qui concerne la gomme et le tubercule notamment, à constater nettement le fait, probablement parce que la destruction des fibres élastiques est plus complète et que les grains élastiques perdent leur réaction spéciale.

Nous avons laissé volontairement de côté, dans cet exposé, la dégénérescence graisseuse et les altérations vasculaires. Celles-ci ont la plus haute importance au point de vue pathogénique. Nous avions cru pouvoir expliquer leur production par l'action des microbes. Mais l'existence de ceux-ci ne nous paraissant plus démontrée, il reste à rechercher quelle est la cause déterminante de cette singulière affection. C'est alors seulement qu'on pourra se rendre compte de la signification du xanthélasma. Nous ne savons s'il faut le classer avec les tumeurs, ou s'il faut le considérer, avec M. Chambard, comme une hyperplasie inflammatoire s'accompagnant d'un processus régressif.

Une doctoresse.

Un des derniers numéros de l'*Union médicale* contient une liste des médecins qui ont reçu du gouvernement les palmes d'officier d'académie. Dans cette liste on lit le nom de Mlle Victorine Benoit, docteur en médecine. Ce fait rappelle naturellement les articles que l'*Union médicale* a publiés il y a quelques années sur le sujet de la femme-médecin. Or, l'auteur de ces articles citait une étudiante, qui avait été successivement nommée, au concours, externe puis interne des hôpitaux d'une grande ville des départements. La carrière professionnelle de cette doctoresse a présenté une évolution extrêmement accidentée et intéressante. On comprend qu'il n'est pas permis d'en livrer les détails à la publicité. Mais ce qu'on peut dire, et ce qui n'a pas le moins d'intérêt, c'est que la doctoresse a été choisie pour être le médecin d'un harem princier, et que ses appointements se sont élevés à la somme de cent à cent cinquante mille francs. C'était le bouquet de cette existence aventureuse. Cependant, si l'on en croit certains bruits, les affaires d'Égypte auraient troublé cette belle position ; mais le malheur aurait été réparé, on serait sur le point de l'être, par un mariage de haute convenance (*Union médicale*, du 30 août 1884).

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Dermatologie à Paris.

Si l'on compare l'état actuel de l'enseignement médical en France à ce qu'il était sous l'empire, certes on ne peut s'empêcher de reconnaître que de nombreuses réformes ont été réalisées, que de grands progrès ont été accomplis.

Si nous regardons en arrière, nous avons donc sujet de nous réjouir et d'envisager avec une légitime satisfaction le chemin parcouru. Mais si, perdant de vue cette époque à jamais néfaste qui a marqué en France la décadence et la ruine de toutes choses, si, laissant ce qui a été fait, nous regardons ce qu'il nous reste à faire, notre contentement n'est pas sans mélange. Nous sentons bien vite, en effet, que dans la science comme ailleurs, nous avons perdu la première place, et qu'il nous faudra bien des sacrifices et bien des efforts pour la reprendre.

Pénétrés de cette idée et soucieux par-dessus tout des intérêts scientifiques et du grand renom de la médecine française nous continuerons à étaler nos défaillances, nos abus, nos fautes, en ayant soin de placer toujours à côté du mal, le remède.

Il est difficile, quand on traite des intérêts supérieurs de l'enseignement et des réformes urgentes et radicales qu'ils réclament, de ne pas froisser quelques personnalités, de ne pas inquiéter quelques situations acquises. Mais il faut passer outre ou se taire, nous ne nous résignerons jamais à ce dernier parti.

Nous nous efforcerons d'ailleurs, d'apporter dans la discussion tous les ménagements compatibles avec le succès de la cause que nous plaidons. Nous attaquant surtout aux abus et aux vices organiques d'un état de choses que nos contemporains n'ont pas créé, nous éviterons avec soin toute personnalité blessante, toute allusion déplaisante, tout écart déplacé. Nous protestons d'avance contre toute interprétation fâcheuse que le lecteur pourrait donner à quelques passages de notre article.

Nous avons l'intention, aujourd'hui, d'étudier l'état de la dermatologie en France et d'indiquer les réformes à accomplir dans cette branche importante de notre enseignement médical. C'est dire que nous avons choisi le point le plus défectueux de notre organisation scientifique et hospitalière.

Les Biett, les Cazenave, les Devergie, les Bazin, pour ne parler que des morts, avaient jeté le plus vif éclat sur l'enseignement de la dermatologie et créé cette école française qui a longtemps brillé au premier rang.

Malgré les défauts d'une organisation surannée, malgré l'absence de toute consécration officielle, ces hommes ardents et laborieux, soutenus par le succès, excités par l'émulation et la contradiction, ont fourni cette belle carrière scientifique que nous admirons tous. A cette époque, les étrangers suivaient leurs leçons et n'allaient pas encore à Vienne chercher un enseignement qu'ils trouvaient à Paris. Peu à peu, les personnalités éclatantes de l'école française s'éteignirent, et l'école de Vienne, qui n'avait cessé de perfectionner son organisation et son outillage scientifique, se trouva prête à recueillir la succession que l'école de Paris laissait échapper. Aujourd'hui, la transformation est accomplie; Vienne l'emporte sans conteste, de l'aveu même des Dermatologistes français les plus en vue qui, subissant l'ascendant de l'école autrichienne, n'ont pas craint de traduire et de présenter au public français l'œuvre de Kaposi.

Les causes de cette décadence de l'école française, de cette supériorité de l'école viennoise, sont connues. Récemment encore, M. Doyon les exposait en détail et nous ne pouvons mieux faire que de le prendre pour guide dans ce parallèle que nous chercherons à établir entre Vienne et Paris.

A Vienne, les services de Dermatologie et de syphiligraphie sont concentrés dans l'hôpital général, vaste établissement qui occupe une superficie de près de 10 hectares et permet aux étudiants de cultiver à la fois, sans changer d'hôpital et sans perdre de temps, toutes les branches de la clinique médicale. La chaire de Dermatologie est occupée par le professeur Kaposi, successeur de Ferdinand Hebra; il y a un assistant (chef de clinique) et deux sous-chefs ou internes (*secundarärzte* de 2e classe); 4 salles d'hommes, 2 salles de femmes (135 lits); un amphithéâtre pouvant contenir 150 auditeurs. La clinique de syphiligraphie a pour titulaire le professeur Neumann, successeur de Sigmund, mort récemment; 4 salles d'hommes, 2 salles de femmes (155 lits).

Outre ces deux cliniques officielles et universitaires, il y a la clinique du professeur Hermann Zeissl qui a 134 lits et qui est assisté d'un *secundarärzt* de 1re classe et de deux *secundarärzte* de 2e classe. Chacun de ces trois services possède un laboratoire.

Les services sont admirablement tenus, rien ne laisse à désirer au point de vue des soins médicaux et de la discipline intérieure. Les religieuses sont remplacées par des surveillantes laïques qui ne donnent prise à aucune critique et s'acquittent de leurs fonctions avec un dévouement et une habileté incontestables (1). Ajoutons qu'il n'y a pas de rideaux aux lits ni aux fenêtres. Les *secundarärzte* font les fonctions d'internes en médecine; l'interne en pharmacie n'existe pas, toutes les prescriptions sont inscrites par un *secundararzt* et portées à la pharmacie par un infirmier.

Leçons cliniques tous les jours, sauf le samedi et le dimanche, de 10 à 11 heures (Kaposi); de 3 à 4 heures (Neumann). Les assistants de ces cliniques et les anciens assistants font aussi des cours à différentes heures de la journée; tous ces cours sont essentiellement *cliniques* et *pratiques*. On peut donc dire, sans exagération, que l'enseignement de la *dermatologie* et de la *syphiligraphie* (7 ou 8 cliniques quotidiennes) occupe d'une façon ininterrompue la totalité de la journée scolaire.

Ce n'est pas tout; à côté de l'hôpital général,

(1) *Annales de Dermat. et syphil.*, 1883.

(1) « J'ai surtout été frappé, dit M. Doyon, de la manière parfaite dont sont appliqués et maintenus les bandages inguinaux pour le pansement des bubons, grâce aux points de couture que peuvent seules faire des infirmières; pourrait-on demander le même service à nos religieuses? »

© BIU Santé

Schwarzspanierstrasse, n° 12, le professeur Auspitz fait 5 fois par semaine des leçons sur les maladies de la peau. On voit que les Autrichiens savent profiter de leurs richesses cliniques. Si l'on ne tenait compte que du nombre des malades, sans doute l'hôpital Saint-Louis, de Paris, l'emporterait de beaucoup sur l'hôpital général de Vienne. Mais est-ce bien un avantage, et n'avons-nous pas lieu de regretter l'encombrement de nos consultations gratuites ? Qu'importe ce chiffre colossal de 2 ou 300 malades qu'atteint parfois la consultation de Saint-Louis, si la plupart des cas sont perdus pour l'instruction des élèves? Ne serait-il pas possible, dit M. Doyon, de combattre cette *congestion* qui neutralise, dans une certaine mesure, le zèle et la bonne volonté des médecins de l'hôpital Saint-Louis?

Nous n'ignorons pas qu'une amélioration matérielle importante est sur le point d'être réalisée et que le local de la consultation ne laissera bientôt rien à désirer (1). On aura l'espace et la lumière qui faisaient défaut, mais aura-t-on plus de temps que par le passé ? Non ; le même encombrement persistera et les malades seront passés en revue avec cette rapidité vertigineuse qui caractérise fatalement les consultations gratuites de l'hôpital Saint-Louis. Tous les éléments du service, depuis le chef jusqu'aux stagiaires, depuis l'interne en médecine jusqu'à l'interne en pharmacie, jouent un rôle dans cette consultation gigantesque. Tous interrogent à la fois les malades, écrivent les ordonnances, distribuent les cartes de bains, etc., et quand arrive la fin de cette corvée fatigante, tous s'en vont étourdis, ahuris, n'ayant tiré qu'un médiocre profit d'une séance qui aurait dû être féconde en instruction pratique. Il est grand temps de remédier à cet ordre de choses et de mettre en pratique ici comme dans l'industrie le principe de la *division du travail*.

Si les services sont trop encombrés, si les consultations sont trop fortes pour un seul chef et un seul service, il faudra bien finir par les dédoubler, par les diviser. Quand verrons-nous ce dédoublement, cette division nécessaires ? — Le *musée* de l'hôpital Saint-Louis, déjà si riche, et sans analogue à l'étranger, commence aussi à souffrir de l'insuffisance du local (2). — Mais c'est surtout la réforme de l'enseignement de la dermatologie que nous avons à cœur, parce qu'elle est plus importante et plus urgente.

Nous avons vu combien, sous le rapport des cours et leçons cliniques, Vienne était largement doté. A l'hôpital Saint-Louis il n'y a qu'un professeur chargé d'enseigner la dermatologie et la syphiligraphie ; c'est le professeur Fournier, homme d'un très grand talent, mais syphiligraphe avant tout, et qui, avant de prendre possession de cette chaire nouvelle, n'avait pas fait de la dermatologie une étude spéciale. En dehors des brillantes leçons cliniques du professeur Fournier, il n'y a point d'enseignement officiel de la dermatologie à l'hôpital Saint-Louis.

Les autres dermatologistes distingués qui détiennent les services de cet hôpital font bien, au lit du malade, et quelquefois dans leur cabinet, des leçons cliniques. Mais ces efforts personnels et méritoires ne sont pas suffisants pour contrebalancer l'enseignement admirablement organisé de l'hôpital général de Vienne. Il faut donc nous hâter de compléter, pour ne pas dire de créer, notre enseignement de la dermatologie.

On ne saurait obliger les médecins des hôpitaux qui ne relèvent que de l'Assistance publique, et qui ne doivent à celle-ci que le *traitement des malades*, à faire des cours. Aussi devient-il nécessaire et urgent de créer une autre chaire de dermatologie à côté de celle qu'occupe le professeur Fournier. Les élèves, pas plus que les malades, ne manqueront à cette nouvelle clinique (1).

On ne peut combattre cette réforme que par des raisons budgétaires qui ne sont pas suffisantes, ou par des raisons d'un autre ordre que nous allons maintenant examiner. Nous voulons parler du personnel médical et du recrutement des dermatologistes à Paris. Mais auparavant, rappelons en quelques mots ce qui se passe à Vienne.

Un *secundarartz*, après avoir fait des études complètes de médecine générale, se destine à la dermatologie et entre dans un service spécial. Il devra, par la suite, présenter une *thèse de dermatologie* et pourra être reçu *privat-docent ;* il entre en qualité d'*assistant* dans une clinique. Il peut y rester en cette qualité 2, 4, 6 ans et plus, remplaçant le professeur absent, logeant à l'hôpital, perpétuellement en contact avec les malades. Il fait des cours payants plusieurs fois par semaine et peut donner des leçons particulières à des médecins étrangers, par exemple. S'il abandonne ses fonctions, il ne rentre pas complètement pour cela dans la vie privée ; il continue à faire des cours cliniques et pratiques, grâce aux malades que lui prêtent le professeur et l'assistant en exercice. C'est ainsi qu'il attendra, sans jamais perdre de vue ses études spéciales, une place de *primararzt* (chef de service) dans un hôpital.

Il est inutile d'insister, et l'on ne s'étonnera plus maintenant qu'avec une semblable organisation, l'Autriche puisse fournir une brillante pépinière de dermatologistes, et attirer à elle tous les étrangers qui veulent acquérir des connaissances utiles, pratiques et complètes en dermatologie. Nous avons vu comment on devient, à Vienne, chef de service et professeur de dermatologie.

A Paris, nous avons les concours du Bureau central et de l'agrégation ; quel est, dans ce système, l'avenir réservé à un jeune homme qui se destine à la pratique et à l'enseignement de la dermatologie ? Une fois reçu interne des hôpitaux, le futur dermatologiste peut faire un an d'internat à St-Louis. Reçu docteur, il peut concourir au clinicat (une place tous les deux ans) et arriver à cette dignité s'il fait un bon concours et s'il plaît au professeur de dermatologie. Mais quels que soient ses mérites et ses titres spéciaux, il peut être battu par un candidat que ne désignaient nullement ses fonctions et ses aptitudes antérieures, mais qui compte à son actif de puissantes protections.

(1) Bourneville. *Rapport au Conseil municipal sur la reconstruction du bâtiment des bains externes à l'hôpital Saint-Louis*, 21 août 1877.

(2) Les nouveaux bâtiments comprennent une salle pour le *musée*.

(1) Il serait préférable de voir le Conseil municipal, comme nous l'avons demandé, augmenter l'indemnité des médecins qui font des leçons cliniques.

© BIU Santé

Supposons qu'il ait été nommé chef de clinique ; pendant deux ans, il pourra se livrer à l'étude de sa spécialité favorite, après quoi il sera mis à la porte et se préparera aux concours du Bureau central. Entre temps, il peut faire, à l'Ecole pratique, des leçons théoriques de dermatologie. Reçu médecin du Bureau central et pourvu d'un service, notre futur dermatologiste convoite St-Louis et attend que les hasards du *roulement* lui donnent le droit de se livrer enfin à l'étude et à l'enseignement de la dermatologie à laquelle il a voué sa carrière scientifique. Carrière pleine d'amertumes ! Il attend quelquefois 10 ans, 15 ans, dans un service de médecine générale. Quand il arrive enfin au but si longtemps poursuivi, il est déjà âgé, fatigué, il a 45 ans ; il n'a pas vu de maladies de peau depuis 15 ans ; il est obligé de refaire son éducation. Il se remet bien vite au courant, mais il a perdu 15 ans dans des luttes et des études qui lui étaient plus qu'indifférentes; ces 15 années ont été perdues pour lui, pour les malades, pour l'enseignement.

Cependant, quelques médecins des hôpitaux, cherchant leur voie, arrivent, à la faveur du roulement, à occuper ces services de St-Louis auxquels ils devraient rester étrangers. Ils ne savent pas le premier mot de la dermatologie ; ils passent plusieurs années à l'apprendre ; puis, une fois débrouillés, ils abandonnent une place qu'ils occupaient si mal pour embrasser une autre spécialité, au scandale du public, au détriment des malades, des élèves et des médecins.

Voilà un des abus qui résultent du roulement et de la non-spécialisation de l'hôpital St-Louis. Y a-t-il un remède à cette situation, et quel est ce remède ?

Il faut *spécialiser* l'hôpital St-Louis, il faut le soustraire à l'action de ce *roulement* qui paralyse tous les efforts et décourage toutes les espérances. Deux solutions se présentent: 1° Obliger les médecins du Bureau central nouvellement nommés à opter une fois pour toutes entre la médecine générale et la dermatologie ; les médecins qui auront choisi cette dernière, ne feront de remplacement qu'à St-Louis, et se trouveront naturellement désignés pour occuper les places qui deviendront vacantes audit hôpital. Ces places, il est vrai, sont peu nombreuses ; mais les candidats ne seront vraisemblablement pas nombreux. D'ailleurs, on sera conduit fatalement à augmenter, à doubler peut-être le nombre des services de dermatologie. St-Louis est, aujourd'hui, notoirement insuffisant ; les consultations sont encombrées comme les salles des malades, et beaucoup de ces derniers sont refusés journellement faute de place. Il serait donc dès à présent nécessaire d'agrandir l'hôpital ou d'affecter un autre établissement à la dermatologie. Dès lors le nombre des services sera véritablement en rapport avec les besoins de la population parisienne, et les nécessités de l'enseignement. 2° On pourrait songer à instituer des concours spéciaux, comme on l'a fait pour les accouchements. Mais quel que soit le moyen préféré, spécialisation avant ou après le concours, il vaudra mieux que l'état actuel. C'est pour le concours spécial que se prononce M. Doyon :

« A ces conséquences démontrées par une expérience journalière, à cette situation particulièrement difficile faite comme à plaisir à tous ceux qui se destinent à la pratique et à l'enseignement de la dermatologie, il n'y qu'un remède : institution d'un concours spécial pour les services de dermatologie et de syphiligraphie, afin que, dès son admission au Bureau central, il soit possible au jeune médecin de diriger de préférence son application vers l'étude des maladies pour lesquelles il se sent une véritable vocation. »

Ce que nous avons dit du Bureau contral peut s'appliquer à la chaire de clinique. Pour être professeur de dermatologie, il faut être agrégé ; or, il n'y a pas même d'épreuve spéciale introduite dans le concours d'agrégation à la Faculté de médecine.

Si l'on veut assurer le recrutement d'un personnel enseignant qui soit à la hauteur de sa tâche, il est de toute nécessité de spécialiser cette branche de l'enseignement à la Faculté comme à l'hôpital.

Et n'est-il vraiment pas honteux de voir cette grande Faculté de Paris, la plus importante du monde entier par le nombre de ses élèves, s'exposer à donner le spectacle de l'impuissance aux Facultés rivales ? Ne verra-t-on pas un jour le *sommeil* de la chaire de dermatologie comme on voit aujourd'hui celui de la chaire de clinique infantile ? Il est temps de remédier à un état de choses qui porte à notre enseignement un si grand préjudice, et qui compromet gravement la réputation de de la science française aux yeux de l'étranger.

Disons, pour terminer, que l'enseignement de la *pédiâtrie* comme celui de la *dermatologie* est tout entier à créer, et que la *spécialisation* nous parait être le seul remède efficace contre la désorganisation et l'anarchie qui règnent aujourd'hui dans l'enseignement des maladies des enfants.

Ces réformes que nous réclamons avec tant d'énergie et d'insistance, ne peuvent être l'œuvre d'un jour, nous ne l'ignorons pas, mais on ne saurait trop tôt en montrer la nécessité urgente.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE

SESSION DE LA HAYE

A M. Bourneville, directeur du *Progrès Médical*,

La Haye, le 27 août 1884.

Mon cher ami,

Je vous parlais dans ma première lettre des conférences qui ont été faites devant les membres du Congrès de La Haye, mais je vous en donnais seulement le titre et je voulais dès aujourd'hui résumer pour vos lecteurs les séances des sections. Mais ce serait faire une chose injuste que de ne pas insister dabord sur celles de ces conférences qui ont obtenu le plus légitime succès.

M. Marey nous a fait une très curieuse leçon sur les *forces utiles dans la locomotion*; ç'a été un résumé brillant et précis de ses derniers travaux et vous et les lecteurs de votre journal les connaissent assez pour que je n'essaie pas de les reproduire en les écourtant. Il faut que vous sachiez pourtant que jamais le savant professeur n'a été mieux servi par la netteté et la précision du langage et qu'il est difficile de concevoir un plus brillant vulgarisateur des travaux de Marey que Marey lui-même.

La conférence du docteur Rochard a eu un succès non moins éclatant. Il parlait de la *valeur économique de la vie humaine* et essayait de la soumettre au calcul. Allant plus loin que les hygiénistes anglais, qui, comme Chadwick, Farr, Douglas Galton, James Paget, n'ont envisagé

© BIU Santé

qu'un côté de la question ; le docteur Rochard a essayé de l'envisager dans son ensemble et c'est en s'appuyant sur des calculs ingénieux qu'il a posé d'abord et démontré ensuite les trois aphorismes suivants : 1° Toute dépense faite au nom de l'hygiène est une économie, 2° Rien n'est plus dispendieux que la maladie si ce n'est la mort ; 3° Pour les sociétés le gaspillage de la vie humaine est le plus ruineux de tous. La valeur économique de la vie humaine varie à l'infini, influencée qu'elle est par l'âge, par le sexe, par la résidence, par la position sociale, etc. En établissant des moyennes *un peu exagérées en moins*, M. Rochard est arrivé à établir que la population de la France représente une somme de 41 milliards, 321 millions, 236 mille 656 francs. La population étant de 37 millions, 672 mille 48 habitants, il en résulte que la somme représentée par un habitant est inférieure à celle qui a été prévue et calculée par les hygiénistes étrangers. En Angleterre on calcule avec Farr et Chadwick qu'un homme vaut de 159 à 200 livres sterling ; en Amérique on estime la vie humaine à 3,500 dollars.

En tous cas, d'après ses calculs à lui, M. Rochard affirme que les 858,237 décès qui ont été constatés en France en 1880 (année qu'il a choisie comme type) représentent une perte de 950 millions environ, sans parler des frais de sépulture qui élèvent la somme à 1 milliard. La dime de la maladie calculée d'après M. Rochard serait dans cette même année 1880 de plus de 700 millions de francs. Tout compte fait, tenant compte de la maladie et de la mort, M. Rochard trouve une perte annuelle d'environ un milliard et 700 millions, plus de la moitié du budget du pays. Si on pouvait restreindre cette perte d'un dixième seulement ce serait 170 millions à peu près qui constitueraient un superbe budget de la santé publique. Passant en revue les principales affections épidémiques, l'orateur calcule que les fièvres éruptives coûtent 400 millions de francs à l'Europe chaque année, que la fièvre typhoïde coûte aux populations européennes 130 millions par an ; et que la perte subie en Europe annuellement du fait de la phtisie est de 3 milliards. M. Rochard a été moins précis dans l'indication des mesures à prendre ; mais il faut convenir que c'était là le point difficile et qu'il a cependant, par mille exemples divers, montré que, en réalité, toute dépense faite au nom de l'hygiène était une économie. Les paroles si patriotiques et si pacifiques en même temps qui ont terminé sa conférence ont soulevé d'unanimes applaudissements.

Une troisième conférence a été particulièrement goûtée et avait amené un grand concours de dames de La Haye. C'est que c'était, non un conferencier mais une conférencière qui parlait. Mme le docteur Bovel-Sturge (de Londres) est un médecin de la Faculté de Paris, qui parle notre langue non seulement purement mais avec une éloquence délicate et charmante. Elle avait pris pour sujet les *mesures de protection prises en Angleterre pour les enfants abandonnés*. Elle a exposé lumineusement la question. Le nombre des enfants qui n'ont en Angleterre que la charité pour ressource est de plus de 400.000 et sur ce nombre 70.000 environ sont tout à fait à la charge de l'Etat. Trois systèmes d'assistance sont en présence : les établissements à personnels nombreux annexés aux Workhouses, les petits établissements avec 30 ou 40 enfants seulement, la mise en pension individuelle dans des familles d'ouvriers honorables.

Il n'est pas malaisé de comprendre pourquoi c'est à ce dernier mode que Mme Bovel-Sturge donne la préférence et la question des établissements nombreux est depuis longtemps jugée et condamnée. Ce sont des prisons véritables où la discipline rigide et la promiscuité étiolent et dégradent les enfants au physique et au moral. Le tableau navrant qu'en a fait la conférencière a ému les auditeurs et si bien touché les auditrices à l'endroit sensible, c'est-à-dire au cœur, que nous avons vu plus d'un mouchoir essuyer une larme aux yeux des belles hollandaises. Mme Bovel-Sturge a obtenu un vrai succès.

Je ne veux pas finir cette lettre sans vous dire que le Congrès termine à l'instant ses travaux. La séance de clôture a été marquée par deux incidents intéressants. — Dabord le concours sur *les moyens de prévenir la cécité*, institué par l'Association Anglaise protectrice des aveugles, a été jugé par une commission spéciale et le nom du vainqueur, trouvé dans une enveloppe cachetée, a été proclamé devant le Congrès. Le lauréat est le professeur Fusch (de Liège). La valeur du prix est de 2000 francs.

Enfin, après une courte discussion on a voté pour le choix du siège du prochain Congrès, et la ville de Vienne a été choisie à une grande majorité. C'est donc en Autriche que les hygiénistes se réuniront dans deux ans.

Je compte, mon cher ami, vous parler dans ma lettre prochaine des séances des sections et des mémoires principaux qui y ont été présentés. Dr Robert Piquet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 septembre 1884.— Présidence de M. Guérin.

M. Jules Guérin, à l'occasion du procès-verbal, se plaint qu'une lettre, émanant de M. le Dr Bourguet (d'Aix) et adressée à l'Académie, n'ait pas été annoncée et lue par M. le Secrétaire, lors de la dernière séance. Il regrette d'autant plus cet oubli, que M. Bourguet vient apporter un nouvel appui à la doctrine qu'il préconise, sur les constitutions épidémiques prémonitoires. Il semblerait, en effet, que la ville d'Aix se soit signalée, longtemps avant l'apparition du choléra officiel, par une série de cas de diarrhées, de cholérines...

M. Proust répond à M. J. Guérin que la lettre de M. Bourguet s'était trouvée égarée parmi les nombreuses pièces de la correspondance ; mais, que, néanmoins, elle fut promptement retrouvée, puisqu'elle se trouve insérée dans le *Bulletin officiel* de l'Académie.

M. Marey fait observer que le document de M. Bourguet ne saurait, dans l'espèce, trancher la question doctrinale, relativement à l'importation ou à la genèse sur place du choléra. Ce document vise une grande ville où il est toujours difficile de préciser le début d'une épidémie et de mettre en évidence les causes qui ont favorisé son éclosion et sa propagation. Ces reproches ne s'adressent pas aux petites localités, où il est aisé de mettre en relief tout ce côté étiologique.

M. J. Guérin, maintient ses idées, car elles reposent aussi bien sur ce qui se passe dans les grandes villes que dans les petites localités.

Suite de la discussion sur le choléra. — M. Brouardel soumet à l'Académie les conclusions du rapport qu'il a lu dans la précédente séance : *Première conclusion* : « Il est désirable qu'une enquête administrative, vu l'urgence, soit instituée de suite, de façon à faire connaître les causes démontrées ou présumées de l'apparition des épidémies cholériques antérieures dans les diverses villes et villages de France, leur marche et les conditions qui en ont favorisé le développement, notamment les causes d'insalubrité spéciales à ces villes ou villages, la pureté des eaux d'alimentation, les méthodes de vidange, etc. Elle demande que, pour l'épidémie actuelle, tous les documents relatifs à ces diverses questions soient soigneusement enregistrés, dressés de façon à être comparables entre eux. Elle estime que l'étude du passé sanitaire de chaque commune peut seule permettre à l'administration de prendre les mesures nécessaires pour empêcher que les mêmes causes ne produisent les mêmes désastres lors du retour de chaque épidémie nouvelle. Cette première conclusion est mise aux voix et adoptée, après un échange d'observations entre MM. Blot, Proust, N. Guéneau de Mussy, J. Guérin et Brouardel.

Deuxième conclusion : « Les eaux qui servent à la consommation doivent être exemptes de toute souillure. Il y a lieu de faire examiner par la commission d'hygiène les eaux qui actuellement sont utilisées en boissons et de soumettre à son approbation les projets de dérivation et la distribution des eaux qui doivent servir dans l'avenir à l'alimentation des villes et des villages. » (Adoptée).

Troisième conclusion : « Quels que soient les moyens

© BIU Santé

employés pour désinfecter et transporter les matières fécales, celles-ci ne devront jamais polluer les cours d'eau, ni être répandues à l'air libre sur le sol, ni jetées sur les fumiers. » Cette troisième conclusion est adoptée avec cette modification terminale : « que les matières fécales ne pourront être répandues à l'air libre dans les villes, que dans les campagnes elles ne pourrait être jetées sur les fumiers placés au voisinage des habitations. »

Quatrième conclusion : « L'Administration chargée de l'hygiène publique est invitée à centraliser tous les documents capables de l'éclairer sur l'état de chaque localité au point de vue de l'hygiène. Ces documents lui sont fournis par la statistique, par les médecins des épidémies, par les conseils d'hygiène d'arrondissement, par les bureaux d'hygiène dans les grandes villes. Elle seule peut contraindre les municipalités chargées par la loi de veiller à l'exécution des mesures d'hygiène dans leurs communes, elle seule peut provoquer l'affectation à ce service de ressources suffisantes. » (Adoptée).

Cinquième conclusion : « L'Administration est priée d'étudier dans quelles conditions pourrait être établi un bureau international d'hygiène, permettant de grouper tous les documents relatifs aux épidémies, de signaler leur apparition dans les divers pays. » (Adoptée).

Sixième conclusion : « Un enseignement spécial de l'épidémiologie sera organisé dans les diverses Facultés. » (Cette conclusion n'est pas adoptée).

Septième conclusion : « L'Académie charge la Commission du choléra, dont fera partie M. Marey, de rechercher dans les documents relatifs aux épidémies antérieures, dans ceux qui lui ont été adressés à l'occasion de l'épidémie actuelle et qui lui seront ultérieurement envoyés, tous ceux qui peuvent servir à élucider la durée de l'incubation de la maladie, le mode de contamination, la rapidité de l'invasion, la marche de l'épidémie, les causes qui ont pu favoriser son développement, celles qui paraissent avoir assuré l'immunité dans les diverses localités. » (Adoptée).

M. Le Roy de Méricourt donne le texte d'un *rapport* relatif aux diverses communications qui ont été adressées à l'Académie au sujet du choléra. Parmi ces travaux, il en est un qui émane de M. le Dr Treille et dans lequel se trouve consigné un fait de haute importance. M. Treille avait, en effet, trouvé dans les matières fécales des individus atteints de diarrhée de Cochinchine, un bacille en virgule identique à celui de Koch. Cette assertion, rapprochée du controle de M. Straus, semblerait donc établir que le bacille virgule n'est nullement le microbe du choléra,

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 février 1884. — Présidence de M. Cornil.

17. Kystes hydatiques dans le fascia sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure ; par M. P. Poirier, prosecteur de la Faculté.)

Les cas de kystes hydatiques développés dans la paroi abdominale antérieure ne sont pas nombreux ; celui que nous présentons nous a paru digne d'intérêt en raison de certaines particularités.

Nous l'avons trouvé sur un sujet mâle qui servait aux dissections à l'Ecole pratique ; cet homme portait de 55 à 60 ans. En renversant la moitié inférieure de la paroi abdominale, on constata l'existence de deux tumeurs dans le fascia sous-péritonéal qui la double. L'une d'elles, de la grosseur d'un œuf d'oie, ovoïde, à grand diamètre transversal, était placée à deux centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope et parallèle à cette arcade ; l'autre, plus petite, du volume d'un œuf de pigeon, plus rapprochée de la ligne médiane, occupait le tissu cellulaire de la cavité de Retzius.

De couleur gris-blanchâtre, ces tumeurs présentaient une surface lisse en général, bosselée en quelques points. Leur consistance était molle, semi-fluctuante ; avant de les ouvrir, nous essayâmes un diagnostic et nous dîmes un peu vaguement : tumeurs kystiques. L'ouverture nous montra une paroi feuilletée, composée de plusieurs couches ou feuilles d'une matière blanchâtre, amorphe ; puis des vésicules hydatiques s'échappèrent en grand nombre. Dans quelques-unes le liquide avait gardé la limpidité et la transparence ordinaires, dans d'autres il était trouble et ressemblait à une sorte de gelée ; la plus petite des tumeurs était remplie d'une matière épaisse, d'apparence tuberculeuse ou sébacée. M. Panné a examiné le liquide au microscope et a trouvé les crochets caractéristiques. La membrane fibreuse enveloppante de ces tumeurs était très solide.

Ces tumeurs étaient peu adhérentes à la face postérieure de l'aponévrose du transverse réduite à une couche celluleuse à ce niveau ; on les déplaçait sans peine latéralement et de haut en bas ; elles adhéraient davantage au péritoine, que l'on put cependant détacher sans trop de peine. Leur saillie se prononçait dans l'intérieur de l'abdomen ; à l'extérieur rien ne les révélait. Vraisemblablement, leur existence a été ignorée du vivant de notre sujet ; le diagnostic eût été embarrassant.

Nous résumerons ainsi notre présentation :

Tumeurs hydatiques développées dans le fascia sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure, région hypogastrique.

21. Fracture de jambe. — Gangrène consécutive ; par M. L. Lejars, interne des hôpitaux.

P..., Frédéric, 21 ans, garçon marchand de vin, entre le 8 février 1884, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 27, service de M. le Dr Th. Anger, suppléé par M. Duret.

Dans la journée, en descendant du siège d'un fiacre, il est tombé la jambe gauche prise sous lui. Craquement ; impossibilité de se relever lui-même. On le transporte séance tenante à l'hôpital. A son entrée (six heures), nous constatons une fracture des deux os de la jambe gauche au tiers inférieur ; épanchement sanguin peu considérable ; sur le côté interne, au niveau de la fracture, une petite plaque noirâtre, de la largeur d'une pièce de deux francs ; pas de plaie. Les fragments jouent l'un sur l'autre avec la plus grande facilité, et la jambe se plie dans tous les sens, en donnant lieu à une crépitation des mieux caractérisées. Nous appliquons immédiatement un appareil de Scultet qui remonte jusqu'au tiers moyen de la cuisse. Très peu de douleur pendant l'application de l'appareil : une fois le membre immobilisé, le malade se sent mieux, nous dit-il.

9 *février*. Insomnie, attribuable à l'état de surexcitation dans lequel se trouvait P... Il déclare, en effet, à part quelques élancements au point fracturé, n'avoir nullement souffert de sa jambe ni de son pied. Cependant, on trouve le pied d'une coloration rougeâtre, froid, insensible ; on découvre la partie inférieure de la jambe : même aspect. Croyant alors à un certain degré de stupeur locale causée par l'appareil de Scultet, on l'enlève et M. Duret applique une gouttière plâtrée.

Le soir, la coloration rougeâtre s'étend sur le pied et le tiers inférieur de la jambe jusqu'au niveau de la fracture, marqué sur la face interne du membre par une large plaque noirâtre à contours diffus, qui recouvrent des phlyctènes séro-sanguinolentes. Dans la même zone, refroidissement, insensibilité (une épingle plongée tout entière dans les tissus ne provoque aucune réaction). Pas d'œdème. Les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure ne sont plus sentis ; quelques mouvements des orteils sont encore possibles. Du reste, pas de douleurs spontanées. Pas de troubles généraux. En présence de cette gangrène dès lors bien caractérisée, voici ce que nous donnent la recherche des antécédents et l'examen de l'état général du malade :

Antécédents tuberculeux (il a perdu sa mère et une sœur de la poitrine ; un frère, du mal de Pott). Lui-même, à part quelques adénites cervicales dans l'enfance, n'a jamais eu d'hémoptysies et ne tousse pas : l'auscultation ne fait percevoir aucun signe. Pas de rhumatisme. Pas de maladies vénériennes. A l'âge de 15 ans, il fut retenu un mois au lit

© BIU Santé

par une fièvre dont il spécifie mal les caractères : pas d'autres maladies aiguës. Ni albumine, ni sucre dans l'urine. Alcoolisme bien accusé : il exerce depuis cinq ans la profession de garçon marchand de vin, qui l'oblige, dit-il, à des libations journalières : pituites, tremblement des mains, quelques troubles cérébraux.

10 *février*. Etat stationnaire des parties mortifiées : la peau du pied et du tiers inférieur de la jambe est pâle et flasque : c'est une véritable gangrène par cadavérisation. A sa partie supérieure, le mollet est dur, tendu, assez douloureux à la pression. Pas de troubles généraux. Température, matin 37°, soir 38°.

11 *février*. Le sphacèle ne dépasse point le niveau de la fracture, mais plus haut la tension du membre augmente ; une rougeur bronzée s'étend sur le côté interne jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du genou. Température, matin 37,8, soir 38,4. Le soir, de longues scarifications sont pratiquées sur les parties mortifiées : il s'écoule un peu de sang noir, mais le tissu cellulaire est à peine infiltré.

12 *février*. M. Duret fait une incision sur la face interne de la jambe, pour aller à la recherche des vaisseaux tibiaux postérieurs : les vaisseaux sont affaissés et vidés ; on ne trouve point d'épanchement sanguin, au fond de la plaie, on sent la saillie anguleuse d'un des fragments. L'amputation de la cuisse est résolue. Température, matin 37,2, soir 38,4.

13 *février*. L'amputation de la cuisse au tiers inférieur est pratiquée sans incident digne d'être noté. Température, matin 39,4, soir 38,6.

L'Autopsie du membre est faite dans la journée. Rien dans les veines saphènes : L'état des parties molles diffère complètement au niveau de la fracture et au-dessous. Au foyer de la fracture, dans une étendue de trois travers de doigt, environ au-dessus et au-dessous, les muscles sont réduits en une bouillie putrilagineuse. Au cou-de-pied et au pied, au contraire, à part un certain degré de pâleur, ils semblent presque normaux : ce sont des muscles de cadavre frais.

Les deux os sont fracturés au tiers inférieur. Le trait de fracture du tibia est oblique en bas, en avant et en dedans : un copeau intermédiaire est détaché à la partie externe, et entouré de quelques esquilles. La fracture du péroné siège à deux centimètres plus haut. Son fragment supérieur est aplati et bifide à son extrémité.

Le ligament interosseux et le plan musculaire profond, largement déchirés, permettent aux fragments de basculer dans tous les sens. Il est donc très difficile de rétablir leurs rapports primitifs avec les vaisseaux ; cependant nous trouvons la péronière enclavée dans l'angle terminal du fragment supérieur du péroné, du reste, sur elle comme sur la tibiale postérieure et la tibiale antérieure, aucune trace de déchirure. Suivies depuis l'origine de la poplitée jusqu'aux plantaires et à la pédieuse, les artères de la jambe ne présentent de caillot en aucun point de leur trajet. Quant aux veines profondes des trois groupes, elles sont thrombosées, dans une longueur d'environ cinq centimètres, au voisinage de la fracture. Les nerfs sont sains.

Réflexions. — En résumé, voilà une gangrène totale du pied et d'une partie de la jambe qui s'établit dans l'espace d'une nuit. Comment expliquer cette marche foudroyante ? — Est-ce là une gangrène septique ? — La forme anatomique et la marche du sphacèle, l'absence de réaction générale pendant les premiers jours, prêtent peu à cette interprétation. D'un autre côté, nous croyons, sans exemple, qu'un bandage, quelque serré qu'on le suppose, eût pu produire, à la jambe et sur un sujet fortement musclé, une ischémie suffisante pour mortifier, en si peu de temps, toute l'épaisseur du membre ; d'ailleurs, dans cette hypothèse, la localisation du sphacèle au-dessous du point fracturé, l'absence d'œdème, l'absence de douleur demeureraient inexpliquées. Une déchirure des artères au foyer de la fracture eût parfaitement rendu compte du fait clinique ; mais, nous l'avons dit, les artères étaient saines ; toutefois nous avons trouvé l'une d'elles tendue sur les extrémités osseuses comme sur un chevalet, et il est permis de penser que, grâce à la mobilité extrême des fragments, elles ont pu être pincées et comprimées entre elles dans l'action des tentatives de réduction et de l'immobilisation dans les appareils. Enfin, à côté de ces agents mécaniques, ne faut-il point réserver une part d'influence à l'état d'alcoolisme du malade, si manifestement accusé, malgré son jeune âge ?

M. Duret insiste sur cet élément, l'état général protopathique. Il n'y avait ni plaie, ni oblitération vasculaire ; c'était une véritable septicémie de cause interne.

M. Cornil fait observer que dans de semblables conditions, on trouve de nombreux microbes dans les parties sphacélées. C'est un problème que de savoir par où ils ont pénétré, toute solution de continuité de la plaie faisant défaut.

M. Charrin fait remarquer que ces microbes de la gangrène, très abondants dans les tumeurs et les tissus, n'ont pas été rencontrés dans le sang, sur le vivant.

22. M. Grimaraes présente un cas de *maladie hystique du sein*.

M. Cornil attire l'attention sur un noyau dur, blanchâtre à la coupe, qui paraît être carcinomateux. La nature anatomique de ces kystes ne serait donc pas la même que dans les cas antérieurement présentés par M. Reclus à la Société.

23. M. Ch. Lejard fait voir un *cœur très hypertrophié* sur lequel on remarque des anévrysmes pariétaux : les artères coronaires sont fortement athéromateuses. Il y avait de l'albuminurie ; les reins étaient graisseux, assez gros. Il n'y a pas eu d'angine de poitrine.

M. Letulle fait remarquer qu'il doit y avoir un intermédiaire entre l'athérome des coronaires et les anévrysmes des parois : cet intermédiaire c'est la sclérose du myocarde, consécutive à l'endopériartérite.

24. M. Durand-Fardel montre un *gros intestin*. Il existait à la partie inférieure un rétrécissement conique qui présentait les caractères du rétrécissement par syphilome ano-rectal. Il y avait de plus, un double rétrécissement vers la partie supérieure du rectum et de l'S iliaque, et une communication fistuleuse entre ces deux portions du gros intestin. On trouve encore dans l'intestin des ulcérations en voie de guérison qui ressemblent tout à fait à des ulcérations tuberculeuses. Aux sommets des poumons, il y a des cicatrices fibreuses et des tubercules évidemment plus récents.

M. Letulle pense que toutes les lésions étaient tuberculeuses et que toutes ont présenté une remarquable tendance à la transformation fibreuse.

25. Cancer du pylore survenu sous l'influence d'un traumatisme. — Généralisation rapide au foie ; par M. Weber.

Lemarchand, menuisier, âgé de 33 ans, est entré dans le service de M. le docteur Gouraud, le 15 janvier 1884, salle Aran, n° 9.

Jusqu'alors bien portant, le malade reçoit le 28 novembre 1883, un coup de timon de voiture au niveau de la région épigastrique. Le choc aurait été assez violent pour le renverser sur le trottoir, sans connaissance. Obligé de s'aliter aussitôt après, il est pris de frissons et de fièvre. Le ventre se météorise ; l'anorexie est absolue. A partir de ce jour, le malade vomit tous les aliments et ne va plus à la selle. Un amaigrissement rapide s'empare du malade. Il nous raconte que, depuis son accident, il éprouve un très grand dégoût pour la viande et qu'il ne peut garder plus d'une heure les aliments qu'il a pris. L'amaigrissement et la perte absolue des forces l'obligent à entrer à l'hôpital.

Le jour de son entrée, le malade se plaint du ventre et a un vomissement sous nos yeux : les matières rendues sont d'une couleur brun-jaunâtre, d'une odeur excessivement fétide rappelant celle des matières fécales.

© BIU Santé

16 *janvier*. Le ventre présente un ballonnement assez marqué : il est déformé par une tumeur ovoïde, à grand axe dirigé de haut en bas et de gauche à droite, descendant au dessous de l'ombilic et donnant à la percussion un ton hydro-aérique. Cette tuméfaction est reconnue pour être l'estomac surdistendu. Une légère percussion provoque d'ailleurs des contractions péristaltiques très nettes. La pression de l'hypochondre droit, surtout à la limite de cette région et de l'épigastre est très douloureuse. Il est impossible, en raison de la contraction du muscle grand droit abdominal, d'y percevoir le bord inférieur du foie. Celui-ci, d'ailleurs, ne paraît pas être augmenté à la percussion (12 centimètres sur la ligne mamelonnaire). Rien au cœur ni aux poumons.

Traitement : lavages de l'estomac. Toniques.

17 *janvier*. Le lavage ayant vidé l'estomac de son contenu, il est possible aujourd'hui de sentir le bord inférieur du foie qui dépasse, surtout vers le lobe gauche, de trois travers de doigt, le rebord des fausses côtes ; entre l'appendice xiphoïde et le rebord costal droit, on sent sur le bord inférieur du foie une bosselure, douloureuse à la pression. Malgré les lavages, les vomissements persistent. La constipation continue. Le poids du malade est de 108 livres.

A partir du 18 *janvier*, on fait suivre le lavage de l'estomac d'un gavage, au lait et poudre de viande. Mais la quantité des matières rendues indique suffisamment qu'il existe un obstacle presque absolu au passage des aliments.

22 *janvier*. Le malade a une épistaxis par la narine gauche. Une nouvelle exploration du foie montre une augmentation de volume et une déformation très nette de cet organe (14 centimètres sur la ligne mamelonnaire droite, à la percussion — bosselures du bord inférieur). L'amaigrissement déjà considérable s'accentue.

24 *janvier*. Le poids du mala de n'est plus que de 102 livres : il a donc diminué d'une livre par jour. On continue le même traitement sans résultat.

28 *janvier*. Le foie a pris des proportions énormes : il dépasse de 6 à 8 cent. le rebord des fausses côtes droites et empiète sur l'hypochondre gauche où il descend à 6 cent. au-dessous des fausses côtes. Les bosselures de sa face convexe sont tout à fait visibles. On trouve à la percussion 16 cent. sur la ligne mamelonnaire droite, 15 au niveau de l'appendice xiphoïde, 13 sur la ligne mamelonnaire gauche. Le malade demande à manger. On continue le gavage : les vomissements spontanés ont cessé depuis quelques jours, mais les matières rendues par le lavage de l'estomac sont toujours aussi abondantes.

Nouvelle épistaxis. Urines légèrement albumineuses.

3 *février*. Épistaxis droite. Pouls filiforme.

6 *février*. Depuis quelques jours, le malade est presque constamment couché dans le décubitus latéral droit.

Le lobe gauche du foie a pris une extension considérable. — Mort le 9 février.

Autopsie. — L'*estomac* est très dilaté ; sa grande courbure descend jusqu'au niveau de l'ombilic ; la moitié droite de sa petite courbure offre un aspect rétracté, cicatriciel. Dans sa cavité on trouve, nageant dans un liquide puriforme d'odeur très fétide, un corps de forme irrégulièrement quadrilatère, d'aspect caséeux, présentant deux faces, l'une lisse, l'autre couverte de petites dépressions répondant assez bien aux inégalités de la surface libre de la muqueuse. Le poids de ce corps est de 40 grammes ; il contient des cristaux de margarine.

La *muqueuse stomacale* est rouge, injectée, au niveau de la grosse tubérosité, plus épaisse à mesure qu'on se rapproche de l'orifice pylorique. Celui-ci est manifestement rétréci : il est impossible, en effet, d'introduire le doigt dans le duodénum. A ce niveau, la muqueuse est fortement tuméfiée, d'une couleur jaune-verdâtre. A la coupe de la paroi, on constate un épaississement notable de la couche musculeuse. Un gros ganglion repose sur la paroi externe du duodénum, à trois centimètres du pylore.

Les circonvolutions de l'*intestin grêle* sont fortement atrophiées. Le *foie* présente un volume énorme. Son poids est de 4 kil. 950 gr. Ses dimensions répondent bien aux résultats obtenus par la percussion pendant la vie. Il est entièrement envahi par des noyaux cancéreux. L'un d'eux, plus volumineux, fait saillie au niveau du bord antérieur du lobe gauche. La vésicule biliaire, dilatée, renferme de nombreux calculs. Rien d'anormal à l'appareil pulmonaire ni au cœur. Les reins sont volumineux et graisseux.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante à trois points de vue : 1° L'influence probable du traumatisme sur la marche d'un carcinome hépatique, jusqu'alors latent, et son évolution fatale dans l'espace de deux mois ; 2° La présence dans l'estomac d'un corps d'aspect caséeux ; 3° Enfin, nous croyons qu'il faut tenir compte du rétrécissement du pylore, diagnostiqué pendant la vie, et constaté à l'autopsie.

Ce rétrécissement, en mettant un obstacle presque insurmontable au passage des matières alimentaires du gavage, a certainement contribué à accélérer la marche du cancer ; il explique, d'autre part, dans une certaine mesure, la formation de ce corps d'aspect étrange que nous avons trouvé dans la cavité stomacale.

M. Cornil pense qu'il s'agit d'une hypertrophie simple des tuniques du pylore et d'un cancer primitif des voies biliaires.

31. Anévrysme de la portion terminale de la crosse de l'aorte et de l'aorte thoracique ; par Lubet Barbon, interne des hôpitaux.

Depuis environ trois ans, le nommé J... se plaignait de vives douleurs à la base du thorax, et il avait déjà été soigné dans divers hôpitaux, lorsqu'il entra à l'hôpital Tenon (service de M. Rathery).

On note des douleurs spontanées continues, un état saburral considérable, de l'anorexie et de l'amaigrissement. Les douleurs s'exaspèrent par la pression entre les scalènes, au niveau du bouton diaphragmatique et des insertions costales du diaphragme du *côté gauche*. Le malade est en outre porteur d'une gibbosité arrondie, de date assez récente, dit-il. Durant son séjour à l'hôpital, nous voyons son état empirer, la cachexie se prononcer chaque jour davantage, et il meurt avec une dyspnée assez intense, après avoir rejeté quelques crachats hémoptoïques, sans que le diagnostic ait pu être établi avec certitude.

L'autopsie montre un abondant épanchement de sang dans la plèvre *droite*, le coagulum forme une coque au poumon et le refoule en haut. Celui-ci enlevé, on trouve une vaste poche anévrysmale accolée à la colonne vertébrale. Le *cœur* n'est pas augmenté de volume et les valvules aortiques sont suffisantes. Traces d'endocardite ancienne sur la grande valve de la mitrale. La première portion de l'*aorte* est anormalement dilatée entre le cœur et le tronc brachio-céphalique, qui est libre, ainsi que les artères carotide et sous-clavière gauches. A un centimètre au delà de ce dernier vaisseau commence la poche. Elle empiète de chaque côté de la colonne vertébrale, un peu plus à gauche qu'à droite, et s'étend le long de celle-ci depuis la première vertèbre dorsale jusqu'à la sixième inclusivement. Les corps de ces vertèbres sont corrodés, et l'os mis à nu sert de paroi à l'anévrysme.

Réflexions. — Deux faits nous paraissent intéressants dans notre présentation : d'une part, le volume de la poche ; de l'autre, l'absence presque complète de tout signe, aussi bien physique que fonctionnel. Si l'on en excepte les phénomènes douloureux auxquels a donné lieu la compression du phrénique gauche, phénomènes datant de trois ans, ne s'accompagnant d'aucun autre trouble appréciable du côté de la circulation ni de la respiration, on ne trouvera pas dans l'histoire clinique de notre malade les éléments suffisants pour guider le diagnostic et conclure à l'existence d'une tumeur artérielle intra-thoracique, du volume de celle que nous avons sous les yeux.

© BIU Santé

REVUE DES MALADIES DU FOIE

IV. Evolution nodulaire graisseuse du foie, par M. le Dr Sabourin. *Revue de méd.*, mai 1883.

V. Etude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaire; par le Dr Berthaut. — Thèse inaug. — Alex. Coccoz, 1883.

VI. Développement du foie et du système porto-abdominal; par le Dr Wertheimer. Thèse d'agrég.—A. Delahaye. Paris, 1883.

IV. Le système nerveux n'a pas seul le privilège de présenter des lésions dites systématiques et de se prêter aux localisations pathologiques. Si le cerveau et la moelle ont eu cet honneur de subir pour ainsi dire le premier assaut des tentatives localisatrices, les autres grands organes ont reçu bientôt le contre-coup de ces études opiniâtres de dissection anatomo-pathologique. Pour ne parler que du foie, c'est la notion de la dualité des cirrhoses qui a ouvert la marche. Ces localisations anatomo-pathologiques, qui ont pour point de départ forcé les notions acquises de l'anatomie descriptive, arrivent à modifier de fond en comble cette même anatomie descriptive et à en créer une nouvelle, *l'anatomie médicale;* aussi, quand on parle d'anatomie médicale d'un organe, c'est pour marquer que l'anatomie descriptive comporte beaucoup d'inconnus. En effet, quand on veut appliquer l'anatomie descriptive à la pathologie, on se heurte à chaque instant à des obstacles insurmontables et, cependant, il faut de toute nécessité qu'il y ait des raisons anatomiques normales rendant compte de cette topographie constante des lésions. Or, comme l'anatomie pathologique ne change pas, car elle ne dépend pas de nous, il faut changer l'anatomie descriptive qui est notre fait.

Mettant ces principes en pratique, M. Sabourin a déjà publié un travail (*Revue de médecine*, janvier 1882), où il a émis l'idée que le foie de l'homme était une glande comme une autre, glande biliaire en tubes anastomosés avec ses lobes, lobules et acini. Il se sert de cette manière d'envisager cet organe comme guide dans l'étude de ses modifications pathologiques.

Le travail que nous résumons ici, M. Sabourin le présente comme un exemple irrécusable des localisations systématiques dans le foie. Il s'agit d'une variété de stéatose hépatique à laquelle il donne le nom d'*évolution nodulaire*.

C'est une dégénérescence vésiculo-graisseuse des cellules hépatiques, qui présente comme caractère distinctif une évolution régionale bien spéciale et bien définie. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de la description anatomo-pathologique de cette lésion, M. Sabourin a successivement étudié des coupes faites à des périodes diverses de dégénérescence et décrit très exactement et très nettement les lésions qu'il a rencontrées.

Résumons-les rapidement: 1° Là où la dégénérescence vésiculeuse est complète, il n'existe qu'une nappe de graisse, au milieu de laquelle on distingue des canaux et des espaces portes et des veines sus-hépatiques; 2° Là où la lésion est moins complète, la nappe vésiculo-graisseuse est divisée en îlots par des travées; les îlots sont des blocs homogènes vésiculo-graisseux, les travées sont formées de tissu hépatique plus ou moins normal; dans les îlots existent les canaux portes et dans le stroma de tissu sain sont toutes les veines sus-hépatiques; 3° Là où la lésion est au début, même aspect plus net; 4° Tout à fait au début, la lésion est constituée de la manière suivante: Au milieu d'une nappe de tissu hépatique intact, nappe à contours irréguliers se prolongeant en travers sur le trajet des veines sus-hépatiques, on voit de petits blocs vésiculo-graisseux tout à fait isolés et comme incrustés dans la masse des trabécules hépatiques demeurées saines. Au centre de ce bloc adipeux existe un espace porte. Cette dégénérescence débute par les espaces portes et de là elle s'étend en rayonnant vers le territoire des veines sus-hépatiques.

V. Un des modes de terminaison des kystes hydatiques du foie est leur élimination par diverses voies, plèvres, poumons, parois abdominales, après rupture de la poche. C'est à l'étude de l'*élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires* que M. Berthaut a consacré sa thèse inaugurale. Cette monographie très intéressante, fruit d'études consciencieuses, servira de point de repère dans la question des kystes hydatiques. Nous nous permettrons cependant une légère critique en commençant. L'explication que donne l'auteur de la migration des embryons de l'intestin dans le foie, en se frayant une sortie dans le canal cholédoque et les canaux biliaires, nous semble peu probants; nous en dirons autant de la sélection de ces mêmes embryons pour le canal cholédoque à l'exclusion du canal pancréatique. L'auteur ajoute, il est vrai, un peu plus loin, qu'il serait peu prudent de prétendre que tous les embryons de tænia échinocoque passent par les voies biliaires pour arriver dans le foie. L'action de la bile sur les hydatides qui a été interprétée de diverses façons est parfaitement résumée dans ce travail. Assurément, dit M. Berthaut, si la bile pénétrait non seulement dans la tumeur hydatique, mais encore dans la cavité même de la vésicule qui y est contenue, le parasite serait frappé de mort. On réalise cette condition lorsqu'on fait des injections de bile ou bien lorsqu'un traumatisme quelconque a déterminé la rupture des hydatides dans un kyste en communication avec les voies biliaires. Mais il n'y a là rien de spécial à la bile. Les hydatides cessent de vivre dans d'autres circonstances, à la suite de la ponction simple par exemple. Le fait le plus important, c'est la rupture d'un animal qui doit être intact pour continuer son existence. La pénétration de la bile dans une poche renfermant une hydatide, sans que le liquide parvienne dans l'intérieur même de la vésicule, n'amène pas fatalement la mort du parasite. Aussi, bien loin de produire la suppuration, la bile paraît, au contraire, l'empêcher dans une certaine mesure parce qu'elle joue le rôle d'un agent antiseptique.

L'anatomie pathologique de cette question englobe, on le comprend, une foule de lésions tant du côté de la tumeur que du côté de chaque élément constitutif de l'organe hépatique. Nous ne pouvons que citer rapidement: l'hépatite aiguë suppurée ou non par compression est rare; l'hépatite scléreuse et la dégénérescence graisseuse sont fréquentes. — Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage même pour la description du kyste, de ses relations et rapports avec les canaux biliaires et le tissu hépatique, et de son contenu. — La colique hépatique, l'ictère, sont les deux grands symptômes de cette migration des kystes hydatiques, absolument comme pour la lithiase biliaire, dont l'action physique est d'ailleurs complètement identique. On constate aussi souvent des accès fébriles analogues à ceux qui accompagnent la colique hépatique et qui constituent le syndrome clinique que le professeur Charcot a décrit sous le nom de fièvre intermittente hépatalgique. L'inflammation chronique de l'organe qui, dans quelques cas d'obstruction permanente des conduits biliaires, a produit l'augmentation de volume, se termine souvent par une rétraction avec diminution. Cette rétraction est plus fréquente dans les cas d'obstruction par des calculs ou par un cancer de la tête du pancréas. Ordinairement quand l'obstruction est produite par des hydatides, le volume du foie persiste et s'accroît même de plus en plus. Il y a une grande différence, dit l'auteur, entre ces deux espèces d'obstruction. Dans l'obstruction calculeuse, la bile seule exerce son action sur les canaux biliaires et l'angiocholite s'observe souvent. Au contraire, dans l'obstruction par des hydatiques, l'action du contenu du kyste s'ajoute à celle de la bile, l'angiocholite chronique est rare et on observe le plus souvent une angiocholite purulente.

La tendance du kyste à se frayer une ouverture vers tel ou tel organe donne lieu à une symptomalogie spéciale bien connue. Le diagnostic de l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires est basé sur trois symptômes, coliques hépatiques, ictère, présence des hydatides dans les matières fécales. La pénétration des gaz intestinaux dans la cavité kystique paraît caractéristique de sa communication avec l'intestin.

La règle de conduite que pose l'auteur pour le traitement de cette affection est d'intervenir chirurgicalement le plus

© BIU Santé

tôt possible, quand on a la chance de pouvoir préciser le siège de la tumeur. On doit faire une ponction avec un gros trocart et injection antiseptique.

VI. Il est impossible d'analyser la thèse d'agrégation de M. Wertheimer. C'est un exposé complet, avec précis historique, de l'état de la science sur le sujet. Il faudrait tout citer sous peine d'être inintelligible ; chaque alinéa exprime un fait, et ne saurait se passer de celui qui précède ni de celui qui suit ; il n'en saurait être autrement, d'ailleurs, dans une question d'anatomie descriptive, qu'elle soit microscopique ou macroscopique.

Pour le foie comme pour le système porte-abdominal, l'auteur part du développement chez le poulet pour passer à l'étude du développement chez l'homme. Nous devons pourtant signaler un chapitre, c'est celui où il essaie de donner une idée de la structure du foie, en se basant sur l'étude de son embryogénie. Deux théories se trouvent en présence : il n'y a qu'une seule espèce d'éléments glandulaires dans le foie naissant, disent les uns, il n'y a qu'une glande, le foie n'est qu'un organe destiné à sécréter la bile. Il y a dès le principe deux variétés d'éléments, disent les autres, comme il y a deux glandes, l'une biliaire, l'autre glycogénique. Les deux opinions, dit l'auteur, reposent sur des arguments solides, et comme nous n'avons aucun nouveau fait à apporter à l'appui de l'une ou de l'autre, nous nous contentons simplement de les exposer, laissant à une étude définitive et complète du développement histogénique du foie, le soin de résoudre la question.

DOUGLAS-AIGRE.

CORRESPONDANCE

Les Facultés de médecine de Prague.

Prague, le 24 août 1884.

Mon cher Rédacteur,

Je m'empresse de déférer au désir que vous m'exprimez d'avoir quelques renseignements sur les facultés de médecine et les services hospitaliers de Prague. Un feuilleton de la *Gazette médicale de Paris* (21 juin 1884) vous fait connaître la récente installation d'une faculté médicale *tchèque* à côté de la Faculté *allemande*, et donne les noms des nouveaux professeurs. Cette faculté doit son origine à des causes d'ordre politique ; et un député de l'Alsace, M. Th. Grad, qui rend compte dans l'*Express de Mulhouse* d'une récente visite à Prague, caractérise avec *humour* la situation difficile, créée par l'antagonisme entre Tchèques et Allemands.

« En Bohême, écrit M. Grad, Tchèques et Allemands vivent entre eux comme chiens et chats. Entre étudiants, on a été à couteaux tirés. Le sentiment national est venu au point qu'il a fallu établir deux Universités distinctes. Comme, dans l'ancienne université, la langue allemande servait pour l'enseignement, les Tchèques n'ont eu de repos que le jour où le gouvernement a ordonné une sorte de séparation de corps ; ils ont obtenu leur université, où tous les professeurs font leurs cours en langue tchèque, à côté de l'université où l'on parle allemand. Tous les instituts sont séparés, jusqu'aux services des hôpitaux et des cliniques avec leurs entrées distinctes. J'ai visité avec mon ami, le Dr J. Dagonet, un asile d'idiots, partagé lui aussi, en deux sections, l'une pour les allemands, l'autre pour les slaves. Ainsi la lutte des nationalités, en Bohême, ne tolère même pas la réunion des idiots, une classe de la société où l'égalité de situation ne semble pas devoir imposer de distictions nationales... »

Ceci vous peint la situation politique de la Bohême ; la conséquence de cette antagonisme a été le dédoublement de l'unisité primitive en deux universités parallèles, double organe pour une même fonction. A propos de la faculté médicale Tchèque, permettez-moi d'abord de citer le curieux feuilleton de la *Gazette médicale de Paris*, et de vous faire sonner la cloche Tchèque.

« Après de longues luttes, la faculté de médecine Tchèque a été enfin fondée cet hiver, au moins partiellement, et tous les médecins et étudiants tchèques comptent sur la prompte organisation des cliniques encore absentes. Dans certaines feuilles allemandes politiques et même médicales, on insinuait que le personnel serait insuffisant, et même tout à fait nul ; on émettait des doutes sur la bonne tenue des différentes chaires. Mais ces préoccupations « scientifiques », empreintes d'une jalousie mal déguisée, n'avaient aucun fondement. Ce sont, en effet, les circonstances, et principalement l'absence de faculté nationale, qui avaient contraint les professeurs bohêmes ou tchèques, soit d'enseigner à Prague en langue allemande et d'écrire en allemand, soit de se faire nommer dans d'autres universités d'Autriche et même de Russie, pour ne pas renoncer à la carrière scientifique, comme ont dû le faire malheureusement bien des hommes de talent, et se jeter dans la pratique.

« C'est par le transfert à Vienne des plus éminentes personnalités de Prague, que l'université Viennoise acquit autrefois sa célébrité. Ses étoiles étaient des tchèques. Rokitansky et Skoda étaient de la Bohême. Ils étaient nés de parents tchèques, l'un à Plyen, l'autre à Kralove-Hradic. Le fondateur du premier institut physiologique en Europe, Purkynje, complétait un illustre triumvirat. Lui aussi était de la Bohême, et il resta fidèle à sa patrie. Un grand nombre de médecins célèbres : Czermak, Pittra, Duchek, Petters, Hamernick, Treitz, proviennent encore de familles tchèques, et c'est le plus souvent par suite de circonstances politiques défavorables, de la prédominance du régime de germanisation, que ces hommes éminents ne purent briller dans leur propre patrie, ni savoir la science dans leur langue maternelle.

« Maintenant, les muses ne sont plus seules à avoir leur temple à Prague ; les jeunes disciples d'Esculape ont le leur, et, bien qu'il soit encore incomplet et même insuffisant dans ses services accessoires, ils se pressent en foule autour des nouveaux prêtres de la science, et les populations de la Bohême, grâce à la parole toute-puissante du chef de l'empire, ne seront plus désormais obligées de recourir à des médecins qui ne savent pas leur langue, et qui ne veulent pas l'apprendre.

« La plupart des professeurs tchèques récemment nommés étaient déjà professeurs extraordinaires de l'université allemande de Prague. Ainsi Eiselt, assistant de Duchek ; Weiss, le meilleur opérateur de toute la Bohême ; Schoebl, connu par ses nombreux travaux d'histologie et comme oculiste, et qui est maintenant directeur de la clinique ophthalmologique ; Streng, le seul représentant éminent de la vieille école gynécologique de Prague, qui était autrefois l'objet d'un véritable pèlerinage. Aucun n'a hésité un instant à se mettre à la tête de la nouvelle université. »

« En peu de temps, les chaires principales ont été occupées. La physiologie échut à Tomsa, alors professeur à Kiew, en Russie, bien que tchèque de naissance, et qui n'hésita pas à abandonner par patriotisme une place très lucrative pour donner dans son pays son enseignement magistral. Pour la pathologie générale et expérimentale, on a nommé Spina, l'assistant de Stricker. Un ancien assistant de Klebs, le professeur Hlava, enseigne l'anatomie pathologique. Ses travaux et mémoires jouissent auprès des personnes compétentes d'une grande réputation. Malgré les difficultés de tout genre, ce jeune savant a organisé en peu de temps son institut pathologique d'une façon si complète, qu'il ne le cède à aucun établissement étranger, et cela sans avoir à sa disposition de grosses sommes d'argent, comme les professeurs de l'université allemande de Prague. Le professeur Stelfall, un des meilleurs assistants de Bochdalek, professe l'anatomie normale. La dermatologie et la syphilis sont confiées à Janovsky, élève du regretté Petters.

« On a récemment proposé pour la pédiatrie et comme professeur extraordinaire, le docteur Neureutter, longtemps directeur et médecin de l'hôpital d'enfants François-Joseph. Une clinique pour les maladies de l'oreille et du nez sera aussi prochainement établie, et, sans doute, confiée au docteur Czarda, connu par ses publications spéciales. La policlinique tchèque, sous la direction du professeur extraordinaire Maixner, malgré sa courte existence, est très fréquentée.

« Pour la chimie médicale, on a fait venir de Vienne Horbaczewky. On projette aussi l'organisation d'une clinique de maladies mentales, dont le directeur est trouvé. Si nous re-

© BIU Santé

marquons encore que, dans le courant du semestre d'hiver, des professeurs libres distingués se sont fait inscrire pour l'histologie, la gynécologie, la chirurgie, l'odontologie, la pathologie interne, et la balnéologie, on peut voir que la nouvelle faculté a pour elle toutes les chances de succès. » (*Gazette Médicale de Paris*, n° du 21 juin 1884).

Comme vous le voyez par cet article, les tchèques se plaignent de l'obligation où se trouvaient les savants de parler la langue allemande ; ils ajoutent que les populations tchèques ne seront plus obligées d'avoir recours à des médecins qui ne comprennent pas leur langue et ne veulent pas l'apprendre.

Mais, en réalité, ce n'est pas la distinction de langue qui a déterminé la scission de la faculté de médecine, et, dans les services hospitaliers allemands, presque tous les professeurs, les assistants, le personnel de service, parlent nécessairement les deux langues. La tendance des tchèques à rejeter la langue allemande ne paraît pas devoir être satisfaite, et nous croyons qu'il faut les en féliciter. Dans la faculté tchèque, aujourd'hui encore, les élèves n'ont que des livres allemands ; un seul journal de médecine paraît en langue tchèque ; enfin, le très jeune professeur tchèque Hlava (1), vient de publier un mémoire en allemand dans les *Archives de pathologie* de Klebs.

D'autres remarques sont encore à faire. C'est ainsi que le patronage des professeurs viennois Skoda et Rokitansky, dont la culture intellectuelle a été allemande, peut paraître un peu étrange. Il y a quelques années, au moment où la lutte des nationalités s'accentuait en Bohême, un comité de médecins tchèques avait organisé une exposition d'autographes de savants tchèques ; l'autographe du professeur Rokitansky, *écrit en allemand*, informait, une fois pour toutes, un journal *tchèque*, de ne plus continuer à lui envoyer ses numéros.

Il faut aussi s'associer avec réserve aux éloges prématurés que les tchèques font de leurs professeurs. Certes, l'avenir scientifique s'ouvre à la nouvelle Faculté ; mais au moins convient-il d'attendre ses œuvres pour la juger ; un choix forcément hâtif des professeurs a placé bien des inconnus à côté d'excellents praticiens. Rappelons, en terminant cette critique dont le seul but est de montrer que la lutte des nationalités a pénétré partout, les sages mais inutiles paroles du professeur Klebs : les journaux tchèques, mécontents de voir une chaire occupée par un allemand de Kœnigsberg, lui faisaient une guerre acharnée ; on cassait les carreaux de l'Institut d'anatomie pathologique, et la police devait intervenir. Le professeur Klebs quitta Prague, où la vie lui devenait impossible, et dit aux étudiants : « Vous êtes deux nations ; mais, ici, vous devez être amis ! car, pour la science, il n'y a pas de nationalité. »

Les services hospitaliers sont à l'*Allgemeine Krankenhaus* ; celui d'obstétrique, au *Gebœrhaus* ; plus tard, ils seront complétés par la création d'une clinique d'otologie et de maladies mentales.

L'*Aufnahmes Kanzelei*, où ont lieu la consultation et l'admission des malades, est occupée un jour par les médecins tchèques, le lendemain par les médecins allemands. Pour l'enseignement de la médecine légale, les noyés qui échouent sur la rive droite de la Moldau appartiennent aux médecin tchèques ; la rive gauche est allemande. En d'autres termes, les tchèques ont la plus grande partie de la ville, et les allemands, les quartiers de Klein-Seite et de Swichow, etc.

La faculté de médecine tchèque est située dans la Neustadt, où se trouvent également les différents instituts, l'hôpital, la maison d'accouchements, les asiles d'aliénés. Elle renferme des laboratoires d'histologie, d'anatomie, de physiologie, etc., un certain nombre de locaux, destinés à des musées, ne sont pas occupés encore. Je vous parlerai dans une prochaine lettre de l'importante *Faculté allemande*, des instituts et du Gebœrhaus.

Dr Jules Dagonet.

(1) Hlava, *Die Beziehung der Blutplättchen Bizzozero's zur Blutgerinnung und Thrombose ; — Ein Beitrag zur Histogeñese der fibrins* (*Arch. f. Exper. Path. u. Pharmakologie*, XVII Bd., 6 H., 20 nov. 1883, p. 392-419.

BIBLIOGRAPHIE

De l'emploi du naphtol dans quelques maladies de peau ; par le Dr Sombret. — Paris, 1883. A. Parent.

Le professeur Kaposi, de Vienne, emploie le naphtol dans le traitement de plusieurs maladies cutanées. Quelle est la valeur de ce médicament nouveau et dans quelles affections doit-on l'employer ? Dans les cas de *gale* que le Dr Guérin (Th. Paris 1882) et Sombret ont traités, le naphtol a toujours réussi. Il suffit de 2 à 3 frottes avec la pommade du professeur Kaposi.

Axonge	100 gr.
Savon vert	50 gr.
Naphtol B.	15 gr.
Craie blanche pulvérisée . . .	10 gr.

Le prurit cesse rapidement, et du huitième au dixième jour, le malade peut être considéré comme radicalement guéri sans présenter trace d'eczéma.

Le naphtol est donc parasiticide comme le soufre, et il est de plus modificateur des éruptions qui accompagnent la gale. Que de galeux conservent un prurit intolérable pendant 1 et 2 mois, après le traitement à la pommade d'Helmerich : Que d'eczémas rebelles l'on peut éviter par l'emploi du naphtol.

Le prurigo de Hébra est de même heureusement influencé par ce traitement, etc. Par contre, le naphtol a échoué dans les divers cas de *psoriasis* traités à St-Louis dans le service du Dr Besnier. L'opinion de Kaposi ne semble donc pas justifiée. Ajoutons qu'administré avec les précautions nécessaires en thérapeutique, le naphtol n'est pas un médicament dangereux. Ceci est nettement établi, malgré un cas discutable de néphrite toxique qui a été le point de départ d'une polémique très vive entre Neisser (de Breslau) et Kaposi.

Tels sont les points mis en lumière dans la thèse du Dr P. Sombret que nous analysons trop rapidement. Le Dr P. Sombret nous offre une œuvre de critique sérieuse et un travail consciencieux qui sera lu par les praticiens avec un vif intérêt. J. C.

Stenosi congenita del cono arteriose destro con apertura del setto interventricolare ; par le Dr Arrigo Maroni. — Milan, 1883. Francesco-Vallardi, éditeur.

Observation intéressante et rare de rétrécissement de l'infundibulum du ventricule droit, avec un examen très complet des signes et des lésions. Il s'agit d'une fille de 15 ans, morte à la suite d'épistaxis abondantes et répétées. J. C.

VARIA

Le choléra.

France. — Dans le département de l'*Ardèche* la situation s'améliore sauf à *Lavilledieu* ; quelques cas ont été signalés à *Ruoms*, à *Laurac*, à *St.-André-de-Cruzières*, à *St.-Pons*, à *Pradons*, à *Vallon*, à *St.-Alban-sous-Sampzon*. La plupart de ces localités ont été visitées par le sous-préfet de Largentière, M. de Font-Réaulx, qui s'est rendu au chevet des malades et a pris, de concert avec les médecins et les autorités locales, toutes les mesures de désinfection et de salubrité nécessitées par la situation. Contrairement à ce qui s'est passé ailleurs les populations ont fait preuve d'un grand calme ; tout le monde est resté à son poste, et de nombreuses personnes se sont fait inscrire comme infirmiers volontaires ; à *Vogué* on ne signale aucun cas nouveau.

Les mêmes départements du littoral méditerranéen (*Bouches du Rhône*, *Hérault*, *Pyrénées-Orientales*, *Var*, *Gard*, *Hautes-Alpes*, *Basses-Alpes*, *Drôme*, *Aveyron*, *Ardèche*, *Vaucluse*, *Aude*), ont continué à présenter pendant cette semaine un certain nombre de cas de choléra ; l'épidémie règne principalement dans les villages ; les villes comme Perpignan, Béziers, Carcassonne, Cette, etc., n'ont eu que quelques cas isolés. On a en outre signalé un cas de choléra à *La Porta* (Corse) et quelques rares cas dans la *Haute-Garonne*. — C'est à tort que les journaux auraient annoncé quelques décès cholériques à *Lyon* ; il n'y aurait encore eu dans cette ville aucun cas de *choléra asiatique*.

© BIU Santé

Les décès causés par le choléra se répartissent pour la dernière semaine de la façon suivante :

	Toulon et Banlieue.	Marseille.	Arles.	Aix.
26 août . . .	5	12	1	3
27 —	5	4	0	7
28 —	7	5	0	4
29 —	3	5	2	3
30 —	2	15	1	0
31 —	1	9	0	0
1er septembre	2	9	0	1
2 —	3	5	1	1
3 —	4	3	0	0

Selon nos prévisions (1) le choléra, en décroissance dans le midi de la France, s'est étendu au sud-est et au sud-ouest des premières localités atteintes, sur le littoral méditerranéen ; il est toutefois à noter que sa marche a été plus rapide vers le sud-est.

Paris. — On ne signale jusqu'à présent aucun cas de *choléra asiatique*.

Espagne. — On annonce que le choléra aurait été constaté à *Alicante*, à *Novelda*, *Elche*, *Monovar* ; ces trois dernières localités se trouvent dans un rayon de 20 à 30 kilomètres environ au sud-ouest d'Alicante, et sont situées sur les bords du Vinalapo ; Elche a une altitude de 61 mètres, et Novelda de 260 mètres. Le gouvernement espagnol a isolé complètement la province d'Alicante ; la circulation des trains est arrêtée. La panique est grande.

Les personnes qui ont approché des cholériques (médecins, fossoyeurs, etc.) sont isolées et gardées à vue par la gendarmerie.

Italie. — L'épidémie règne dans ce pays avec beaucoup plus d'intensité qu'en France. — Quoique le choléra sévisse dans une quinzaine de provinces, le gouvernement a maintenu les cordons sanitaires de la frontière et en a établi autour des nombreux foyers qui se produisent tous les jours. L'expérience faite en Italie des cordons sanitaires ne peut être considérée comme concluante, car depuis l'établissement des cordons sanitaires à la frontière « douaniers et contrebandiers se font concurrence. Autrefois, pour traverser le cordon militaire sans être arrêté, il fallait verser aux soldats du poste 100 francs au moins. En gens avisés, les contrebandiers, qui transportent les hommes aussi bien que les marchandises, se sont chargés de conduire les voyageurs par des sentiers détournés, connus d'eux seuls, pour la moitié de cette somme. Aujourd'hui, pour ne pas perdre leurs clients, les soldats se contentent de 10 à 20 francs, et peut-être ces prix baisseront-ils encore dans les jours qui suivront. Peut-être bien y a-t-il quelque exagération dans ce tableau, mais ceux qui connaissent l'Italie assurent qu'il n'y a rien d'absolument invraisemblable » (2).

A *Busca* l'épidémie est en décroissance ; le roi en a profité pour faire une visite aux cholériques. Dans cette localité l'ignorance, la superstition et les mauvaises conditions hygiéniques ont été pour beaucoup dans la propagation du choléra. Personne ne voulait être transporté au lazaret. Les malades repoussaient le médecin, en disant qu'il bût lui-même la fiole de poison. — A la *Spezzia*, le choléra continue à faire de nombreuses victimes ; le nombre des décès est même probablement au-dessous du chiffre réel, car maintenant comme au début, beaucoup de cas ont été cachés aux autorités. On aurait, dit-on, trouvé déjà un certain nombre de cadavres abandonnés ou enterrés clandestinement dans les jardins, soit en ville, soit dans des campagnes environnantes. L'émigration est presque générale, 15,000 habitants sur 24,000 ont fui, et les autres, hommes et femmes, cherchant dans l'ivresse l'oubli de leur terreur, ont envahi les liquoristes.

Le *Bulletin sanitaire officiel* donne pour la journée du 1er septembre : province d'Aquila, 1 décès ; province de Bergame, 17 cas, 9 décès ; province de Campobasso, 4 cas, 1 décès ; province de Cuneo, 14 cas, 11 décès ; province de Gênes, 41 cas, dont 39 à la Spezzia, 15 décès, dont 13 à la Spezzia ; province de Lucq 2 cas ; province de Modène 2 cas, 1 décès : province de Mantoues, 1 cas ; province de Naples, 60 cas ; province de Parme, 4 cas, Milan, 3 décès ; province de Reggio d'Emilia, un cas ; province de Turin, 4 cas, 3 décès.

Le choléra à Naples et en Calabre. — Des scènes d'une sauvagerie inouïe ont eu lieu jeudi dernier à *Naples*, *Montecalvario*, *S. Giuseppe*, *Porto*, *Vicaria*, *Mercato*, tous ces quartiers étaient soulevés. Des femmes, les cheveux épars, couraient par les ruelles, traînant par la main ou portant au bras leurs enfants. Les gardes municipaux et les agents de la questure avaient de la peine à contenir l'étrange rébellion : on dut recourir aux carabiniers. Et tout cela parce que le bruit s'était répandu que les gardes municipaux visitaient les écoles pour enlever et porter à l'hôpital de la Conocchia les enfants malades ! Dans la ruelle Spigola, deux gardes municipaux furent désignés par la populace comme propagateurs du choléra et assaillis férocement à coups de pierres et de bâtons. Les gardes dégainèrent et tinrent tête à la fureur de la plèbe ; mais ils ne réussirent à disperser les assaillants qu'en tirant des coups de révolver ; et l'un d'eux sortit de la mêlée avec son sabre brisé.

Le fait qui s'est passé au *Vicolo* Orticelli est encore plus grave. A 2 heures, une personne se présentait au bureau municipal en déclarant qu'un enfant de trois ans se mourait du choléra dans une maison de cette ruelle. On envoya sur les lieux le Dr Rubino avec un employé et deux gardes municipaux. Ils se dirigèrent tous les quatre vers la ruelle Orticelli. Mais une foule énorme s'avança vers eux en criant et en proférant des menaces. On appela aussitôt un renfort de gardes, qui ne tardèrent pas à arriver ayant à leur tête le lieutenant Aldinofi. L'inspecteur de la questure Di Donato, le marquis Sersale, un piquet de gardes de finances et une forte escouade de carabiniers accoururent aussi. Une courte lutte s'engagea avec la foule. Une pierre fut lancée contre l'inspecteur. On dut alors faire usage des armes et on dispersa la foule à coups de sabre et de revolver. On a arrêté quatre individus et une femme. Deux brigadiers et un garde municipal ont été blessés légèrement. Vers 7 heures, l'émeute étant réprimée, les carabiniers se retirèrent.

Le 25, la populace du quartier de Porto à Naples a maltraité et blessé un médecin venu pour donner des soins à un cholérique. La foule l'accusait d'être un empoisonneur.

L'autre jour, à Candino, en Calabre, deux gardes forestiers, pour faire une plaisanterie, frappèrent à la porte d'une ferme et dirent que le syndic était en train de *fabriquer du choléra*. En moins d'une heure, près de quatre cents individus se réunirent armés de fusils et de bâtons et se mirent en marche pour aller tuer le syndic et brûler sa maison. Le pauvre diable fut réveillé en sursaut par les hurlements des paysans. Il les tint à distance en lâchant contre eux ses deux chiens de garde, et au point du jour arrivèrent deux délégués et des carabiniers qui délivrèrent le syndic, calmèrent la population et arrêtèrent les deux imbéciles auteurs de cette détestable plaisanterie (1).

Le service postal entre Naples et Reggio est suspendu et l'administration ne laisse plus partir de trains pour cette dernière ville, la population s'attroupant à la gare et accueillant les voyageurs à coups de fusil.

Le 2 septembre il y a eu à *Naples* 122 cas, 69 décès ; dans le reste de la province 5 cas et 2 décès.

A *villa San Giovanni* la populace a envahi l'habitation de M. Baresse, croyant que celui-ci tenait caché un médecin, M. *Ferro*, que l'on accusait d'avoir administré du poison à ses malades et l'a couvert de coups et de blessures. A la nouvelle de ces désordres le procureur du roi de Reggio s'est immédiatement rendu à la villa San Giovanni avec un juge d'instruction, un capitaine des carabiniers et de la troupe. L'apparition de la force fit bon effet sur la populace et l'ordre ne tarda pas à être rétabli. Plusieurs arrestations ont été opérées : parmi les gens arrêtés se trouvent précisément les principaux organisateurs des troubles et les auteurs de graves blessures faites à M. Baresse. M. Baresse, après avoir reçu des coups de poignard et de bâton, a été traîné par les pieds dans la rue. Son état est des plus graves. On parle d'autres désordres qui auraient eu lieu dans la même province. Les médecins ne sortent qu'accompagnés d'une escorte de carabiniers et de gardes.

Crémation.

On raconte une curieuse cérémonie qui vient d'avoir lieu à Etretat : une famille indienne, en villégiature dans cette station, a brûlé un de ses membres mort deux jours auparavant. Un riche indien, le rajah d'Abusahib-Koanderao, était à Etretat avec une suite de douze personnes. Il avait quitté Nice pour éviter le choléra. Mal lui en prit, car il est mort hier, très rapidement enlevé par un anthrax. Selon le rite asiatique, ses parents et domestiques ont déclaré que le corps devait être brûlé. On en a référé à l'autorité et le maire d'Etretat a télégraphié au préfet et au ministre avant de laisser procéder à la cérémonie, qui fut autorisée. La décomposition du corps avait été si rapide, qu'il y avait urgence : on exigea seulement des initiés la plus grande discrétion. La nuit dernière, donc, en présence du maire et de plusieurs médecins : le Dr Fidelin, d'Etretat, le Dr américain Kennedy, qui avait soigné le rajah d'Abusahib, et le Dr Frémy, de Nice, le corps a été apporté sur la plage, au pied des hautes falaises. Là, un bûcher avait été préparé par les indiens de la suite du rajah. Ce bûcher affectait la forme d'un lit de repos. Il était composé de couches alternées de bois et de copeaux qu'on avait arrosés d'huile et de pétrole. On a mis ensuite un lit de foin sur lequel a été déposé le corps. Au-dessus, on a continué à charger le bûcher de bois et de copeaux

(1) *Progrès médical* du 9 août.
(2) *Journal de Genève*, 21 août.

(1) *Journal de Genève*, des 29 août et 2 septembre.

© BIU Santé

de bois comme dessous et le feu a été mis par en haut. L'incinération a duré de deux à six heures du matin. A cette heure là la crémation étant complète, les parents et serviteurs ont procédé à diverses cérémonies. On a fait trois lots de la cendre. L'un a été jeté au vent; le second précipité à la mer; le troisième recueilli dans une urne qui sera portée au pays du rajah. (*Justice* du 4 septembre).

Enseignement médical libre.

Cours complet d'accouchements. — M. Verrier, préparateur à la faculté, commencera ce cours le lundi 15 septembre prochain, à 4 heures, 129, rue Saint-Honoré, près la rue du Louvre. Les leçons auront lieu tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. Le cours sera terminé pour la rentrée en novembre.

Exercices pratiques avec le nouveau fantôme. On s'inscrit de 1 à 3 heures, 129, rue Saint-Honoré.

Clinique médicale. — M. Landouzy, agrégé, remplaçant M. le professeur Hardy à la Charité, fait, les mardis et samedis, 10 heures, des leçons cliniques. — Visite tous les jours à 9 heures; le jeudi examen et interrogatoire des malades par les élèves. Première leçon le mardi 26 août.

Clinique chirurgicale.—Le Dr Bailly, agrégé suppléant le professeur Trélat, fait le lundi et le vendredi, à 9 heures du matin, à l'hôpital de la Charité, des leçons de clinique chirurgicale.

FORMULES

25. — Coqueluche. — Dr Cullimore.

R. — Aluminis sulph. . .	gr. II. (0 gr., 12 centigr.).
Tinct. bellad. (B. P.). . .	m III-V (0 gr., 15 à 25 centigr.).
Tinct. cinchonae	m XII (0 gr. 60 centigr.).
Sirupi aurantii	ʒ ss. (5 gr.).
Aquae	ʒ II (6 gr.).

M. — A prendre en une seule dose, pour un enfant de 4 ans. — (*Jour. of the American Med. Association*).

26. — Diarrhée infantile. — Dr A. A. Smith.

R. — Magnes calcin.	ʒ I (3 gr.).
Spt. amm. arom.	III X (0 gr. 55 centigr.).
Tinct. assa fœt.	ʒ I (3 gr.).
Anisette	ʒ VI (18 gr.).
Aq. cinnam	ʒ IV (96 gr.).

M. — Dose : Une cuillerée à thé toutes les demi-heures jusqu'à soulagement, pour un enfant de trois semaines à quatre mois. — (*Union médicale du Canada*, août 1884).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 22 août au jeudi 28 août 1884, les naissances ont été au nombre de 1143, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 413; illégitimes, 156. Total, 570. — *Sexe féminin* : légitimes, 420; illégitimes, 153. Total, 573.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 22 août au jeudi 28 août 1884, les décès ont été au nombre de 987, savoir : 543 hommes et 444 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 17, F. 16, T. 33. — Variole : M. .., F. .., T. .. — Rougeole : M. 13, F. 13, T. 26. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 5, T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 14, F. 10, T. 24. — Dyssenterie : M. 1, F. .., T. 1. — Erysipèle : M. 1, F. 4, T. 5. — Infections puerpérales : 1. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 27, F. 23, T. 50. — Phthisie pulmonaire : M. 112, F. 75, T. 187. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 5, T. 17. — Autres affections générales : M. 29, F. 42, T. 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 23, F. 15, T. 38. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 4, T. 13. — Pneumonie : M. 20, F. 17, T. 37. — Athrepsie : M. 89, F. 97, T. 186. — Autres maladies des divers appareils : M. 139, F. 110, T. 249. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 29, F. 4, T. 33. — Causes non classées M. 5, F. 2, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 80 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31; illégitimes, 12. Total : 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 11. Total : 137.

Faculté de médecine de Paris. — Pendant les vacances, MM. les professeurs de clinique sont suppléés dans leurs chaires respectives par MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu. — M. Debove, suppléant M. le professeur Sée; M. Humbert, suppléant M. le professeur Richet; M. Peyrot, suppléant M. le professeur Panas.

Charité. — M. Landouzy, suppléant M. le professeur Hardy; M. Bouilly, suppléant M. le professeur Trélat.

Necker. — M. Segond, suppléant M. le professeur Le Fort.

Pitié. — M. A. Robin, suppléant M. le professeur Jaccoud; M. Kirmisson, suppléant M. le professeur Verneuil.

Saint-Louis. — M. Quinquaud, suppléant M. le professeur Fournier.

Clinique d'accouchements. — M. Pinard, suppléant M. le professeur Pajot.

Salpêtrière. — M. Hanot, suppléant M. le professeur Charcot.

Concours. — *Avis important.* — Aux termes du règlement sur le service de santé, les étudiants en médecine qui désirent prendre part au concours pour les places d'externes sont tenus de produire indépendamment des autres pièces exigées, un certificat de *vaccine*. MM. les candidats sont prévenus qu'à l'avenir et pour le concours qui doit s'ouvrir le 9 octobre prochain, cette pièce devra être remplacée par un *certificat de revaccination* dûment légalisé et portant une date récente.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté en date du 16 août 1884, le concours fixé au 15 juillet 1884, à la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims est reporté au 1er mai 1885. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté de médecine de Nancy. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira devant cette faculté le 18 janvier 1885. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Nominations. — Par arrêté en date du 16 août 1884, M. Regnauld, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, a été nommé membre du comité consultatif d'hygiène publique de France. — Les Drs Wolff et Hack, ont été nommés professeurs extraordinaires l'un à Berlin l'autre à Fribourg en Brisgau; — Les Drs A. et D. Frankel et Litten, ont été nommés professeurs ordinaires à Berlin; — Le professeur Grützner a reçu un appel pour la chaire d'anatomie de physiologie de Tubingue en remplacemen de M. Vierordt.

— Le Dr Mendel, Privat-Docent à Berlin, est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie; le Dr Tuczek (de Marburg) est nommé Privat-Docent de psychiatrie.

— Le professeur Braun (d'Heidelberg), a été appelé à la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté d'Iéna.

— Par décret en date du 16 août, M. le médecin professeur Nielly a été promu au grade de médecin en chef de la marine.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Théodore Bellier, licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux chimiques.

Ecole préparatoire de Rouen. — Par arrêté en date du 16 août 1884, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et pharmacie de Rouen s'ouvrira le 1er mai 1885, à la Faculté de médecine de Paris. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Assistance publique. — L'incident de l'hôpital de la Charité s'est terminé par l'engagement formel de M. Quentin de déplacer l'employé, cause du conflit, dans le plus bref délai.

Nouveau journal. — Nous recevons un numéro de l'*Eco scientifico de las Villas*, journal paraissant tous les quinze jours à Cuba, sous la direction du Dr Regas.

Nécrologie. — On annonce la mort des Drs Pestel (de Saint-Chartier), Delfau (d'Estagel) (mort du choléra), Macvir (de Givet), L. Blanc (de Lyon), Vandeper (de Versailles). — M. Bertin, maître de conférences et sous-directeur de l'Ecole normale, membre du conseil d'hygiène est mort subitement. — Le Dr Pavy, faisant partie de la mission Greely au pôle Nord, aurait été tué et dévoré par ses compagnons.

Les épidémies en général et celle du *choléra* en particulier, nous permettent d'insister auprès de nos lecteurs pour qu'ils préconisent le vinaigre de pennès, dont la propriété éminemment désinfectante a été constatée par quarante-huit chefs de service dans les hôpitaux et qui ne saurait être confondu, surtout au point de vue de l'*assainissement des habitations*, avec tant d'autres produits déjà connus. Il se volatilise facilement et se mêle en toute proportion à l'air respiré dans les milieux habités ou encombrés par un grand nombre de personnes, et cela, sans avoir à redouter le moindre inconvénient. Il n'est pas inutile d'ajouter que son odeur est des plus agréables et que l'*Acide salicylique*, qui en fait la base, se trouve en partie vaporisé, en raison de son contact immédiat avec l'acide acétique concentré. Eviter les contrefaçons et les imitations.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin** et Cie, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

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

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES FOSSÉS-ST-JACQUES.

BLANCHARD (R.). De l'anesthésie par le protoxyde d'azote, par la méthode du professeur P. Bert. Un vol. de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

TRAJET DIRECT DE PARIS A PLOMBIÈRES EN 8 HEURES

EAU EN BOISSON. — BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les Eaux de Plombières sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.
Les Bains Concentrés sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — ADRESSER LES DEMANDES DIRECTEMENT A LA *Cie de Plombières* ou au *Dépôt Principal*, **Maison ADAM, 31, Boulevard des Italiens, à Paris.**

VALS

Eaux Minérales naturelles. Sources dont l'usage est admis dans les Hôpitaux civils de France.

PRESCRIPTIONS MÉDICALES :

SAINT-JEAN. Affections des voies digestives, pesanteur d'estomac.
PRÉCIEUSE. Appareil biliaire, calculs hépatiques, jaunisse, gastralgies.
RIGOLETTE. Appauvrissement du sang, pâles couleurs, débilité.
DÉSIRÉE. Constipation, incontinence d'urine, calculs, coliques néphrétiques.
MAGDELEINE. Maladies du foie, des reins, de la gravelle et du diabète.
DOMINIQUE. Souveraine contre les maladies de la peau, asthme, catarrhe pulmonaire, chlorose, anémie, débilité.

Détail : dans tous les Dépôts d'eaux minérales et les Pharmacies, au prix de **80** c. la bouteille. Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — Dose, une bouteille par jour.

Le commerce doit adresser ses demandes à

LA SOCIÉTÉ GÉNÉRALE, A VALS (ARDÈCHE)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. —

Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande.

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la Coca envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de Coca. L'Elixir, le Vin et les Pastilles de Coca de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'Elixir de Coca de J. Bain est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—Le Vin de Coca de J. Bain est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

RECHERCHES
CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SUR
L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1883

Par BOURNEVILLE, BONNAIRE, BOUTIER, LEFLAIVE, P. BRICON et SEGLAS.

Volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50

BOURNEVILLE. **Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde.** Vol. in-8 compacte de 80 pages, avec 10 tracés en chromo-lithographie. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . 2 fr.

BOURNEVILLE. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie.** Vol. in-8 de 200 pages avec 5 fig. dans le texte et 3 planches. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 75.

BOURNEVILLE. **Science et miracle : Louise Lateau ou la Stigmatisée belge.** Vol. in-8 de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau forte dessinées par P. Richer. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50

BOURNEVILLE. **Écoles municipales des infirmières laïques ; laïcisation de l'Assistance publique.** (Discours prononcés en 1880, 1881, 1882, 1883). Quatre brochures in-8°. — Prix de chacune de ces brochures : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . . 30 c.

BOURNEVILLE. **Laïcisation de l'assistance publique.** Conférence faite à l'Association philotechnique le 26 décembre 1880. Brochure in-8° de 23 pages. — Prix 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

BOURNEVILLE. **Mémoire sur l'inégalité de poids entre les hémisphères cérébraux des épileptiques.** Brochure grand in-8° de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

BOURNEVILLE et BLONDEAU. **Des services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris.** Brochure in-8° de 49 pages. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 75 c.

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

BOURNEVILLE et D'OLIER. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés, de Bicêtre, pendant l'année 1880. Brochure in-8° de 74 pages. — Prix 2 fr. — Pour nos abonnés 2 fr.

BOURNEVILLE, BONNAIRE et WUILLAMIÉ. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1881. Un vol. in-8° de XVI-172 pages, avec 7 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

BOURNEVILLE et REGNARD. **Iconographie photographique de la Salpêtrière.** Cet ouvrage paraît par livraisons de 8 à 16 pages de texte et 4 photo-lithographies. Douze livraisons forment un volume. Les *trois premiers volumes* sont en vente. — Prix de la livraison : 3 fr. — Prix du volume : 30 fr. — Pour les abonnés du *Progrès médical*, prix du volume, 20 fr. — 3e volume complet : 1re livraison, nouvelle observation d'hystéro-épilepsie ; — 2e livraison, variétés des attaques hystériques ; — 3e et 4e livraisons, des régions hystérogènes ; — 5e, 6e et 7e livraisons, du sommeil des hystériques ; — 7e-12e livraisons, des attaques de sommeil : hypnotisme, somnambulisme, catalepsie, sabbat, etc. — Nous avons fait relier quelques exemplaires dont le texte et les planches sont montés sur onglets ; demi-reliure, tranche rouge, non rognés. — Prix de la reliure. 5 fr.

BOURNEVILLE et TEINTURIER. **G. V. Townley ou du diagnostic de la folie au point de vue légal.** Paris, 1865. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 35 cent.

BOURNEVILLE et TEINTURIER. **Le sabbat des sorciers.** — 1er volume de la *Bibliothèque diabolique*. Brochure in-8 de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte. Il a été fait de cet ouvrage un tirage de 500 exemplaires numérotés à la presse ; 300 exemplaires sur papier blanc, vélin. Nos 1 à 300. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés 2 fr. 50. (Tirage dont il ne nous reste que quelques exemplaires) ; 150 exemplaires sur parchemin, Nos 301 à 450. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés, 3 fr. — 50 exemplaires sur japon, Nos 451 à 500. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés, 5 fr. — Nous avons fait cartonner quelques exemplaires sur papier vélin ; dos toile, plats marbrés, tranches non rognées. Prix du cartonnage . . . . . 1 fr.

BOURNEVILLE et BRICON. **Manuel des injections sous-cutanées.** Un volume in-32 de XXXVI et 210 pages, avec 10 fig. dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

Nous avons fait faire un élégant cartonnage Bradel. — Prix du cartonnage 50 c.

BOURNEVILLE, DAUGE et BRICON. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie.** Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots de Bicêtre en 1882. In-8° de XXIV-162 pages avec 15 fig. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . 2 f. 75

BOURNEVILLE. *Voir* CHARCOT.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

CORNIL et BRAULT. — Etudes sur la pathologie du rein. 1 vol. in-8 de 308 pages, avec 16 planches hors texte. — Prix : 12 fr.

NÉLATON. — Eléments de pathologie chirurgicale. T. VI, 1er fascicule. Revu par A. DESPRÉS, GILLETTE et HORTELOUP. 1 vol. in-8 de 628 pages, avec 71 figures intercalées dans le texte. — Prix : 9 fr.

Librairie ASSELIN et Cie, place de l'Ecole-de-Médecine.

BOULEY (H.). — Leçons de pathologie comparée. La nature vivante de la contagion, contagiosité de la tuberculose. 1 vol. in-8 de 390 pag. — Prix : 8 fr.

MORA (A.). — Les grands bains permanents. Importance de leur installation dans le sud-ouest de la France. Broch. in-8 de 127 pages, avec 13 planches. — Dax, 1883. — Typographie Forsans.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

NEUMANN (E.) et PALDST (Alb.). — Des accidents produits par la benzine et la nitrobenzine. Broch. in-8 de 17 pages. — Paris, 1883.

Libr. Berger-Levrault.

RÉMY. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Compte rendu annuel et procès-verbaux des séances. — Années 1882-1883. — Nancy, 1883.

RENARD (E.). — Des écoles et des instituts pour les enfants rachitiques et difformes en Italie, de leur établissement en France. Broch. in-8 de 38 pages. — Paris, 1883. — Impr. A. Parent.

Libr. Ollier-Henry.

SALAMÉ (J.-A.). — Des hémorrhagies consécutives aux opérations portant sur le globe de l'œil. Broch. in-8 de 65 pages. — Paris, 1884.

TORDEUS (E.). — Muguet primitif de la gorge dans le cours de la fièvre typhoïde. Broch. in-8 de 5 pages. — Bruxelles. — Société royale des sciences médicales et naturelles.

ASHBY (T.-A.). — A contribution to the study of neglected lacerations of the cervix uteri and perineum. Broch. in-8 de 11 pages. — Maryland, 1883. — *The clinical Society*.

BALDWIN (W.-O.). — Tribute of the late James Marion Sims Broch. in-8 de 31 pages. — Montgomery, 1884. — Brown et Cie.

BEARD (G.-M.). — Nature and phenomena of trance (Hypnotisme or somnambulism). Broch. in-8 de 31 pages. — New-York, 1881. — Putnam's sons.

BEARD (G.-M.) — Current delusions relating to hypnotism (artificial trance). Broch. in-8 de 9 pages. — Saint-Louis, 1882. (*The alienist and neurologist.*)

BELL (C.). (Inaugural address of président) With list of officers, commitees, honorary and corresponding members. Broch. in-8 de 24 pages, New-York, 1881. — Van den Houten et Cie.

BURDETT (H.-C.). — The relative mortality of large and small hospitals. Broch. in-8 cartonnée de 41 pages. — London, 1882. — Churchill, libraire.

in-8 de 37 pages. — Philadelphia, 1884. — College of physicians.

BEARD (M.) — The study of trance, muscle-reading and allied nervous phenomena in Europe and America, with character of trance subjectsand à défence of Da. CHARCOT. Brochure in-8 de 40 pages. — New-Yorck, 1882.

BELL (C.) (Inaugural adress of président.) — Medico-legal society of New-York. — List of officers, commiters, honorary and corresponding members. — January 8, 1884.) — Brochure in-8 de 24 pages. — New-York, 1884. — Vanden Houten and Cie.

FENGER (Ch.) — Total extirpation of the uterus through the vagine. Brochure in-8 de 31 pages, avec 3 figures dans le texte. — Chicago, 1882. — American Journal of the medical sciences.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 37. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 13 SEPTEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Des crises clitoridiennes au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive ;

Par le Dr A. PITRES, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les crises clitoridiennes tabétiques ont été décrites pour la première fois en 1866, dans une observation communiquée par MM. Charcot et Bouchard, à la Société de Biologie de Paris (1). La malade à laquelle se rapporte cette observation était une ataxique fruste : elle avait des crises de douleurs fulgurantes dans les membres et en outre « des sensations voluptueuses qu'elles comparait à celles du coït et qui survenaient spontanément ».

La plupart des auteurs qui se sont occupés depuis 1866 de la symptomatologie du tabes ont signalé, en s'en rapportant à l'autorité de MM. Charcot et Bouchard, les *crises clitoridiennes* au nombre des troubles subjectifs et intermittents de la sensibilité qui ont reçu le nom générique de crises tabétiques. Mais aucun d'eux, à ma connaissance, n'a rapporté d'observation nouvelle et détaillée de cette anomalie singulière de la sensibilité des organes génitaux. Les crises clitoridiennes ne sont cependant pas très rares au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive, mais pour des raisons qu'il est facile de comprendre, elles restent le plus souvent ignorées des médecins. Les trois observations qui suivent donneront une idée des caractères de ces crises, de leur valeur séméiologique et de l'intérêt que peut avoir leur connaissance tout à fait au début de l'évolution du tabes.

Obs. I. *Ataxie locomotrice confirmée ayant débuté par des crises spontanées et voluptueuses d'excitation vaginale et clitoridienne.*

Françoise R..., âgée de 48 ans, est actuellement à l'hospice général des Incurables de Bordeaux, où elle a été admise pour une ataxie locomotrice confirmée, après avoir fait plusieurs séjours dans divers services de l'hôpital Saint-André.

Les symptômes qu'elle présente ne peuvent laisser aucun doute sur l'exactitude de ce diagnostic. L'incoordination motrice des membres inférieurs est arrivée à un tel point que la malade est incapable de se lever et même de se tenir debout et cependant la force musculaire est assez bien conservée pour qu'il soit impossible de fléchir de force ses jambes sur ses cuisses quand on lui dit de les maintenir étendues. Le sens musculaire est tellement troublé qu'elle ne sait jamais exactement la position qu'occupent ses membres inférieurs si elle ne les voit pas. Les réflexes rotuliens sont totalement abolis. Les sensations de contact, de piqûre, de chaleur sont à peine perçues. Il n'y a pas de troubles trophiques. Les membres supérieurs sont le siège d'une sensation constante de fourmillement. Ils n'exécutent les mouvements les plus simples qu'avec une certaine hésitation. Les yeux fermés, l'incertitude des mouvements augmente beaucoup et la malade porte son doigt sur la joue ou le front quand elle croit le porter sur son nez.

Jamais il n'y a eu aucun trouble du côté des organes des sens ni de l'intelligence. La vessie est paresseuse : la miction est souvent lente, difficile. Il y a en outre des crises gastriques deux ou trois fois par an, des accès fréquents de toux coqueluchoïde survenant le plus souvent la nuit, des douleurs constrictives en ceinture à la base du thorax, enfin des crises violentes de douleurs fulgurantes, tantôt dans les membres supérieurs, tantôt dans les membres inférieurs.

L'ensemble de ces symptômes permet d'affirmer de la façon la plus positive que Françoise R... est atteinte d'une ataxie locomotrice progressive arrivée à la période paraplégique. Voici maintenant ce que la malade, fort intelligente et jouissant d'une excellente mémoire, raconte sur les premières phases de sa maladie :

Elle a eu pendant sa jeunesse une très bonne santé. Jamais elle n'a eu de syphilis et jamais elle n'a fait de grands excès vénériens. Elle a eu deux enfants à terme, bien venus et bien sains. Jamais d'avortements ni de fausses couches.

En 1870, elle entra dans un atelier de confections et fut occupée à coudre à la machine. Ce travail, qui n'est pas pénible par lui-même, lui devint bientôt très désagréable parce que le mouvement des cuisses, nécessaire pour actionner la pédale de la machine, provoquait assez souvent chez elle des sensations voluptueuses avec spasme érotique et éjaculation. Malgré le plaisir immédiat que lui causaient ces sensations, elle évitait le plus possible de s'y laisser aller, parce qu'elle éprouvait ensuite de fortes langueurs d'estomac. En 1871, elle quitta l'atelier et jusqu'en 1874 elle jouit d'une santé parfaite. Seulement, pendant ces trois années, bien qu'elle ne fît plus du tout usage de la machine à coudre, elle éprouvait tous les huit à quinze jours des sensations voluptueuses violentes qui la surprenaient à l'improviste sans cause connue.

Cela survenait d'après son récit à un moment quelconque de la journée, surtout quand elle était inactive et bien entendu, sans être précédé d'aucune provocation artificielle ni d'aucune pensée lubrique. Cela débutait par une sorte de chatouillement de vibration dans l'intérieur du vagin. La sensation gagnait le clitoris qui entrait bientôt en érection et très peu de temps après survenait un véritable spasme érotique avec éjaculation, absolument comme dans le coït régulier. Ces crises voluptueuses, spontanées, se répétaient presque toujours trois ou quatre fois dans une même journée puis restaient une ou deux semaines sans revenir. Elles étaient suivies de langueurs d'estomac assez pénibles. Notons qu'à cette époque R... vivait maritalement avec le père de ses enfants et qu'elle usait modérément, mais en toute liberté, des plaisirs conjuguaux.

Vers la fin de 1874, la malade commença à ressentir dans les pieds des douleurs constrictives et des fourmillements, et six mois après elle eut, pour la première fois, des douleurs fulgurantes. La première crise fut d'une violence excessive : elle dura douze jours. Les douleurs ressemblaient à des rongements aigus dans l'intérieur des os et des chairs. A partir de ce moment les crises fulgurantes se sont reproduites très souvent. Il ne s'est guère passé de semaine sans que la malade en ait souffert plus ou moins. En 1878, les troubles de la marche se sont établis. C'est pendant cette année également que s'est produite la première crise gastrique. Les accès de toux coqueluchoïdes ne sont survenus qu'en 1882.

Pendant toute la durée de cette phase progressive du tabès, de 1874 à 1883, les crises érotiques ont continué à se manifester absolument avec les mêmes caractères qu'au début de la maladie. Elles surviennent encore de temps en temps, tous les deux ou trois mois. Mais la malade les redoute maintenant plus que jamais, parce qu'elles annoncent presque toujours l'explosion prochaine de crises fulgurantes ou de crises gastriques très douloureuses.

(1) Charcot et Bouchard. — *Douleurs fulgurantes de l'ataxie sans incoordination des mouvements : sclérose commençante des cordons postérieurs de la moelle.* Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie, 1866, p. 10.

© BIU Santé

Obs. II. *Ataxie locomotrice confirmée, ayant débuté par des vomissements et des crises clitoridiennes.*

Pel... (Jeanne), 48 ans, cigarière, est depuis deux ans à l'hôpital Saint-André, service de M. le professeur Vergely, salle V, n° 13, pour une ataxie locomotrice progressive. Jusqu'à l'âge de 45 ans, elle a été parfaitement bien portante: elle n'avait jamais de douleurs et n'était sujette à aucune espèce d'indisposition. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Mariée à 19 ans, elle a eu six enfants dont trois sont vivants et bien portants. Elle a toujours été très ardente aux plaisirs de l'amour. Elle est veuve depuis 1870.

Sa maladie a débuté en 1880. Sans cause connue, sans aucune souffrance antérieure, survinrent, le matin au lever, des vomissements glaireux très pénibles. Ces vomissements étaient fréquents. Ils s'accompagnaient d'efforts violents et de douleurs vives dans l'estomac. Mais aussitôt qu'ils étaient terminés, la malade n'éprouvait plus aucun malaise; elle mangeait et digérait fort bien.

A la même époque se montrèrent les premières crises clitoridiennes. Deux fois par mois environ, sans provocation physique ou psychique, la malade ressentait un chatouillement clitoridien qui persistait en augmentant d'intensité pendant un quart d'heure à vingt minutes et se terminait par un spasme érotique complet avec abondante sécrétion vulvo-vaginale. Cet accident survenait tantôt le jour, tantôt la nuit. Aucun prodrome ne l'annonçait. L'érection clitoridienne cessait très peu de temps après l'éjaculation et n'était suivie d'aucune fatigue notable. Pendant une année entière les vomissements et les crises clitoridiennes furent les seuls symptômes morbides observés.

En 1881 apparurent pour la première fois les douleurs fulgurantes. Elles étaient d'abord peu intenses mais elles augmentèrent bientôt de violence. Elles survenaient capricieusement sur tous les points du corps, sur les membres, sur le tronc, sur la face, sur le cuir chevelu. C'étaient des élancements aigus « rapides comme des étincelles. »

Vers la même époque, la malade commença à ressentir une douleur en ceinture persistante et une sensation subjective de froid occupant les deux membres inférieurs.

A la fin de 1881, la marche devint hésitante et très peu de temps après, impossible. Depuis cette époque, la malade resta constamment au lit, souffrant cruellement de ses douleurs fulgurantes et de la douleur en ceinture qui étreint fortement l'abdomen.

Etat actuel (septembre 1883). Ataxie confirmée. La malade ne peut se tenir debout que si on la soutient solidement. Si elle essaye de marcher, elle lance les jambes avec une violence excessive. La force musculaire est bien conservée. Perte des sensations de position des membres inférieurs. Réflexes rotuliens abolis. Pas de troubles trophiques. Les sensations de piqûre et de chatouillement sont perçues tardivement et sans précision. Il n'y a pas d'incoordination motrice des membres supérieurs. La malade peut boutonner ses effets, tricoter, etc. Elle éprouve cependant, depuis quelques mois, des fourmillements dans la main droite. Pas de troubles des organes des sens. La miction est lente, difficile : l'urine s'écoule goutte à goutte ou après de grands efforts.

Les douleurs fulgurantes sont très fréquentes. Elles siègent irrégulièrement sur presque tous les points du corps. Il existe une douleur en ceinture au niveau de la partie inférieure de l'abdomen. La sensation de froid aux deux membres inférieurs est constante. Pour l'éviter, la malade entoure toujours ses jambes d'une couche épaisse d'ouate. Les crises clitoridiennes sont moins fréquentes qu'en 1881, mais il est rare qu'elles ne se produisent pas une fois par mois, quelques jours avant les règles. Elles ont absolument les mêmes caractères qu'autrefois. La malade éprouve quelquefois des douleurs utérines, semblables, dit-elle, à celle de l'accouchement. L'examen des organes génitaux ne dénote aucune affection grave de ces organes. Le col est volumineux, un peu bossué, sans tumeur. Il n'y a pas de pertes blanches. La menstruation est très régulière. Rien d'anormal à la vulve.

Obs. III. *Ataxie locomotrice confirmée. Crises voluptueuses pendant dix ans, avant l'apparition des douleurs fulgurantes des membres.*

Raf... (Honorine), femme de ménages, âgée de 44 ans, est entrée dans mon service, à l'hôpital Saint-André, en décembre 1883.

Elle a eu la fièvre typhoïde à l'âge de treize ans. Mariée à dix-sept ans, elle a eu cinq fausses couches successives dans l'espace de quelques années, puis une grossesse régulière qui s'est terminée par la naissance d'un enfant bien constitué qui vit encore aujourd'hui et qui a toujours joui d'une bonne santé. La malade affirme qu'elle n'a jamais eu d'accidents vénériens: pas de boutons suspects sur le corps, pas de maux de gorge, pas d'alopécie, etc.

Vers l'âge de trente-deux ans, elle est devenue sujette à des douleurs de tête très vives, lancinantes, siégeant surtout à l'occiput et aux tempes, survenant trois ou quatre fois par mois et que le médecin qui la soignait alors considéra comme des douleurs névralgiques. A la même époque survinrent les premières crises clitoridiennes. Elles étaient précédées par un battement de cœur violent puis, quelques instants après, les organes génitaux devenaient le siège de sensations voluptueuses tout à fait semblables à celles qu'aurait pu déterminer le coït. La crise se terminait par une abondante sécrétion vulvo-vaginale et l'impression de la volupté était telle, que la malade en demeurait comme anéantie pendant quelques minutes. Ces crises voluptueuses se sont reproduites avec les mêmes caractères, environ quatre ou cinq fois par mois pendant une dizaine d'années (de 1871 à 1881), Elles survenaient indifféremment la nuit ou le jour, elles n'étaient provoquées par aucune pensée érotique, souvent elles surprenaient la malade pendant qu'elle était occupée aux travaux de son ménage ou quand elle était assise. Vers la fin de 1880, les douleurs de tête disparurent, mais six mois après (1881), des douleurs lancinantes, aiguës, brèves, comparables à des coups de canif, commencèrent à se produire dans les membres inférieurs. En 1882, la marche devint hésitante, les douleurs à type lancinant devinrent plus vives et gagnèrent les membres inférieurs, une douleur en ceinture s'établit à la base du thorax et la malade fut obligée, après avoir fait inutilement divers traitements, d'entrer à l'hôpital.

Actuellement, elle présente les signes les plus caractéristiques d'une ataxie locomotrice progressive confirmée. La marche est difficile, les jambes sont lancées brusquement de côté et d'autre, au delà du but à atteindre. La résistance du sol n'est pas perçue. La sensibilité des membres inférieurs est obtuse, les piqûres sont perçues avec un retard de plusieurs secondes. Les douleurs fulgurantes sont extrêmement vives, elles siègent dans les membres et sur le tronc, et leur apparition est ordinairement précédée de sueurs locales. Réflexes rotuliens abolis des deux côtés. Miction lente. Pas de troubles trophiques, ni de troubles de la vue.

Il n'y a plus actuellement de crises clitoridiennes. Ces crises ont cessé de se montrer à peu près à l'époque où les douleurs fulgurantes des membres ont commencé à se produire, c'est-à-dire en 1881.

Trousseau a signalé autrefois au début de l'ataxie locomotrice chez l'homme des érections violentes et prolongées suivies d'éjaculation rapide ou de spermatorrhée. Il y aurait peut-être lieu de rapprocher ces troubles des organes génitaux de l'homme des phénomènes d'excitation clitoridienne qui peuvent se montrer chez la femme dans les mêmes conditions. On ne manquerait assurément pas de bonnes raisons pour justifier ce rapprochement, qui est du reste venu à l'esprit de MM. Charcot et Bouchard et qui est formellement exprimé dans les réflexions qui suivent l'observation dans laquelle sont signalées pour la première fois les crises clitoridiennes des tabétiques. « Nous appelons l'attention, disent MM. Charcot et Bouchard, sur ces sensations voluptueuses spontanées qui nous paraissent avoir une certaine analogie avec l'excitation génésique, la facilité

© BIU Santé

et la rapidité de l'émission séminale qu'il n'est pas très rare de voir, chez les hommes ataxiques, précéder la période d'anaphrodisie. »

Une particularité intéressante qui ressort de la lecture de nos observations, c'est que les crises clitoridiennes peuvent survenir tout à fait au début du tabes, avant l'incoordination des mouvements, avant même les douleurs fulgurantes caractéristiques.

Chez notre première malade, les crises voluptueuses ont été, pendant quatre ans, le seul symptôme subjectif de l'affection médullaire. Chez la deuxième, des crises clitoridiennes bien définies et des crises gastriques ont précédé d'une année l'explosion des premières douleurs fulgurantes des membres. Enfin, chez la troisième, les seuls symptômes reconnus par la malade pendant dix ans consécutifs ont été des douleurs céphaliques névralgiformes dont la nature tabétique est très douteuse, et des crises clitoridiennes,

Ces faits comportent un enseignement pratique d'une certaine importance. Ils conduisent à attribuer aux crises clitoridiennes une valeur séméiologique équivalente à celle des autres crises tabétiques et à formuler à leur sujet les deux propositions suivantes :

1° Quand on observe des crises clitoridiennes on doit soupçonner le tabes en l'absence même de tout autre symptôme d'affection médullaire.

2° Quand les crises clitoridiennes coexistent avec l'un quelconque des symptômes ordinaires de l'ataxie (abolition des réflexes rotuliens, crises viscéralgiques ou fulgurantes, troubles oculaires, etc.), on doit diagnostiquer le tabes en l'absence même de tout désordre actuel dans la coordination des mouvements.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL D'IVRY. — **M. Ch. MONOD.**

Traitement du bec-de-lièvre (1).

Messieurs,

Je n'ai pas fini de vous énumérer toutes les heureuses conséquences qui résultent de l'emploi des moyens de diérèse hémostatique appliqués à tous les temps de l'opération du bec-de-lièvre, l'avivement des bords de la division étant seul excepté.

La dernière que j'aie à vous signaler n'est pas la moindre de toutes. On peut dire, en effet, que depuis l'introduction dans la pratique, de ce procédé de division des tissus, la question si longtemps controversée de l'âge auquel il convient d'opérer les enfants atteints de bec-de-lièvre, peut être considérée comme définitivement tranchée.

Deux objections principales étaient faites aux partisans de l'opération hâtive. La première consistait à dire que les tissus des tout jeunes enfants étaient moins propres à la réunion que ceux des sujets plus âgés ; la seconde se tirait de l'extrême mortalité qui frappait les enfants opérés à une époque rapprochée de la naissance.

Les faits répondent d'eux-mêmes à la première de ces deux propositions. Il est absolument établi aujourd'hui que la réunion se fait à tout âge. On pourrait même soutenir qu'elle s'obtient d'autant mieux que l'enfant est plus jeune, parce que les muscles de la face et des lèvres, moins puissants, luttent moins énergiquement pour séparer les parties que l'on amène par force au contact. De ce chef, donc, l'opération hâtive ne peut être repoussée.

Tout ce que je vous ai dit jusqu'ici vous fait prévoir que la crainte de l'hémorrhagie ne peut non plus, à aucune période de la vie, arrêter la main du chirurgien. Je vous ai dit, et tiens à le répéter une fois encore, que l'écoulement sanguin produit par l'avivement est ou peut être rendu insignifiant, et ne met, par conséquent, jamais la vie de l'enfant en péril, et d'autre part, que grâce à l'emploi du thermo-cautère, l'hémorrhagie bien autrement considérable et par conséquent véritablement dangereuse qui accompagne les manœuvres préliminaires de décollement de la lèvre et des joues, est absolument supprimée. La seconde objection des adversaires de la prompte intervention ne subsiste donc pas plus que la première.

A quel âge faut-il donc pratiquer l'opération du bec-de-lièvre ? Devons-nous conclure de ce qui précède qu'elle doit être toujours faite à la naissance ou dans les premières semaines de la vie ?

La réponse à cette question diffère, comme l'a très bien montré Broca, suivant que l'on a affaire à un bec-de-lièvre simple ou à un bec-de-lièvre compliqué. Je ne puis mieux faire ici que de vous rapporter presque textuellement son argumentation, qui m'a toujours paru absolument claire et démonstrative.

Chez les enfants atteints de bec-de-lièvre simple il y a, disait-il, un intérêt capital à ce que l'opération soit faite immédiatement après la naissance. En effet, la restitution de la forme de la lèvre rendra la succion possible ; l'enfant pourra téter, et l'on n'en sera pas réduit à l'alimentation à la cuiller, dont vous savez les résultats désastreux, surtout dans les classes pauvres. L'opération n'est pas réellement dangereuse ; les enfants qui succombent sont les débiles, les rachitiques, précisément ceux qui, plus que les autres, ont besoin de la nourriture maternelle.

L'opération, en permettant celle-ci, augmentera donc loin de les diminuer leurs chances de vie.

L'enfant atteint de bec-de-lièvre simple, uni ou bilatéral, doit donc être opéré le jour même de la naissance ou dans les deux ou trois jours qui la suivent. Il y a *urgence physiologique*, comme le disait Broca. Pendant les huit ou dix jours qui suivent, le petit opéré sera encore nourri à la cuiller, mais au bout de ce temps la cicatrice est assez solide pour résister aux efforts de succion. Il n'aura pas encore perdu l'instinct qui le porte à téter. Cet instinct persiste pendant tout le premier mois.

Lorsque ce premier mois est passé, il n'y a plus urgence physiologique ; l'enfant ne prendra plus le sein. Il y a cependant encore avantage à se hâter et à ne pas laisser le sixième mois s'écouler sans intervenir. C'est vers le sixième mois, en effet, que commence l'éruption des dents incisives qui n'est complètement achevée que vers le quinzième et le dix-huitième mois. Pendant cette période, l'enfant est exposé aux accidents locaux et généraux de la dentition. Ceux-ci ne sont pas de nature à troubler nécessairement les phénomènes de réparation, mais les conditions dans lesquelles on opère sont assurément moins bonnes.

On est donc obligé de reporter l'intervention jusqu'après la complète éruption des incisives, c'est-à-dire jusqu'au quinzième ou dix-huitième mois.

Or, à cet âge, l'enfant est déjà moins facile à maintenir, il se défend avec énergie, ce qui n'a pas grande

(1) Voir le n° 36.

© BIU Santé

importance le jour même de l'opération, puisque le chloroforme peut être donné, mais en acquiert les jours suivants. Dès qu'il apercevra le chirurgien il se mettra à se débattre et à crier, condition fâcheuse pour le succès de la réunion.

On peut ajouter enfin que toutes choses égales d'ailleurs, plus l'opération sera faite de bonne heure moins la cicatrice sera visible et meilleur sera le résultat plastique.

Pour tous ces motifs, l'opération hâtive du bec-de-lièvre simple est donc infiniment préférable.

Lorsque le bec-de-lièvre est *compliqué*, la question se présente sous une tout autre face. Il ne peut plus être question alors d'*urgence physiologique*. L'enfant, même après l'opération faite, ne sera pas capable de téter; la division de l'arcade dentaire et celle de la voûte palatine persistant et empêchant l'acte de la succion.

Cependant, dans ce cas encore, il y a une considération importante qui milite en faveur de l'opération hâtive. Il est en effet démontré que la réunion des parties molles a, sur l'état des os sous-jacents, l'influence la plus favorable.

Sous la pression constante de la lèvre reformée les saillies anormales s'affaissent et les os écartés tendent à se rapprocher. Il n'est pas rare de voir la division de l'arcade dentaire se combler complètement par ce mécanisme, ce qui diminuera d'autant l'étendue de l'opération qui sera plus tard nécessaire pour fermer la division palatine.

Dans un cas de bec-de-lièvre unilatéral observé par Broca, le promontoire formé par l'os incisif uni au maxillaire était tel, qu'il avait tout préparé pour briser cette saillie osseuse, suivant le procédé de M. Duplay. Il put cependant ne pas recourir à cette manœuvre, et grâce à une libération étendue de la lèvre, la réunion se fit sans peine. Six mois plus tard le bec osseux n'existait plus, les deux moitiés de l'arc maxillaire étaient au même niveau; et de plus la division palatine, qui était considérable, était comblée dans son tiers antérieur. L'enfant au moment de l'opération n'était âgé que de trente jours.

Il faut tenir compte aussi, dans une certaine mesure, de l'impatience de la famille, des sentiments d'horreur et de répulsion qu'inspirent parfois de pauvres êtres aussi mal venus. Parfois ils sont volontairement privés des soins les plus nécessaires; leur mort est secrètement ou ouvertement désirée. Broca rapporte que, dans un cas, il apprit qu'une mère avait refusé pendant quinze jours toute nourriture à son enfant, déclarant qu'elle se refusait à élever un pareil monstre; elle ne retrouva pour lui les sentiments d'une mère que lorsqu'il eut été opéré.

Ces diverses considérations seraient donc de nature à engager le chirurgien à opérer de bonne heure le bec-de-lièvre même compliqué.

Mais encore faut-il que l'enfant soit en état de supporter le traumatisme qu'on va lui infliger. Non pas que l'opération elle-même mette nécessairement sa vie en péril; une hémorrhagie abondante pourrait seule créer un danger sérieux; or, nous savons que les sections les plus étendues, voire même les sections osseuses, peuvent être faites aujourd'hui sans perte de sang.

C'est d'un autre côté que l'attention du chirurgien doit se tourner. Les nouveau-nés atteints du bec-de-lièvre simple sont, en général, forts et bien portants. Il en est souvent tout autrement de ceux qui ont à la fois division de la lèvre et fente palatine. Beaucoup portent en même temps d'autres malformations, ou du moins sont chétifs et malingres, et dans un état de santé d'autant plus fâcheux, que l'on n'a pour eux d'autre ressource que l'alimentation artificielle. Aussi un grand nombre d'entre eux succombent-ils dès les premiers mois de la vie, et particulièrement dès les deux premières semaines.

Il résulte de là que si l'on se hâtait d'opérer tous ces petits êtres, beaucoup succomberaient, qui en tous cas n'étaient pas destinés à vivre. On serait ainsi nécessairement entraîné à mettre au compte de l'opération une mortalité dont, en réalité, elle ne serait pas responsable.

Les arguments que nous donnions plus haut en faveur de l'opération hâtive n'en subsistent pas moins. Nous ajouterons seulement que l'on n'y soumettra que les enfants que l'on peut considérer comme viables, qui ne porteront pas en eux le germe d'une mort certaine, et ceux qui pourront supporter une alimentation artificielle.

Or, il y a un moyen bien simple de faire le départ entre les enfants qui ont pour eux quelque chance de vivre et ceux qui sont fatalement destinés à mourir. Il suffit pour cela de les soumettre à des pesées régulières. Si l'enfant est fort bien nourri, de bonne apparence, on peut se dispenser de cette épreuve et opérer de suite. Mais pour peu que l'on ait quelque doute sur sa viabilité, et que l'on craigne qu'il ne puisse prospérer avec l'alimentation à la cuiller, il faut avoir recours à la balance.

On ne tiendra pas compte chez les nouveau-nés des pesées faites les deux ou trois premiers jours. On sait que pendant ce temps le poids reste stationnaire ou même peut diminuer. Après le 9e jour l'augmentation du poids doit être régulière; l'enfant doit gagner environ 30 grammes par jour pendant le premier mois, 20 grammes pendant le second. La pesée sera faite à heure fixe, un certain temps avant le repas. Il suffit qu'elle soit répétée tous les trois ou quatre jours; les différences seront plus sensibles. S'il est établi au bout de quatre ou cinq jours que l'enfant augmente régulièrement de poids, on pourra procéder à l'opération; sinon, il sera maintenu en observation, et l'intervention remise à une époque plus favorable, ou indéfiniment différée, suivant qu'une amélioration se produise ou qu'au contraire l'état général aille toujours en déclinant.

C'est ainsi que j'ai agi avec notre petit opéré. Je vous donne ici le détail des pesées qui ont été faites.

Dates.	Ages.	Poids.	Diminution.	Augmentation.	Augmentation par jour
—	—	—	—	—	—
20 Janv.	A la naissance.	3.215 gr.	....	....	.....
23 —	3 jours.	2.870 gr.	— 345	....	.....
27 —	7 jours.	2.940 gr.	....	+ 70	Etat en somme stationnaire.
30 —	10 jours.	2.970 gr.	....	+ 30	
3 Févr.	14 jours.	2.985 gr.	....	+ 15	
6 —	17 jours.	2.968 gr.	— 17	....	
10 —	21 jours.	3.020 gr.	....	+ 52	13 gr. par jour.
13 —	24 jours.	3.105 gr.	....	+ 85	30 gr. par jour.
16 —	27 jours.	3.243 gr.	....	+ 138	46 gr. par jour.
18 — (soir)	29 jours.	3.330 gr.	....	+ 87	30 gr. par jour
19 — jour de l'opération.	1 mois.	.....	....	....	.....
25 —	.....	3.273 gr.	— 57	....	.....
2 Mars.	.....	3.465 gr.	....	+ 192	32 gr. par jour.
9 —	.....	3.795 gr.	....	+ 350	47 gr. par jour.

Vous voyez en parcourant ce tableau que l'enfant pendant la première quinzaine perdit sensiblement du poids qu'il avait à la naissance. Dans ces conditions je me refusai à toute opération. Je ne me décidai à in-

© BIU Santé

tervenir que quinze jours plus tard, lorsque les pesées m'eurent démontré qu'il était en progression régulière. Celle-ci, interrompue pendant quelques jours par le fait de l'opération elle-même, reprit bientôt son cours ; la perte fut rapidement réparée.

Un mot en terminant sur le procédé que j'ai suivi pour la restauration de la lèvre. Je me suis ici encore entièrement conformé à la pratique de Broca.

Vous savez que, lorsqu'on rapproche simplement l'un de l'autre les deux bords avivés de la division labiale, la lèvre ainsi reformée présente sur son bord inférieur une encoche d'un aspect fort désagréable. La plupart des procédés inventés pour la cure du bec-de-lièvre l'ont été pour tâcher d'éviter la formation de cette encoche. Celui de Mirault, d'Angers, paraissait le mieux conçu pour atteindre ce but. Il détachait, de haut en bas, sur un des côtés de la fente, un lambeau muqueux, qui restait adhérent par sa partie inférieure à la partie inférieure du bord de la division. De l'autre côté, la muqueuse était complètement enlevée, et la dissection poursuivie sous le bord horizontal de la lèvre dans une étendue égale à la longueur du petit lambeau préalablement préparé. Les parties avivées sont alors réunies par la suture ; le lambeau appliqué sous la lèvre du côté opposé se trouve précisément au point où se forme habituellement l'encoche, comme il a une certaine épaisseur, il devrait absolument mettre obstacle à la formation de celle-ci. En réalité, les choses ne se passaient pas ainsi. Le lambeau purement muqueux et par conséquent très mince ne pouvait résister à la traction exercée par la cicatrice verticale formée par la réunion des deux moitiés de la division. Au bout d'un certain temps une dépression, une véritable encoche se montrait au niveau de la base du petit lambeau.

Broca a très heureusement modifié le procédé de Mirault en en conservant la conception générale. Il a remplacé la fine languette muqueuse par un véritable lambeau autoplastique, épais et large, taillé en pleine lèvre. Il le prend sur le bord interne de la division. Le bistouri, le tranchant tourné en haut, est enfoncé perpendiculairement dans la lèvre à l'union de la muqueuse et de la peau, en empiétant plus tôt un peu sur la peau.

L'instrument cheminant alors de bas en haut jusqu'à l'extrémité supérieure de la division, taille d'un seul coup un lambeau triangulaire qui mesure chez les tous jeunes enfants 5 millimètres à sa base, 6 à 7 millimètres chez les enfants plus âgés, et qui comprend toute l'épaisseur de la lèvre. L'artère coronaire est ouverte, mais aussitôt comprimée par les doigts d'un aide ou par une pince. La section est au reste rapidement faite et la suture peut être immédiatement appliquée. Auparavant, en effet, l'avivement du bord externe de la fente aura été pratiqué et poursuivi, à la façon de Mirault d'Angers, jusque sous le bord horizontal de la lèvre.

On n'a pas à s'occuper de l'avivement du bord interne, il résulte nécessairement de la taille du lambeau.

Ce lambeau épais ne tombe pas de lui-même comme celui de Mirault ; il faut l'abaisser pour le rendre horizontal et le maintenir en place jusqu'à application de la suture.

Celle-ci sera faite avec des fils d'argent à points séparés. Un premier fil est placé au niveau de la base du lambeau, c'est le point régulateur (*fig.* 93) qui maintient les parties dans la position nouvelle qu'on lui impose. Deux autres points (1 et 2) sont placés au-dessus de celui-ci, entre lui et le nez, dans la partie verticale de l'avivement.

Deux autres enfin (4 et 5) traversent le lambeau horizontalement couché sous la lèvre et l'y applique étroitement, l'un à son sommet, l'autre entre la base et le sommet.

Les trois dessins ci-joints donnent une idée suffisante des trois temps de l'opération.

Les sutures seront enlevées dans l'ordre suivant :

Le 3e ou le 4e jour on supprimera les trois fils verticaux (1, 2, 3) — le 4e ou le 5e les deux fils horizontaux (4 et 5).

Les avantages de ce procédé sont, d'après Broca, de deux ordres.

D'abord, au point de vue de la solidité de la réunion. L'adhésion de ce lambeau épais et charnu ne manque pour ainsi dire jamais, et suffit à assurer le succès final alors même que la partie verticale de l'avivement échouerait en partie. Il peut arriver, en effet, que sous l'influence de la pression exercée par l'os sous-jacent, les deux points supérieurs de la suture cèdent, mais les

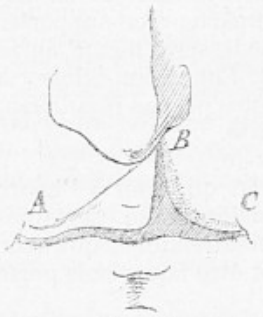


Fig. 91.

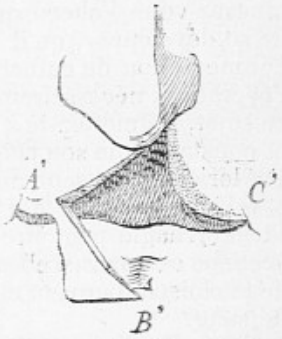


Fig. 92.

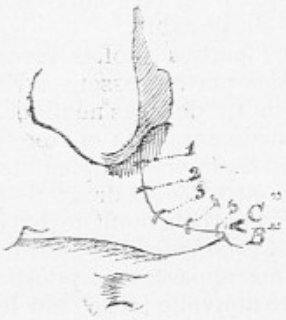


Fig. 93.

parties restant en place grâce à la réunion solide du lambeau à la lèvre, la cicatrisation se fait secondairement et la réparation est en somme parfaite.

Ce procédé assure en outre, mieux que tout autre, une bonne conformation de la lèvre. Après guérison, on constate l'existence de deux dépressions sur le bord libre l'un qui correspond à la base du lambeau et qui résulte de sa brusque inflexion de haut en bas, l'autre qui se forme au niveau de la cicatrice verticale. Entre ces deux dépressions se voit une légère saillie, formée par le corps même du lambeau qui simule parfois à s'y méprendre la petite saillie médiane que la lèvre supérieure présente à l'état normal.

J'ai pu sur notre petit opéré constater cette excellente restauration des formes.

Je me résume, Messieurs, et je vous dis en terminant :

Opérez de bonne heure le *bec-de-lièvre simple*.

Opérez-le à la naissance ou au moins dans le premier mois de la vie. Il y a *urgence physiologique* à intervenir à cette époque, c'est-à-dire que vous mettrez l'enfant en état de prendre le sein, et que vous lui éviterez l'alimentation artificielle et ses dangers.

© BIU Santé

Après le premier mois, cette indication capitale n'existera plus, l'enfant aura perdu l'instinct de la succion. Opérez-le cependant le plus tôt possible, avant le début du travail de dentition.

Si l'enfant vous est amené trop tard, alors qu'apparaissent les premières dents, attendez que les huit incives aient achevé leur évolution.

L'opération du bec-de-lièvre n'est dangereuse que par l'hémorrhagie dont elle s'accompagne; cette complication, d'autant plus sérieuse qu'elle se produit chez un enfant, devait autrefois faire redouter l'opération hâtive. Il n'en est plus de même aujourd'hui, grâce à l'emploi du couteau thermique pour les débridements, qui réduit l'écoulement sanguin à un minimum sans importance.

Pour ce qui est du procédé opératoire, donnez entre tous la préférence à celui de Mirault, heureusement modifié par Broca. C'est celui qui assure le mieux la réunion des parties et une bonne restauration des formes.

Si vous avez affaire à un *bec-de-lièvre compliqué*, assurez-vous d'abord que l'enfant est viable et en état de se développer, qu'il pourra en particulier supporter l'alimentation de cuiller à laquelle il sera, même après l'opération, nécessairement réduit. Pour vous éclairer à ce sujet, soumettez-le à l'épreuve des pesées régulières, et constatez que son poids augmente.

Alors et alors seulement opérez-le.

Ici encore et par le même moyen que tout à l'heure l'hémorrhagie peut être rendue insignifiante. Certaines sections osseuses, si elles sont nécessaires, telles que celle de la cloison, peuvent elles-mêmes être faites sans perte de sang.

Faite dans ces conditions, l'opération même du bec-de-lièvre compliqué n'est pas dangereuse et devra être pratiquée le plus tôt possible.

La réunion des parties molles favorise en effet le rapprochement des parties osseuses divisées, bénéfice considérable qu'on ne doit pas négliger.

Le même procédé sera mis en œuvre. Plus encore que dans le bec-de-lièvre simple, les débridements étendus peuvent être nécessaires; ils permettent sans autre adjuvant le rapprochement de divisions dont l'écart est considérable. Certaines saillies osseuses elles-mêmes, insurmontables en apparence, pourront être recouvertes par la lèvre nouvelle largement libérée, sans qu'il soit besoin de les sectionner ou de les briser.

En vous conformant à ces règles générales de conduite, que vous modifierez au besoin suivant la variété infinie des cas particuliers, vous aurez, je crois, toujours la satisfaction de pouvoir faire une opération opportune et vraiment efficace, sans jamais faire courir à vos petits malades de dangers sérieux.

Le doigt de Dieu.

Dans la Haute-Garonne, le dimanche, le curé de Clermont, canton de Castenet, après avoir dit la messe à six heures du matin, s'est senti subitement indisposé. Il est mort à une heure de l'après-midi et a été enterré le soir même. Le médecin de Vernet a constaté que le décès était cholérique (*La Semaine catholique* du 11 sept. 1884.)

Pèlerinage. — On écrit de Valence (Espagne), à Mgr l'évêque de Vannes.

« J'ai le regret d'annoncer à Votre Grandeur que le pèlerinage au tombeau de saint Vincent Ferrier a dû être *contremandé, à cause du choléra*.

« Tout était prêt; les adhésions étaient déjà nombreuses, lorsque Dieu a permis ce contre-temps.

« Ce sera pour l'année prochaine. » (*La Semaine catholique* du 11 septembre 1884.)

La Foi s'en va!

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de Blois.

L'association française pour l'avancement des sciences a ouvert à Blois son treizième Congrès annuel, le jeudi 4 septembre 1884, à deux heures et demie, dans l'une des salles du château de Blois, au milieu d'une nombreuse assistance.

La séance était présidée par M. Bouquet de la Grye, membre de l'Institut, qui a exposé dans son langage à la fois élevé et patriotique, les récents progrès de l'*hydrographie*, cette science si française. Après lui, M. Grimaux, secrétaire général annuel, a fait l'éloge des membres de l'association décédés dans le courant de l'année; les applaudissements qui ont accueilli les louanges données par l'orateur à la mémoire de Dumas, de Würtz, de Henri Martin, ont montré une fois de plus quelle place ces hommes illustres tenaient dans le monde scientifique et intellectuel, et quel vide leur mort y a laissé; mais, comme l'a dit M. Grimaux, dans les associations scientifiques comme dans les familles, les joies se mêlent aux douleurs, et plusieurs des membres de l'association ont été dans le cours de l'année l'objet des distinctions les plus flatteuses et les plus méritées; l'honorable secrétaire général a été particulièrement applaudi lorsqu'il a rappelé l'entrée récente à l'Institut de deux des plus illustres membres de l'association, MM. Charcot et Bouquet de la Grye.

La prospérité soutenue de l'association française assure à M. G. Masson, son trésorier, un succès annuel; son compte rendu financier, très clairement exposé, a été unanimement applaudi.

M. le Dr Dufay, sénateur, remplaçant le maire de Blois empêché, a adressé aux membres du Congrès d'éloquentes paroles de bienvenue; notre savant confrère a fait en termes élevés l'éloge de l'esprit scientifique et il a exprimé le ferme espoir que le progrès scientifique irait s'accentuant sans cesse dans la France républicaine.

Enfin, l'association a tenu une assemblée extraordinaire, dans laquelle son sympathique et infatigable secrétaire général, M. Gariel, a exposé le projet de fusion entre l'association française pour l'avancement des sciences et l'association scientifique de France fondée par Le Verrier en 1864. C'est à Grenoble seulement, en 1885, que l'assemblée générale sera appelée à statuer sur cette fusion; mais on peut prévoir à l'avance que la fusion sera votée, et que la science aura tout à gagner à l'union de deux Sociétés qui ont pour objectif commun son avancement et ses progrès.

Parmi les notabilités scientifiques qui assistaient à la séance d'ouverture, nous avons remarqué, outre les autorités civiles et militaires, MM. Verneuil, Rochard, Leudet (de Rouen), Duplouy (de Rochefort), Bouley, Nicaise, Lunier, Duguet, Grimaux, M. Cornu, de Nadaillac, Emile Trélat, Demons et Testut (de Bordeaux), Duboué (de Pau), etc., etc.

Les séances de section ont commencé le 5 septembre, à 9 heures du matin; la section des sciences médicales est présidée par M. Nicaise; elle a pour vice-présidents :

© BIU Santé

MM. Dufay, Decès (de Reims), Ollivier et Bouchard (de Paris et pour secrétaires : MM. Meunier (de Blois), L. H. Petit et Picqué (de Paris), Régis (de Bordeaux) et Julliard (de Paris). R. DE MUSGRAVE CLAY.

Du syphilicoccus.

« La tendance à expliquer la propagation des maladies contagieuses par l'existence de certains animalcules chargés d'un principe délétère est, comme on sait, très générale (1). » C'est ainsi qu'en 1837 s'exprimait Donné (2). En ce qui concerne la syphilis, il rappelle que Cullerier croyait à l'existence d'animalcules particuliers dans les ulcères syphilitiques. Au sujet du pus chancreux et de celui des bubons syphilitiques, le même auteur dit :

« Le liquide dans lequel ils nagent contient des parcelles étrangères, comme si un certain nombre de globules s'étaient dissous et que leurs débris fussent répandus dans le liquide.... Ces particules étrangères, ajoute-t-il, donnent à l'image un aspect peu net, pointillé, comme parsemé de petites granulations. On dirait, et c'est ce qui rend le mieux ce que je cherche à faire comprendre, qu'une poussière très fine est mêlée avec.

M. Donné donne plus loin la description et le dessin (3) du parasite rencontré souvent par lui, et qui ne serait autre que le *vibrio lineola* (4), déjà décrit par Müller. Il ne semble pas, du reste, lui accorder un caractère spécifique, car après avoir fait observer « que le pus de la simple balanite présente les mêmes animalcules, tandis qu'on ne les rencontre pas dans le pus des chancres secondaires, pas même dans celui des bubons, qui, d'après les expériences de M. Ricord, est susceptible de donner naissance à un chancre par inoculation », il termine en disant : « Que conclure de ces différents faits, si ce n'est que la présence de cet infusoire paraît être purement accidentelle, et sans aucun rapport avec la nature même de la maladie. ».

Nous n'avons rapporté ces quelques lignes de Donné que parce que plusieurs auteurs le citent comme ayant été le premier à signaler la présence d'un parasite dans les affections syphilitiques ; car de sa description il paraît résulter que cet auteur a plutôt eu en vue le chancre simple et les bubons chancrelleux (1). Du reste, comme il le dit lui-même avec raison, la présence du *vibrio lineola*, paraît en ce cas purement accidentelle.

Ce n'est réellement qu'en 1869 que des faits précis sont publiés. Cette année-là, Hallier signale dans le sang des individus atteints de syphilis constitutionnelle, la présence en grand nombre de micrococcus, qui se comporteraient vis-à-vis des corpuscules rouges de la même façon que le font les micrococcus que l'on rencontre dans le sang des scarlatineux ; ils les pénètrent, s'y développent, forment des vacuoles ; les globules se recouvrent de prolongements ciliaires, et prennent une forme irrégulière. Les vacuoles sont ici très grandes et très visibles, tandis qu'ils sont à peine visibles dans les corpuscules des malades atteints de scarlatine (2).

La même année, M. Klotzsch (3) a rencontré des spores dans le sang des syphilitiques et dans les pellicules du psoriasis syphilitique. Il en a fait des cultures diverses, qui, du reste, prêtent à la critique, ce qui nous autorise à ne pas insister davantage. Nous citerons encore parmi les auteurs qui ont attribué la syphilis à un parasite MM. Salisbury (*crypta syphilitica*) et Brühlkens (4).

Nous n'avons pu nous procurer les travaux originaux des auteurs qui se sont occupés des corpuscules de la syphilis ; aussi, ferons-nous, sur ce point, des emprunts à l'analyse très intéressante qu'en a faite naguère M. Spillmann (5).

Lostorfer (6) a fait des recherches nombreuses sur le sang d'individus sains et atteints de syphilis ; il a étudié le sang, obtenu à l'aide de piqûres faites à la peau, dans une chambre humide, et avec l'objectif à immersion, n° 10, de Hartnack. Au bout de deux jours, le sang des individus atteints de syphilis ne renfermait rien de spécial, sinon des vibrions et des bactéries ; du troisième au cinquième jour, l'auteur a vu apparaître de petits corpuscules brillants, arrondis, munis quelquefois d'un petit prolongement ; deux jours plus tard, ces corpuscules étaient plus nombreux et en partie augmentés de volume ; puis bientôt ils se couvraient de bourgeons, et, vers le dixième jour, on voyait apparaître au centre des corpuscules les plus volumineux une vacuole si considérable que l'enveloppe était amincie et caractérisée par un double contour. Le développement s'arrête-là. L'auteur a cherché vainement des corpuscules semblables dans le sang d'individus non atteints de syphilis, aussi les considère-t-il comme caractéristiques de la maladie et leur a-t-il donné le nom de *corpuscules de la syphilis*.

Une discussion s'éleva à ce sujet à la *Société de médecine de Vienne* ; Hebra et Stricker, ayant soumis à l'examen de Lostorfer des préparations numérotées provenant d'individus sains et atteints de syphilis, cet observateur ne se trompa jamais dans son examen. Par contre, Wedl prétend que les corpuscules de Lostorfer existent aussi bien dans le sang normal que dans le sang des syphilitiques ; il les considère comme des corpuscules de graisse qui seraient entraînés par le sang au moment de la sortie du vaisseau, ou comme des débris de protoplasma de globules blancs du sang.

(1) « Il me paraît probable que le virus syphilitique, appliqué à un corps sain, se multiplie par une espèce de fermentation et d'assimilation et qu'après avoir ainsi causé des ulcères aux parties génitales ou à la surface du corps, il est absorbé en partie par les vaisseaux lymphatiques et porté dans les glandes lymphatiques les plus voisines..... Je suis très éloigné de donner cette théorie comme certaine, mais elle me paraît jusqu'à présent la plus vraisemblable. » (Swediaur. — *Traité complet des maladies vénériennes*, t. I, p. 79, 7e édition, 1817. — Voir aussi Abercrombius, Calmet, Didier, etc.)

(2) Donné. — *Recherches microscopiques sur la nature des mucus et la matière des divers écoulements des organes génitaux urinaires*, 1837 et *cours de microscopie*, 1844, p. 201.

(3) Donné. — *Loc. cit.*, p. 202.

(4) Donné. — *Atlas d'anatomie microscopique, fig.* 40.— Les dessins donnés par Donné semblent en effet se rapporter à ce parasite, généralement décrit maintenant sous le nom de *vibrio rugula* (*spirillum* R.) Il se rencontre en grand nombre dans les infusions, dans les fèces, etc.; son étude biologique est encore fort incomplète et son action pathogénique paraît nulle. Nous rappellerons en passant que c'est ce même vibrio qui fut rencontré par M. Pouchet (1849) puis par M. Hassall (1873) dans les selles diarrhéiques des cholériques (*Progrès médical*, 11 août 1883) ; il est bon encore de noter que ce parasite a une *forme en virgule*, mais que toutefois il se différencie par plusieurs caractères, du bacille-virgule, entre autres par sa sporulation, etc.

(1) On sait qu'à cette époque la théorie dualiste du chancre n'était pas encore acceptée, et que si quelques rares auteurs avaient déjà développé l'idée du dualisme, celui-ci ne fut réellement démontré et accepté qu'à la suite de la publication du traité de M. Bassereau (1852). Tous les travaux publiés antérieurement n'ont donc pour nous qu'une valeur fort restreinte.

(2) Hallier. — *Die Parasiten der Infections-krankheiten* (*Zeitschrift für Parasitenkunde*, B. I, 1869, p. 180.)

(3) Klotzsch. — *Untersuchungen über die Natur der Gahrungserscheinungen* (*Zeitschrift f. Parasitenkunde*, B. I, 1870, p. 274.)

(4) Brühlkens. — *Zur Aetiologie der Syphilis* (*Zeitschrift. f. Parasitenkunde*, B. II, H. 1, 1870, p. 96)

(5) Spillmann. — *Du rôle des parasites végétaux dans le développement des maladies*, Paris, 1872, p. 21 et 22.

(6) Lostorfer. *Ueber die specifische Unterscheidbarheit des Blutes syphilitischer* (*Arch. f. Dermat. u. Syph.*), 1872 I, 115-134).

© BIU Santé

La même année Vaida (1) a répété les recherches de Lostorfer sur 35 malades ; il nie, et les réactions chimiques qu'il indique le prouvent, la nature graisseuse des corpuscules. Suivant Vaida, on observe les corpuscules de Lostorfer dans le sang des malades atteints de syphilis, de leucémie et de cancer ; on les y rencontrerait en plus grand nombre que dans le sang normal ; suivant l'auteur, ces corpuscules seraient formés par une substance albuminoïde et n'auraient aucune relation avec des parasites végétaux.

Biesiadecki (2) a émis, un peu après, des conclusions identiques et fait observer que Stopczanski avait déjà pris les corpuscules de Lostorfer pour des granulations de paraglobuline.

En somme, rien n'est moins prouvé que la nature parasitaire de la syphilis. »

Nous continuerons l'exposé de cette question dans le prochain numéro. P. BRICON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de Blois.

SECTION DE MÉDECINE.

Séance du 4 septembre 1884. — PRÉSIDENCE DE M. NICAISE.

Sur la proposition de M. le Président, des remercîments sont votés à M. DUPLOUY, qui a présidé à Rouen la section de médecine. M. Nicaise remercie en excellents termes la section de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à présider ses travaux.

M. CHAUMIER fait une communication *sur la nature épidémique et contagieuse de la pneumonie franche* ; il constate que si la pneumonie n'était qu'une simple inflammation du tissu pulmonaire, causée par le froid, il n'y aurait rien à changer à son traitement ; il n'y aurait qu'à la traiter comme toutes les autres inflammations ; mais peu à peu, on a vu contester, puis repousser l'influence étiologique du froid, et l'on commence actuellement à penser que la pneumonie est une maladie constitutionnelle, dont la localisation pulmonaire n'est qu'apparente ; des recherches récentes rappelées par l'orateur, il résulterait en outre que la pneumonie est une maladie infectieuse, et son microbe a été l'objet des études de plusieurs auteurs. M. Chaumier a toujours vu, dans sa clientèle, cette affection se présenter sous la forme épidémique, et il relate avec détails plusieurs de ces épidémies dont il indique les dates. Il fait remarquer que les premiers malades atteints sont souvent des sujets ayant présenté des pneumonies antérieures, et il se demande si les habitations ne peuvent pas conserver plus ou moins longtemps le germe pneumonique. — En somme, l'auteur pense que la pneumonie est une maladie toujours épidémique, générale, qui ne se propage que rarement par contagion directe, et dont le germe peut se conserver plus ou moins longtemps dans les habitations ; il fait remarquer en outre que les épidémies attaquent tout d'abord de préférence certaines catégories de personnes, par exemple les enfants et les vieillards, et ne frappent que plus tardivement les autres catégories.

M. MORICE fait une communication *sur quelques applications de la méthode hypodermique*. Après une rapide esquisse historique du sujet, l'orateur envisage la méthode hypodermique, tour à tour, comme méthode de rapidité et comme méthode de curabilité : il montre que le tissu cellulaire constitue l'une des voies les plus rapides de l'absorption médicamenteuse, et rappelle les diverses circonstances où la nécessité d'une action thérapeutique rapide doit faire accorder sans contestation la préférence à la méthode des injections sous-cutanées. Envisagée comme méthode curative, la méthode hypodermique permet, au moyen des injections irritantes, de déterminer des inflammations thérapeutiquement utiles, et dont le médecin est libre de graduer l'intensité suivant les indications.

Cette communication donne lieu à un court échange d'observations entre MM. Mallez et Morice. — Puis une brève discussion s'élève entre l'orateur et un membre de la section, relativement au rôle que joue la douleur, comme agent d'excitation, dans les injections d'éther destinées à ranimer des malades près de mourir.

M. AUG. OLLIVIER lit un travail dans lequel il expose de *nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique*. L'orateur rappelle qu'il a publié il y a environ onze ans une observation d'après laquelle il inclinait à établir d'étroites relations entre l'angine herpétique et le zona de la branche moyenne du trijumeau ; cette idée a été reprise depuis par M. Herzog, qui pense que l'angine herpétique se développe toujours dans le territoire du trijumeau. M. Ollivier rapporte une observation recueillie à l'hôpital des Enfants, et dans laquelle une angine herpétique très nette, siégeant surtout à droite, s'accompagnait d'un zona ophthalmique ; l'une des observations recueillies paraissait liée à une névralgie, l'autre pouvait jusqu'à un certain point être considérée comme une manifestation de la diathèse rhumatismale. L'orateur fait remarquer que les vésicules paraissent constamment suivre le trajet des nerfs ; il signale les arguments puissants qui, selon lui, militent en faveur de l'origine nerveuse, et portent à considérer l'angine herpétique comme un véritable zona ; mais ce zona ne saurait être toujours attribué à un seul nerf ; c'est ainsi que le glosso-pharyngien serait très souvent intéressé ; ne peut-on admettre en ce cas l'existence de deux zonas isolés et contemporains ? et, d'autre part, bien qu'elles n'aient pas été signalées jusqu'ici, n'y aurait-il point quelques anastomoses entre le glosso-pharyngien et le trijumeau ? — Il est à noter que le froid qui donne le zona, est aussi l'un des facteurs étiologiques de l'angine herpétique ; et que les troubles menstruels, qui par la dépression qu'ils déterminent, favorisent l'action des causes nocives en général, et notamment du froid, figurent dans l'étiologie de beaucoup d'angines herpétiques.

Discussion : M. LEUDET rappelle qu'il existe des zonas de nature très différente ; il y a le zona traumatique, le zona infectieux, le zona des tuberculeux ; d'une façon générale, d'ailleurs, le zona est un symptôme et non une maladie ; il ne faut pas, dans ces conditions, exagérer l'importance du froid dans son étiologie. — M. VERNEUIL dit que l'étiologie et la pathogénie du zona l'ont beaucoup embarrassé ; en présence des faits, il a dû abandonner la théorie herpétique ; il rappelle la fréquence du zona chez les paludiques et après les sections nerveuses ; il mentionne à son tour les zonas traumatiques, diathésiques, infectieux. L'herpès *a frigore* n'est pas contestable ; mais le froid ne saurait être considéré comme la cause unique de l'affection ; il faut en outre une prédisposition, ou, en d'autres termes, une cause plus profonde. — M. MAGAUD a eu un zona qui ne pouvait être attribué à l'influence du froid ; il avait succédé à l'ingestion d'un verre de vin que l'orateur avait trouvé froid et déplaisant. — M. OLLIVIER pense que dans ce cas, au contraire, le froid peut être invoqué, puisque son honorable contradicteur avait éprouvé en buvant ce vin une sensation intérieure de froid. Il admet bien pour le zona une étiologie multiple, mais il croit néanmoins qu'il y a des cas où le froid agit seul. — M. CHAUMIER a vu une épidémie d'angines, s'accompagnant de petits points blancs sur les amygdales, et qu'il considère comme des angines herpétiques. — M. OLLIVIER répond que l'angine herpétique n'est pas, il s'en faut de beaucoup, une affection commune, et que la présence de points blancs sur les amygdales ne suffit pas à la caractériser.

Au nom de M. BESSETTE (d'Angoulême), M. Verneuil fait une communication sur le *thermo-cautère dans le traitement de la gangrène spontanée*. Cette observation fait suite, en quelque sorte, à celle que M. Lecler a communiquée au Congrès de La Rochelle ; elle montre une fois de

(1) Vaida. *Lostorfer'sche Syphiliskoerperchen* (*Wiener med. Wochenschr.* 1872, numéros 8 et 9).

(2) Biesiadecki. *Ueber die Lostorfer'schen Koerperchen* (*Wiener med. Wochenschr.* 1872, n° 8).

© BIU Santé

plus que les chirurgiens, en présence de cette affection naguère si désespérante, sont actuellement en possession d'un mode de traitement qui laisse bien loin derrière lui le bistouri et ses désastreux résultats. Il s'agit, dans l'observation de M. Bessette, d'un homme de 54 ans qui, s'étant maladroitement coupé un cor au pied, vit apparaître une gangrène spontanée ; on essaya de cerner le mal avec le thermo-cautère, mais des poussées et des plaques gangréneuses ne tardèrent pas à réapparaître ; c'est à ce moment qu'on découvrit que le malade était glycosurique ; il était en outre légèrement entaché d'alcoolisme, et M. Verneuil fait remarquer à ce propos que la gangrène ne survient chez les diabétiques que lorsqu'ils sont en même temps alcooliques. L'amputation de Chopart fut pratiquée ; le malade a parfaitement guéri ; le sucre et l'albumine ont disparu, et la gangrène n'a pas récidivé. Ce fait, rapproché de plusieurs autres qui ont déjà été publiés, montre que la thérapeutique actuelle de la gangrène spontanée consiste à opérer avec le thermo-cautère, à l'exclusion absolue du bistouri.

Discussion : M. Larrivé rappelle l'utilité, en pareil cas, des bains d'oxygène. — M. Verneuil répond que de nombreux moyens ont été essayés contre cette affection, que quelques-uns sont bons, qu'il ne conteste pas les services que peut rendre l'oxygène ; mais qu'il recherche avant tout des moyens pratiques, et que le bain d'oxygène ne remplit pas cette condition. — M. Demons (de Bordeaux), espère que la possession de ce précieux moyen de traitement fera renoncer désormais aux opérations désastreuses en même temps qu'aux médications insuffisantes ; il a, pour sa part, employé les bains d'oxygène, sans aucun succès ; les douleurs ont augmenté, et le résultat a été mauvais. — M. Potain a eu recours à l'oxygène dans un cas d'oblitération des artères consécutive à des accidents de méphitisme ; cet agent ne lui a rendu aucun service. M. Morice (de Blois), a eu à traiter un cas de gangrène diabétique ; il a employé le thermo-cautère et le succès a été complet. M. Verchère cite un cas qui montre que le diagnostic de la gangrène diabétique n'est pas toujours aussi facile qu'on le pense. — M. Verneuil demande à M. Morice si son malade était palustre. — M. Morice répond que non. — M. Meunier (de Blois), a soigné et guéri un cas de gangrène chez un diabétique qui n'était pas palustre.

M. Duplouy (de Rochefort), fait une communication très intéressante sur le *traitement des kystes hordéiformes du poignet par l'évacuation de la poche, le lavage antiseptique et l'ignipuncture profonde*. M. Duplouy rappelle qu'il a publié, il y a dix ans, dans le *Bulletin de thérapeutique*, une note sur le traitement de ces kystes ; il pratiquait, à cette époque, avec un bistouri étroit, sur le renflement inférieur de la poche, à la région palmaire, une incision suffisante pour permettre d'exprimer tous les grains hordéiformes ; puis il faisait, selon le volume de la tumeur, de 15 à 25 points d'ignipuncture profonde, et il pansait avec de la ouate imprégnée d'huile phéniquée. Les petites eschares se détachaient sans inflammation trop vive, et jamais cette méthode n'a donné lieu à des accidents de quelque importance ; jamais non plus le kyste ne reparaissait ; cependant M. Duplouy n'était pas pleinement satisfait, car chez quelques sujets, il restait toujours un certain degré de rétraction des doigts, en dépit des mouvements communiqués que l'on imprimait méthodiquement à ces organes, en dépit aussi de la faradisation ; aussi a-t-il, depuis deux ans, apporté à ce procédé quelques modifications. Actuellement M. Duplouy fait, à chacune des bosselures extrêmes de la poche, une incision, et par l'une de ces ouvertures il pousse, à l'aide d'une seringue à hydrocèle, une injection d'eau phéniquée à 2.50 pour cent, qui entraîne et projette au dehors les grains hordéiformes. Le kyste complètement évacué, il pratique l'ignipuncture, comme dans son ancien procédé, et il applique un pansement de Lister. Chez deux malades, ainsi opérés, il ne s'est reproduit, depuis deux ans, ni liquide, ni grains hordéiformes. Il n'est pas inutile d'ajouter que les chances de guérison complète sont d'autant plus favorables que la maladie est moins ancienne ; c'est ainsi que M. Duplouy vient d'obtenir par cette méthode un résultat presque inespéré chez un malade dont le kyste ne datait que de dix-huit mois.

Discussion : M. Demons demande à l'orateur s'il considère les pointes de feu comme un élément très important du traitement. — M. Duplouy répond que, les ayant toujours employées, il ne saurait dire ce qui se passerait si l'on y renonçait ; il explique toutefois, en quelques mots, les raisons qui les lui font considérer comme utiles.

M. Chaumier fait une communication sur le *traitement de la pneumonie franche par les bains froids* ; il pense que la pneumonie est une maladie infectieuse, et que l'on empoisonne avec des médicaments des malades qui sont déjà empoisonnés par la maladie. Il est démontré que la pneumonie guérit mieux si on la laisse tranquille ; l'orateur est d'avis, en conséquence, de ne pas médicamenter les malades et de se borner à soulager la dyspnée thermique au moyen des bains froids. Il rappelle, en terminant, quelques particularités de la pneumonie des enfants qui procède souvent par poussées successives ; les bains sont très utiles pour combattre ces poussées. M. Chaumier reconnaît d'ailleurs que ces malades auraient probablement guéri tout aussi bien sans le secours des bains froids.

Discussion : M. Leudet ne pense pas que le froid doive, comme le pense l'orateur, être rayé de l'étiologie de la pneumonie ; il fait une rectification au sujet du chiffre de la mortalité des pneumoniques dans le service d'Andral, qui traitait la pneumonie par la saignée ; il croit que le chiffre cité par M. Chaumier est trop élevé et erroné ; il rappelle enfin que Chomel donnait des bains tièdes. — M. Chaumier répond qu'il a emprunté la statistique de la mortalité par pneumonie, dans le service d'Adural, à l'ouvrage de M. Dujardin-Beaumetz.

Au nom de M. Letourneau, l'un des secrétaires, M. Picqué, donne lecture d'une note sur la *nature et le traitement de l'œdème des nouveau-nés*. L'auteur estime que cet œdème n'est point une maladie, mais bien une asphyxie lente, reconnaissant pour cause le déplissement incomplet du sac pulmonaire, et il indique brièvement les raisons qui lui paraissent justifier cette manière de voir. La thérapeutique de l'œdème des nouveau-nés, ainsi envisagée, doit nécessairement être modifiée ; elle découle tout naturellement de l'étiologie invoquée. R. de Musgrave Clay.

SECTION D'ANTHROPOLOGIE.

La onzième section du Congrès est assurément celle qui a l'ordre du jour le plus chargé. Aussi ne l'épuisera-t-elle point. Elle devait d'ailleurs avant tout discuter, à Blois, dans le voisinage du gisement célèbre de Thenay, la question capitale de l'*homme tertiaire*. La plupart des communications ont eu pour objet des présentations ou des découvertes préhistoriques.

M. Bosteaux qui est un chercheur actif de Reims, nous a entretenu de ses nouvelles fouilles dans les environs de cette ville. Les fouilles ont amené notamment la *découverte d'ossements humains dans le diluvium quaternaire* du Mont-Biron (Cernay-les-Reims).

M. Pommeval a observé des *murailles vitrifiées* à Châteauneuf. Il existe des murailles semblables en plusieurs autres endroits, notamment en Ecosse où elles figurent de véritables forteresses. Aussi sont-elles depuis longtemps l'objet d'assez vives discussions. La plupart des archéologues ont voulu voir dans leur vitrification un travail accompli après coup en vue de donner plus de solidité à la muraille. Mais M. Manouvrier nous a cité l'une de ces prétendues forteresses où la vitrification n'est que partielle et ne revêtait pas toujours le côté extérieur des pierres. Qui pis est, elle a toujours eu pour résultat de rendre plus friable, de désagréger la partie interne des pierres. On ne conçoit pas d'ailleurs facilement comment les peuples préhistoriques auraient pu obtenir la vitrification extérieure de hauts murs bâtis en forteresses. Nos murs vitrifiés, assez récents, pourraient donc bien avoir été simplement bâtis avec des matériaux soumis à l'action prolongée du feu comme en trouve encore dans nos tuileries.

© BIU Santé

La question des *souterrains-refuges* a été examinée de nouveau, à propos d'une communication de M. Sonché, qui en a observé à Salles, dans les Deux-Sèvres. Cela d'ailleurs sans résultat nouveau.

M. le Dr Magitot, guidé par le Dr Tardieu, a visité tout récemment une *station préhistorique* très importante, située en Auvergne, non loin du Mont-Dore et du lac Servières, sur les flancs du pays de Servières et de Combeperet. Cette station se compose : 1° D'un tumulus situé à peu de distance du lac, connu d'ailleurs et signalé par les archéologues du pays, mais encore inexploré. — 2° D'une double enceinte en pierres sèches, circonscrivant un espace ovalaire, d'une surface de plusieurs hectares, lequel est recouvert de petites éminences en pierres sèches, de trois mètres sur un et évidemment destinées à des sépultures. — 3° D'une accumulation vraiment incroyable de fosses, ou anciennes habitations humaines effrondées, de forme quadrilatère de 8 à 10 mètres de longueur sur 5 à 6 de large, et disposées par séries linéaires de 6, 10, 12, régulièrement alignées entre elles et parallèlement aux autres séries. Ces fosses sont en nombre indéfini. Quelques-unes des séries de six fosses sont précédées d'une fosse plus grande au voisinage de laquelle s'observent des rangées de pierres sèches disposées en cercles plus ou moins ronds, comme des cromlechs. Cette vaste agglomération d'habitations recouvre une surface totale d'environ quatre kilomètres carrés et produit le plus saisissant spectacle. Au centre est un vaste emplacement vers lequel sont orientées les séries de fosses parallèles. Quel est l'âge de ces diverses constructions humaines ? M. Magitot pose la question devant le Congrès, car il veut entreprendre des fouilles régulières. Il met toutefois sous les yeux du Congrès une collection de silex et des fragments de poterie qui pourraient faire croire que cet immense ville a pu être habitée à l'époque de la pierre polie. Il convient toutefois d'attendre les fouilles auxquelles le propriétaire, M. Pradat de Saint-Amand donnera, on l'espère, tout son concours.

Voici à quoi se résume le mémoire de M. Zaborowski qui s'efforce depuis longtemps de coordonner tous les matériaux relatifs à l'*origine et à la dissémination des chiens domestiques* et a déjà présenté à Rouen deux mémoires sur les chiens quaternaires et les chiens préhistoriques. Des chiens sont figurés sur les plus anciens monuments égyptiens. Mais il n'est pas aisé de les déterminer. Et l'on rencontre à ce sujet bien des contradictions notamment entre les Egyptologues et les naturalistes. L'on sait que les plus anciens d'entre eux, le chien gardien de la maison, le dieu *Anubis*, est un chien-renard ou chien-loup, que les anciens, les Egyptiens eux-mêmes ont tour à tour confondu avec leur loup (C. *Lupaster*) et leur chacal (C. *sabbar*). Les lévriers sont le plus fréquemment représentés, parce qu'ils servaient à la chasse. Les naturalistes et les Egyptologues les regardent comme descendants, soit du Caberu, chien sauvage découvert par Rüppel au commencement du siècle dans les montagnes d'Abyssinie, soit du Slongui, soit du lévrier du Cordofan. Ces animaux n'habitent plus toutefois la vallée du Nil. Le C. *Lupaster* et le C. *sabbar*, loup et chacal qui l'habitent encore, paraissent être les représentants les plus certains de la souche des chiens domestiques des anciens Egyptiens. Leurs lévriers, dont aucun ne semble remonter aussi haut que le chien gardien de la maison, peuvent au contraire avoir en partie une origine étrangère. Il en est cependant d'indigènes. Et ceux-là ne sont pas les seuls animaux de la faune africaine que les Egyptiens aient domestiqué pour la chasse. Ils se sont servis en outre du *chien-hyène* et du guépard, animaux assez féroces, abandonnés depuis. Ces faits sont pleinement confirmatifs de la proposition que M. Zaborowski a cru devoir formuler au début de ses études, à savoir que les chiens se sont disséminés pour la plupart d'eux-mêmes comme les chacals, les loups et les renards, à une époque où ils ne se distinguèrent pas sensiblement de ces espèces.

La communication la plus intéressante qui ait été faite dans les premières séances de la section d'Anthropologie est sans aucun doute celle de M. Doutrebente, directeur de l'asile des aliénés de Blois. M. Doutrebente ne manque aucune occasion d'étudier avec soin et de conserver, si c'est nécessaire, le crâne et les viscères des malades qui meurent dans son service (1). C'est un exemple à signaler. Nous avons visité avec lui avec un vif intérêt ses malades les plus curieux. Il a, on peut le dire, une belle collection d'idiots de tous âges. La plupart, bien entendu, ne sont en aucune façon des microcéphales. C'est là une remarque essentielle, que nous aurons l'occasion de répéter. Une microcéphale véritable, typique même, petite avec un crâne *régulièrement conformé* quoique très petit, s'est trouvée être précisément la plus intelligente des idiotes que nous avons interrogées. Elle parlait, répondait parfaitement aux questions, savait être utile par son travail.

M. Doutrebente nous a présenté trois crânes qui étaient bien différents de ceux des idiots microcéphales. Ils avaient un volume normal, et les individus auxquels ils appartenaient étaient de taille assez élevée. C'est pour cette raison qu'il les a appelés *idiots géants*, bien que cette expression puisse paraître impropre. Le premier de ces crânes était celui d'un garçon de 14 ans, ayant une taille de 1m,40. Ce garçon était un idiot complet, rebelle à toute tentative d'éducation. Ses parents nourriciers ne lui avaient jamais fait manger que de la soupe. Il est mort du scorbut.

A l'*autopsie*, M. Doutrebente a constaté une *hydrocéphalie ventriculaire* et *rachidienne* considérable et la *dilatation* du premier ventricule et de l'aqueduc de Sylvius. Les circonvolutions étaient larges, plates, étalées et peu sinueuses. L'encéphale pesait 1,205 grammes : hémisphère droit du cerveau, 525; hémisphère gauche, 534; protubérance, cervelet et bulbe, 146 grammes. Le second crâne présenté par M. Doutrebente se distinguait par l'épaisseur vraiment énorme et la dureté de ses parois. Il avait appartenu à une idiote de 34 ans, dont la taille était de 1m,53 et qui était morte d'un kyste de l'ovaire multiloculaire à sphères concentriques. Son encéphale pesait 1,209 grammes : hémisphère gauche, 519; hémisphère droit, 515; cervelet, bulbe et protubérance, 175 grammes. Chose remarquable, le cerveau était régulièrement conformé et suffisamment bien plissé. Mais M. Doutrebente a pu se convaincre qu'il avait été le siège de troubles importants de la circulation.

Le troisième crâne était celui d'un homme de 28 ans, de taille fort élevée : 1m,70. Cet homme, comme la plupart de ces malheureux, était fils d'alcoolique, et il avait un frère idiot comme lui. Il a vécu constamment accroupi. Mais comme on le faisait promener par deux hommes de temps en temps, il n'était pas enkylosé. Son encéphale pesait 1,207 gr. 50 : hémisphère droit, 555; hémisphère gauche, 551 grammes.

Les cerveaux de ces trois crânes, on l'a remarqué, avaient un poids à peu près normal. La taille des trois sujets n'avaient donc rien d'extraordinaire. Et leur idiotie ne venait en aucune façon d'un arrêt de développement. M. Manouvrier a pu, en revanche, constater de nombreuses anomalies sur chacun d'eux. M. le Dr Testut a constaté la signification de quelques-unes de ces anomalies en signalant leur présence sur des crânes normaux. Mais leur ensemble est un symptôme évident des troubles nombreux dont le cerveau avait été le siège, que les uns en aient été une cause et les autres un effet.

Nous aurons surtout à parler dans notre prochain compte rendu de notre visite et de nos *fouilles* à Thenay.

Zaborowski.

(1) Dans le service de M. Bourneville, à *Bicêtre*, on a l'habitude de conserver tous les cerveaux, toutes les calottes crâniennes, et quand cela est possible, la tête entière. Toutes les têtes sont, sans exception, moulées en plâtre. (N. de la R.).

Congrès. — En raison des conditions sanitaires de la plupart des provinces du royaume les congrès des *médecins hygiénistes italiens*, de la *Société de crémation* et le congrès de *dermatologie et de syphiligraphie* qui devaient avoir lieu à Turin sont renvoyés à une autre époque.

© BIU Santé

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE

SESSION DE LA HAYE

A M. le Dr Bourneville, directeur du *Progrès médical*.

La Haye, le 29 août 1884.

Mon cher ami,

Les séances des sections ont été employées d'une part à écouter et à discuter toutes les communications que les membres du Congrès jugeaient à propos de faire, et d'autre part à discuter un certain nombre de questions qui avaient été posées par le Comité d'organisation et dont les rapporteurs avaient été choisis par lui. Ce n'est pas une mauvaise idée pour un Congrès que d'avoir un certain nombre de questions fixées d'avance, et de savoir les conclusions qu'il faudra discuter. C'est ce qu'avaient pensé déjà en 1878 les organisateurs du Congrès de Paris ; mais ils avaient envoyé d'avance des rapports imprimés très étendus à tous les adhérents, et les organisateurs de La Haye se sont au contraire bornés à l'envoi de conclusions résumées.

Comme on devait s'y attendre, les questions d'hygiène internationale ont tenu une longue place dans les délibérations du Congrès ; il a été beaucoup parlé du *choléra* : et c'était une bonne occasion, en effet, de savoir à peu près l'opinion des hygiénistes européens, de constater si les opinions bizarres de M. J. Guérin en nature d'épidémiologie trouvaient quelqu'écho chez les hygiénistes étrangers, et si on était enclin à donner raison aux anglais et au médecin Belge qui exerce en Egypte sous le nom de Dutrieux-Bey, relativement aux quarantaines. Il était non moins curieux de constater si les hygiénistes — en immense majorité — reconnaissant la nécessité des quarantaines maritimes, admettaient les quarantaines terrestres et les cordons sanitaires, et tout l'attrait des précautions surannées dont l'expérience a démontré l'inutilité.

La constatation a été parfaite et l'opinion n'est pas douteuse. On se montre d'accord sur la nécessité des quarantaines maritimes et sur l'inutilité dangereuse des quarantaines terrestres et des cordons sanitaires dans les pays à populations agglomérées. C'est en somme la doctrine qui a prévalu en France devant l'Académie de médecine et devant la Société de médecine publique. C'est aussi une proposition française qui a clos la discussion devant le Congrès de la Haye ; et après avoir entendu les explications de MM. Corradi (de Pavie), de Suzor (de St-Pétersbourg), Zoeros-Bey (de Constantinople), Crocq (de Bruxelles), Félix (de Bucharest), etc., le Congrès a voté les trois vœux suivants proposés par MM. Brouardel et Proust :

1° Réunion d'une conférence sanitaire internationale ;

2° Création d'une commission internationale permanente et scientifique des épidémies ;

3° Rédaction d'un code pénal international et plus particulièrement d'une loi pénale internationale applicable aux conventions sanitaires.

D'ailleurs, à la suite d'une importante discussion sur les quarantaines, M. le Dr J. Rochard faisait voter *qu'il y a lieu de persévérer dans l'application des quarantaines de mer*. Le vote a eu lieu à l'unanimité moins deux voix, celle de M. Dutrieux-Bey et celle de M. Smith (de Londres).

Deux importants mémoires ont été présentés sur la *transmission de la phtisie*. M. Corradi (de Pavie) concluait d'une enquête à laquelle il s'est livré :

Que la contagion de la phthisie pulmonaire est possible ;

Que pour que cela arrive des conditions doivent se vérifier, la cohabitation prolongée en est la principale ;

Que la faiblesse et toutes les causes qui diminuent la résistance organique rendent plus facile le fait de la contagion ;

Que la possibilité de la transmission moyennant les vêtements, les hardes, etc., n'est pas encore suffisamment démontrée ;

Qu'il reste aussi douteux si le lait et les viandes des animaux phthisiques peuvent donner lieu à la transmission de la maladie, surtout après la cuisson et autres préparations culinaires ;

Que les mesures prophylactiques ne peuvent, jusqu'à présent, avoir égard qu'à la cohabitation dans les conditions sus-indiquées ;

Enfin que l'enquête sur cette question devrait être continuée dans les divers pays et à l'aide d'un formulaire uniforme.

De son côté, M. Vallin, chargé par le Comité d'organisation d'un rapport sur le danger de l'*alimentation avec la viande et le lait des animaux tuberculeux*, arrivait aux conclusions suivantes :

1. La tuberculose des animaux (pommelière, Perlsucht) est spécifiquement identique à la tuberculose humaine.

2. Il est démontré que l'ingestion de la matière tuberculeuse crue est capable d'engendrer la tuberculose.

3. Il est démontré que l'injection sous-cutanée ou dans le péritoine du sang et du suc musculaire des animaux phtisiques est capable de déterminer la tuberculose.

4. L'ingestion stomacale de la viande crue provenant des animaux phtisiques est capable, dans certains cas, de transmettre la tuberculose, particulièrement la tuberculose abdominale.

5. L'inoculabilité du tubercule n'est détruite qu'à une température notablement supérieure à celle qu'atteignent les parties centrales des viandes rôties d'après les usages modernes.

6. Le lait des vaches phtisiques est suspect et peut transmettre la tuberculose ; il est particulièrement dangereux quand il existe chez ces vaches des altérations tuberculeuses des glandes mammaires.

7. Le lait tuberculeux bouilli est inoffensif.

8. Pour conjurer le danger on peut, provisoirement du moins, se borner à prohiber et à saisir la viande provenant d'animaux atteints de tuberculose confirmée, généralisée, avec amaigrissement commençant.

9. Il faut restreindre, au lieu d'encourager, l'habitude de manger les viandes rôties saignantes. Pour plus de sécurité, le lait devrait toujours être consommé bouilli.

10. L'on doit s'efforcer de diminuer la fréquence de la tuberculose du bétail par le choix des reproducteurs, la réforme de la stabulation, l'isolement des bêtes malades, la désinfection des étables contaminées, etc.

11. La tuberculose des bêtes à cornes devrait être rangée dans la classe des maladies contagieuses du bétail et soumise comme celles-ci à la déclaration obligatoire, à l'isolement, à la désinfection, à la confiscation, et dans certains cas à l'abattage avec destruction de la viande.

12. Il est nécessaire de favoriser et d'encourager la création de Sociétés d'assurance contre la saisie des bêtes tuberculeuses, afin de garantir une indemnité aux propriétaires.

Ces conclusions si mesurées ont été favorablement accueillies par les membres du Congrès.

L'influence fâcheuse du *déboisement sur la santé publique* a fait le sujet d'un mémoire de M. Schwappach (de Giessen). Les faits intéressants signalés par l'auteur et commentés ensuite par M. Soyka (de Prague), ont vivement impressionné les membres du Congrès.

Une autre question, soulevée par M. Ruysch (de Maestrich) sur le *danger national et international du commerce de chiffons*, a paru assez importante pour être continué au prochain Congrès.

J'espère pouvoir, mon cher ami, terminer dans ma prochaine lettre l'examen des travaux des sections.

Dr Robert Piquet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 septembre 1884.— Présidence de M. Larrey.

M. Bouchardat n'hésite pas à admettre la *contagiosité du choléra*, et range naturellement cette maladie parmi les affections parasitaires. Le bacille virgule de Koch ne lui semble pas devoir être regardé comme le parasite du choléra, surtout après les recherches de Virchow et de Straus. Ce bacille cholérigène, quel qu'il soit, a toujours été importé en Europe, d'où la nécessité de perfectionner le système des quarantaines. Lorsque le choléra commence à sévir, c'est aux lois de l'hygiène qu'il convient de s'adresser pour le combattre et limiter son extension. Dans le but de répondre à ces desiderata, M. Bouchardat recommande l'emploi des eaux minérales et de l'eau bouillie ; il déclare qu'il est dangereux de passer la nuit auprès des cholériques ; et propose d'abandonner les locaux habités par les cholériques, jusqu'à ce que l'épidémie soit arrivée à son terme. En ce qui concerne aussi la prophylaxie du choléra, M. Bouchardat invoque le non-acclimatement d'une part, l'alcoolisme d'autre part.

© BIU Santé

M. Morel lit un mémoire ayant pour titre : *causes de l'exacerbation vespérale de la température physiologique*, et qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° Il est démontré dès maintenant que trois causes au moins, l'alimentation, la lumière et les mouvements agissent pour produire l'exacerbation vespérale que l'on observe dans la marche nychthémérale de la température physiologique ; 2° Que l'influence la plus importante est celle de l'alimentation ; 3° Que ce qui le prouve, c'est qu'en faisant manger l'animal la nuit et jeûner pendant le jour, le maximum de la température s'observe le matin ; 4° Que toutefois il faut que l'expérience soit continuée pendant plusieurs jours pour obtenir ce résultat, mais qu'une fois obtenu, la température suit une marche à maximum matinal régulièrement constante ; 5° Que cette différence étant de 0°,8 à 1°, cinq à six dixièmes reviennent à l'alimentation et le reste à parties égales à peu près aux mouvements et à la lumière ; de sorte que même ces deux dernières causes réunies n'arrivent pas à annuler l'influence de l'alimentation ; 6° Qu'enfin les autres influences pouvant contribuer à l'augmentation vespérale de la température normale paraissent n'avoir qu'une action secondaire.

M. Bourgoin fait la lecture d'un travail ayant pour titre : *Sur la solubilité de l'iodure mercurique dans l'eau et dans l'alcool*. Ce travail se trouve résumé dans les conclusions suivantes : 1° A la température ordinaire, un litre d'eau dissout environ 4 centigrammes d'iodure mercurique ; 2° la solubilité est doublée lorsqu'on additionne l'eau de 10 0/0 d'alcool à 90° ; 3° la quantité dissoute augmente avec la température ; 4° elle est d'autant plus grande dans l'alcool que celui-ci est plus concentré.

M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur les résultats des travaux qu'il a entrepris avec MM. Pasteur et Roux, au sujet du meilleur moyen de *désinfecter* les locaux occupés par des malades atteints de maladies contagieuses. Après avoir éliminé plusieurs *désinfectants*, tels que le brome, l'acide hypoazotique et le chlore, parce que ces divers agents sont ou impuissants, ou dangereux, M. Dujardin-Beaumetz préconise l'acide sulfureux. De toutes les préparations sulfureuses qui ont été employées, la plus simple consistait à brûler, sur un réchaud, une certaine quantité de soufre préalablement imbibé d'alcool. Malheureusement, l'acide sulfureux, s'il détruisait bien les germes, attaquait les objets en métal. Afin d'obvier à cet inconvénient, M. Dujardin-Beaumetz eut recours à l'acide sulfureux obtenu à l'aide d'acide sulfureux liquide par la méthode de Raoul Pictet. En brûlant, enfin, dans une chambre, du sulfate de carbone, à l'aide d'une lampe spéciale, on obtiendrait des résultats identiques sans aucun inconvénient.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 février 1884. — Présidence de M. Cornil.

26. Anévrysme de l'aorte. — Broncho-pneumonie chronique du côté gauche ; par M. Ayrolle, interne du service.

La nommée Lucie Doussot, âgée de 34 ans, couturière, entrée le 29 décembre 1883, salle Sainte-Marthe, lit n° 19.

Son père est mort à l'âge de 54 ans d'hémorrhagie cérébrale, sa mère a succombé à une affection hépatique. Un frère est mort du scorbut au Mexique. Les règles ont paru pour la première fois à l'âge de 15 ans, sans douleurs ; elles ont toujours été régulières depuis. Pas d'accouchement ni fausse couche ; fièvre typhoïde à 20 ans. Ajoutons que la malade est nerveuse, et qu'elle indique très nettement une impossibilité qu'elle a toujours ressentie de marcher très vite, de courir, elle ne pouvait, dit-elle, jouer comme les enfants de son âge.

Au mois d'avril 1883, à la suite de forts chagrins dus à une perte de fortune, elle a commencé à se trouver souffrante. Depuis quelque temps elle s'était beaucoup fatiguée par des travaux prolongés très avant dans la nuit. Le premier phénomène en date a été une impossibilité de se coucher sur le côté gauche et sur le dos. En même temps apparaît une toux opiniâtre quinteuse, plus violente le jour que la nuit. Croyant calmer sa toux ou cherchant à éviter la douleur, la malade se livre alors à des abus de boissons (café, liqueurs, vulnéraire, cognac surtout).

Les jambes, qui depuis longtemps (sans que la malade puisse préciser) s'œdématiaient le soir, deviennent plus enflées et l'œdème persiste un peu, même après le repos. Amaigrissement rapide, sueurs nocturnes abondantes, jamais d'hémoptysie, ni d'altération de la voix. La toux est calmée par le décubitus sur le côté droit, elle reparaît au contraire si la malade se couche à gauche.

A l'entrée, la malade dit avoir perdu environ un tiers de son poids, et on constate en arrière de la poitrine du côté gauche une matité occupant la moitié inférieure du thorax, au même point, disposition des vibrations, retrait de la paroi thoracique. A l'ausculation, souffle lointain, œgophonie, pectoriloquie aphone en haut des deux côtés ; au sommet on entend un souffle dur aux deux temps de la respiration, mais plus marqué à gauche de ce côté, matité au sommet, quelques craquements humides. Troubles cardiaques sans souffle bien net.

31 *décembre*. Soupçon de péricardite.

3 *janvier*. L'attention est surtout attirée du côté du cœur. On note des troubles cardiaques très marqués, la malade ne peut se coucher sur le côté gauche ni sur le dos, oppression considérable, la matité cardiaque paraît très augmentée, les battements du cœur sont très irréguliers, le pouls est fréquent, petit, pas de pouls de Corrigan, pas de souffle à la base du cœur. La digitale, que l'on a donnée depuis deux jours, a amené une diurèse abondante, pas d'albumine dans l'urine. Vers la base du cœur on remarque des battements qui soulèvent la paroi, et sont beaucoup plus marqués sous la clavicule droite. On pense à une dilatation de l'aorte. Cependant il n'y a pas de matité au siège de la crosse aortique, lorsque la malade se couche sur le côté gauche il y a de l'oppression qui disparaît par le décubitus latéral droit.

8 *janvier*. Quelques accès d'oppression avec cornage.

10 *janvier*. Frottements sur le bord gauche du sternum, ils sont intermittents et siègent peut-être dans le péricarde.

13 *janvier*. On remarque de l'inégalité pupillaire, la pupille gauche est plus dilatée, pas d'inégalité entre le pouls radial droit et gauche. Depuis trois jours, œdème de la main gauche et de la face du même côté. Les frottements de la région précordiale ont diminué et restent intermittents, le pouls donne, au tracé sphygmographique, une ligne d'ascension courte et presque droite, puis un plateau avec une descente où l'on voit très exagéré le dicrotisme normal. Sa régularité est parfaite et il n'y a pas de différence notable d'un côté à l'autre.

14 *janvier*. Les phénomènes thoraciques persistent ; en arrière, pas de matité dans toute la hauteur du poumon droit ; à gauche, la matité s'étend de haut en bas jusqu'au niveau du cinquième inférieur, où une sonorité relative apparaît surtout du côté de la colonne vertébrale. Mêmes signes d'auscultation. L'œdème de la face et de la main est plus marqué. Aux membres inférieurs on en trouve, surtout aux cuisses et aussi à la paroi abdominale, dans les parties déclives ; facies pâle et anémique ; crachats peu abondants, spumeux, aérés, jamais sanguinolents, en avant, battements dans les fosses sus et sous-claviculaires ; la pointe du cœur bat à 10 centimètres au-dessous du mamelon, pas de déplacement transversal ; battements des artères du cou, gêne circulatoire dans les veines ; à l'auscultation on ne trouve pas de souffle au cœur ni sous la clavicule droite.

18 *janvier*. Une ponction exploratrice, faite avec l'appareil Dieulafoy, au niveau du sixième espace intercostal gauche dans la ligne axillaire, n'amène qu'une cuillerée (vingt grammes) d'un liquide trouble et sanguinolent. Par le repos on constate un dépôt assez abondant.

19 *janvier*. Accès d'oppression très violents. Râles nombreux des deux côtés en arrière et surtout vers le sommet à gauche.

© BIU Santé

20 *janvier*. L'œdème de la main gauche et de la face a disparu brusquement, il a beaucoup diminué au niveau des cuisses ; les signes pulmonaires n'ont pas changé.

22 *janvier*. L'œdème n'a pas reparu ; accès terrible de suffocation durant depuis vingt-quatre heures, cornage. Du côté des sommets, souffle et bruit de gargouillement. — Ipéca.

23 *janvier*. L'accès de suffocation est un peu calmé, pas de vomissements avec l'ipéca. Double centre de battements sous la clavicule droite, et vers la pointe du cœur ; vers la base, on trouve depuis quelques jours une matité qui va s'accentuant dans les deuxième et troisième espaces intercostaux du côté droit, la malade ne peut se coucher et est encore gênée dans la position assise.

27 *janvier*. Calme relatif depuis deux jours, cependant l'oppression persiste à l'état continu et s'accentue au moindre effort ; crachats abondants et visqueux, spumeux, aérés, mêlés de crachats purulents.

31 *janvier*. Tuméfaction appréciable dans le creux susclaviculaire droit, battements, pas d'expansion.

5 *février*. Les crachats ont beaucoup diminué, l'appétit est complètement perdu. Emaciation profonde, muguet de la bouche et du pharynx ; la matité reste localisée aux quatre cinquièmes supérieures à gauche ; matité au sommet droit ; le souffle a diminué aux sommets ; oppression revenant par accès.

7 *février*. Les crachats ont complètement disparu, oppression.

9 *février*. Affaiblissement profond, pâleur extrême de la face et des téguments, sueur froide et visqueuse, oppression constante.

Mort à 4 heures du soir.

Autopsie. A l'ouverture du corps on trouve dans la *cavité abdominale* une assez notable quantité de liquide trouble; la tunique séreuse des intestins est rouge et arborisée, ainsi que le péritoine du petit bassin ; mais on ne trouve nullement de fausses membranes, ce qui permet de croire que cette inflammation est très récente, on trouve dans l'ovaire gauche un petit kyste gros comme une noisette, contenant du liquide rougeâtre. Le gros intestin est revenu sur lui-même et n'a guère plus de 3 cent. de diamètre. L'S iliaque, au contraire, est très distendue par des gaz.

L'*estomac* est dilaté et mesure 30 cent. dans sa plus grande largeur et 17 cent. en hauteur, la muqueuse est saine.

La *rate* est très congestionnée ; à sa surface on voit de petites granulations blanchâtres qui, cependant, ne semblent pas être du tubercule. Poids, 256 grammes. Le *foie* est friable et augmenté de volume. Poids, 1,980 grammes, le péritoine est enflammé à ce niveau et l'on trouve de la périhépatite, la face convexe du lobe droit est unie au diaphragme par des fausses membranes. On en retrouve aussi autour de la vésicule biliaire dont les tuniques sont notablement épaissies et qui contient des calculs dans sa cavité. Un calcul engagé dans le canal cystique y a contracté des adhérences et oblitère complètement ce conduit. La veine cave contient des caillots blanchâtres. Les reins sont normaux. A l'ouverture du thorax on constate que toute la partie supérieure du médiastin antérieur est occupée par une tumeur du volume d'une petite orange. La surface est lisse et au toucher on sent une résistance assez grande et une consistance un peu élastique, l'incision des tissus montre qu'elle est formée d'une paroi de 1 millimètre d'épaisseur, recouvrant un caillot fibrineux qui se sépare assez facilement en deux parties, emboîtées en quelque sorte ; la paroi n'adhère pas au caillot à la partie antérieure et inférieure et le doigt introduit entre les deux, pénètre dans l'aorte et jusque dans le cœur. En somme, après dissection, on peut se rendre compte que cet anévrysme est développé aux dépens de la paroi antérieure de l'aorte, dans la portion ascendante de la crosse immédiatement au-dessus du péricarde. Cette tumeur siégeait directement derrière le sternum et la veine cave était appliquée le long de sa paroi droite où elle s'était, pour ainsi dire, creusé un léger sillon, l'origine des vaisseaux de la convexité n'était pas comprise dans la tumeur. Les nerfs voisins ne sont pas comprimés. Il n'en est plus de même de la trachée au-devant de laquelle siège l'anévrysme, et c'est ce qui explique les bruits morbides entendus pendant la vie. La bronche gauche est un peu plus comprimée que la droite.

La *trachée* est emplie de pus. Le poumon droit ne présente rien d'anormal si ce n'est un épaississement de la plèvre au sommet, cette membrane a atteint l'épaisseur d'un centimètre, quelques granulations crétacées dans le tissu pulmonaire. A gauche on trouve des lésions multiples, d'abord la plaie est adhérente dans toute son étendue sauf à la partie inférieure où l'on trouve une petite quantité de liquide séreux. En avant, près du sternum, dans le 2e, 3e et 4e espace intercostal gauche, on trouve une bande de pleurésie avec fausses membranes fibrineuses, ce qui explique les frottements entendus pendant la vie. A la coupe du poumon on voit une induration du tissu pulmonaire sur toute la hauteur, une sorte de pneumonie totale avec petits foyers multiples contenant du pus liquide. Toutes les bronches contiennent du pus et, après lavage, le tissu pulmonaire présente un aspect aréolaire. Le péricarde contient environ 150 grammes de liquide séreux. Le cœur est normal comme volume. On note un épaississement considérable de la paroi du ventricule gauche, un peu d'athérome des valvules mais pas d'insuffisance de l'orifice aortique. L'aorte est athéromateuse dans sa portion thoracique et abdominale.

M. Cornil fait remarquer combien il serait intéressant de rechercher les bacilles et de décider s'il s'agit d'une pneumonie chronique simple ou tuberculeuse.

M. Phocas montre une volumineuse *tumeur enkystée de la cuisse* probablement sarcomateuse.

27. Cas de mort par un pessaire ; par M. Léonard, interne des hôpitaux.

Au n° 17 de la salle Delessert est couchée la nommée D..., âgée de 54 ans. Cette femme, porteur d'un pessaire très volumineux qui n'a pas été retiré du vagin depuis deux ans, a succombé à l'anémie.

Ce qui frappe à première vue, c'est son abattement considérable; aussi est-ce avec beaucoup de difficultés que nous avons pu l'interroger. Depuis plus de six mois, dit-elle, elle urine fréquemment, souffre beaucoup en urinant et surtout après la miction ; depuis le même temps, elle a une constipation opiniâtre. Le médecin du bureau de bienfaisance lui prodigue force capsules de térébenthine et purgatifs, mais la cystite et la constipation, un moment disparues, reparaissent avec leur intensité première. La malade perd l'appétit, s'affaiblit de plus en plus, aussi se décide-t-elle à entrer à l'hôpital. Comme nous l'avons déjà dit, elle est très abattue ; les yeux sont ternes, les pommettes plaquées de violet ; l'appétit est perdu complètement ; la soif est assez vive ; la langue est sèche, fuligineuse. Pas de vomissement ; la constipation est remplacée par de la diarrhée colliquative. La cystite persiste toujours. La malade urine peu, présente de l'albumine dans ses urines. La peau est recouverte d'une sueur froide et visqueuse ; il y a œdème des deux membres inférieurs, depuis la plante des pieds jusqu'à la racine de la cuisse. Le pouls est petit, rapide (120) ; la température est abaissée : 36°,2. De nombreux râles de congestion sont disséminés dans les deux poumons, surtout aux bases. Le foie et la rate débordent les fausses côtes.

Au toucher vaginal, notre doigt est arrêté à l'entrée du vagin par un corps étranger volumineux, situé à l'entrée du conduit : la malade nous dit porter un pessaire depuis deux ans, et que ce pessaire n'a jamais été retiré. La muqueuse vaginale est épaissie, en forme de bourrelet autour du pessaire; aussi, est-ce avec beaucoup de difficulté que M. Gillette, chirurgien des hôpitaux, a pu l'extraire. Il a 8 cent. et demi de diamètre sur 3 cent. d'épaisseur. Après l'extraction, nous avons vu s'écouler du vagin un liquide

© BIU Santé

muco-purulent, infect dans le sens absolu du mot; aussi M. Gillette a-t-il fait des injections intra-vaginales d'acide phénique au 1/20e, et au moyen d'un tube en caoutchouc, il a poussé de semblables injections dans la cavité utérine.

Une potion de Todd, avec 30 centigr. d'extrait de thébaïque, est ordonnée à la malade. Le même jour, à notre contre-visite, la température a encore baissé : 35°,4; le pouls est petit, incalculable. Les membres sont très froids. Il y a un léger subdélirium. Pendant la nuit, la malade accuse tout à coup une oppression considérable, est assise sur son lit et meurt. T. 34°,2.

Autopsie. — Nous observons les lésions suivantes : les vaisseaux de la *pie-mère* sont très dilatés. Congestion considérable des deux poumons, surtout aux deux bases et en arrière, ce qui rend compte des râles observés pendant la vie. Le *foie* est volumineux, congestionné. La *rate* est grosse, molle, diffluente. Les *reins* congestionnés. Il y a congestion étendue à tout l'*appareil intestinal*. La *vessie* présente une congestion chronique sans ulcération. Les *uretères* ne sont pas dilatées. Il existe une ulcération étendue du vagin, mais peu profonde; pas de communication avec l'urèthre ou le rectum. Un caillot obstrue la veine cave inférieure à son origine; ce caillot se prolonge au loin du côté de la périphérie. — Nous avons donc le droit de supposer que, sous l'influence de la dilatation produite par le pessaire, il y a eu thrombus des veines vaginale, utérine, hypogastrique, puis iliaque et veine primitive. Comme la malade, quelques instants avant sa mort, a accusé une oppression considérable, il était légitime de supposer qu'un caillot détaché du thrombus de la veine cave inférieure avait formé un embolus pulmonaire; nous avons donc ouvert l'artère pulmonaire, poursuivi cette section jusqu'aux 3e et 4e branches; nous n'avons pas trouvé trace d'embolus; au surplus, le poumon ne présentait point de noyaux apoplectiformes. Comme cette femme urinait peu, présentait de l'albumine dans ses urines, avec abaissement considérable de la température, nous sommes en droit de supposer qu'elle a succombé à l'urémie (forme pulmonaire). Voici du reste la pathogénie qui, à notre avis, peut expliquer cette urémie : les produits muco-purulents infects qui s'écoulaient du vagin auront été absorbés par les voies veineuses ou lymphatiques au niveau de l'ulcération vaginale et produit cette vive congestion rénale que nous avons trouvée à l'autopsie.

Nous croyons qu'il n'existe aucun fait relaté dans la science semblable à celui que nous venons d'exposer; aussi avons-nous cru devoir publier cette observation.

M. Dolèris fait observer que l'existence de l'albuminurie et l'abaissement de la température font beaucoup plutôt penser à l'*albuminurie* et à l'*urémie*.

M. Petit dit que le pessaire présenté n'est pas de dimensions excessives, qu'il est peu modifié, peu incrusté, et que l'ulcération du vagin s'explique mal par une simple action mécanique.

M. Cornil pense que cette ulcération s'est faite parce qu'il y avait œdème des parois vaginales, de même qu'il y avait œdème des extrémités inférieures.

Élections.

MM. Guermonprez et Grenier sont nommés membres correspondants. — M. Seguin (de New-York) est nommé membre honoraire.

28. Inversion splanchnique complète. Méningite; par M. Emile Lévêque, interne à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

La nommée Florine Caumont, 19 ans, domestique, entre, le 11 février 1884, à l'hôpital de St-Germain, salle Bony, n° 13 (service de M. Le Piez).

A son arrivée, la malade est dans la prostration. Les personnes qui l'accompagnent racontent que, huit jours auparavant (4 février), pendant ses règles et au milieu d'une transpiration abondante, elle commit l'imprudence de boire de l'eau froide en grande quantité. Arrêt brusque du flux menstruel. Le lendemain, perte de l'appétit. Les jours suivants, nausées, diarrhée, fièvre et faiblesses telles qu'elle est obligée de garder le lit. Le 9 et le 10, épistaxis très abondantes, incontinence des matières fécales et profond abattement. La parole devient presque impossible, et les membres sont comme paralysés.

D'ailleurs, aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel; jeune fille très robuste, d'une excellente santé habituelle, réglée depuis l'âge de 15 ans environ, tous les mois ou tous les deux mois.

A son entrée à l'hôpital, le 11 au soir, voici ce que l'on constate : face vultueuse; kérato-conjonctivite intense de l'œil gauche, datant de quelques jours, sans traumatisme connu; pouls à 156, température axillaire à 40°,7. L'examen de la poitrine et de l'abdomen ne fait rien découvrir de pathologique. L'extrémité de la langue est assez propre; la malade gémit, mais elle ne prononce aucune parole intelligible. Les membres inférieurs sont immobiles dans l'extension, mais non en résolution; les membres supérieurs font quelques mouvements. Le coma s'accroit et la malade meurt dans la nuit.

Autopsie. A l'ouverture du *crâne*, on reconnaît, à l'œil nu, les lésions d'une méningite franche aiguë : pus liquide dans l'arachnoïde injectée. Ce liquide s'observe surtout le long des vaisseaux, dans la gaîne qui les entoure. Epanchement séreux assez abondant dans les ventricules. La *plèvre* est uniformément rouge; les poumons, absolument indemnes de tubercules ou de granulations, sont, ainsi que les reins, le siège d'un certain degré de congestion; les organes du petit bassin sont fortement congestionnés. Aucune altération du côté de l'intestin ni des autres organes. C'est donc à la méningite qu'il faut attribuer ici la mort, cette maladie paraissant avoir été déterminée par un refroidissement brusque et l'arrêt consécutif et immédiat des règles.

Tel est le côté pathologique de cette observation, nous envisagerons maintenant les résultats de l'autopsie au point de vue purement tératologique. A l'ouverture des cavités thoracique et abdominale, la disposition des viscères présente, en effet, une anomalie des plus remarquables.

Cavité thoracique. — Le *poumon* droit, bilobé, est diminué de volume transversalement par la projection du cœur vers ce côté. Le poumon gauche, trilobé, d'un diamètre vertical plus court que celui du poumon droit, à cause de la déclivité du diaphragme vers la droite et en bas, est un peu moins volumineux que ce dernier.

Le *cœur*, situé dans une dépression de la face interne du poumon droit, dirige sa pointe en bas et à droite; son angle d'incidence sur le diaphragme est normal, l'insertion du péricarde sur le centre phrénique étant également portée à droite. — Le ventricule aortique est en rapport avec le poumon droit; le ventricule pulmonaire, avec le poumon gauche; l'un et l'autre surmontés de leur oreillette. La disposition des orifices et des valvules est exactement en sens inverse de l'état normal. A gauche se trouvent les deux *veines caves* supérieure et inférieure, qui viennent se jeter dans l'oreillette à sang noir ou oreillette gauche.

L'*artère pulmonaire* naît de l'infundibulum du ventricule gauche; elle prend une direction oblique en haut et à droite, passant au-devant de l'origine de l'aorte, à droite de laquelle elle se place un peu plus haut. — Là, elle se divise en deux branches : l'une se portant directement vers le poumon droit, l'autre passant derrière l'aorte ascendante qu'elle croise perpendiculairement, avant de se rendre au poumon gauche.

L'*aorte* émerge du ventricule droit et se porte un peu obliquement en haut, en avant et à gauche; elle prend bientôt sa courbure ordinaire. La crosse, embrassant de sa concavité la bronche droite et passant à droite de la trachée, se dirige vers la partie latérale droite de la colonne vertébrale. Les artères coronaires ne présentent d'autre anomalie que leur situation et leur distribution en rapport avec l'inversion du cœur. — L'artère sous-clavière droite naît isolément de la crosse aortique, avant l'origine du

© BIU Santé

tronc brachio-céphalique. Celui-ci se divise en trois branches : les deux carotides primitives et la sous-clavière gauche. — L'aorte thoracique est située sur le côté droit du rachis ; la longueur des artères intercostales, bronchiques, etc., du côté gauche devient ainsi supérieure à celle des mêmes artères du côté opposé.

L'*œsophage* se trouve à gauche de l'aorte, au-devant de laquelle il franchit le diaphragme.

Cavité abdominale. — Le *foie*, normal dans son volume et ses divisions, est transposé à gauche : le gros lobe dans l'hypochondre gauche, où il recouvre la partie supérieure du rein correspondant ; le petit lobe, s'insinuant vers la droite entre le diaphragme et la grosse tubérosité de l'estomac. Le sillon de la veine ombilicale est à droite, tandis que le sillon de la vésicule biliaire et de la veine-cave inférieure est à gauche du premier. — L'*estomac* présente sa grosse tubérosité à droite, et la petite se dirige à gauche, où elle se continue avec le duodénum au-dessous de la vésicule biliaire. Le fer à cheval du duodénum a sa concavité tournée à droite, embrassant le *pancréas*. Ce dernier présente, non seulement l'inversion générale, mais encore une anomalie de volume : il a la grosseur d'un marron et affecte, avec la paroi duodénale, à peu près les mêmes rapports que la tête d'un pancréas normal. La *rate*, toujours en rapport avec la grosse tubérosité de l'estomac, y est reliée par un épiploon gastro-splénique des plus rudimentaires et présente un défaut de développement remarquable : elle se compose, en effet, de deux petites rates ou lobules, distantes l'une de l'autre de 7 ou 8 centimètres et à peine du volume d'une noisette. La disposition de l'estomac entraîne un changement dans la direction de l'*intestin grêle*, qui vient se terminer, au niveau de la fosse iliaque gauche, dans le cœcum. A celui-ci succède le côlon ascendant situé dans le flanc gauche, et auquel fait suite le côlon transverse, ce dernier suit le contour de la paroi postérieure de l'abdomen, à laquelle il est appliqué. Il est séparé de la paroi antérieure par les circonvolutions intestinales qui le recouvrent, et, se dirigeant de gauche à droite, il devient descendant et aboutit au niveau de la fosse iliaque droite, à l'S iliaque transposé. La longueur totale du *gros intestin* est de 1 mètre 15. Rien d'anormal aux reins, ni aux organes génitaux et leurs annexes. L'*aorte abdominale* s'applique, comme l'aorte thoracique, au côté droit de la colonne vertébrale, à droite de la veine-cave inférieure. D'où, modifications nombreuses dans la position et la longueur des vaisseaux. Les veines rénales, par exemple, passent en arrière de l'aorte. Le *rachis*, malgré la transposition de l'aorte, présente, à la région dorsale, une courbure latérale très nette quoique peu prononcée, à concavité gauche.

Réflexions. — Bien que les faits d'interversion des viscères ne soient pas d'une extrême rareté, les observations de ce genre présentent toujours un côté curieux et utile, en ce sens que des anomalies peu connues sont confirmées et que d'autres, encore ignorées, apparaissent et peuvent contribuer à trancher certaines questions pendantes d'anatomie. C'est ainsi que ce cas d'inversion, outre sa généralisation parfaite, offre trois particularités intéressantes : 1° le défaut de développement du pancréas, qui est de la grosseur d'un marron ; 2° la situation profonde de l'arc du côlon (deux faits que nous ne croyons pas encore signalés) ; 3° la déviation latérale du rachis, à concavité gauche, malgré la présence de l'aorte sur le côté droit de la colonne vertébrale. Ce dernier point ne manque pas d'importance, étant établi que notre sujet était *gaucher*. Ce fait vient donc confirmer l'opinion de Bichat, qui attribuait cette courbure à la prédominance des membres supérieurs droits ; il vient à l'encontre de celle de Thomas et de Sappey qui la considèrent comme une simple dépression due à la présence de l'aorte. L'opinion de Malgaigne est, au contraire, ainsi confirmée ; et l'on peut, avec Beaunis (*Rev. méd.*, de l'Est, 1874) la résumer en quelques propositions : 1° la courbure latérale du rachis n'est pas due à la prénominance d'action des membres supérieurs droits ; 2° elle n'est pas non plus une simple dépression vasculaire due à l'aorte ; 3° elle n'est qu'un cas particulier de l'asymétrie (pour ainsi dire naturelle) des deux moitiés du corps, etc.

D'après Beaunis, le diagnostic de la transposition des organes sur le vivant doit être basé sur le déplacement du cœur à droite et celui du foie à gauche. Inutile de rappeler les erreurs qui ont été causées, dans le diagnostic des maladies, par cette transposition ignorée. Cette disposition anormale est d'ailleurs d'une parfaite innocuité : notre malade, d'un caractère peu gai et peu expansif, il est vrai, était alerte et très forte, et a succombé à une maladie tout à fait indépendante de l'anomalie dont il s'agit ; d'autre part, Bose, Sabattier, Chambard, l'ont observée chez des sujets de 84, 80, 74 ans. Quant à la cause de la transposition des viscères, plusieurs hypothèses sont en présence. Celle du physiologiste russe, Baer, est généralement adoptée par les tératologistes. Elle est basée sur ce fait, que, dans les cas de monstruosités doubles, l'individu situé à droite présente toujours une transposition générale des viscères, l'individu situé à gauche présentant la disposition normale. A l'état normal, l'embryon se place, à une certaine période du développement, à la gauche du vitellus ; quand, par des causes encore indéterminées, il se place à droite, on aurait une inversion. — Bibliographie, voir Beaunis, *loc. cit.*, et Schmitt (*Rec. de mém. de méd. milit.* 1880).

29. Affection mitrale. — Caillots fibrineux intra-cardiaques.— Infarctus pulmonaires, dont l'un gangréneux ; par M. Menestrier, interne des hôpitaux.

M. Ménestrier présente le cœur d'une femme de 25 ans, morte dans le service de M. Troisier, à l'hôpital Tenon. L'orifice mitral est très rétréci, on peut à peine y passer le petit doigt ; ce rétrécissement est dû à l'accollement, dans leur partie postérieure, des deux valves de la mitrale, qui sont épaissies et rigides, et à l'adhérence des cordages tendineux entre eux. Le cœur, vide de sang, pèse 180 gr. Dans le ventricule gauche, il existe deux caillots fibrineux anciens, dont l'un, qui a environ 6 centimètres de longueur sur 3 de largeur, est accollé à la paroi interventriculaire, et l'autre, de moindres dimensions, est situé au voisinage du pilier antérieur. Ces caillots sont ramollis à leur centre et convertis en une sorte de bouillie grisâtre. Des caillots de même nature remplissent les deux auricules, à gauche et à droite. Les *poumons* contiennent plusieurs infarctus, auxquels correspondent des branches de l'artère pulmonaire obstruées par des caillots fibrineux. L'un de ces infarctus est creusé d'un excavation remplie par un détritus noirâtre sphacélé, et qui n'est séparée de la cavité pleurale que par une lame pulmonaire elle-même gangrenée, mais encore adhérente. Il n'y a pas d'infarctus dans les autres organes.

Pendant la vie, on avait constaté à l'auscultation du cœur un souffle systolique de la pointe ; les battements étaient très précipités, inégaux et irréguliers ; il y avait une forte dyspnée et des palpitations très violentes. Le faciès était terreux et exprimait à la fois l'anxiété et l'abattement. Les urines étaient peu abondantes et légèrement albumineuses. Les membres inférieurs présentaient un certain degré d'œdème.

Sous l'influence de la digitale, qui fut administrée pendant huit jours à la dose de 25 centigr., cet état s'amenda beaucoup ; mais trois semaines environ après l'entrée de la malade à l'hôpital, la dyspnée devint plus forte, des hémoptysies se produisirent d'une façon presque continuelle, et à l'auscultation des poumons, on constata la présence de plusieurs foyers d'apoplexie ; les phénomènes septicémiques se prononcèrent de plus en plus, et la malade mourut le 1er février, deux mois environ après le début de ces accidents. Il a été impossible de déterminer quelle était l'origine de l'affection mitrale. La malade n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire aigu et rien ne lui avait jamais fait soupçonner qu'elle était atteinte d'affection du cœur.

30. Rapport sur la candidature de M. Paul Le Gendre, interne des hôpitaux, au titre de membre-adjoint ; par M. Gilbert Ballet.

M. Le Gendre a fait à la *Société anatomique* de nom-

© BIU Santé

breuses présentations, parmi lesquelles plusieurs présentent un réel intérêt. Nous appellerons particulièrement l'attention sur les deux suivantes. La première est relative à un cas d'*atrophie considérable du ventricule droit coexistant avec un foie biliaire*. Le sujet, une femme de 77 ans, était entré à l'hôpital pour un ictère chronique intense, accompagné d'un état de cachexie qui avait imposé le diagnostic de compression des voies biliaires par un néoplasme. L'autopsie révéla que la compression siégeait au niveau de l'ampoule de Vater et reconnaissait pour agent un cancer de la tête du pancréas. L'artério-sclérose était générale, les reins comme le cœur étaient de consistance scléreuse. Ce dernier organe offrait un aspect tout à fait singulier par suite de la disproportion entre ses cavités gauches, qui, ainsi que l'oreillette droite, ne différaient pas sensiblement de l'état normal chez une femme âgée et cachectique, et le ventricule droit qui était réduit à des dimensions extrêmement restreintes. Ce ventricule était dans sa totalité si petit, qu'il semblait comme un diverticule de l'oreillette. Les parois en étaient très amincies, et la cavité vide de caillots n'aurait pu contenir une noisette; les valves de la tricuspide étaient très diminuées et les piliers comme recroquevillés. Il existait autour du viscère une surcharge adipeuse considérable.

Si nous nous reportons aux rares enseignements contenus dans les livres classiques sur l'atrophie du cœur, nous ne trouvons aucune notion positive sur l'atrophie partielle du ventricule droit. Chomel ayant admis dans l'article du Dictionnaire en 30 volumes deux variétés d'atrophie, la congénitale et l'accidentelle, ajoutait que cette dernière était à peine connue, que l'on pourrait la révoquer en doute et que, par conséquent, il était impossible d'en donner une description. M. Parrot, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, a rejeté la division de Chomel, sans admettre non plus celle qu'avait proposée Bouillaud, qui admettait une atrophie simple, excentrique ou concentrique. Le cas dont il s'agit dans l'observation de M. Le Gendre se rapprochait de la variété d'atrophie décrite par Friedreich et caractérisée par une dureté particulière, un poli très accusé sur les coupes, un état cireux et un aspect presque translucide. Friedreich pense que cette altération, qui paraît être une conséquence des états cachectiques chroniques, est une véritable atrophie scléreuse. M. Parrot ajoute, dans l'article auquel nous faisons allusion : « Bien que les atrophies partielles du cœur aient été peu étudiées, il en existe des exemples. Pour notre compte, nous avons vu plus d'une fois les piliers tenseurs des cordages valvulaires et certaines trabécules pariétales, réduits à de très minimes proportions. Presque toujours il existait un état scléreux de ces parties. » Comme on le voit, nous ne trouverions rien de comparable dans les faits connus à cette atrophie strictement limitée au ventricule droit, si un cas analogue n'avait été présenté à la Société médicale des hôpitaux, en 1880, par M. Féréol. Il s'agissait d'une atrophie du ventricule droit, également trouvée à l'autopsie d'un sujet mort d'une cirrhose du foie. Outre l'influence de l'état cachectique et de l'artério-sclérose, conviendrait-il d'admettre une relation entre l'existence d'une atrophie limitée au ventricule droit et une affection chronique du foie? C'est une question que l'on peut timidement se poser, en attendant que de nouveaux faits du même genre soient signalés.

La seconde communication de M. Le Gendre qui nous ait paru mériter une mention spéciale, est un cas d'*accidents péritonitiques consécutifs à une perforation de la vésicule biliaire par cholécystite suppurée survenue au début d'une fièvre typhoïde*. Une femme de 30 ans, n'ayant jamais éprouvé de symptômes attribuables à un état pathologique du foie, contracte une fièvre typhoïde en soignant son enfant atteint de cette affection. Elle n'en est encore qu'à la période initiale et prodromique, uniquement attestée par la courbature, l'anorexie, l'insomnie et l'épistaxis utérine, lorsque tout à coup éclatent un matin de violentes douleurs abdominales et des nausées, suivies de vomissements porracés réitérés. La fièvre typhoïde s'accentue en même temps que les signes de péritonite persistent; la mort survient rapidement. L'autopsie montre à la fois les lésions d'une dothiénentérie au deuxième septénaire, du pus dans le péritoine et une perforation lenticulaire à bords irréguliers, située au fond de la vésicule biliaire. Celle-ci était pleine de pus et renfermait trois calculs de la grosseur d'une noisette et d'aspect puriforme.

Ce fait diffère de la plupart des cas de cholécystite suppurée, apparaissant dans le cours de la fièvre typhoïde. En effet, M. Hagenmüller, dans une thèse soutenue en 1876, à la Faculté de Paris, et basée sur dix-huit observations, n'en cite qu'une seule tirée de l'ouvrage de Louis, où la cholécystite typhoïde, ignorée pendant la vie, ait été trouvée à l'autopsie d'un sujet mort au huitième jour; encore dans ce cas, la vésicule n'était-elle pas perforée. Dans toutes les autres observations, la cholécystite est apparue après le troisième septenaire et, le plus souvent même, à une époque déjà avancée de la convalescence. Dans le cas de M. Le Gendre, au contraire, il est de toute évidence que la cholécystite suppurée précoce a été la cause des accidents péritonitiques qui ont marqué le début de la dothiénentérie; on peut se demander si la présence de trois calculs volumineux et à surfaces rugueuses n'a pas contribué à hâter la perforation des parois de la vésicule, rendues friables par l'inflammation. La cholécystite de la fièvre typhoïde est-elle, dans les cas analogues, la conséquence directe de l'empoisonnement, ou n'est-elle que la propagation d'un catarrhe des voies biliaires, provoqué lui-même par l'extension des lésions intestinales? C'est un point non encore résolu.

32. Arrachement de la phalange unguéale du pouce droit avec le tendon du long fléchisseur. — Désarticulation interphalangienne immédiate. Guérison.

Le 12 octobre 1883, la soigneuse Rosalie V..., âgée de quinze ans, de Saint-Maurice-lez-Lille, était chargée de veiller au fonctionnement du « délivreur » d'une étaleuse à lin. Le ruban de lin étant venu à s'enrouler autour du cylindre débiteur ou délivreur, l'ouvrière voulut, sans arrêter la marche, dégager ce ruban. La phalange unguéale du pouce droit, introduite sous le lin, est aussitôt serrée, avec une énergie sans cesse croissante, par le ruban sur le cylindre; elle est rapidement entraînée par le mouvement et séparée de la main, retenant avec elle tout le tendon du long fléchisseur sans aucun débris notable du tissu musculaire. Il n'y a pas de douleur notable. La blessée est moins émue que son entourage.

En dégageant du métier la portion arrachée du doigt, on constate aisément la force de constriction qui maintient la phalange sur le cylindre. Les faces dorsale et palmaire sont notablement aplaties. L'ongle n'est pas altéré. Les autres détails anatomiques sont les mêmes que dans le cas précédent. Le pourtour de la plaie est festonné du côté dorsal, d'une grande netteté du côté palmaire, où il répond au pli interphalangien. La partie articulaire de la phalange unguéale fait au milieu de la plaie une saillie non recouverte par la peau. Pour ce motif, la désarticulation de ce fragment, épais de deux millimètres, est pratiquée sans délai. Alors seulement survient une minime hémorrhagie, dont il n'existait aucune trace jusque-là. Le pansement de Lister est appliqué comme de coutume.

13 *octobre*. Le pansement est taché par le sang. Il n'y a cependant pas d'hémorrhagie notable. Il est fait une très légère compression.

14 *octobre*. Un peu de douleur, avec quelque sensibilité à la pression, est constatée sur le trajet de la plaie sous-cutanée faite par l'arrachement du tendon du long fléchisseur. Ces signes sont surtout marqués au niveau du poignet.

15 *octobre*. La douleur et la sensibilité sont un peu plus intenses, bien qu'elles ne troublent pas le sommeil. Le maximum est encore au même niveau. (Une seule sangsue *loco dolenti*.)

16 *octobre*. Il ne reste plus aucune douleur ; mais seule-

© BIU Santé

ment une très minime sensibilité. Aucun autre incident n'est survenu. La guérison a été complète le vingt-cinquième jour. Actuellement, le reste du pouce demeure encore refroidi, pâli et surtout amaigri dans une notable proportion.

33. Le 12 janvier 1884, la fileuse de jute, T... (Marie), âgée de 17 ans, a le bras gauche arraché à l'extrémité d'un métier à filer, que l'on trouve arrêté, le mouvement de la machine se perdant par conséquent sur la poulie folle. Il n'y a pas d'hémorrhagie importante.

Description de la pièce anatomique. — Sur la pièce, encore pourvue du cuir dont se munissent habituellement les fileuses de jute, on ne trouve qu'une plaie accessoire. Elle siège à deux centimètres au-dessous du pli du bras, du côté radial : sa dimension répond à peu près au volume d'un crayon ; sa profondeur ne paraît pas dépasser le tissu graisseux sous-cutané. La plaie principale a été dessinée lorsqu'elle était fraîche ; elle est un peu souillée par quelques restes de fibres de jute.

Os. — Le fragment inférieur de l'*humérus*, long de 12 centimètres, est irrégulièrement taillé en un biseau étendu, aux dépens de sa partie antérieure. Dans son canal médullaire se trouve logée une esquille, longue de 7 à 8 centimètres et retournée sur son axe, de façon que sa surface médullaire regarde presque en avant au lieu de regarder en arrière. Sur les bords de ces deux fragments principaux on ne trouve pas de menues esquilles. Le périoste est encore adhérent et même les insertions musculaires.

Muscles et tendons. — Les masses musculaires sont sectionnées avec une netteté relative. Il est, sinon facile, du moins très possible d'en distinguer les éléments les uns des autres. La surface de section, partout irrégulière, se trouve du côté radial, à la même hauteur que la section de l'os ; elle est située 3 ou 4 centimètres plus bas du côté cubital : c'est ainsi que sur la figure la position choisie permet de voir l'os à découvert.

Le *triceps* est sectionné avec l'irrégularité ainsi décrite. De son milieu, on voit sortir un faisceau de tissu aponévrotique, presque parfaitement tendineux, long de 11 centimètres. Il est placé en avant de la *longue portion* du muscle, d'une part, en arrière des *portions interne* et *externe* d'autre part. Ce faisceau est imparfaitement divisé par le traumatisme en trois ou quatre segments longitudinaux. Sa face postérieure est presque parfaitement lisse. Sa face antérieure ne porte guère qu'un ou deux débris des insertions musculaires. Les bords interne et externe sont, ainsi que la partie terminale, largement pourvus de débris d'insertions musculaires.

Le *brachial antérieur*, dont les insertions humérales les plus inférieures sont encore intactes, est sectionné surtout dans ses parties charnues. On reconnaissait toutefois beaucoup mieux sur la pièce fraîche les aponévroses et autres parties fibreuses accessoires de ce muscle.

Du *biceps*, on ne retrouve que la partie inférieure du tendon d'insertion radiale. Cet élément fibreux est incomplètement divisé en six ou huit fragments longitudinaux, sur chacun desquels il ne reste guère que des vestiges d'insertions musculaires.

Artères. — L'*artère humérale* est terminée en pointe. Les quinze derniers millimètres sont d'une telle consistance, qu'on n'y peut plus songer à la conservation des couches moyenne et interne. Dans les quatre centimètres suivants, il est facile de sentir trois ou quatre sections analogues de ces mêmes couches. Toutes ces lésions sont évidemment dues à l'allongement que l'artère a dû supporter avant de se rompre. Cet allongement est d'ailleurs indiqué encore par ce détail, que l'artère peut être retirée de sa gaîne celluleuse, jusqu'à en rendre visible une longueur de 10 ou 12 centimètres. On ne retrouve pas l'*humérale profonde* sur la surface de section.

Veines. — Les lésions de ces vaisseaux ne présentent aucune particularité qui mérite d'être signalée. On n'en trouve d'ailleurs qu'un petit nombre (toutes sont des sous-cutanées). Elles sont moins étirées que l'artère, et leur consistance est partout la même. Une seule *ecchymose* mérite d'être notée : elle se trouve sous l'aponévrose d'enveloppe du bord interne du bras et se prolonge un peu dans l'espace qui sépare le brachial antérieur de la portion interne du triceps.

Nerfs. — Le *nerf cubital* est conservé sur la pièce dans une étendue qui n'a pas moins de 15 centimètres. Il conserve son volume normal encore à une distance de 7 ou 8 centimètres de la surface de section musculaire. A partir de ce point il s'atténue insensiblement, sans perdre de sa solidité, jusqu'à devenir à peu près filiforme. Examinée sous l'eau, cette dernière portion a l'aspect d'un faisceau d'une douzaine de gros poils.

Le *nerf musculo-cutané* est saillant dans une longueur d'environ 10 centimètres et présente les mêmes altérations.

Le *nerf radial* a été sectionné à peu près à la même hauteur que le fragment principal de l'humérus.

Du *nerf médian* on ne retrouve absolument pas trace sur la surface de section.

Téguments. — La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont sectionnés avec une netteté aussi parfaite que pourrait le faire l'instrument tranchant dans une amputation chirurgicale. Mais cette régularité de la section n'est ainsi parfaite que dans les trois quarts de l'étendue de la plaie. La partie antérieure de celle-ci est formée par *un lambeau* dont les bords sont dépourvus de la couche cellulo-graisseuse sous-jacente et sont manifestement recroquevillés en dedans. Ce lambeau, dont le bord longitudinal ne dépasse pas 4 centimètres, est limité en bas par un bord de 2 centimètres. Quant à son bord supérieur il n'est distinct du reste de la surface de section que dans une étendue de 5 centimètres seulement.

Il n'y a d'ailleurs *aucune mâchure* de la peau (1).

On transporte aussitôt la blessée à l'hôpital civil de Dunkerque (salle des femmes blessées, n° 13), où elle reçoit immédiatement les soins de M. le Dr Dezwarte, chirurgien en chef, et de M. le Dr Blanckaert, chirurgien-adjoint. La blessée est dans un état de shock peu alarmant (*potion cordiale*). On ne donne pas de chloroforme.

Le nerf médian, qui fait une saillie de 10 à 12 centimètres, est immédiatement sectionné ; puis un autre nerf, qui proémine de même. Au moment de chacune de ces deux sections, la patiente accuse une douleur très manifeste, mais de courte durée. — La régularisation de la masse charnue est faite ensuite dans une étendue de 6 à 8 centimètres. — A l'aide de la scie à amputation, une longueur de 10 centimètres de l'humérus est enlevée. — La peau, nettement tranchée par le traumatisme, laisse en un seul point une saillie de 5 sur 6 centimètres environ, qui nuit à la régularité nécessaire du moignon. Cette portion est excisée. Une ligature de précaution ayant été préalablement faite sur l'humérale, trois autres ligatures sont nécessaires après la section de la masse charnue : toutes sont faites à l'aide de la soie phéniquée. Un drain est placé au fond de la plaie et une dizaine de points de suture au fil de lin rapprochent la lèvre antérieure de la postérieure. Le pansement se compose d'un linge fenêtré, imbibé d'huile phéniquée, puis d'un large gâteau de charpie, maintenu par une compresse et une bande sèches.

16 *octobre*. Le moignon est un peu tuméfié, à peine sensible à la pression. L'état général est satisfaisant. Même pansement.

18 *octobre*. Il y a moins de tuméfaction. Le pus sort assez librement par les divers pertuis des fils de suture, un peu aussi par les parties intermédiaires. Le drain n'est cependant pas obstrué : le pus s'en écoule manifestement. Il y a un peu d'empâtement dans la moitié inférieure du moignon, surtout en avant. La sensibilité à la pression n'est guère plus grande. L'état général de la blessée demeure satisfaisant. Sur l'invitation de mes bienveillants

(1) Ce détail suffirait, au besoin, pour écarter l'idée d'un coup d'engrenages, comme on l'a proposé pour interpréter le mécanisme de cet accident, accompli sans témoin véritable.

© BIU Santé

confrères, j'applique le pansement listérien, avec la modification signalée plus haut.

21 *octobre*. La plaie a très bon aspect; mais les sutures n'ont pas tenu. La suppuration est copieuse, mais sans fétidité importante. Le pansement listérien est renouvelé.

23 *octobre*. Même situation, même pansement.

25 *octobre*. Les derniers points de suture sont enlevés. Deux fils de ligature sont éliminés. La plaie bourgeonne sur toute sa surface et d'une manière uniforme. Un petit gâteau de gaze phéniquée, imbibée de la solution normale (2 $^1/_2$ $^0/_0$), est placé en avant et un autre en arrière des deux lèvres de la plaie. Ils sont tous deux ramenés en bas au moyen de quelques tours de bande, dans le but de rapprocher les deux lèvres. Le reste du pansement est fait comme de coutume.

3 *février*. Les petits gâteaux de gaze phéniquée n'ont pas donné le résultat cherché; ils ont paru causer une certaine irritation de la surface suppurante et ont été abandonnés. Une petite phlyctène a été trouvée une fois à la partie supérieure du moignon; elle est d'ailleurs en pleine voie de guérison. La plaie conserve son bon aspect et se rétrécit sensiblement

46. Epithélioma mammaire. — Altération épithéliale de la zone suspecte; par M. E. Valude, interne des hôpitaux.

F... (Marie), âgée de 32 ans, entre le 7 février 1884, salle Lisfranc, lit n° 24. (Service de M. le professeur Verneuil.)

Cette malade, d'une très belle apparence de santé, porte au sein droit une tumeur dont le début remonte à un an. L'accroissement, lent au commencement, est devenu plus rapide dans ces derniers mois. Jamais de douleurs. La tumeur est arrondie, du volume d'une mandarine environ, un peu bosselée, dure. Elle siège à la partie supérieure et interne du sein, tout à fait à la périphérie de la zone mammaire, si bien que la malade ne croyait pas qu'elle dépendait du sein. La peau est mobile sur elle, non changée de couleur, le mamelon n'est pas rétracté. La tumeur, en totalité, est très mobile sur la profondeur. Le reste de la glande paraît saine et la tumeur semble très bien limitée. Il existe un ganglion dans l'aisselle. M. Verneuil diagnostique un épithélioma et l'ablation totale de la mamelle ainsi que du ganglion est effectuée.

Une coupe médiane de la mamelle et de la tumeur montre que la tumeur, bien limitée, comme encapsulée, offre macroscopiquement l'aspect de l'épithélioma. Mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que le reste du segment de glande mammaire, dont dépend la tumeur, n'offre pas l'apparence du tissu mammaire sain. Cliniquement, la tumeur paraissait tout à fait isolée du reste de la glande, cette glande paraissait souple et saine; la coupe, après l'opération, fait voir que le segment mammaire qui contient les canaux galactophores émanés de la tumeur est un peu augmenté de volume et que sa couleur diffère notablement du tissu blanc caractéristique du tissu mammaire non altéré. Les autres segments mammaires offrent, du reste, manifestement cette couleur de bonne nature, en opposition avec la couleur blanc rosé du segment suspect; c'est là la zone suspecte, qu'il faut savoir reconnaître et enlever, sous peine de faire une opération incomplète. Restait à savoir si cette portion de glande suspecte était réellement altérée. L'examen histologique a démontré la vérité de ces prévisions.

Cet examen a, en effet, fait reconnaître dans la tumeur elle-même un épithélioma des plus caractérisés. Dans la zone suspecte on observe les lésions de l'épithélioma au début. Certains conduits glandulaires sont sains et leur épithélioma n'est nullement altéré, d'autres sont augmentés de volume, déformés; l'épithélium, en pleine prolifération, distend les culs-de-sac, çà et là rompt les parois et se répand dans le tissu conjonctif péri-canaliculaire. Disons, pour être complet, que l'examen du ganglion axillaire a révélé l'envahissement de ce ganglion par l'épithélioma.

Donc, voici une tumeur d'apparence isolée, à propos de laquelle on eût pu penser que le reste de la glande était sain. L'examen macroscopique avait déjà pu faire reconnaître le début du mal dans la zone suspecte, mais il est des cas où cet envahissement ne se révèle macroscopiquement par aucun signe. Le microscope seul peut faire reconnaître l'altération de l'épithélium.

Il faut connaître ces cas, pour se défier des opérations parcimonieuses dans les tumeurs de mauvaise nature; les conduits galactophores, les lymphatiques qui émanent de la tumeur sont le siège d'altérations impossibles à reconnaître à l'œil nu, et la règle dans ces cas doit être de pratiquer des ablations complètes de la glande et des ganglions, sous peine de voir se développer une récidive qui ne serait, à proprement parler, qu'une continuation du mal incomplètement enlevé.

REVUE DES SCIENCES NATURELLES

I. Œuvres complètes de Buffon. Nouvelle édition; par J.-L. de Lanessan. — **Notice biographique et introduction**; par de Lanessan. 1 vol. grand in-8 de 452 pages. — Paris, A. Le Vasseur, 1884.

II. Flore de Paris (Phanérogames et cryptogames); par J.-L. de Lanessan, professeur-agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8 de 902 pages, avec 702 figures. — Paris, O. Doin, éditeur.

III. Vade mecum des herborisations parisiennes; par Lefébure de Fourcy, 5e édition. — Paris, Ad. Delahaye et Lecrosnier. 1 vol. in-12 de 309 pages, 1884.

IV. Recherches sur les solanum des anciens; par le Dr Imbert Gourbeyre, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. 1 vol. in-8 de 136 p. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1884.

I. Mon infatigable collègue M. de Lanessan entreprend à la librairie Le Vasseur une édition nouvelle des œuvres complètes de Buffon, édition qui ne comprendra pas moins de 14 volumes grand in-8°, et dont l'introduction vient de paraître.

Faire connaître le Buffon savant et penseur, mettre en lumière la grandeur de ses idées, le placer au rang qui lui appartient, à la tête des naturalistes et des philosophes qui ont fondé la science moderne: Lamarck qui fut son élève, Adanson, Ch. Bonnet, Geoffroy-Saint-Hilaire, pour ne citer que les plus illustres dont les écrits portent la marque indélébile du maître, dans les œuvres duquel ils puisaient leurs pensées, montrer en Buffon le créateur véritable de la doctrine du transformisme, de l'évolution et de la sélection, tel est le rôle de cette édition.

Aux œuvres complètes de Buffon, déjà publiées tant de fois, M. de Lanessan a ajouté sa correspondance, composée de plus de 600 lettres, annotées, avec une piété filiale et une science profonde du XVIIIe siècle, par M. Henri Nadault de Buffon, arrière-petit neveu de l'illustre naturaliste.

Dans la notice biographique, dans laquelle débute cette édition, M. de Lanessan étudie, en naturaliste, la personne, le caractère, la vie privée et publique de Buffon. Cette notice est bien intéressante, mais ce qu'il y a de plus remarquable et, disons-le, de plus inattendu, c'est l'*Introduction* dans laquelle on nous montre le Buffon transformiste, précurseur de Lamarck, avant-coureur de Darwin, établissant la théorie de la sélection, démontrant la mutabilité des espèces. Cette longue et consciencieuse étude de M. de Lanessan est, sans contredit, un des plus intéressants chapitres de critique scientifique qui aient été écrits depuis longtemps. Elle est d'un bon augure pour la suite de la publication et nous permet de prévoir que cette édition nouvelle des œuvres de Buffon laissera bien loin derrière elle toutes celles qui l'ont précédée.

II. Mon savant collègue M. de Lanessan, à la plume autorisée duquel on doit déjà tant d'œuvres de valeur, vient de publier un guide du botaniste aux environs de Paris, que tous les floristes accueilleront avec faveur. Il existe déjà bon nombre d'ouvrages du même genre; toutefois, celui-ci se recommande entre tous, outre la méthode rigoureuse qui a présidé à sa rédaction, par les nombreuses figures dont il est orné, et surtout par l'adjonction de toute une partie cryptogamique qui fait totalement défaut dans les

© BIU Santé

autres flores parisiennes, même les plus récentes. Disons enfin que ce livre, spécialement écrit pour les étudiants en médecine, est le reflet des observations magistrales de M. le professeur Baillon et est divisé suivant le groupement adopté par ce savant dans son *Histoire des plantes*; une mention spéciale est faite des plantes intéressant la médecine, dont les propriétés toxiques ou thérapeutiques sont rapportées succinctement.

III. Ce ne sont point les flores parisiennes qui font défaut; mais celle-ci, qui est arrivée à sa 5e édition, se recommande entre toutes par son format de poche et par la simplicité des caractères invoqués par l'auteur pour mener l'herborisant à la détermination des espèces de plantes. L'édition actuelle diffère des précédentes par l'adjonction d'une partie cryptogamique qui répond à un besoin réel et qui vient combler une lacune que présentent trop souvent les ouvrages de ce genre.

IV. L'auteur passe en revue des questions touchant tout à la fois à la botanique, à l'histoire de la médecine et à la philologie; le Dr Imbert-Gourbeyre nous donne une curieuse étude des *Solanum* connus des anciens. Il établit que ceux-ci en connaissaient quatre espèces, qu'ils désignaient sous les noms de *esculentum*, *halicacabum*, *hypnoticum* et *manicum*; il montre en outre que ces quatre *Solanum* décrits ou cités par les vieux auteurs grecs, latins, du moyen âge, etc., correspondent respectivement à nos *Solanum nigrum* ou morelle noire, *Physalis alkekengi* ou Coqueret, *Ph. somnifera* et *Atropa belladona*. Il entreprend l'histoire critique de chacune de ces plantes, nous apprend les propriétés toxiques ou médicamenteuses qu'on leur avait attribuées, nous révèle le secret des préparations auxquelles on les incorporait, etc. R. BLANCHARD.

CORRESPONDANCE

La Gebœranstalt de Prague.

Prague, 1er septembre 1884.

La *Gebœranstalt*, ou maison d'accouchement, est située entre les jardins de l'*Irren Anstalt* et ceux de la Findel Anstalt. De style gothique, bâtie en briques sur un point culminant de la Neustadt, elle remplace depuis 1875 l'ancien *Gebœrhaus*, tristement célèbre par ses épidémies de fièvre puerpuérale et sa mortalité, dont le chiffre s'élevait jusqu'à 12 %. Je ne veux pas vous citer les « *Rapports des architectes de Bohême pour l'année* 1875 », où l'on trouve la description de la Gebœranstalt et les plans de l'architecte Hawka; représentez-vous quatre corps de bâtiments, parallèles deux à deux, entourant un grand jardin rectangulaire; ce jardin intérieur est traversé par trois ailes perpendiculaires à deux des côtés du rectangle. Telle est, à peu près, la vue d'ensemble.

Les trois services qui se partagent le Gebœrhaus sont : celui du professeur Breisky, celui du professeur tchèque Streng, et enfin un service réservé aux sages-femmes, l'*Hebammen-Klinik*, et qui appartient au professeur Weber, directeur de l'établissement.

Le service de M. le professeur Breisky, occupe, au premier étage, trois ailes et un bâtiment central, dont les vastes pièces s'ouvrent sur de longs corridors. Dans le bâtiment central, les différentes pièces communiquent entre elles. On y trouve d'abord la salle des cours, avec les mannequins qui servent aux démonstrations; une petite antichambre la sépare de la *salle d'accouchement d'été*; celle-ci est spacieuse, possède quatre grandes fenêtres donnant sur le jardin intérieur, et elle est admirablement ventilée. Le système de ventilation est d'ailleurs le même dans toutes les salles : l'été, les doubles fenêtres sont ouvertes, ou bien on fait, à l'aide d'une manivelle, basculer les vasistas, l'hiver, on soulève des trappes placées au bas des fenêtres, au niveau du plancher. De plus, des bouches aspiratrices et d'immenses poêles projettent au dehors l'air vicié.

Dans la salle, quatre lits pour les femmes qui accouchent ou qui sont examinées; au centre, une table-lit pour le speculum; une longue table-armoire pareille à celles qu'on voit dans les hôpitaux de Paris; une balance, un tableau noir, l'appareil à mensuration des nouveau-nés, etc., forment l'ameublement. Aux murs, des lavabos à eau chaude et à eau froide, et des réservoirs contenant la solution phéniquée. Un « *Avis* » défend de pratiquer le moindre examen sans s'être, au préalable, savonné et lavé consciencieusement (1).

Dans cette salle ont eu lieu, pendant le dernier semestre, les leçons cliniques du professeur BREISKY, ainsi que les examens pratiqués par les élèves sous les yeux du professeur. La salle suivante, où sont renfermés dans deux vitrines, tous les instruments, est la chambre aseptique pour les grandes opérations. Plus loin, nous trouvons une salle que l'on remet à neuf : c'est *la salle d'accouchement d'hiver*, en tout semblable à celle d'été. Ces deux locaux sont ainsi occupés, puis nettoyés successivement.

Signalons maintenant une excellente institution : les étudiants, les docteurs allemands ou étrangers, ont la faculté de loger au *Gebœrhaus*, moyennant une légère rétribution; un grand dortoir de dix-neuf lits est mis à leur disposition. Ils peuvent ainsi faire les accouchements et assister à toutes les opérations; le nombre des lits est vite devenu insuffisant. Je n'ai pas entendu dire qu'une pareille institution existât dans d'autres facultés allemandes (1).

Dans les trois ailes, nous trouvons le service proprement dit, l'*Abtheilung*. Dans chaque aile sont quatre *Wochenzimmer*, qui ne communiquent pas entre elles, mais s'ouvrent sur un corridor; elles sont occupées par les femmes qui ont accouché, d'où leur nom de Wochenzimmer, chambres de la semaine. Grandes, largement ventilées, elles ont trois fenêtres, et contiennent six lits sans rideaux, avec le berceau auprès du lit de la mère.

La femme dont l'accouchement a été normal est portée dans son lit, et l'on se contente de lui mettre au-devant de la vulve de la ouate et une compresse sèche, renouvelées toutes les heures. Si la femme a été l'objet d'examens répétés, ou d'opérations obstétricales, on lui fera des lotions désinfectantes avec des solutions de sublimé ou d'acide phénique; c'est à ces dernières que le professeur Breisky donne la préférence. Les déchirures du périnée sont suturées, puis pansées à l'iodoforme. On fait une instillation de collyre au nitrate d'argent dans les yeux de tous les nouveau-nés, et il est défendu de leur nettoyer la bouche ou d'y mettre le doigt, pratique autrefois commune, dont le résultat était d'enlever souvent l'épiderme, et d'occasionner des affections buccales aujourd'hui exceptionnelles dans le service. Ici, nous ne pouvons nous empêcher de vous faire un peu de statistique, pour mieux montrer quels miracles ces moyens si simples ont produits. L'ancien Gebœrhaus avait une mortalité effrayante : en 1868 et 1869, un décès sur dix accouchements; dans les bonnes années, une accouchée mourait sur 20, 25, 30 femmes. Enfin, dans les dix dernières années, on comptait 7 décès sur cent accouchements.

Pour le nouveau Gebœrhaus, la statistique des huit années donne 0,65 %, sur une moyenne de 3,000 accouchements par an; et, pendant les trois dernières années, on n'a relevé qu'un décès sur 400 accouchements! Le professeur Breisky est aidé par deux assistants, les docteurs de Weltrubsky et Patzelt; je dois remercier le docteur Patzelt de l'obligeance extrême avec laquelle il m'a fait visiter en détail le Gebœrhaus.

Je tiens à vous dire encore quelques mots du service de gynécologie du *Krankenhaus*. Le professeur BREISKY y fait

(1) Les mesures de désinfection les plus sévères sont prises dans la plupart des cliniques allemandes (*Note de la Réd.*).

(2) Dans quelques autres facultés de langue allemande, les étudiants désignés pour assister aux accouchements peuvent coucher à tour de rôle, pendant un certain temps, dans le gebœranstalt. — A *Genève*, quelques lits sont mis à la disposition des élèves appelés à côté de la chambre de travail. — A *Strasbourg*, le concierge de la maternité va en ville prévenir de jour et de nuit, lors du début des douleurs, les étudiants désignés par chaque accouchement. C'est ainsi que les élèves sont mis à même de voir et de pratiquer plusieurs accouchements dans le cours de leurs études. On refuse du reste généralement quiconque ne répond pas d'une façon satisfaisante aux épreuves théoriques et pratiques sur les accouchements, et cela avec raison, les accouchements étant la seule spécialité médicale où deux existences soient en jeu. (*Note de la Réd.*).

© BIU Santé

son cours deux fois par semaine dans un petit amphithéâtre qui lui sert de cabinet, de salle d'opération, et où l'on fait également les examens au spéculum. Le service, qui contient 16 lits, est fort intéressant; les malades y sont fréquemment renouvelées, et 500 femmes environ sont traitées à la consultation. Mon ami le docteur Fleischman, assistant, me montre une jeune femme de 20 ans, vivant de prostitution, et qui présente une malformation singulière : les seins et la vulve sont normaux, mais le vagin et l'utérus sont complètement absents; dans l'aine gauche, on trouve un ovaire. Les explorations les plus minutieuses ne permettent pas de constater la présence d'autres organes. Qu'il me soit permis de dire, en quittant ce service, que l'on reste sous le charme de l'accueil cordial qui vous y a été fait.

Dr Jules DAGONET.

BIBLIOGRAPHIE

Etudes médicales; par le professeur Ch. LASÈGUE, 2 vol. — Paris, 1884. — Asselin et Cie, éditeur.

Le professeur Lasègue était sur le point de prendre sa retraite, voulant, comme il disait, faire place *aux jeunes*, lorsque la mort est venue le surprendre alors qu'il était encore dans la pleine possession de ses facultés et de son incomparable talent. Il avait l'intention de consacrer ses dernières années au classement et à la mise en œuvre des matériaux immenses qu'il avait accumulés dans sa longue carrière médicale. Les deux gros volumes que publie aujourd'hui M. Blum, avec la collaboration des élèves de Lasègue, viennent remplir cette tâche qu'une mort prématurée avait interrompue.

Nous ne parlerons pas ici des remarquables articles que Lasègue avait déjà publiés et que nous retrouvons avec plaisir réunis dans cet ouvrage. Tous les lecteurs des *Archives générales de médecine* que Lasègue dirigeait depuis trente ans, les ont encore présents à la mémoire; et d'ailleurs, la critique ou l'éloge de ces travaux n'est plus à faire. Nous nous attacherons surtout aux études et aux leçons inédites, que les seuls élèves du professeur Lasègue avaient pu apprécier et que tout le monde désormais pourra s'assimiler.

Lasègue s'attaquait volontiers aux difficultés et même aux subtilités de la clinique; il se sentait à l'aise au milieu des questions les plus délicates, et c'est en se jouant qu'il franchissait ou tournait les obstacles que personne n'osait aborder. Ceux qui l'ont entendu n'oublieront jamais la verve étincelante et les ressources infinies de cet esprit d'élite.

Avec quel art ne savait-il pas présenter ces études de séméiologie qui, traitées sans adresse et sans légèreté de main, paraissent absolument arides et superflues! Ces qualités se retrouvent, moins saillantes il est vrai, dans le livre que dans la chaire, dans les leçons sur les *appétits*, sur le *sommeil*, sur les *vertiges*, le *mal de tête*, etc. A la fin du premier volume, nous trouvons quatre leçons inédites sur la paralysie générale qui viennent compléter dignement les autres études de pathologie mentale du professeur Lasègue, et dont il nous suffira de citer les principales : le délire de persécutions, les cérébaux, la responsabilité légale des aliénés, les délires par accès, le vol aux étalages, les exhibitionnistes, la mélancolie perplexe, la folie à deux, etc.

Le second volume ne comprend guère que des études de clinique médicale générale; la clinique mentale y est à peine représentée. Les leçons sur les *bronchites* figurent parmi les plus importantes et les plus originales. Ces localisations morbides si communes et si diverses, échappent à la classification et ne sauraient être rangées que dans des groupes provisoires et révisables. Les fosses nasales se présentent comme une sorte de vestibule de l'arbre bronchique, et l'étude du coryza doit servir de préface à l'étude des bronchites : *Le coryza est un modèle à étudier avant d'entamer la description des inflammations catarrhales. Il en est souvent l'antécédent obligé, il les prépare, il contient en évolution visible tous les éléments de la maladie des bronches, symptômes, conséquences et même anatomie pathologique in vivo.*

Lasègue pose en loi que : 1° toute bronchite qui n'a pas commencé par le nez n'est pas simple; 2° toute bronchite qui s'immobilise dans un point et qui garde un foyer fixe maximum pendant 48 et même 24 heures, n'est plus une bronchite simple.

La bronchite emprunte quelques-uns de ses caractères aux états morbides qu'elle complique souvent; elle se modifie dans ses éléments chez le pleurétique, chez le cardiaque, chez le bossu à gibbosité ou à simple asymétrie thoracique. Suivent des considérations du plus haut intérêt sur la bronchite *sèche*, sur la broncho-pneumonie de l'*adulte*, sur les bronchites secondaires aux affections *mitrales* et *aortiques*, sur les bronchites *albuminuriques* et sur le traitement des bronchites. Tous ces chapitres sont frappés au coin de l'observation clinique la plus délicate, et contiennent des notions absolument originales, qu'on chercherait vainement dans les ouvrages classiques. On lira également avec fruit les leçons sur la chorée, sur l'onanisme, sur la sciatique, sur les pleurésies.

Les études inédites sur le *diabète* fournissent à Lasègue l'occasion de revenir sur les bronchites; il y a deux espèces de bronchites diabétiques : l'une partielle, localisée en un point dont elle ne bougera plus, c'est l'espèce à foyer fixe; l'autre partielle également, ne se diffusant pas, mais se déplaçant, c'est l'espèce à foyer mobile.

Nous ne pouvons même énumérer complètement les articles nombreux qui constituent cet ouvrage. Contentons-nous de dire en terminant que tous méritent l'attention, ne serait-ce que par l'idée qu'ils nous donnent des faces multiples du talent inoubliable qui les a conçus.

Dr J. COMBY.

VARIA

Les ateliers de la nouvelle section des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre.

Des critiques aussi violentes que peu justifiées ont été dirigées contre le Conseil municipal et contre nous au sujet des réformes que nous avons demandées et obtenues pour les enfants idiots de Bicêtre. C'est afin de permettre à chacun de se faire une opinion que nous extrayons les pages suivantes du compte rendu du service pour 1883.

Enseignement professionnel. — Dans le *Compte rendu* de 1882, nous avons dit que, vu l'urgence, il avait été décidé que l'on détacherait du projet général de reconstruction de la section des enfants la partie relative aux *ateliers* destinés à l'*enseignement professionnel*. Nous avons raconté comment, grâce à M. Ch. Floquet, alors préfet de la Seine, toutes les formalités administratives avaient été remplies avec une rapidité qualifiée de scandaleuse par un haut fonctionnaire de l'Assistance publique. La dépense était évaluée à 210,570 fr.

Deux puits de 20 mètres ont été creusés du 21 août au 8 septembre, afin de s'assurer de l'état du sol ou devaient s'élever les ateliers (1). Les travaux de terrassement ont commencé le 4 octobre 1882. Malheureusement des pluies presque continuelles ont ralenti et même fait suspendre les travaux durant la plus grande partie du mois de novembre. De plus, l'opération des premiers déblaiements ayant révélé une situation particulière du sol, l'Administration a fait arrêter les travaux. Cette situation, M. Gallois, architecte de Bicêtre, la décrivait ainsi :

« La masse paraît disloquée et brisée; elle porte les traces d'anciennes infiltrations accidentelles, enfin, la proximité d'un ancien trou de service, vers l'angle N.-E., constitue un danger. » C'est pour cela que, dans les premiers jours de novembre, M. l'Architecte fit forer trois puits de recherches. Enfin, sur sa demande, le service des mines, qui avait été consulté déjà sur l'ensemble de l'em-

(1) L'emplacement est celui qu'avait choisi l'auteur du projet de l'Administration, pour y construire un bâtiment de trois étages, mais alors on n'avait pas pensé à explorer le sol.

© BIU Santé

placement de la future section (1), et avait reconnu la nécessité de faire des travaux de consolidation souterraine évalués à 1.500 fr., et de descendre jusqu'au sol des carrières les puits de recherches de l'angle N.-E., — fut de nouveau appelé à donner son avis sur ce point spécial, par M. le directeur de l'Assistance publique « qui témoignait, en ce qui concerne le sous-sol, des inquiétudes très vives.» L'ingénieur en chef des mines, M. Roger, a répondu le 12 décembre 1882 que « l'examen approfondi, auquel s'est livré le service des carrières, a montré que les craintes qui se sont fait jour ne sont nullement fondées. » Voici d'ailleurs la copie du rapport adressé à M. Alphand sur cette affaire :

Par un rapport du 25 novembre 1882, M. l'architecte de l'hospice de Bicêtre exprime des craintes sur l'état du sol et propose des travaux exceptionnels de fondations.

Nous avons fait examiner soigneusement les anciennes carrières de cette région : elles ne présentent absolument aucun danger pour la stabilité des constructions commencées, et les légers travaux que nous aurons à y faire consisteront seulement à boucher les vides qui sont déjà solides par eux-mêmes.

Le tassement du sol, auquel le rapport fait allusion, loin d'être un danger est, au contraire, une garantie de sécurité, car ce tassement est fini dans toute sa hauteur, et aucun mouvement ne se produira plus.

Il n'existe aucune raison qui doive faire faire pour ces bâtiments des travaux spéciaux de fondation, tels que puits, arceaux, etc., au moins en raison de la présence des carrières. L'architecte et l'entrepreneur n'ont pas à se préoccuper de leur présence et peuvent agir comme si le sol était entièrement vierge.

Paris, le 2 déc. 1882. — *L'Ingénieur des Mines*, Signé : RIGAUD.

Comme on le voit, des difficultés se présentaient à la suite les unes des autres et chaque fois c'étaient de nouvelles démarches à faire pour activer les solutions. Heureusement, nous avons rencontré dans M. Alphand le concours le plus bienveillant et il a fait procéder aux différentes recherches réclamées du service des mines avec la plus grande célérité.

L'architecte et l'entrepreneur, M. Pradeau, n'étant pas convaincus qu'il n'y eût pas lieu à prendre des précautions spéciales, l'architecte adressa, le 24 novembre, à M. le Directeur de l'administration, un rapport détaillé avec propositions en vue de donner plus de consistance aux fondations et de les asseoir en certains points sur des grillages en charpente.

Une commission spéciale se transporta sur place et approuva ces propositions. L'entrepreneur persistant à ne pas trouver suffisant le projet de fondations proposé, malgré l'avis de M. l'Ingénieur des mines, en date du 2 décembre, M. Rigaud voulut bien se rendre dans le sein de la commission d'architecture, le 19 décembre 1882, pour donner quelques explications techniques.

M. Pradeau avait eu connaissance de cet avis qui portait « que l'architecte et l'entrepreneur pouvaient agir comme « si le sol était vierge ».

L'entrepreneur, à qui les explications verbales de M. Rigaud avaient été transmises, écrivit le 21 décembre 1882 à l'architecte qu'il était disposé à exécuter les fondations à la condition : 1° Qu'il lui en serait donné ordre écrit et détaillé ; 2° Qu'une fois le travail fait, une commission spéciale en reconnaîtrait la bonne exécution et en ferait mention dans un procès-verbal, *ad hoc*. L'entrepreneur demandait encore à être déchargé des obligations de l'article 1792, ce à quoi n'a pas consenti l'Administration.

M. Pradeau ayant renoncé à cette prétention, l'ordre de service lui a été délivré le 3 janvier 1883, et ultérieurement la commission spéciale a constaté par procès-verbal que les fondations étaient conformes à l'ordre donné.

(1) Voici un extrait du rapport de M. l'ingénieur en chef : « Etant données les connaissances acquises du sous-sol de la partie accessible et la forte épaisseur des terres de recouvrement, nous pensons que l'on peut, sans inconvénient, établir des constructions relativement de peu d'importance, sans qu'il soit nécessaire d'exécuter des travaux de consolidation en maçonnerie dont la dépense serait considérable. » (Rapport du 3 novembre 1882).

Enfin, les travaux furent repris le 8 janvier 1883. A partir de ce jour, ils ont été menés très activement par M. Gallois et à la fin du mois de septembre les ateliers étaient terminés. Nous allons en donner une rapide description.

Les *ateliers* sont installés dans un bâtiment ayant la forme d'un rectangle, faisant face au *gymnase* de la section, long de 25 mètres, large de 14 mètres, haut de 14 m. 15. A ses deux extrémités sont adossés des avant-corps renfermant les cabinets d'aisances. Ce bâtiment comprend un *sous-sol* (caves et magasins), un *rez-de-chaussée* et un *premier étage* pour les ateliers. Enfin, dans le comble à la Mansard sont installés des logements primitivement destinés aux chefs d'ateliers mais qu'on a jugé plus utile d'affecter au surveillant de la section, aux sous-surveillantes et au sous-surveillant (1).

La construction se compose, sur chacune des façades principales, de huit piles en briques de 9 mètres de haut et espacées de 2m.50. Elles sont reliées à la partie supérieure par un arc en briques reposant sur sommet en pierres et à demi-hauteur par des linteaux en fer supportant les allèges et les appuis des fenêtres.

Ce genre de construction, où la brique et le fer sont heureusement combinés, a l'avantage de laisser arriver en profusion l'air et la lumière et, tout en se présentant sous un aspect agréable, d'être fait dans des conditions relativement économiques (*fig.* 94).

Rez-de-chaussée. — Au centre, du côté de la cour, se trouvent le vestibule et l'escalier ; — à droite, occupant toute la largeur du bâtiment, l'atelier de menuiserie ; — à gauche, séparés par un couloir, l'atelier destiné à la *charronnerie* ou à la *tonnellerie* et l'*atelier de serrurerie*. Ces différents ateliers sont séparés par des cloisons vitrées avec impostes qui facilitent la surveillance et l'aération. Entre l'atelier de menuiserie et celui de serrurerie, on a ménagé deux cabinets, avec matelas, pour recevoir les malades en accès ou pour les faire reposer après leurs accès. En arrière de ces cabinets *vitrés*, afin de rendre la surveillance facile, existent deux petits bureaux pour les chefs d'atelier (*fig.* 95).

Premier étage. — Il comprend à droite, sur la cour du gymnase, l'atelier du tailleur avec un cabinet d'accès et le bureau du chef d'atelier ; — en arrière, l'atelier de cordonnerie ; — à gauche, deux autres ateliers, l'un pour la vannerie et le rempaillage des chaises, l'autre pour une destination qui n'est pas encore fixée (probablement pour une petite imprimerie). Entre l'atelier de cordonnerie et celui de la vannerie ont été disposés, comme au rez-de-chaussée, des cabinets d'accès et des bureaux pour les maîtres. Enfin, à l'extrémité du couloir qui sépare l'atelier de vannerie de l'atelier d'imprimerie, on voit un cabinet d'accès et un bureau (*fig.* 96).

Nous avons demandé l'adjonction à chaque atelier d'un cabinet d'aisances, disposé à l'anglaise, parce que nous tenons à montrer qu'il est possible, même avec des enfants malades, d'avoir des cabinets d'aisance très bien tenus (2).

Ces ateliers ont été prévus pour une population de 400 enfants. La population étant, en 1883, de 180 enfants seulement, nous avons estimé qu'il était pratique de n'ouvrir les ateliers que successivement et nous avons choisi les professions qui nous permettraient de montrer vite et bien les avantages de ces ateliers, non seulement au point de vue du traitement et de l'instruction des enfants, mais aussi au point de vue financier. L'atelier de menuiserie, qui existait déjà et dont nous avons parlé plus haut, a été ouvert le 25 août avec 18 enfants ; celui du tailleur avec 9 enfants ; celui du cordonnier avec 6 enfants le 8 octobre ; enfin l'atelier de serrurerie n'est entré en activité, avec 4 enfants, que

(1) Les chefs d'atelier, et avec raison, ne sont ni logés ni nourris par l'établissement.

(2) Nous avons souvent insisté, dans nos Rapports au Conseil municipal, sur la nécessité et la possibilité d'avoir partout des sièges de ce genre dans les cabinets d'aisances des hôpitaux, des écoles, etc.

© BIU Santé

le 16 janvier 1884. Voici comment ont été répartis les enfants dans les divers ateliers en 1881, 1882 et 1883.

	1881	1882	1883
Menuisiers	5	12	18
Serruriers	2	3	4
Tonneliers	2	4	3
Cordonniers . . .	6	4	10
Tailleurs	3	5	12
Rempailleurs . . .	1	1	1
Total . . .	19	29	48

Nous rappellerons encore une fois que, en 1882, et à partir

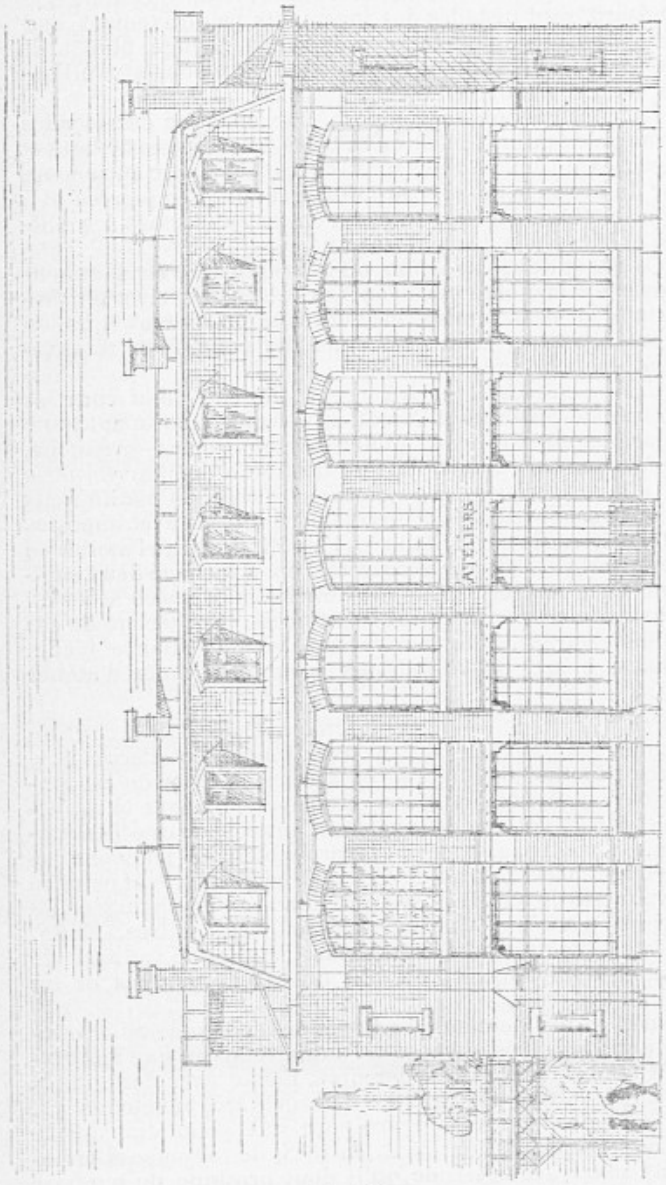


Fig. 94.

seulement de la fin de septembre, les enfants n'avaient qu'un seul maître spécial, le menuisier, et que, pour les autres professions, ils étaient confiés aux chefs des ateliers de l'hospice qui chargeaient les vieillards de leur instruction. Il convient de dire encore que le même enfant n'était pas toujours confié au même vieillard, mais souvent à des vieillards différents ; d'où, on le conçoit, une instruction professionnelle tout à fait incohérente.

Grâce aux nouveaux ateliers, les enfants seront bien surveillés et recevront une instruction professionnelle sérieuse, méthodique : la situation du service sera ainsi considérablement améliorée. Ces avantages intellectuels et moraux compenseraient déjà, et d'une manière indiscutable, les sacrifices que nous avons obtenus du Conseil municipal et feraient tomber les tristes accusations qui ont été portées contre nous (1). Mais, nous croyons pouvoir rassurer nos adversaires, si soucieux des deniers publics, en leur disant que, dans un avenir très prochain, le travail des enfants sera productif.

Dans le but de mettre ce fait hors de toute contestation, nous faisons inscrire au jour le jour, par chaque maître, le travail accompli dans l'atelier qu'il dirige. Tous les mois, les livres sont transmis à M. Tauxier, économe de Bicêtre,

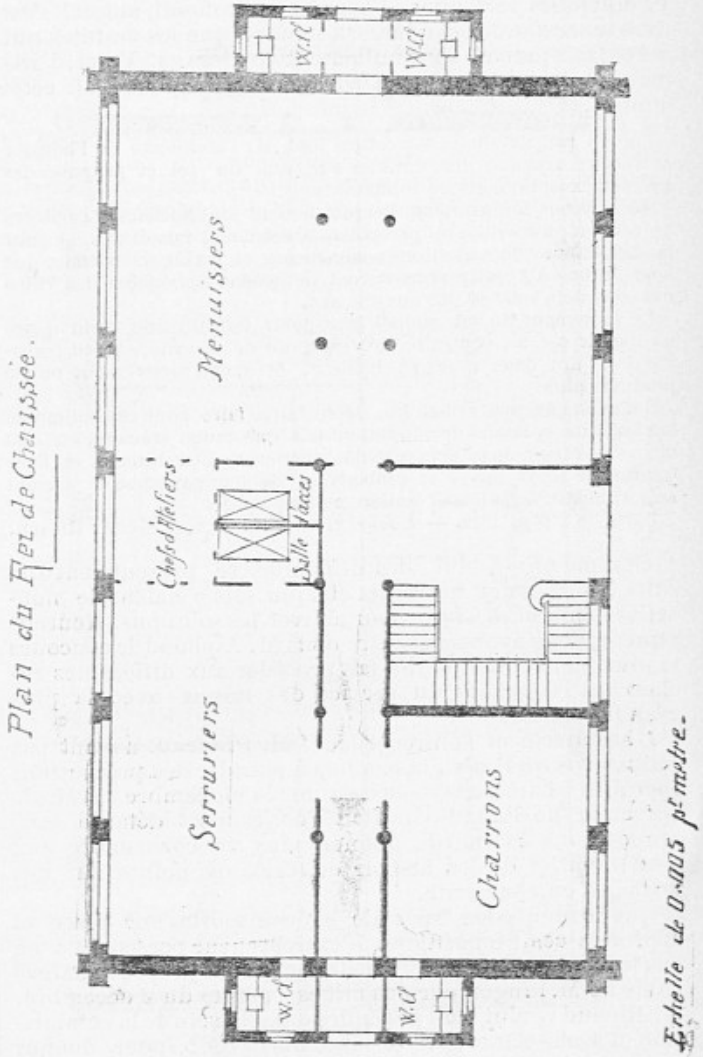


Fig. 95.

pour les ateliers des tailleurs et des cordonniers, à M. Bussy, inspecteur du service d'architecture, pour les ateliers de menuiserie et de serrurerie : tous deux évaluent les travaux, non d'après les prix du dehors, mais d'après les tarifs *inférieurs* du Magasin central des hôpitaux et des ateliers des vieillards de l'hospice (2). Voici les évaluations pour l'année 1883 :

	VALEUR DE LA MAIN D'ŒUVRE.		
	Appointements du maître.	Tarifs de la maison.	Tarifs du dehors.
Menuisiers . . . . . (1er janvier — 31 déc. 1883).	2.229 50	3.997 80	» »
Cordonniers . . . . . (8 octob. — 31 déc. 1883).	552 50	51 »	152 25
Tailleurs. . . . . (8 octob. — 31 déc. 1883).	552 50	330 »	» »

(1) Notamment par le *XIXe Siècle*, 27 avril et 5 mai 1883.

(2) Les vieillards travaillent ou à la journée, payée de 0 fr. 60 cent. à 1 fr., ou à la tâche, et alors à un prix inférieur.

© BIU Santé

L'atelier de menuiserie a fonctionné très régulièrement durant toute l'année, sa mise en train, si l'on veut bien nous passer cette comparaison, ayant eu lieu du mois de septembre au mois de décembre 1882. Or, pour les ateliers des tailleurs et des cordonniers, la période d'octobre à décembre 1883 répond précisément à cette mise en train et, en 1884, ils nous donneront une production de plus en plus considérable, le nombre des apprentis et leur habileté augmentant peu à peu (1).

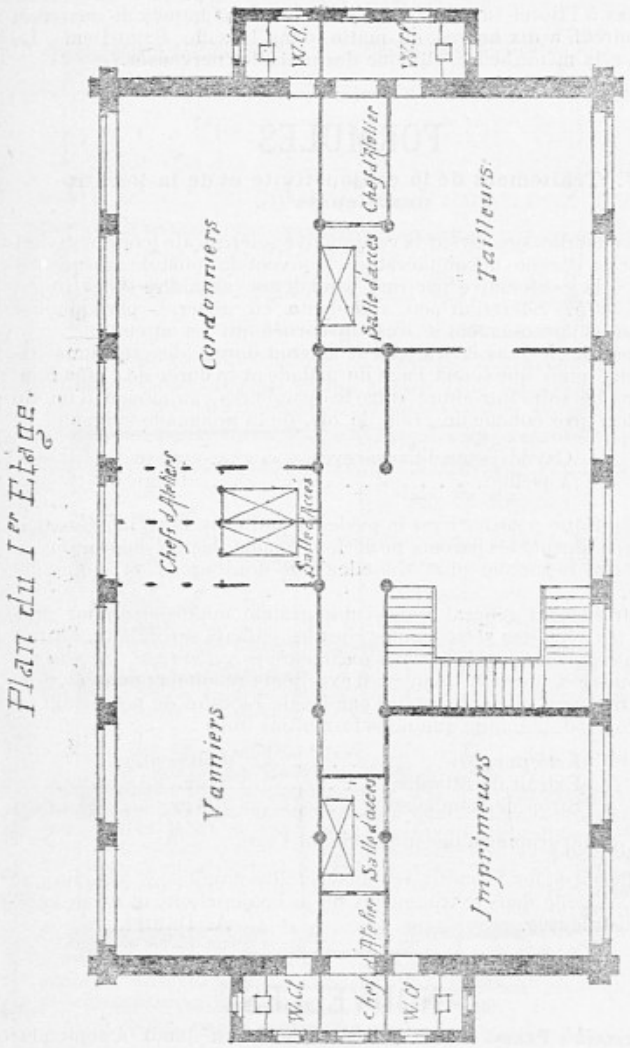


Fig. 96.

Comme le lecteur vient de le voir, nous n'avons installé en 1883 que trois ateliers. Nous laissions ainsi sans usage des locaux importants, assez coûteux. Nous avons cherché à les utiliser. Voici comment : En présence de l'encombrement qui existait dans nos dortoirs d'enfants, en raison de l'encombrement, par les enfants, du Bureau d'admission de l'Asile clinique (Ste-Anne), nous avons insisté auprès de l'Administration pour que l'on installât provisoirement 23 lits dans les ateliers vacants du premier étage : ceux des vanniers et des imprimeurs. Pour la première fois depuis le début de la réorganisation du service, nous n'avons pas rencontré de difficultés, et le 24 septembre ces ateliers recevaient 23 enfants choisis parmi les plus tranquilles. Nous terminerons l'historique de ce nouveau bâtiment en disant que, le 6 novembre, le personnel secondaire du service a pris possession des logements du comble à la Mansard. Ces logements, disposés de chaque côté d'un couloir longitudinal central, sont convenables ; ils auraient pu être très bien si l'architecte avait diminué un peu la largeur exagérée du couloir et utilisé un emplacement perdu à côté de l'escalier. Jusqu'ici les sous-employés de tout grade ont été si mal logés — et si mal considérés — que, lorsqu'on leur donne des logements moins insalubres, moins exigus que ceux qu'ils avaient la veille, les architectes et l'Administration sont satisfaits. A notre avis, cela n'est pas encore la perfection. Aujourd'hui, chaque fois que l'on construit, on doit prévoir des logements vastes, bien aérés, pour tous les sous-employés et des chambres pour toutes les infirmières, au lieu des dortoirs infects où l'Administration ose encore les loger, dans beaucoup d'hôpitaux, en violation de toutes les règles de l'hygiène (1).

(1) Voici, à l'appui, les résultats du 1er trimestre de 1884 : menuisiers, 1270 fr., tailleurs, 705,65 ; cordonniers, 373,50 ; serruriers' 719 fr. Total : 3068,15. Nombre des apprentis au 31 mars, 52.

Le choléra.

En *France*, le choléra continue à faire des victimes dans les mêmes *départements* ; toutefois le nombre des cas est en décroissance et l'épidémie semble toucher à sa fin. *Perpignan* est actuellement la ville qui fournit le chiffre le plus élevé de décès cholériques. En l'absence du *Bulletin officiel* il nous est difficile de donner le chiffre exact des décès que les journaux n'enregistrent plus qu'avec la plus grande irrégularité.

Paris. — Quelques cas de choléra y auraient été constatés sur des malades transportés à l'hôpital Bichat, deux auraient succombé; mais les renseignements qui nous parviennent ne nous autorisent nullement à affirmer qu'il s'agisse du véritable *choléra asiatique*.

Espagne. — Dans la province d'*Alicante* on a eu à constater de nouveaux décès cholériques à *Novelda* ; l'épidémie a gagné *Montforte* et *Villena* (à 60 kilomètres environ de l'embouchure du Vinalapo, et à 515 mètres d'altitude. Dans la province de *Lérida* on signale quelques cas de choléra, à *Lérida*, *anglesola* et *Balaguer*. La ville de Lérida se trouve à environ 150 kilomètres du col de la perche (Pyrénées-Orientales) ; Balaguer est à 20 kilomètres au nord de Lérida, et comme cette dernière ville sur les bords du Segré.

Italie. — De graves désordres continuent à avoir lieu dans l'Italie méridionale au sujet du choléra ; à *Naples*, rue de la Concordia, on a bâtonné un monsieur que la foule croyait être médecin. Les médecins deviennent insuffisants pour assurer le service, et les hôpitaux sont remplis de malades ; à l'hôpital Conocchia, il y en a jusque dans les escaliers. Les habitants fuient la ville en grand nombre. Dans une seule rue, 30 cas de choléra se sont produits en une heure. La physionomie de la ville est navrante. Le peuple gratte les madones qui sont placées dans les rues et que l'autorité avait fait recouvrir d'un enduit en 1866. On allume des cierges auprès d'elles, on s'agenouille à leurs pieds et on chante des litanies. De longues processions s'en vont d'une madone à l'autre. Le bruit s'étant répandu dans le peuple que l'une des madones de l'église qui attient à l'hôpital Conocchia était descendue de sa niche et avait béni les personnes qui priaient devant elle, un grand nombre d'habitants sont allés à cette église pour se prosterner devant cette madone, et trouvant les portes fermées, ont cherché à les enfoncer. Un détachement de troupes a été appelé, et les portes ont été ouvertes. La foule s'est précipitée dans l'église et est tombée à genoux en priant. Dans la section de Porto, on a porté en procession l'image de Santa Anna. On a allumé une grande quantité de gros cierges devant la statue de saint janvier, dont on promène l'image dans certaines rues ; l'intercession du saint s'est aussitôt fait sentir par une mortalité de plus en plus grande (358 le 9). A *Civita-Vecchia*, les carabiniers ont dû protéger la ligne du chemin de fer menacé par la foule qui voulait rompre toute communication avec Rome. Mêmes scènes à *Rome* ; trois individus venant de Naples ont été atteints du choléra ; un d'eux est mort. Le procureur du roi près le tribunal de Campobasso est devenu fou par suite de la frayeur que lui causait le choléra.

Les quarantaines sur les frontières du *Tyrol* et de la *Suisse* viennent d'être levées.

La société d'hygiène de *Turin* a demandé l'abolition des fumigations et la suppression des quarantaines intérieures.

Nous donnons ci-dessous, d'après le *Bulletin sanitaire officiel*,

(1) La visite de la commission administrative pour la réception du bâtiment a eu lieu le 15 novembre 1883.

© BIU Santé

le tableau des cas et décès cholériques constatés dans la dernière semaine :

	2 Septembre.		3 Septembre.		4 Septembre.		5 Septembre.		6 Septembre.		7 Septembre.		8 Septembre.		9 Septemb.	
	CAS.	DÉCÈS.	CAS.	DÉCÈS.	CAS.	DÉCÈS.	CAS.	DÉCÈS.	CAS.	DÉCÈS.	CAS.	DÉCÈS.	CAS.	DÉCÈS.	CAS.	DÉCÈS
Province d'Aquila. . .	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
d'Alexandrie.	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
de Bergame.	22	8	7	3	18	7	15	11	17	8	30	0	16	10	4	0
de Modène .	3	0	1	0	0	0	8	1	1	0	0	0	1	0	0	0
de Bologne .	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de Caserte .	4	0	0	0	3	0	0	0	0	0	4	0	23	4	0	0
Campobasso.	5	5	0	0	4	2	6	1	0	0	0	0	3	0	3	0
de Rivoli . . .	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0
de Milan . . .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de Crémone.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
Reggio Emilia. . . .	29[1]	17[2]	24[3]	18	27[4]	15	20[5]	11	20[6]	9	19[7]	7	19[8]	12	3	0
Province de Cuneo. .	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d'Avellino. . .	20	16	47[9]	18[10]	30[11]	8[12]	39[13]	30[14]	57[15]	20[16]	41[17]	19[18]	21[19]	23[20]	2	0
de Gênes. . .	21[19]	11	142	55[21]	89[22]	49	185[23]	98[24]	355[25]	96[26]	353[27]	116[28]	651[29]	285[30]	48[31]	16
de Naples. . .	137[32]	72[33]	11	2	7	3	7	3	8	2	9	6	1	1	7	3
de Massa . . .	11	5	5	1	4	2	5	2	2	1	2	1	3	1	0	0
de Parme . . .	5	0	3	0	3	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0
de Turin . . .	11	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de Salerne . .	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
de Brescia . . .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de Pise. . . .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de Pavie . . .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de Potenza . . .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de Lucques . . .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de Rome . . .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de Bénévent.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de Pérouse.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, commencera un nouveau cours, le jeudi 18 septembre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, de 1 à deux heures, rue Jean-Lantier, n° 4, près le Châtelet.

M. le Dr Déjérine, médecin des hôpitaux, suppléant le professeur Vulpian à l'Hôtel-Dieu, fera des conférences cliniques le mercredi et vendredi, à dix heures du matin, dans la salle Saint-Denis. Le jeudi, à la même heure, clinique des maladies nerveuses.

[1] Dont 8 à Brescia. — [2] Dont 3 à Brescia. — [3] Dont 10 à Brescia. — [4] Dont 5 à Brescia. — [5] Dont 8 à Brescia. — [6] Dont 5 à Brescia. — [7] Dont 5 à Brescia. — [8] Dont 6 à Brescia. — [9] Aucun à Brescia. [10] Dont 14 à la Spezzia. — [11] Dont 13 à la Spezzia. — [12] Dont 33 à la Spezzia. — [13] Dont 14 à la Spezzia. — [14] Dont 27 à la Spezzia. — [15] Dont 7 à la Spezzia. — [16] Dont 30 à la Spezzia. — [17] Dont 25 à la Spezzia. — [18] Dont 37 à la Spezzia. — [19] Dont 00 à la Spezzia. — [20] Dont 38 à la Spezzia. — [21] Dont 10 à la Spezzia. — [22] Dont 20 à la Spezzia. — [23] Dont 15 à la Spezzia. — [24] Dont 27 à la Spezzia. [25] Dont 122 à Naples. — [26] Dont 69 à Naples. — [27] Dont 53 à Naples. — [28] Dont 87 à Naples. — [29] Dont 48 à Naples. — [30] Dont 168 à Naples. — [31] Dont 93 à Naples. — [32] Dont 231 à Naples. — [33] Dont 95 à Naples. — [34] Dont 346 à Naples. — [35] Dont 113 à à Naples. — [36] Dont 633 à Naples. — [37] Dont 275 à Naples. — [38] Dont 750 à Naples. — [39] Dont 358 à Naples.

FORMULES

27. Traitement de la conjonctivite et de la kératite pustuleuses (1).

Les pustules siègent sur la conjonctive sclérotícale (conjonctivite) ou sur la cornée même (kératite). Souvent la pustule cornée est reliée à la conjonctive par une bandelette vasculaire (*kératite en bandelette.*) Sécrétion peu abondante en général, photophobie intense et larmoiement si c'est la cornée qui est atteinte.

Dans tous les cas le traitement suivant donne des résultats excellents, quels que soient l'âge du malade et la durée de l'affection.

Tous les soirs introduire entre les paupières, au moyen d'un fin pinceau, gros comme un grain de blé, de la pommade suivante.

Oxyde jaune d'hydrargyre.	1 gr.
Vaseline.	10 gr.

Autant que possible c'est le médecin qui doit faire l'application du médicament, les parents ne le font jamais bien, l'emploi du calomel est beaucoup plus difficile, plus douloureux et moins efficace.

Le traitement général a aussi une grande importance pour prévenir les rechutes si fréquentes chez les enfants scrofuleux, *l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, l'extrait de quina, la poudre de viande* donnent d'excellents résultats ; mais ce dont on se trouvera mieux, c'est de l'emploi de l'iodure de potassium et du sirop iodotannique que nous formulons ainsi :

Iode pur	0,50 centig.
Extrait de ratanhia.	2 gr.
Sirop de framboise.	200 gr.

De 5 à 30 grammes par jour suivant l'âge.

Telles sont les formules les plus usuelles employées à la clinique de M. Abadie dans le traitement de la conjonctivite et de la kératite pustuleuses.

A. Darier.

(1) (Vésiculeuse, phlycténulaire, scrofuleuse, lymphatique). — Voir le n° 31, 2 août 1884.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 29 août au jeudi 4 septembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1165, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 436; illégitimes, 167. Total, 603. — *Sexe féminin* : légitimes, 404 ; illégitimes, 158. Total, 562.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 29 août au jeudi 4 septembre 1884, les décès ont été au nombre de 932, savoir : 523 hommes et 409 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 19. F. 13. T. 32. — Variole : M. .. F. .. T. .. — Rougeole : M. 11, F. 7, T. 18. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 4. T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 17, F. 10, T. 27. — Dyssenterie : M. 1. F. 2, T. 3. — Erysipèle : M. 2, F. 3, T. 5. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 23, F. 24, T. 46. — Phthisie pulmonaire : M. 106, F. 69. T. 175. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 8. T. 19. — Autres affections générales : M. 28, F. 31. T. 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 21, F. 19, T. 40. — Bronchite aiguë : M. 7. F. 4. T. 11. — Pneumonie : M. 19, F. 15, T. 34. — Athrepsie : M. 82, F. 57. T. 139. — Autres maladies des divers appareils : M. 155, F. 136, T. 281. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 16, F. 8. T. 24. — Causes non classées M. 1, F. 3, T. 4.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 105 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 44 ; illégitimes, 21. Total : 65. — *Sexe féminin* : légitimes, 30. illégitimes, 10. Total : 40.

© BIU Santé

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Celle-ci est autorisée à accepter : 1° Un legs de 40,000 fr. pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à *l'hygiène* ; 2° Un legs de 10,000 fr. pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à *l'histologie*.

MUSÉUM. — M. MOCQUARD, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, est nommé aide-naturaliste près la chaire de zoologie (reptiles et poissons), en remplacement de M. le Dr Sauvage, démissionnaire.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort des Drs LEBRUN (de Beaumont-le-Roger), SCHÆFFEL, médecin militaire, DAVILA, ancien chirurgien de l'armée française, inspecteur général du service de santé militaire de Roumanie.

L'éloge de l'emploi du *Vinaigre Antiseptique de Pennès*, en lotions et en pulvérisations, dans le traitement des varioleux, après l'avoir mêlé avec quatre ou cinq parties d'eau, n'est plus à faire.

Aujourd'hui, il faut louer l'utilité et l'opportunité de cet antiseptique, pour préserver de la fièvre typhoïde et du choléra.

En effet, nombre d'attestations, signées des noms de 48 chefs de service des hôpitaux, témoignent de l'avantage que l'on trouve dans l'emploi, comme désinfectant atmosphérique des habitations, de ce *Vinaigre antiseptique* qui est en dépôt dans les principales pharmacies.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)
BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE
Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.
L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Institut de France
PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY
Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY
Composition : 1 gr. d'alcaloïdes, 12 gr. d'extractifs pour 1000 gr. de vin d'Espagne diastasé. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.
Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY
Composition : 10 centigr. de sel ferreux pour 30 gr. de vin de quinquina titré. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.
Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

PEPTO-FER du Dr JAILLET
ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Le plus assimilable des Fers combiné à la Peptone.—PHARMACIE RATIONNELLE, 4, Faubg Poissonnière, PARIS
DOSE : Le PEPTO-FER, d'un goût très agréable, se prend comme une liqueur, une cuillerée à bouche après chaque repas.

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878
GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON
PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*
VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*
VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.
SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.
GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.
ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.
PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*
SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

VALS
SOURCES
PAULINE. Amie de l'estomac, elle en combat les fatigues et favorise la digestion. 1 GRAMME SEL ALCALIN
CHLOÉ. Affections des voies digestives, dyspepsie, gastralgie, gastrite simple, gastrite-enteralgie. 2 GRAMMES SEL ALCALIN
SOUVERAINE. Maladies du tube intestinal, gastrite chronique et les affections du système nerveux.— 3 GRAMMES SEL ALCALIN.
CONSTANTINE. Affections du foie, de la rate, des voies urinaires, goutte, rhumatisme, calculs, albuminurie.—5 GRAMMES SEL ALCALIN.
MARQUISE. Maladies des reins, gravelle, diabète, coliques néphrétiques. 7 GRAMMES SEL ALCALIN
ST-LOUIS. Arsenicale, sans analogie avec les précédentes. Très reconstituante, réussit dans la chlorose, cachexie paludéenne, spermatorrhée, fièvres intermittentes, eczéma, urticaire, psoriasis, anémie, débilité.
Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — *Dose, une bouteille par jour.*
Détail : dans tous les Dépôts d'Eaux minérales naturelles, principales Pharmacies, 80 cent. *la Bouteille.*
LE COMMERCE DOIT ADRESSER SES COMMANDES A
LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE VALS (ARDÈCHE)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES
MIGRAINES
SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, Faubg Montmartre
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties
POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .
Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées
PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

BLANCHARD (R.). De l'anesthésie par le protoxyde d'azote, par la méthode du professeur P. Bert. Un vol. de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

RECHERCHES
CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1883

Par BOURNEVILLE, BONNAIRE, BOUTIER, LEFLAIVE, P. BRICON et SEGLAS.

Volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50

BOYER (H. Cl. de). **Note sur un cas de méningite cérébro-spinale aiguë d'origine rhumatismale.** Brochure in-8° de 20 pages — Prix : 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

BOYER (H. Cl. DE). **De la thermométrie céphalique.** Brochure in-8° de 28 pages. — Prix, 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

BOYER (H. Cl. DE). **Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux.** Volume in-8 de 290 pages, avec 104 figures intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 4 fr.

BRICON (P.). **Du traitement de l'épilepsie.** (Hydrothérapie. — Arsénicaux. — Magnétisme minéral.— Sels de pilocarpine). Vol. in-8° de 262 p. avec 15 fig. dans le texte. Paris, 1882. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50.

BRICON. *Voir* BOURNEVILLE.

BRISSAUD (E.). **Faits pour servir à l'histoire des dégénérations secondaires dans le pédoncule cérébral.** Brochure in-8 de 20 pages avec 8 figures. — Prix : 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

BRISSAUD (E.). **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.** Volume in-8 de 210 pages avec 42 figures dans le texte. — Prix : 5 fr.— Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

BRISSAUD. *Voir* CHARCOT et FOURNIER.

BRISSAUD (E.) ET MONOD (E.) **Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.** Paris, 1877, Vol. in-8 de 16 pages.— Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 35 cent.

BRISSAUD. *Voir* CHARCOT et FOURNIER.

BROCA (A). **Du lavage de l'estomac et de l'alimentation artificielle dans quelques affections chroniques de l'estomac.** Brochure in-8 de 35 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

BRODIE (B). **Leçons sur les affections nerveuses locales,** traduites de l'anglais par le Dr Douglas-Aigre.—Volume in-8 de 62 pages.—Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés . . . . . 1 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.** Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 6 fr.

BUDIN (P.). **Recherches sur l'Hymen et sur l'orifice vaginal.** Brochure in-8 de 40 pages avec 24 figures.—Prix : 1 fr. 50.— Pour nos abonnés, 1 fr.

BUDIN (P.). **De certains cas dans lesquels la docimasie pulmonaire hydrostatique est impuissante à donner la preuve de la respiration.** Brochure in-12 de 16 pages.—Prix : 40 c.— Pour nos abonnés 30 c.

BUDIN (P.). **Obstétrique** (Recherches cliniques). — **Le palper abdominal. — La présentation du siège. — Le releveur de l'anus chez la femme.** Broch. in-8° de 48 pages, avec 1 fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr.

BUDIN (P.). **Recherches physiologiques et cliniques sur les accouchements.** Brochure in-8° de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

BUDIN (P.). — **De la situation des œufs et des fœtus dans la grossesse gémellaire et des symptômes qui en résultent.** Broch. in-8 de 28 pages avec 8 figures. — Prix 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

BURET (F.). **Du diagnostic de l'ectopie rénale.** Volume in-8 de 92 p.— Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.

CAPITAN (L.). **Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires.** — Brochure in-8° de 150 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

CARTAZ (A.). **Notes et observations sur le tétanos traumatique.** Brochure in-8. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés . . . . 35 cent.

CHANTEMESSE (A.). **Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte ; les formes anormales en particulier.** Volume in-8 de 184 pages avec une planche lithographique hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du système nerveux,** faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. Tome I : *Troubles trophiques ; — Paralysie agitante ; — Sclérose en plaques ; — Hystéro-épilepsie.* Paris, 1880, 5e édition. Vol. in-8 de 418 pages avec 25 figures et 10 planches en chromo-lithographie. — Prix : 13 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 10 fr.

Librairie DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'École-de-Médecine.

LEFÈBURE DE FOURCY (E.). — Vade-mecum des herborisations parisiennes, conduisant sans maître aux noms d'ordre, de genre et d'espèce des plantes spontanées ou cultivées en grand, dans un rayon de 25 lieues autour de Paris. 1 vol. in-18 de 309 pages. — Prix : 4 fr. 50 c.

ANNUAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES, DES LETTRES ET DES BEAUX-ARTS DE BELGIQUE. — Cinquantième année. — 1884. 1 vol. in-18 de 436 pages. Bruxelles. Imprimerie Hayez.

BREMOND (E.). — Bains de vapeurs térébenthinées, leur emploi contre les maladies par ralentissement de nutrition. Action l'ozone. Broch. in-8° de 16 pages, avec figures. — Paris, 1884. — P. Dupont.

GACHE (S.). — Crémacion. Broch, in-8 de 10 pages. — Buenos-Aires, 1884. Imprenta La Universidad.

DIEZ (A.) et MAZOTI ARROYO. Son antagonista la caquexia paludica y la tisis. Con un extenso prologo del Dr R. Mendez. In-8 de 195 p. — Cartagena, 1884. — Imprenta de José Requena.

DANA (C.-L.). On morbid drowsiness and somnolence a contribution to the pathology of sleep. Extrait du *Journal of nervous and mental disease*. Broch. in-8 de 24 pages avec un appendice. New-York, 1884.

ESPINA Y CAPO. — Concepto clinico de la pulmonia aguda como base de tratamiento trabajo leido al cuerpo medico farmaceutico de le beneficencia provincial. Broch. in-8 de 70 pages, avec 7 figures. Madrid, 1884. — Revista de medicina y cirugia practicas.

ESMARCH (F.). — Les premiers soins à donner en cas d'accidents subits. Traduit par Van Oye. Broch. in-8 de 100 pages. — Bruxelles, 1884. — Librairie A. Manceaux.

RAFFIGEAU (D.). — Du rôle des anomalies congénitales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme. Brochure in-8 de 58 pages. — Paris, 1884. — Imprimerie Parent.

GODIN et H. BARBERET. — Notes de thérapeutique et de matière médicale. 1 vol. in-18 de 188 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1884. — Librairie Ollier-Henry.

GRENELLE. — De l'hydrothérapie dans le traitement du goître exophtalmique. Broch in-8 de 8 pages. — Nancy, 1883. — Librairie Berger Levrault.

GUIDE PRATIQUE DE L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE. In-12 de 302 pages. — Paris, 1884. — Librairie Ollier-Henry.

VAN LEENT, GUYE, de PERROT et ZEEMAN. — Congrès international des médecins des colonies, Amsterdam, septembre 1883. — Compte rendu. In-8 de 383 pages. — Amsterdam, 1884. — Van Rossen.

BERNE (P.). — Etude sur quelques cas de purpura d'origine traumatique. In-8 de 60 pages. — Sceaux, 1884. — Imprimerie Charaire et fils.

LOPEZ GARCIA (L.). — Del bacilo de Koch en la tuberculosis importancia del examen microscopico de los esputos en el diagnostico de la misma y tecnica especial para la investigacion de Dicho parasito. In-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Madrid, 1884. — Tipografico del hospicio.

CASTRO (S.-V. de). — Cholera in egitto nel 1883 sua origine e misure igieniche e quarantenaire. In-8 de 68 pages, avec 5 tracés. — Milan, 1884. — Francisco Vallardi.

BRAMWELL (B.). — Diseases of the heart and thoracie aorta. Volume in-8 de 783 pages, avec 317 figures. — Edinburgh, 1884. — Pentland.

MEYNERT (Th.). — Psychiatrie. — Klinik der Erkrankungen des Worderhirns begründet auf dessen Bau, Leistungen und Ernährung. Broch. in-8 in-8 de 288 pages, avec 65 figures dans le texte. 1er cahier. — Wien, 1884. — W. Braumüller.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 38 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 20 SEPTEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Attaques hystériques ayant, par leur nombre et leur durée, simulé l'état de mal épileptique ;

Par P. MARIE, chef de clinique de la Faculté, et SOUZA-LEITE, externe des hôpitaux.

La nommée Hab..., célibataire, âgée de 31 ans, se trouve depuis plusieurs années dans la salle Claude-Bernard, à la Salpêtrière, service de M. le professeur Charcot (1).

Antécédents héréditaires. — Mère morte poitrinaire. Père mort d'un ulcère simple de l'estomac ; tous les deux nerveux, surtout son père, qui le fut extraordinairement.

La sœur unique de la malade est, elle aussi, très nerveuse de tempérament; elle est mariée, a 2 enfants du sexe féminin : l'une, âgée de 14 ans, ne présentant rien d'anormal ; l'autre, âgée de 11 ans, peu développée, notamment au point de vue cérébral.

Ses grands parents maternels seraient morts poitrinaires dans un âge pas très avancé.

Antécédents pathologiques de la malade. — A l'époque de sa première dentition, elle eut des convulsions qui ont duré quelque temps. Dès les premières années de son existence, elle éprouva des crises gastralgiques qui, d'abord peu intenses, le furent de plus en plus à mesure qu'elle grandissait.

La malade, de constitution faible, présenta toujours un caractère changeant et une émotivité très grande.

En 1871, ayant perdu son père, elle entre comme fille de service à l'hôpital des Enfants-Malades, d'où elle sort, au bout d'un mois à peu près, pour entrer à l'hôpital Necker, à cause de ses crises. Après un séjour d'un certain temps, elle quitte ce dernier hôpital, sinon guérie, du moins très améliorée. Elle avait alors 18 ans.

En 1878, elle est reçue dans l'hôpital Lariboisière et y reste pendant un temps prolongé ; alors elle était âgée de 26 ans. Enfin, elle vient à la Salpêtrière, où, après un certain séjour, elle passe dans le service de M. le professeur Charcot.

Examinée au point de vue de la sensibilité générale, celle-ci est abolie dans toutes ses modalités ; quant aux sens spéciaux, elle distinguait le rouge et entendait la montre à droite.

Le 15 avril 1884, la malade est prise d'attaques, dont le début semble devoir être rapporté à une peur qu'elle a eue chez elle, pendant une sortie. Pendant la nuit, elle eut un très violent cauchemar, s'est réveillée avec des palpitations et ne sachant pas où elle était. Dans le courant des attaques, ses fonctions végétatives s'accomplissaient à peu près régulièrement ; des vomissements assez rares survenaient par moments, ils ne furent jamais abondants.

Avant de donner le relevé des attaques, qui ont débuté le 15 avril et qui se sont montrées par groupes, il sera bon de faire la description de l'une d'elles et d'indiquer la façon dont elles se lient les unes aux autres.

Description d'un groupe d'attaques : Le premier phénomène observé chez la malade, qui se tourne sur le côté gauche et reste dans cette position pendant toute la durée de l'attaque, est l'émission d'un cri faible tenant vraisemblablement à un spasme des muscles laryngés ; avant qu'il ne se termine, les membres droits et les muscles du cou et de la nuque sont pris d'une rigidité tétanique ; presque en même temps, les membres gauches se contracturent un peu aussi, mais d'une façon quasi insensible. Dans ce moment, il se fait une tuméfaction du cou, au niveau du corps thyroïde, facilement appréciable par la main appliquée sur la convexité qui en résulte. 4 ou 6 secondes après, le membre thoracique droit et la tête sont agités de secousses vives et rapides ; les joues et les lèvres sont violemment repoussées par l'air expiré (mouvement de fumeur de pipe); les secousses ne se montrent pas du tout aux membres gauches ; ceux-ci deviennent flasques avant les droits, qui se décontracturent aussi à leur tour. Mais, à peine les membres sont-ils flasques, qu'un nouveau cri, analogue au précédent, se fait entendre en annonçant une nouvelle attaque et la répétition des phénomènes que nous venons de décrire. Ces attaques se répètent un grand nombre de fois d'une façon subintrante, et constituent ainsi de véritables séries, durant de 12 à 30 minutes.

Avant la fin de chaque série, la malade présente une ébauche d'attitude passionnelle (semble regarder quelque chose au loin) d'une ou deux secondes de durée, ébauche qui n'est pas constante ; ensuite 2 ou 3 mouvements épileptiformes très courts, et enfin elle se réfugie brusquement au pied de son lit, sous ses couvertures, cachant sa tête, couchée sur le côté gauche, et complètement pelotonnée en boule ; quelques secondes après, elle ronfle 2 ou 3 fois et reste ainsi contre le pied du lit plusieurs minutes sans bouger, puis reprend conscience, se plaint beaucoup de sa tête, se met à pleurer, se recouche convenablement ; peu après, elle cause librement et se met à rire. Ces groupes d'attaques sont séparés les uns des autres par un intervalle à peu près égal à leur durée ; une impression subite quelconque peut les provoquer. Les pupilles, qui sont toujours contractées, le sont davantage à la période des secousses.

Ci-joint le relevé de ces attaques, ainsi que celui de la température rectale :

Le 16 — 84 attq. — T. s. = 38,1.
Le 17 — 164 attq. — T. m. = 37,7. T. s. = 38.
Le 18 — 180 attq. — T. m. = 38,4. T. s. = 38,3.
Le 19 — 175 attq. — T. m. = 37,6. T. s. = 38.
Le 20 — 144 attq. — T. m. = 37,8. T. s. = 38,3.
Le 21 — 179 attq. — T. m. = 38,1. T. s. = 38,3.
Le 22 — 268 attq. — T. m. = 38,3. T. s. = 38,5.
Le 23 — 447 attq. — T. m. = 38,4. T. s. = 38,5.
Le 24 — 404 attq. — T. m. = 37,6. T. s. = 38.
Le 25 — 407 attq. — T. m. = 38. T. s. = 38,2.
Le 26 — 528 attq. — T. m. = 38. T. s. = 38,2.
Le 27 — 498 attq. — T. m. = 38. T. s. = 38,1.
Le 28 — 537 attq. — T. m. = 38,1. T. s. = 38,2.
Le 29 — 491 attq. — T. m. = 38,3. T. s. = 38,2.

Voici les notes qui ont été prises sur l'état général et sur les différents phénomènes présentés par la malade pendant cette série d'attaques :

Dans les deux premiers jours, elle fut sondée pour éviter toute rétention d'urine, opération qui n'eut pas besoin d'être répétée.

Du 25 au 27 *avril*, la malade parle un peu plus, a un plus grand nombre d'attaques.

Le 28. Elle a vomi la nuit dernière plusieurs fois, a eu des frissons et ses règles apparaissent. On remarque au-dessus du genou gauche, près de la rotule, une plaque rouge, de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, douloureuse au toucher : aussi les mouvements de l'articulation sont-ils pénibles.

Elle est loquace à la fin des séries, mais il est difficile de comprendre ce qu'elle dit : elle marmotte.

Le 29. La malade vomit 4 fois après avoir pris quelques ali-

(1) Cette malade a été l'objet d'une clinique de M. le professeur Charcot, clinique à laquelle ont été empruntées la plupart des réflexions placées à la fin de l'observation.

© BIU Santé

ments liquides : bouillons, vin, etc. Vers 10 heures, la température était de 39°,4. A midi, elle est prise de vomissements porracés et la temperature monte à 40°,1. A partir de 11 heures, les attaques ne se sont plus reproduites.

Le pouls varia toujours entre 74 et 86 depuis le 15; mais ce matin le nombre de battements artériels s'élève, et à présent, 4 heures et demie, il est de 100 ; pas d'attaques.

Le 20. T. 40°,1 le matin. Les vomissements ont continué. La malade se plaint de douleurs à l'abdomen, exagérées par la pression et plus intenses aux régions ovariennes ; l'abdomen n'est pas très ballonné.

Des évacuations assez répétées et très peu consistantes hier soir. Langue pâteuse. Anorexie. Rien aux poumons. Fréquence et irrégularité des pulsations cardio-vasculaires, 101 battements par minute. Céphalée pas trop intense. L'anesthésie générale existant avant et pendant les séries a disparu aujourd'hui : sitôt qu'on la pince elle l'accuse. La plaque rouge du genou gauche des derniers jours, qui était douloureuse, ne l'est plus. Pupille normale. T. 40°,4 à 7 heures du soir.

1er *mai*. T. 40°,1 le matin. Pas d'anesthésie. L'hyperesthésie siégeant le long de l'épine vertébrale n'existe plus ; elle perçoit les odeurs. Les règles ont disparu. Douleurs violentes à l'abdomen. Pas d'attaques. M. Charcot ordonne : calomel, 10 centigr. en 5 paquets, un toutes les heures.

2. T. 37°,5 le matin. Elle est assise dans son lit, souriante et même un peu excitée. Pas de vomissements ; elle a eu deux évacuations abondantes hier soir et a dormi de bon sommeil. Anesthésie générale ; la céphalée n'existe pas. T. 37°,6 le soir.

8. Depuis le 3 la température a varié entre 37° et 37°,4. Elle s'est portée comme à l'intervalle des attaques, c'est-à-dire, relativement bien.

Vers onze heures elle est prise d'une grande attaque hystéro-épileptique, qui est d'abord régulière et complète, mais qui se modifie peu à peu, jusqu'à présenter une prédominance de la période épileptoïde. Anesthésie ; en ce qui concerne la sensibilité spéciale, elle présente le même état que celui signalé plus haut. On peut arrêter ces attaques par la compression ovarienne, elles durent deux jours, au bout desquels elle se trouve bien.

18. La malade est reprise de ses attaques, qui se montrent encore avec les quatre périodes, mais avec prédominance cette fois-ci du délire post-hystéro-épileptique : (attitudes passionnelles.)

La malade, après avoir esquissé les trois premières périodes, qui étaient presque frustes, se levait dans son lit, s'agenouillait, en frappant les barreaux, prononçait des menaces et des insultes contre un être imaginaire, après quoi elle se recouchait, s'agitait violemment et d'une façon désordonnée, et ces mouvements se prolongeaient deux minutes ; les phénomènes qui viennent d'être décrits, se répétaient après un temps variable cela a duré trente-six heures environ. Ces attaques peuvent être arrêtées par la compression ovarienne.

2 *juin*. La malade, qui se promenait dans les jardins dès le matin, retourne dans sa salle vers onze heures et déclare qu'elle n'est pas à son aise, qu'elle étouffe, et éprouve de l'engourdissement dans les membres, surtout dans les membres du côté droit. En outre elle accusait, après s'être réveillée, une sensation de froissements, de resserrements nerveux, « ce qu'elle nomme des crispations », qui l'excitaient beaucoup, disait-elle.

Vers midi, les attaques apparaissent et vont se succéder d'une façon plus ou moins rapide, parfois tellement rapide que c'est à peine si on peut les compter. Ces attaques sont absolument analogues et comme calquées sur celles que nous avons décrites plus haut, nous n'en donnerons donc pas une nouvelle description, nous contentant de rapporter le relevé de leur nombre chaque jour et de la température rectale pendant leur durée.

Le 2 — 113 attq. — T. m. = 37. T. s. = 37,2.
Le 3 — 230 attq. — T. m. = 37,5. T. s. = 37,3.
Le 4 — 380 attq. — T. m. = 37,4. T. s. = 37,5.
Le 5 — 418 attq. — T. m. = 37,3. T. s. = 37,3.
Le 6 — 486 attq — T. m. = 37,4. T. s. = 37,6.
Le 7 — 415 attq. — T. m. = 37,4. T. s. = 37,5.
Le 8 — 776 attq. — T. m. = 37,5. T. s. = 37,7.
Le 9 — 1.055 attq. — T. m. = 37,5. T. s. = 37,7.
Le 10 — 1.140 attq. — T. m. = 37,8. T. s. = 37,4.
Le 11 — 1.488 attq. — T. m. = 37,6. T. s. = 37,9.
Le 12 — 1.760 attq. — T. m. = 38,2. T. s. = 37,7.
Le 13 — 1.324 attq. — T. m. = 37,4. T. s. = 37,5.
Le 14 — 1.636 attq. — T. m. = 38. T. s. = 38,1.
Le 15 — 635 attq. — T. m. = 37,6. T. s. = 37,8.
Le 16 — 567 attq. — T. m. = 37,6. T. s. = 37,8.

Voici le nombre des attaques que l'on comptait pendant la journée et la nuit, bien que d'une manière un peu moins exacte, pendant la nuit, comme il est facile de le comprendre. La somme en a été de 4660.

L'anesthésie générale, qui existe en dehors de l'état de mal hystéro-épileptique, ne s'est pas modifiée pendant cet état ni après lui.

Les sens spéciaux ont présenté pendant l'état de mal le même degré d'anesthésie qu'ils présentent d'ordinaire chez la malade.

La malade avait un certain degré d'anorexie et parfois même un peu de dégoût pour les aliments.

Les vomissements porracés, qui ont eu lieu au mois d'avril pendant l'état de mal, se sont montrés encore cette fois-ci tous les jours ; cependant ils n'étaient pas fréquents puisqu'ils n'ont jamais dépassé le nombre de cinq dans les 24 heures. La malade présentait une grande tendance à la constipation, ce qui rendait nécessaire l'administration d'un lavement purgatif tous les deux ou trois jours, ou même d'un peu de calomel par la méthode fractionnée. Dans cette dernière série la malade n'a pas eu besoin d'être sondée, la miction se faisant régulièrement tous les jours.

En cherchant à provoquer l'attaque par la pression exercée sur le rachis ou sur la tête, on n'y parvenait pas.

La compression des carotides, essayée à diverses reprises dans le but d'arrêter l'attaque, a réussi quelquefois, mais pas d'une façon complète.

Quelquefois la malade présente en dehors de tout état de mal, pendant le sommeil, un certain état vertigineux, qui ne semble pas augmenter pendant les attaques.

5. On lui ordonne une potion avec de la morphine.

Le 7 au matin que la malade n'a pas eu d'évacuation malgré l'administration du calomel ; on lui supprime la potion morphinée et après que le lavement habituel eut été administré, vers 11 heures elle eut deux évacuations abondantes et se plaignit moins de la tête.

8. Pendant la visite on note qu'après une ou deux séries la malade n'accuse pas le mal de tête qui jusqu'alors était constant. Aujourd'hui, comme hier, la malade en finissant chaque série prononce entre autres paroles cette phrase : Maman, j'ai peur ! mais en reprenant connaissance elle dit ne pas en avoir eu conscience.

9. Ses attaques se modifient, en ce sens qu'elles sont parfois plus courtes qu'auparavant et la fin est marquée par cinq, six et sept ronflements. Ces attaques se sont arrêtées le 16, à midi 15 minutes, sans qu'aucun phénomène nouveau se montrât. La température prise le soir du 16 et le 17 était normale. Les attaques n'ont plus paru depuis hier 16.

Réflexions. — Cette observation présente des particularités assez intéressantes, tant au point de vue du nombre que de l'aspect même des attaques et des phénomènes qui en ont accompagné le développement.

Il est certain qu'au premier abord ces attaques semblaient être de nature épileptique, vu les caractères des convulsions toniques et cloniques qu'elles présentaient, c'est là évidemment l'opinion que devait avoir toute personne ignorant les antécédents hystériques de la malade. Mais en observant plus longtemps les attaques, en restant près du lit de la malade un quart d'heure ou plus, on voyait se produire des phénomènes qui permettaient de modifier ce diagnostic. En effet, Hab..., se précipitait tout d'un coup au pied de son lit, ramenait violemment les draps sur sa tête et se mettait à parler, c'était bien certainement l'ébauche de cette période d'attitudes passionnelles qui, comme l'ont montré MM.

© BIU Santé

Charcot et Richer, termine la grande attaque hystéro-épileptique, et, en effet, la malade ne tardait pas à revenir à elle; de sorte que, à un point de vue général, il faut admettre que chaque phase épileptiforme correspondait réellement à une attaque hystéro-épileptique; mais que par suite de circonstances spéciales l'attaque ne se développait pas complètement, n'atteignait pas la période des attitudes passionnelles, mais restait confinée à la seule phase épileptoïde; puis, au bout d'un certain nombre de ces attaques avortées, il en survenait une dont l'évolution était tout à fait complète, et celle-ci mettait fin provisoirement à ce *groupe d'attaques*.

Il est encore un phénomène qui, à la fin de chaque groupe d'attaques, indiquait bien la nature réelle de l'affection, c'est la facilité avec laquelle la malade reprenait connaissance et se mettait à rire et à causer avec les personnes de son entourage, comme si rien ne s'était passé, et avec une lucidité parfaite; c'est là, on le sait, une terminaison ordinaire de l'attaque hystérique, mais qui ne s'observe pas dans l'attaque épileptique véritable; cette dernière laisse, on le sait, après elle un état soporeux plus ou moins accentué qui enlève aux malades, du moins pendant quelques minutes, le libre usage de leurs sens.

Restait encore pour arriver au diagnostic exact, alors même que les indications fournies par les signes précités n'auraient pas semblé suffisantes, l'examen de la courbe thermique; on sait, en effet, depuis les recherches de M. Charcot sur ce sujet, qu'un des caractères différentiels les plus précis entre l'état de mal hystéro-épileptique et l'état de mal épileptique consiste en ce que, dans le premier cas, la température ne s'élève pas notablement et ne dépasse guère la normale, tandis que dans le second cas elle peut atteindre 40° et même 41°. — C'est bien ainsi que se sont comportées les choses dans notre observation et tout d'abord la température est restée dans les environs de la normale, mais sous l'influence de causes toutes spéciales, on a vu la température monter à 40° au moment même où les attaques disparaissaient; il y avait donc lieu de rechercher les causes de ces manifestations anormales, et nous croyons bon de rappeler brièvement ce qui s'était passé.

En effet, dans la première série en avril, nous avons dit que les attaques avaient pris fin le 29, à 11 heures du matin; cependant la température, au lieu de revenir à la normale, monta le 29, vers 10 heures, d'un degré de plus que la température la plus élevée observée durant toute la série d'attaques qui venait de se terminer.

A midi et demi, le thermomètre accuse 40°. — Le 30, la température est de 40°,2 le matin et 40°,5 le soir. — Le 1er mai, on trouve encore 40°,1.

En cherchant quelle pouvait être la cause d'un pareil état qui semblait se prolonger et qui affaiblissait beaucoup la malade, et en considérant qu'elle se plaignait depuis deux jours, de douleurs intenses à l'abdomen, qu'elle n'avait pas eu de selles, que son inappétence était presque totale et qu'elle avait fait usage d'une potion contenant une préparation opiacée, on pensa qu'un certain degré d'obstruction intestinale et de stercorhémie pouvait être incriminé, et M. Charcot prescrivit 0,10 centigrammes de calomel, divisés en cinq paquets, à prendre à une heure d'intervalle chacun.

Le 2 mai, tout trouble du côté du tube digestif avait disparu et l'état de la malade redevenait complètement normal.

Il était donc bien évident que l'élévation de la température n'était pas due aux manifestations convulsives hystériques, mais bien aux troubles gastro-intestinaux; de plus, il faut remarquer que, lorsque les températures élevées se montrèrent, les attaques disparurent et la sensibilité redevint normale; c'est là un fait qui a déjà été signalé plusieurs fois par M. Charcot.

Enfin, en terminant, nous appelons l'attention sur le nombre tout à fait colossal d'attaques présentées par notre malade pendant l'une et l'autre série:

En effet, le nombre total des attaques de la première série est égal à 4.506; le minimum d'attaques observé dans un groupe pendant cet état de mal est de 84 attaques, le maximum est de 537; le minimum de durée des groupes d'attaques est de 12 minutes, le maximum est de 22.

Dans la seconde série, le chiffre total des attaques est de 17.083, chiffre beaucoup supérieur, comme on voit, au précédent; le minimum d'attaques observé dans un groupe est de 113 attaques, le maximum est de 176; le minimum de durée d'un groupe est de 16 minutes, le maximum est de 50 minutes (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

De la cystite tuberculeuse.

Leçon recueillie par M. le Dr ROUTIER, chef de clinique.

Messieurs,

J'ai à vous parler aujourd'hui d'une maladie qui, sans être rare, est cependant peu fréquente, et qui n'est guère bien connue que depuis 15 ou 20 ans.

C'est la tuberculisation de la vessie, la cystite tuberculeuse; les symptômes inflammatoires qu'elle présente la font quelquefois confondre avec d'autres cystites, de sorte que le chirurgien peu expérimenté peut en méconnaître la nature, et porter par cela même un pronostic erroné.

Nous avons actuellement dans nos salles un type de cette maladie; il y a quinze jours à peine, un malade couché au n° 22 de la salle Ste-Vierge, présentait des symptômes à peu près semblables, mais beaucoup plus graves; il est mort, ceux d'entre vous qui suivent le service se le rappelleront certainement; du reste, voici son histoire en quelques mots.

C'était un homme de 50 ans, qui toute sa jeunesse avait joui d'une excellente santé; pendant la guerre de 1870, il s'aperçut qu'il pissait du sang, et cela à plusieurs reprises, sans cause définie, peut-être par suite de fatigue et de refroidissement. Ce phénomène fut passager et disparut. Quatre ou cinq ans après, survint vers les testicules une affection qu'il nous décrivait ainsi: gonflement des bourses, grande inflammation, et à droite il y eut un abcès qui s'ouvrit et resta fistuleux; cette fistule se ferma, puis se rouvrit; vous savez qu'on retrouvait cette fistule ouverte en arrière de la bourse droite.

(1) Rappelons, à propos de cette observation, qu'une malade du service de M. Legrand du Saulle a eu dans l'espace de 25 jours (du 3 au 28 octobre 1883) 21,708 accès d'hystérie. L'observation a été communiquée à la *Société médico-psychologique* par M. Legrand du Saulle et elle sera prochainement publiée *in extenso* dans les *Archives de Neurologie* (G. Ballet et A. Crespin. — *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle*). La malade qui fait l'objet de notre observation a, elle aussi, comme nous l'avons dit, présenté très nettement une localisation des mouvements convulsifs aux membres du côté droit.

© BIU Santé

A la suite de ces accidents, son sens génital disparut. Il ne se portait pas trop mal cependant, quand quelques jours avant son entrée dans notre service, il fut pris d'une maladie de vessie caractérisée par des mictions fréquentes, suivies d'étreintes pénibles, enfin, son urine était floconneuse et il avait un écoulement uréthral muco-purulent qui certainement, disait-il, ne pouvait avoir une origine vénérienne.

Presque en même temps se développèrent des symptômes cérébraux bizarres qui le faisaient ressembler à un paralytique général, il avait de la difficulté à trouver les mots, et présentait du tremblement de la langue et des membres supérieurs.

Je vous rappelle que l'urèthre était toujours rempli par du pus, et la pression sur la prostate qui était volumineuse faisait sourdre une grosse goutte au niveau du méat.

Enfin, on trouvait sur la bourse la cicatrice de la fistule. La quantité de pus contenue dans l'urine nous a empêché de savoir s'il y avait de l'albumine, nous soupçonnions cependant une affection des reins et c'est ce qui nous faisait porter un pronostic très grave que la terminaison rapide n'a fait que confirmer. En effet, pendant que nous nous demandions ce qu'on pourrait faire pour lui, subitement il tomba dans le coma et il mourut le second jour.

Avant de vous dire ce qu'on a trouvé à l'autopsie, récapitulons brièvement les principaux symptômes : nous verrons qu'il y a eu successivement :

1° Une phase hémorrhagique caractérisée par des hématuries ;

2° Une phase de suppuration d'un testicule, précédée par des phénomènes inflammatoires ;

3° Une phase urinaire caractérisée par de nombreuses lésions, la vessie malade, la prostate malade, les reins malades ;

4° Une phase cérébrale qui a mis fin à son existence.

Vous allez voir que cette histoire est intéressante, rapprochée du résultat de l'autopsie.

Les organes génitaux montrent peu de choses ; les testicules sont sains, mais les épididymes sont bosselés, volumineux, remplis de masses tuberculeuses ; on en trouve jusque sur le cordon. La prostate est caverneuse, presque éteinte, remplacée par des cavernes purulentes tuberculeuses.

La vessie présente un épaississement de sa muqueuse qui est brunâtre et criblée de granulations tuberculeuses dont quelques-unes sont ulcérées ; vers les uretères, même état.

Les reins sont très congestionnés, présentent plusieurs gros noyaux jaunâtres tuberculeux plusieurs sont ramollis et il y a des quantités de granulations tuberculeuses qui parsèment la substance des reins.

Les poumons, les autres organes étaient sains, c'était donc un type de tuberculisation génito-urinaire localisée.

Le cerveau n'avait rien, nous avions fait des suppositions pendant la vie sur l'existence de tubercules, à cause des signes de paralysie qu'il avait présentés, mais, comme il arrive souvent, on n'en a pas trouvé.

Ce malade est donc mort de coma urémique. L'évolution pathologique et clinique est très remarquable, parce que c'est un type ; c'est ainsi en effet que marche et finit souvent cette maladie, la tuberculisation uro-génitale.

Maintenant que vous connaissez cette lamentable histoire, je vais vous faire connaitre celle de notre n° 18, qui présente une affection du même genre, mais avec quelques différences cliniques. Il a 28 ans, pas d'antécédents remarquables ; cependant il a eu des bronchites répétées, et, en somme, n'a jamais eu très bonne santé.

Il y a 6 ans, il aurait eu une hémoptysie peu abondante, mais qui nous prouve qu'il a eu des poussées pulmonaires. Peu après, il y a 5 ans environ, il a eu une chaudepisse peu douloureuse qui surtout a traîné longtemps. Il raconte qu'il a perdu plusieurs fois à cette époque un peu de sang par le canal, et cette hémorrhagie, quoique très légère, l'avait fort inquiété.

Tout passa, et il allait assez bien, quand il y a un mois et demi ou deux mois, il a été pris, sans cause déterminante marquée, de symptômes de cystite pour lesquels il est venu demander nos soins.

Il a eu d'abord des mictions très fréquentes, et les besoins sont surtout incommodants la nuit ; le repos n'a pas d'influence sur le nombre de ses mictions. Son urine est trouble même après le repos, et malgré le dépôt blanc jaunâtre quelquefois très abondant et dont la quantité varie tous les jours, il y a en outre des flocons qui nagent dans le liquide. Ces mictions fréquentes s'accompagnent de ténesmes avec sensations de brûlures qu'il rapporte à toute la longueur de l'urèthre.

L'attitude de ce malade est caractéristique, il est même dans son lit toujours accroupi, de cette façon, il détend autant que faire se peut tous ses muscles du bassin.

Quand on palpe l'abdomen, on provoque la douleur ; quand on pratique le toucher rectal à ce malade, sa vésicule droite est douloureuse et grosse avec des inégalités.

Il n'a rien aux testicules. En présence de ces symptômes, nous pouvons affirmer qu'il a une tuberculisation de la vessie très palpable ; je me base sur l'hématurie ancienne, comparable à l'hémoptysie ; et je puis vous dire que le premier j'en ai signalé trois cas consignés dans la thèse de Stapfer 1872 ; MM. Guyon et Dolbeau qui s'occupaient de ces cas ne connaissaient pas ce fait. C'est un phénomène qui n'est pas très rare, mais qui est très variable comme intensité, ce qui fait qu'on peut facilement le laisser passer inaperçu ; aujourd'hui, c'est un symptôme de premier ordre.

Notre malade a eu cette hématurie.

Le second caractère, c'est que la douleur n'est amoindrie ni par le repos ni par le sommeil.

Enfin, ces caractères de l'urine : dans la cystite ordinaire chronique, ce dépôt est moins floconneux, il est gélatineux, caractère appréciable surtout quand on transvase l'urine ; ici, c'est le pus qui est abondant.

Voilà pourquoi je déclare que ce malade doit avoir de la cystite tuberculeuse.

Quel est l'état des reins ? c'est un point, vous le savez, très important pour le pronostic ; malheureusement, il est difficile d'avoir des notions exactes sur les fonctions de ces organes, parce que le pus en grande quantité empêche de se rendre compte de la provenance de l'albumine. L'affection vésicale étant récente, il est probable que ses reins sont encore indemnes, mais il est à craindre qu'ils ne se prennent, et cela à brève échéance. Voilà l'histoire clinique de nos deux malades ; quelques mots sur la tuberculisation des organes génito-urinaires.

Elle se présente de trois façons différentes :

La première forme, c'est celle de notre premier malade, les testicules ouvrent la scène, ils suppurent, puis la prostate et les vésicules séminales se prennent et suppurent à leur tour, celle-ci vient plus lentement dans leur évolution, puis c'est la vessie, enfin les reins, et

© BIU Santé

alors le cycle est complet, on a la tuberculisation totale des organes génito-urinaires. C'est, vous le voyez, une maladie ascendante, c'est ce qui s'est passé chez notre malade dont nous avons eu à faire l'autopsie ; c'est la forme la plus fréquente chez l'homme; la marche peut être lente, et l'évolution peut durer 10 ou 15 ans.

La seconde forme est celle dans laquelle la vessie se prend la première, et voici alors la succession, vessie, prostate, reins ; ici, les testicules sont souvent indemnes.

Enfin, la troisième variété est celle où la tuberculose évolue déjà dans les poumons quand les organes génitaux se prennent; cette forme intéresse peu les chirurgiens, car les sujets sont alors trop malades pour oser y toucher.

Je ne veux vous parler aujourd'hui que de la cystite. Les lésions sont de plusieurs ordres ; il y a des lésions de la muqueuse, des lésions de la musculeuse, et des lésions périphériques.

Dans la muqueuse il y a des granulations grises qu'on trouve surtout dans le trigone vésical, elles sont isolées ou confluentes ; dans le premier cas, elles laissent après leur destruction des petites ulcérations à l'emporte-pièce avec un rebord jaunâtre et une légère collerette rougeâtre tout au tour de ce rebord ; on peut en trouver vingt-cinq à trente ; quand elles ont duré quelque temps, il se développe autour de la zone rougeâtre une zone pigmentaire.

Quand elles sont confluentes, l'ulcération est très étendue ; j'ai vu chez une femme dont j'ai publié l'observation, une grande ulcération, grande comme la paume de la main : elle était festonnée sur ses bords et avait comme entourage une zone rouge et noire.

Dans les points où la muqueuse n'est pas ulcérée, elle est noirâtre, pigmentée, je n'ai pas besoin de vous dire que l'épithélium est malade et desquamé.

La musculeuse s'enflamme vite, il y a de l'œdème, de la prolifération cellulaire; cette tunique s'épaissit considérablement et elle devient lardacée ; ceci est important, car pendant que cette tunique s'épaissit, elle se rétracte et la capacité de la veine diminue; ceci n'est pas du reste spécial à la cystite tuberculeuse, vous pourrez voir ce fait chez notre n° 17 qui a une cystite chronique non tuberculeuse.

Mais quelquefois la tuberculisation envahit le malade et il peut y avoir perforation, et alors, de même qu'on peut avoir des abcès secondaires de voisinage, on peut avoir des abcès tuberculeux par propagation. Voilà en quelques mots l'anatomie pathologique rapidement esquissée de la tuberculisation de la veine ; par cela même, vous pouvez vous rendre compte des symptômes ; au début, ces granulations amènent de la congestion de la muqueuse, de là à l'hémorrhagie il n'y a qu'un pas ; et cette hématurie peut précéder de plusieurs années les phénomènes graves ; la muqueuse peut contenir longtemps ces granulations sans de grands désordres ; mais l'hématurie peut être un symptôme de toutes les périodes, et certainement dans l'urine de notre malade il y a des globules rouges, parce que ces ulcérations peuvent donner du sang.

La localisation dans le trigone explique le ténesme, et comme toute la vessie est malade, ils prennent cette attitude curieuse qui les soulage.

Le pronostic est toujours grave, car si la tuberculose se guérit quelquefois dans certains organes, sachez-le, la vessie ne se guérit pas, à cause peut être du contact incessant de l'urine. Cependant, on arrive à améliorer, à soulager ces malades par des injections qui nettoient la vessie ; mais quoi qu'on fasse, cette affection les conduit fatalement à la mort ; quant à leur manière de mourir, vous en avez vu une variété, la mort par l'urémie ; quelques-uns meurent par le fait des désordres locaux.

La cystite calculeuse ancienne est la seule maladie qu'on puisse confondre avec cette cystite tuberculeuse ; mais le repos améliore les calculeux ; ils souffrent moins la nuit ; ici, au contraire, les douleurs sont ininterrompues.

Le traitement est des plus difficiles, car il est souvent inefficace. On trouve dans les livres, surtout dans les écrits du professeur Guyon et de ses élèves qu'on n'a jamais pu faire grand' chose pour ces vessies ; les lavements laudanisés, les cataplasmes, les suppositoires n'ont jamais abouti qu'à soulager fort peu.

On a essayé d'agir sur la muqueuse, et je suis en train ici d'essayer ce mode d'intervention : nous avons déjà lavé cinq fois notre malade avec de l'acide borique ; malheureusement vous pouvez voir que le résultat est nul ou à peu près.

On a essayé des injections irritantes ; mais les douleurs sont trop vives. J'ai vu, pour mon compte, déjà bien des cas où j'ai essayé tous les moyens sans aboutir à rien.

Et je vous dirai ceci en terminant : Souvent, cette difficulté d'agir efficacement, cette impossibilité où on se trouve de calmer la douleur, fait qu'on arrive dans le cas de cystite douloureuse à diagnostiquer la cystite tuberculeuse.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du syphilicoccus (1).

Dans le dernier numéro du *Progrès*, nous avons fait, aussi complète que nous l'avons pu, l'analyse des travaux relatifs à la première période de l'étude des parasites dans la syphilis. Nous la reprenons au point où nous l'avons laissée.

Dans ses leçons faites à l'hôpital Lourcine, durant l'été de 1878, M. Cornil, comme on peut le voir par la citation suivante, n'était pas éloigné d'accepter la théorie parasitaire de la syphilis.

> En nous basant sur l'analogie, nous pourrions dire que la syphilis est due à la reproduction et à la multiplication dans l'économie de parasites du même ordre que la bactéridie du charbon ou que le microbe de l'infection septique ? Assurément, rien ne serait plus séduisant que cette théorie, mais il n'y a rien de prouvé jusqu'ici à l'égard de la syphilis envisagée comme affection parasitaire. Je dois vous montrer aussi quelles seraient les difficultés de la recherche d'un parasite spécial à la syphilis....
>
> Vous le voyez, Messieurs, nous ne pouvons vous présenter au sujet du virus syphilitique que des hypothèses ; mais celle qui explique le mieux les faits, qui concorde le mieux, par analogie, avec les faits connus des maladies voisines de la syphilis, c'est assurément l'hypothèse du parasitisme (2).

M. Cornil, dans le cours de ses leçons, ne revient plus sur ce sujet et il ne dit pas avoir trouvé de parasites spéciaux dans les lésions syphilitiques, aussi son opinion ne reposait-elle que sur une simple hypothèse.

C'est également en 1878 que M. Klebs (3) a publié ses recherches sur la contagion de la syphilis. Avec cet anatomo-pathologiste s'ouvre une nouvelle période ; les

(1) Voir le n° 37.

(2) Cornil. *Leçons sur la syphilis*. Paris, 1879, p. 6 et 7.

(3) Klebs. — *Das contagium der Syphilis ; eine experim. Studie* (*Archiv. f. exp. Path. u. Pharmakologie*, 25 février 1879, B. X. 3e et 4e H., p. 161-221, avec 2 pl. et *über Syphilis Impfung bei Thieren. Prag. med. Woch.* n° 41, 1878).

© BIU Santé

travaux que nous aurons maintenant à citer se distinguent des précédents en ce que le plus souvent ils sont basés sur des expériences plus rigoureuses et des observations plus attentives. De ses recherches, M. Klebs conclut que :

1° La syphilis humaine peut être inoculée aux animaux par la transplantation ; 2° Que les néoformations de la syphilis humaine contiennent des organismes inférieurs spécifiques (micrococcus et bâtonnets (*fig.* 97, 98, 99) qui, cultivés en dehors de l'organisme, sont caractérisés par la production de formes particulières, les *hélicomonades* (*fig.* 100) ; 3° Que l'inoculation de ces dernières formes sur des animaux appropriés, reproduit aussi bien les formes de la syphilis humaine que celle des animaux.

Les inoculations suivies de succès furent exécutées sur deux *singes*, avec du liquide provenant de culture



Fig. 98. — Bactéries provenant du liquide de culture (singe inoculé en 1878).

Fig. 97. — Micrococcus provenant du sang du singe inoculé en 1875.



Fig. 99. — Les mêmes isolés et dissociés.



Fig. 100. — Hélicomonade (obj. à immersion), à l'état de complet développement.

(1875) et avec des portions de chancre induré venant d'être excisé (1878). Le premier présenta dans la cavité buccale, aux gencives, des ulcérations semblables à des ulcérations syphilitiques ; le second fut atteint d'une éruption papuleuse. Toutefois, notons l'absence de tout accident initial, et de plus à l'autopsie la présence de syphilomes (?) précoces.

La même année (1878), M. E. Cutter (de Boston) (1), signalait la présence dans les chancres syphilitiques de mycéliums. Selon lui, les globules blancs auraient chez les malades atteints de syphilis des dimensions plus grandes, et le sang contiendrait des bactéries et des filaments mycélamenteux.

Nous citerons encore, parmi les auteurs américains qui se sont occupés de la nature parasitaire de la syphilis, M. Bermann (de Baltimore) qui attribue cette affection au développement de spores et bactéries d'une nature spécifique (1). Les micrococcus siégeraient principalement dans les lymphatiques ; les bactéries seulement dans les artères. Ces micrococcus et bactéries ressemblent à ceux décrits par Klebs.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur les travaux américains que nous ne connaissons, du reste, que par les communications très abrégées de leurs auteurs, et nous parlerons de suite des travaux allemands parus depuis les recherches de M. Klebs. En 1881, M. Aufrecht (2) (de Magdebourg), dit avoir observé dans les *papules syphilitiques* un micrococcus, assez volumineux à l'état isolé, qui se présente le plus souvent accouplé (diplococcus), et forme rarement une chaînette de trois micrococcus. Ils sont fortement colorés par la fuchsine. On les retrouve en petit nombre dans les plaques muqueuses exulcérées ou déjà traitées. Pour les bien étudier, on scarifie une papule syphilitique non ulcérée et non traitée ; et après avoir essuyé le sang qui s'en échappe, on utilise par la recherche des micrococcus la sérosité que l'on obtient en quantité suffisante par la pression des bords de la papule. Cette sérosité est portée directement ou au moyen d'une lancette sur une lamelle et y est étendue en couche le plus mince possible. La lamelle mise sous une petite cloche en verre y est conservée de 2 à 24 heures jusqu'à complète dessication. On met alors deux gouttes d'une solution aqueuse de fuchsine (0 gr. 05 : 100) sur une lamelle que l'on applique sur la lamelle qui porte la sérosité desséchée. On enlève, après deux ou trois minutes, l'excès de la solution de fuchsine, et l'on examine la préparation à un fort grossissement (système 9 de Hartnack à immersion). Si l'on veut conserver la préparation, on la laisse 24 heures dans la solution de fuchsine et on la lute avec la résine de Dammar.

D'un autre côté, M. Obraszow (3) assure qu'il a constaté dans les *ganglions lymphathiques* satellites des chancres indurés, la présence de colonies de micrococcus ; il les aurait aussi rencontrés dans les glandes engorgées à la suite de chancrelles, mais en bien moins grande quantité.

En 1882, le microbe de la syphilis est l'objet d'un grand nombre de travaux. Citons d'abord les recherches de Birch-Hirschfeld (4) qui affirme que, dans toutes les *tumeurs gommeuses* (à l'exception des gommes cicatrisées), il existe des micro-organismes, surtout nombreux à la périphérie du tissu de granulation. Ces or-

(1) E. Cutter. — *Report of a Lecture on the Morphology of the Blood in syphilis* (*The Chicago Medical Journal and Examiner*, t. XXXVII, 1878, p. 67).

(1) Bermann. — *The Fungus of syphilis* (*Archives of Medicine*, t. IV, New-York, 1880, p. 263-269, avec dessin). — Les recherches de cet auteur auraient porté sur cent cas de chancres indurés.

(2) Aufrecht. — *Ueber den Befund von Syphilis-Mikrokokken* (*Centralbl. für med. Wissenschaften*, 26 mars 1881, p. 228).

(3) Obraszow. — *Veränderung der Lymphdrüsen beim weichen und harten Schanker.* (*St-Petersb. Woch.*, n° 30, 1881).

(4) Birch-Hirschfeld. — *Bacterien in syphilit. Neubildungen* (*Centralblatt f. d. med. Wissenschaften*, n°s 33, 44, 1882).

© BIU Santé

ganismes, suivant lui, consistaient soit en petits bâtonnets arrondis, isolés ou en colonies, contenus parfois dans l'intérieur des cellules, soit en larges bâtonnets de 3 à 5 μ adossés les uns contre les autres dans le sens de la longueur. Cet auteur a noté des formes transitoires entre les premiers et les derniers. Leur démonstration serait facile en traitant les coupes par l'acide acétique et en les montant dans la glycérine. On les colore nettement avec une solution aqueuse peu concentrée de fuchsine. M. Birch-Hirschfeld les a encore trouvés dans les *plaques muqueuses*, le *chancre induré*, et dans un cas de *roséole papuleuse*. Il ne put les constater dans le sang d'un malade atteint d'une roséole récente.

Dans une seconde communication, M. Birch-Hirschfeld déclare que ces micro-organismes sont formés par l'union de plusieurs coccus isolés, qui sont généralement de forme ovale allongée ; il serait rare de rencontrer des chaînettes de quatre à cinq individus. On doit, pour leur recherche dans les tissus vivants, donner la préférence aux solutions de potasse. M. Peschel (1) a décrit les mêmes organismes. — Nous aurions voulu terminer aujourd'hui l'histoire du syphilicoccus ; mais cela nous entraînerait trop loin. Nous achèverons cet exposé dans un prochain *Bulletin*.

P. Bricon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de Blois.

SECTION D'ANTHROPOLOGIE (*suite*).

Dans une visite qu'il a faite à l'asile de Clermont, M. le Dr Magitot a observé une microcéphale fort remarquable par la petitesse excessive de son crâne. Il en a fait faire le buste à notre intention et il se promet d'en présenter la tête osseuse à la Société d'Anthropologie. Voici, en attendant, les quelques renseignements recueillis sur elle : Femme de 30 ans (née en 1843, à Amiens), de 1,33 c. de taille, et d'un poids net de 35 kilos. Son certificat d'entrée, témoignant encore de la force d'un vieux préjugé, porte que son développement aurait été entravé par « l'impression qu'aurait faite sur sa mère enceinte, la vue d'un singe, » Ses parents n'avaient, d'ailleurs, jamais été malades.

La longueur de sa main était de	0.53 cent.
Celle de son bras, y compris la main, de.	0.53 —
Celle du pied, de	0 24 —
La largeur des épaules était de.	0.37 —
Celle de la poitrine, de	0.26 —
La hauteur du talon à la symphyse pubienne était de	0.48 —

Elle n'avait pas de difformités et sa tête était sans asymétrie. Elle avait donc été frappée d'un arrêt considérable de développement et non de troubles, de perturbations permanentes dans la croissance et la vie de son cerveau, comme cela était arrivé aux trois imbéciles mentionnés plus haut. En conséquence, elle n'était pas absolument rebelle à toute éducation. Elle parlait. Disait : « Bonjour, petite fille » un peu à tout le monde. Elle distinguait cependant parfaitement bien un homme d'une femme, appelait « Monsieur » ou Madame. » Elle reconnaissait et affectionnait les infirmières et les désignait par leurs noms. Elle savait se rendre utile. Elle habillait journellement une petite fille, et l'aimait pour le service qu'elle lui rendait ainsi. Ces faits prendraient une réelle importance si nous pouvions mettre en regard les mesures du très petit crâne de cette idiote. A propos de l'absence chez elle du sens génital, le Dr *Pommerol* cite un microcéphale mâle dont l'instinct sexuel était très développé et même perverti. Mais quelle était la mesure de sa microcéphalie ? Le Dr *Doutrebente*, il est vrai, a, dans son service, une femme microcéphale de 25 ans, qui a, quoique sans menstrues, conservé le sens génital.

M. Lottin nous a donné des renseignements très utiles sur l'industrie actuelle du silex dans la région. Cette industrie a été fondée en 1740, à Meusnes, village situé sur des coteaux de craie dominant la rive gauche du Cher. Elle a été d'abord une source de richesse pour le pays dont la population s'est élevée de 900 à 1,200 habitants. Elle occupait 150 familles. Elle n'occupe pas aujourd'hui plus de 20 ménages. Le père creuse le sol et par des puits qui alternent avec de petites galeries il atteint les couches du silex pyromaque. Ce silex extrait, il dégrossit les blocs et fait des « copeaux. » Ceux-ci sont remis à la femme et aux enfants qui, dans de petits ateliers, les pièces posées sur établi, cassent et taillent les pierres à fusil, avec une rapidité et une habileté considérables. Sur une question que nous lui avons posée, M. Lottin, appuyé d'ailleurs en cela par M. de Chasteignié, a cru devoir affirmer que ces caillouteurs étaient *très maladroits en dehors* du travail routinier de la pierre à fusil. Nous en prenons acte, car une personne qui a été à Meusnes nous a laissé entendre qu'un caillouteur du pays avait retouché des silex de Thenay et trompé ainsi l'abbé Bourgeois.

L'industrie de Meusnes est malsaine et même meurtrière. Les ouvriers se livrent à leur travail dans des locaux mal aérés et ne sont pas sans respirer des poussières. Ils contractent en conséquence ce qu'ils appellent la « caillouteuse » et qui n'est autre chose que la phtisie tuberculeuse.

De 1853 à 1882 leur vie moyenne ne s'élevait qu'à 19 ans, et la mortalité des enfants au-dessous de 5 ans est telle qu'à supposer qu'elle fût la même à Paris, nous aurions par an dans cette ville 50,000 décès d'enfants au-dessous de 5 ans. L'industrie du silex n'a pas été moins funeste à la moralité. Le bon caillouteur gagne jusqu'à 40 fr. par semaine, gain relativement énorme ; il sait qu'il vivra peu ; donc il n'épargne rien et il se débauche.

M. Chantre, le président de notre section, nous a entretenus des fouilles si importantes qu'il a exécutées de son *initiative privée* dans le Caucase, où il s'est rendu à deux reprises. On a contesté, notamment en Allemagne, à la suite d'une mission officielle dont avait été chargé M. Virchow, qui a eu à sa disposition de très fortes sommes, les résultats obtenus par M. Chantre. On l'a accusé d'avoir mêlé les époques et d'avoir donné, pour être du premier âge de fer, des pièces romaines. M. Chantre nous a montré l'unique pièce qui a donné lieu à cette allégation et qui a été mise par négligence avec des pièces toutes différentes sur l'une des très belles planches qu'il a fait exécuter. Les objets qu'il a recueillis dans le cimetière de Trébon reproduisent les types des plus anciennes nécropoles de notre âge du fer en Europe, telles que celles de Hallstadt. M. Chantre n'a pas rapporté seulement de ses voyages des produits de l'industrie primitive du fer dans le Caucase, mais encore des ossements des hommes de la même époque. Il nous les fera ultérieurement connaître.

M. Zaborowski a cru devoir donner quelques détails sur les résultats des fouilles les plus récentes des cavernes de Cracovie. Les résultats obtenus par M. G. Assowski sont considérables et d'une valeur bien établie, bien que, suivant MM. A. de Mortillet et Chantre, le matériel de l'une de ces cavernes représenté par 8,000 pièces, soit le produit d'une colossale falsification. Les discussions qui ont eu lieu à ce sujet en France ne peuvent pas faire suspecter M. Assowski.

M. le Dr Maurel a voulu établir que dans la *transmission des caractères*, l'influence du père l'emporte notablement

(1) Peschel. — *Die bacillen der Syphilis* (*Centralblatt f. Augenheilkunde*, 1882, p. 313).

© BIU Santé

sur celle de la mère, et que cette influence est encore plus sensible chez les garçons que chez les filles. Il a pour cela examiné attentivement, au point de vue *du teint*, environ 250 familles françaises. Il a constaté que, sur 669 enfants, 187 se rapprochaient plus du père, *à ce point de vue*, et 111 de la mère, que 264 étaient intermédiaires au père et à la mère, que 62 avaient les caractères du père exagérés et 45 ceux de la mère exagérés.

Les 366 garçons se répartissaient dans le même ordre en groupes de 119, de 51, de 142, de 34 et de 20. Et les 303 filles en groupes de 68, de 59, de 123, de 28 et de 25. M. Maurel nous a affirmé aussi que suivant ses recherches, à Brest, à ce que nous croyons, ce sont les blonds qui l'emportent dans les unions entre blonds et bruns et qui transmettent le plus souvent leurs caractères à la descendance. Nous avons exprimé notre étonnement devant ce dernier fait qui ne peut être que tout local. On sait en effet pertinemment qu'au-dessous d'un certain degré de longitude les blonds ont toujours fini par être éliminés. Il est presque superflu de rappeler l'exemple des Vandales en Afrique, des Wisigoths dans les Pyrénées, des Gaulois eux-mêmes dans presque tout le centre et l'est de la France. Mais de récents travaux ont montré que les blonds perdaient du terrain, même en Angleterre. Pour ce qui est de la prépondérance de l'influence du père, M. DE CHASTEIGNIÉ a cru pouvoir appuyer l'opinion de M. Maurel à cet égard, à l'aide d'observations recueillies dans les haras. Tout ce que nous dirons pour le moment, c'est que M. Maurel l'a établie sur une base bien fragile; car il a certainement compté un très grand nombre d'enfants qui n'étaient pas en possession de leurs caractères définitifs, surtout sous le rapport de la coloration, et que le teint en particulier peut donner lieu à des appréciations très variables.

M. CHAUVET a rencontré et fouillé dans la Charente un *tumulus* renfermant deux *bûchers*. Dans le deuxième de ces bûchers il a trouvé des ornements en bronze et des os calcinés. Le premier était surmonté d'un char funéraire carré, avec appliques en bronze et en fer. Par la présence de ce char et celle du fer, ce tumulus, qui se trouve en dehors de la région des tumulus, se rattache à une époque postérieure à celle où dominait ce genre de monuments funéraires. Il se rattache à l'époque gauloise des cimetières de la Marne ou époque marnienne.

M. DELORT a dressé un inventaire des *monuments mégalithiques* du Cantal. Il y a reconnu 12 dolmens, 7 menhirs, des tumulus en quantité, des huttes également en quantité, nombre de haches en silex et en pierre dure, trois haches en bronze, des épées en fer.

D'un autre côté, dans le pays d'Othe, au nord-est du département de l'Yonne et à l'entrée de celui de l'Aube, il a rencontré un vaste atelier de taille de silex couvert encore de fragments de toute sorte, de haches dégrossies ou polies à moitié, de haches cassées avant leur parfait achèvement, etc. Non loin de cet atelier, dans la forêt d'Othe, il existe des groupes de huttes ou cases du type de celles observées dans les montagnes du centre et le Cantal même. Ces huttes rappellent aussi l'immense village observé dernièrement par M. Magitot et dont il a déjà été question. Leur voisinage avec un atelier de silex est significatif.

On sait par les fouilles de M. Pommerol que certaines de ces huttes, en pierres sèches, ont été habitées jusqu'au moyen âge. Mais il résulte des recherches de M. Delort qu'il en est aussi qui remontent jusqu'à l'âge de la pierre polie.

M. BLEICHER a étudié avec beaucoup de soin les *époques quaternaires et préhistoriques dans l'Alsace et la Lorraine*. En Lorraine, sur les plateaux, dont la hauteur est d'environ 350 mètres au-dessus de la mer, il existe comme ailleurs un diluvium dit *des plateaux* avec dents d'éléphants. Ces dents, M. Bleicher les rapporte à l'*elephas antiquus*, comme on pouvait s'y attendre.

Sur les pentes, au niveau moyen, M. Bleicher a observé en un point, près de Nancy, une formation tourbeuse glaciaire, contenant une flore boréale avec des insectes aujourd'hui confinés dans les Vosges ou dans le nord. Il n'y a point trouvé de coquilles. Mais il en a trouvé sur un autre point, dans un tuf calcaire; et ces coquilles se rapportaient à un climat humide. Il y a donc eu dans les temps glaciaires, ce qu'il appelle « des périodes de réchauffement ». Les silex correspondant à ces dépôts qu'il a recueillis, gisaient à la surface du sol. Nous remarquons parmi eux une hache discoïde retaillée d'un seul côté, d'un type qui, selon son mode de taille, serait dit du *Moustiers*. M. Bleicher ne veut leur donner aucun nom. Ils sont tous de forme primitive, et tous en roche du pays; en *quartzite du diluvium des plateaux exclusivement*. De l'époque de ces silex correspondant vraisemblablement aux dépôts des pentes, aux formations tourbeuses glaciaires, jusqu'à l'époque de la pierre polie, M. Bleicher n'a trouvé jusqu'à présent aucune transition en Alsace-Lorraine. En Alsace, on recueille un très grand nombre de haches polies, mais peu de silex. En Lorraine, au contraire, ce sont les silex, en particulier les pointes de flèches, qui abondent. Ces silex proviennent de la Beauce. C'est de cette région que les préhistoriques lorrains tiraient leur matière première, en grande quantité. Mais à la fin de la pierre polie et à l'époque du bronze, l'Alsace-Lorraine était en relations surtout avec les cités lacustres de la Suisse. L'époque intermédiaire du bronze au fer y est représentée par des milliers de tumulus. Ces tumulus, dans les environs de Haguenau, sont fouillés par un amateur habile qui fait transporter chez lui le bloc central archéologique tout entier pour, ensuite, le « dépouiller » lui-même à loisir.

Cet amateur n'a encore rien publié. Mais il nous promet, paraît il, de véritables révélations.

M. MANOUVRIER a étudié avec M. Doutrebente trois idiots de l'asile de Blois. Voici les renseignements assez complets qu'il nous a donnés sur les deux premiers :

1° Marie Loquin, née le 24 mai 1860, à Paris. Seins normaux, très cambrés; colonne verticale droite; elle est brune, maigre, n'a pas de mollets; bassin assez large, poils au pubis; n'a jamais été réglée.

Taille.	1,402 mm.
Grande envergure. . . .	1,426
Hauteur au dessus du sol du bord supérieur.	
— — du pubis.	0,688
— — de l'acromion . .	1,142
Diamètre bi-acromiale.	292
Crâne.	
Diamètre antéro-post. max.	150
— iniaque.	148
— transverse maximum. . .	126
— vertical auriculaire. . . .	108
— frontal minimum.	96
— bizygomatique.	118

Elle a le faciès microcéphalique des Aztiques, la mâchoire forte, la dentition régulière, quatre dents de sagesse. Elle a été à l'école de la Salpêtrière, se souvient qu'il n'y avait pas « de sœurs »; n'a pas pu apprendre à coudre; ne reconnaît pas ses lettres, ni la valeur des pièces de monnaie; ne sait pas se peigner et se trompe sur les couleurs. Elle est affectueuse et gaie, rit et pleure facilement. Elle aime la toilette, va seule au cabinet, mais fait la nuit au pied de son lit. Elle mange convenablement, aime mieux les gâteaux que le pain, et le vin que l'eau. Elle est sans modestie comme sans pudeur. Elle manifeste un peu d'érotisme et se plaît à voir des hommes. Elle se met facilement en colère, mais n'est point méchante.

2° Char..., fils d'un alcoolique, cuisinier de profession. Adulte. Dit n'avoir que 7 ans. Ne sait ni lire ni écrire. Ne reconnaît pas les pièces de monnaie qui toutes sont pour lui « cent sous ». Il se masturbe et est atteint de scrofulose. Sa mémoire est conservée. Il mange bien et dort bien. 32 dents.

Crâne: diamètre ant.-post. max.	172
— transverse.	136
— bizygomatique	124
— frontal minim.	93

Nous nous proposions de nous étendre cette fois assez

© BIU Santé

longuement sur le *gisement miocène* de *Thenay* et les silex plus ou moins taillés qu'on en a retirés. Mais tout compte fait, il y aurait sans doute quelque imprudence à se prononcer aujourd'hui catégoriquement pour ou contre ceux qui ont cru trouver dans les silex de Thenay, la preuve de l'existence à l'époque miocène inférieure d'un anthropoïde très voisin de l'homme. De nouvelles tranchées ont été faites à Thenay, à l'occasion de notre visite. Une trentaine ont été les étudier et y fouiller le lundi 8 septembre. L'âge du gisement faisait, paraît-il, l'objet de quelques doutes. Nous avons peine à le croire après les relevés si exacts de l'abbé Bourgeois, de M. G. de Mortillet et de tant d'autres. Nous avons tous pu constater encore une fois que les petits silex en cause forment comme une couche, empâtés à la partie supérieure d'un banc d'argile verte ; que cette argile, à laquelle se superpose un sable argileux couleur chocolat, est au-dessous d'une épaisse couche de marnes blanches, produit de la décomposition de calcaires qui se présentent en bloc dans son épaisseur et forment à sa surface un plafond encore solide. Nous avons pu également constater, sous la conduite de M. d'Aupt-Dumesnil que ces calcaires de Beauce, calcaires d'eau douce qui appartiennent au miocène inférieur, sont recouverts plus loin d'une très épaisse couche des sables jaunes foncés de l'Orléanais, d'origine fluviatile, auxquels se superposent les faluns.

L'ancienneté des silex de Thenay loin d'être contestable pourrait donc être au contraire une difficulté réelle pour ceux qui reconnaissent sur ces silex le travail d'une main intelligente.

L'âge de leur gisement mis hors de tout débat, nous n'avons rien trouvé d'artificiel dans ce gisement. Ils se sont, comme l'a dit M. Cotteau, *déposés stratigraphiquement*, mêlés à l'argile, sur une épaisseur de 90 cent., au fond de ces eaux.

Constatation fort importante sur laquelle M. Cotteau, a également insisté, ces silex proviennent de la craie sous-jacente. Ils sont divisés en morceaux innombrables, pour la plupart infiniment petits. Enfin, ceux d'entre eux qui sont craquelés, qui paraissent calcinés par le feu, qui s'émiettent dans la main comme pourris, sont en nombre considérable, bien plus considérable que nous l'aurions cru. Et nous en avons retrouvé à de grandes distances.

Eu égard à ces faits, il faut bien le dire, ils nous ont paru avoir subi une action naturelle plus générale de beaucoup que celle d'un feu allumé plus ou moins intentionnellement. Suivant M. Fuchs, la couche tout entière qui les contenait a été soumise à une action chimique. Ils auraient eux-mêmes subi cette action au moment où ils ont été arrachés à la craie par des eaux minérales chaudes. Un savant anglais présent nous a exposé une théorie analogue fort ingénieuse, d'après laquelle ils auraient, au contraire, été altérés une fois en place par les eaux de filtration venues de la surface dans le cours des âges.

Ces explications ont d'ailleurs été l'une et l'autre formellement contestées, la dernière surtout. Et dans tous les cas, un de nous, M. Daleau, a mis la main sur un silex qui a toutes les apparences d'avoir été taillé soigneusement en pointe semblable à une pointe de flèche et l'on n'a pas pu se rendre compte de l'origine *naturelle, à supposer qu'elle fût naturelle*, des retouches qui portent sur un seul côté et sur un seul bord, plusieurs des pièces antérieurement recueillies.

Sans donc insister davantage, nous exprimerons l'espoir que la récolte abondante de pièces nouvelles que nous avons faite à Thenay, apportera prochainement de nouvelles lumières sur la question de l'homme tertiaire.

Zaborowski.

Congrès. — *L'Association française pour l'avancement des sciences* a clos sa treizième session, le jeudi 11 septembre 1884. Dans la dernière séance, il a été procédé à l'élection du bureau pour le prochain congrès qui se tiendra en 1885 à Grenoble. M. le professeur Verneuil a été nommé président et M. le Dr Napias, secrétaire général. Enfin, la ville de Nancy a été désignée comme lieu où devra siéger le congrès en 1886.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE

SESSION DE LA HAYE.

A M. le Dr Bourneville, directeur du *Progrès médical*.

Paris, 1er septembre 1884.

Mon cher ami,

Je reviens de la Haye et je veux, dans cette lettre, vous dire quelques mots complémentaires sur les travaux des sections.

M. Donders (d'Utrecth), a fait à la 4e section une conférence tout à fait remarquable sur les *différences fonctionnelles des yeux* et sur la *vision des couleurs*. Il conclut de ses recherches sur le *daltonisme* et les *daltoniens* que, dans les chemins de fer, il faut exiger une vision complète et parfaite des couleurs pour le personnel roulant, mais que c'est moins important pour le personnel fixe. — Je renonce d'ailleurs à analyser la leçon magistrale que j'ai entendue. J'en ai gardé un souvenir très vif, et il me semble que je n'ai jamais écouté un professeur plus clair et plus attachant.

Dans cette même section, le Dr Poincaré (de Nancy), est venu dire les résultats de ses recherches expérimentales sur la *tonicité des matières colorantes extraites de la houille*. Et M. le Dr Verstraeten (de Gand), a apporté à la pathologie professionnelle un document nouveau sur l'*asthme des fabricants de biscuits de seigle*.

M. le Dr H. Napias avait été chargé par le Comité d'organisation de préparer un mémoire sur la législation en matière d'hygiène industrielle. Il a, dans ce rapport, résumé la législation des divers pays de l'Europe, puis il a exposé ses idées personnelles, qui sont celles de la plupart de ceux qui s'occupent en France de cette question et qui les avaient approuvées au *Congrès d'hygiène industrielle de Rouen*. Les parties du rapport relatives à l'hygiène des enfants, au rôle de la femme dans la famille industrielle, ont été particulièrement bien accueillies. Enfin, il a terminé son mémoire par les conclusions suivantes qui le résument :

On a compris, dans tous les pays, la nécessité d'affirmer par la loi, les droits de l'État en matière de protection du travailleur.

Il est désirable que dans tous les pays on s'attache à mieux et plus efficacement définir les conditions de l'hygiène du travail.

Cette législation doit comprendre : la salubrité des locaux affectés au travail ; la sécurité des mécanismes ; les prescriptions relatives à l'âge, au sexe, et à la durée du travail ; les moyens de protection du voisinage des établissements industriels ; les mesures de prévoyance pour les cas de chômage, de maladie ou de vieillesse ; les prescriptions relatives à la salubrité des habitations ; la construction de logements à bon marché.

Au point de vue de la salubrité de l'atelier ou de l'usine, les locaux affectés au travail doivent être soumis aux conditions générales d'hygiène d'une habitation salubre ; mais, de plus, des précautions doivent être prises pour protéger les travailleurs contre les dégagements gazeux ou pulvérulents.

Ces dispositions législatives seraient utilement complétées par des encouragements à tous les perfectionnements ou à tous les nouveaux procédés de fabrication qui permettraient d'assainir une industrie.

La sécurité du travail sera assurée d'une part par les justes exigences et les prescriptions précises de la Loi ; et d'autre part par les mesures qui favoriseront l'assurance sérieuse de la vie des ouvriers. — Le patron ne doit être responsable que des infractions aux articles de la Loi en matière de protection, c'est-à-dire des mesures préventives qui lui sont imposées.

La législation protectrice du travail doit tenir compte de la prématuration, c'est-à-dire des conditions fâcheuses qui résultent d'un travail commencé trop jeune ou d'une excessive durée journalière. — Elle doit prévoir aussi pour les femmes les précautions exigées au point de vue social pour la protection de la fonction maternelle. — La durée du travail pour l'ouvrier adulte ne saurait être réglée que de gré à gré et par libre contrat.

Sans en faire un chapitre spécial de la loi de protection du travail, il est désirable que les gouvernements favorisent les moyens de donner aux ouvriers malades les soins que comporte leur état, et qu'il favorise notamment les Sociétés de secours mutuels et les Caisses de retraite.

Enfin comme il ne servirait de rien d'assurer la salubrité des locaux affectés au travail si l'ouvrier devait, en quittant l'atelier, trouver le taudis que si souvent et dans tant de pays il habite encore aujourd'hui, il faut que la loi arme l'autorité pour l'assainissement

© BIU Santé

des habitations insalubres, et pour l'exécution d'office des travaux prescrits.

Un rapport de M. J. Fodor (de Budapesth) dont M. Emmerich (de Munich) a donné lecture en l'absence de son auteur, conclut à la nécessité de créer des chaires, des laboratoires, des instituts d'hygiène dans toutes les Universités. C'est, en somme, un vœu que propose M. Fodor et tout le monde s'est trouvé d'accord pour l'appuyer ; M. le comte de Suzor (de St-Pétersbourg), a seulement demandé que ce vœu fût applicable à toutes les écoles supérieures, même en dehors des écoles de médecine. Déjà en Russie et en Allemagne, l'hygiène est enseignée dans les écoles polytechniques, dans les écoles d'ingénieurs, etc. Il serait désirable que cette mesure d'enseignement fût généralisée. Les belges auraient pu dire que déjà chez eux c'est un fait reconnu nécessaire et que l'école industrielle de Soraing possède un cours d'hygiène ; mais qu'aurions-nous pu dire, nous autres français, qui n'avons de cours d'hygiène ni au Conservatoire des Arts-et-Métiers, ni à l'Ecole polytechnique, ni à l'Ecole centrale, ni à l'Ecole des beaux-arts, où l'on nous fabrique des architectes qui font ces déplorables maisons dont la critique est si aisée que vraiment on n'ose plus la faire !

Je ne voudrais pas, mon cher ami, terminer cette lettre sans vous dire combien nous avons été touchés de l'aimable accueil du peuple hospitalier de la Hollande. Les fêtes aimables qu'on nous a données resteront dans notre souvenir, et surtout la merveilleuse fête de nuit dans le parc de M. le comte de Beylondt.

Une excursion dans l'estuaire de la Meuse, par un ciel clair et un radieux soleil, nous a aussi permis de contempler les modèles des paysagistes dont les musées de la Hollande sont si justement fiers. Les Hobbema, les Ruysdaels, les Van-de-Meer, etc., etc., défilaient sous nos yeux dans ces grands près verts où se dressent par bataillons les moulins à vent, et où paissent les régiments de vaches qui posaient devant les toiles de Paul Potter.

Nous sommes revenus pleins de ces souvenirs ; et les yeux éblouis des toiles où les Rembrandt et les Teniers, et les Rubens, et les Van Dyck, et Van Ostade ont étalé les richesses de leurs palettes.

Si vous le voulez bien, mon cher ami, je dirai encore quelques mots à vos lecteurs, dans une dernière lettre, des écoles de Lattage, des habitations ouvrières, de l'hospice des idiots et de l'hôpital civil. Dr Robert Piquet.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES.

SECTION DE MÉDECINE.

Séance du 12 août.

A la suite des communications de MM. Ewald, Jaccoud et Grancher, sur la tuberculose, divers membres de la section de médecine ont pris la parole sur ce même sujet.

Le Dr J.-B. Quinlan, de Dublin, a préconisé l'emploi du *verbascum thapsus* (bouillon blanc) dans le *traitement* de cette affection, et a résumé comme il suit les heureux résultats qu'il a obtenus de l'usage de cet agent médicamenteux : 1° Tout à fait au début de la tuberculisation, son action prophylactique ou curative est supérieure à celle des Koumiss ou de l'huile de foie de morue. 2° Dans les cas avancés, s'il ne peut déterminer une guérison complète, il calme beaucoup la toux et prévient la diarrhée. 3° Il est sans effet sur les sueurs profuses des phtisiques. 4° Contre la toux des phtisiques et les spasmes qui l'accompagnent, on obtient les plus heureux effets en fumant les feuilles de bouillon blanc à la manière du tabac. C'est surtout sous forme de cigarettes qu'il faut employer ce médicament. Les infusions de bouillon blanc sont désagréables au goût. Il en est de même pour l'extrait et le suc de la plante.

Le Dr Shingleton Smith (de Bristol), emploie l'*iodoforme* dans le *traitement de la tuberculose*. Il présente sous forme de tables un ensemble de 46 cas ainsi traités ; dans 29 cas il a obtenu augmentation notable de poids pour le malade, qui est allée une fois jusqu'à 33 livres, et une autre fois jusqu'à 32 livres. Cette substance détermine l'abaissement de la température, la diminution de la toux et de l'expectoration ; la disparition des sueurs nocturnes ; on doit l'administrer à la dose de un à six grains, cinq fois par jour et en continuer l'emploi plusieurs mois. L'auteur conclut en en recommandant tout spécialement l'usage dans la phtisie laryngée. Il n'a observé que peu de phénomènes toxiques et constamment très légers.

La discution sur le traitement de la tuberculose est poursuivie par MM. Guttmann, Pribram, Crocq, Ewald et Austin Flint. MM. Guttmann et Ewald prennent la défense des idées de M. Koch ; M. Crocq, au contraire, ne croit pas à la nature parasitaire de la tuberculose.

M. W. B. Hadden (de Londres), lit un mémoire sur le *myxœdème*. Il fait un tableau complet de la symptomatologie de cette affection ; il la considère, au point de vue pathogénique, comme due à des perturbations dans le système du grand lymphatique, et signale comme lésion existante l'atrophie de la glande thyroïde. Il recommande, parmi diverses substances thérapeutiques, l'emploi du *jaborandi*, comme pouvant donner quelques résultats dans le traitement de cette maladie.

M. Brandt (de Copenhague) présente un malade atteint de cette affection. MM. W. Guel et Mahomed (de Londres), prennent successivement la parole sur le même sujet.

13 avril. Pas de séance.

Séance du 14 août.

Traitement antiseptique des maladies inflammatoires aiguës. — Le professeur Liebermeister (de Tübingen), considère que dans nombre d'affections inflammatoires aiguës, la gravité du pronostic découle de l'élévation de la température. Il est donc d'urgence absolue d'attaquer ce facteur morbide, et, pour cela, il préconise les bains froids et divers agents médicamenteux.

Après lui, M. le professeur Bouchard expose les doctrines du *traitement des maladies inflammatoires aiguës*, traitement déjà mis en œuvre dans de très nombreux cas par le professeur Warfwinge, de Stockholm. Ce dernier auteur s'est efforcé de démontrer que, dans les fièvres, l'augmentation de la température ne peut pas, comme on l'admet assez généralement, constituer l'examen même de la fièvre ; que, dans les maladies infectieuses aiguës, cette augmentation fournit un symptôme important, en harmonie, il est vrai, jusqu'à un certain point, avec la violence de l'infection, mais qu'elle n'offre cependant pas une importance qu'on doive la combattre à toute force ; que, par conséquent, l'abaissement de la température ne peut pas être le principal objectif dans le traitement de ces maladies. Comme en est, sans nul doute, en général, autorisé à admettre avec certitude, pour les maladies infectieuses, la présence d'organismes inférieurs comme porteurs de l'infection, il ne peut guère être douteux, non plus, que ce ne soit le degré plus ou moins grand de cette infection qui détermine la gravité plus ou moins considérable des symptômes, et, entre autres, l'augmentation de la température ; dès lors, il devient rationnel d'attaquer le virus même et de substituer au traitement symptomatique antipyrétique un traitement causal antipyrétique. Il est de fait que les substances antipyrétiques sont des substances antiseptiques ; elles sont introduites en quantités trop faibles dans l'organisme pour tuer directement les agents virulents, mais leur action est suffisante pour arrêter transitoirement leurs fonctions et leur pullulation, et pour laisser à l'organisme le temps de les éliminer. M. Warfwinge a déjà obtenu des succès en administrant l'arsenic dans l'anémie pernicieuse progressive, la leucémie et la pseudo-leucémie ; l'alun, dans la coqueluche, prise au début ; l'acide phénique, dans la fièvre typhoïde. M. Bouchard rappelle ensuite que depuis plusieurs années, il pratique l'*antisepsie* médicale, dans la *fièvre typhoïde*, par exemple, pour empêcher la putréfaction dans le tube digestif. Il fait ingérer aux malades, à cet effet, un mélange de poudre de charbon, d'iodoforme et de glycérine : le résultat de cette médication est une désinfection absolue

© BIU Santé

des matières fécales, avec destructions des matières colorantes ou odorantes et des alcaloïdes spéciaux, analogues aux ptomaines, dont il a démontré l'existence en 1882.

Cette question est reprise ensuite par MM. Rothe, Tribram, Mohamed, Murri et, pour terminer, M. Liebermeister expose le résumé de toute la discussion.

Observations cliniques sur quelques auto-intoxications, par le professeur R. Lépine (de Lyon). — Parmi les différentes espèces d'*auto-intoxications*, M. Lépine cite et développe l'histoire clinique des formes suivantes : 1° Auto-intoxication chez le *diabétique* (coma diabétique) (et chez le malade atteint de carcinome de l'estomac, etc. Senator.) 2° Auto-intoxication d'origine intestinale (septicémie intestinale) dans la hernie étranglée, dans le cas d'anus contre nature, et dans diverses autres lésions intestinales sans interruption du calibre de l'intestin. 3° Auto-intoxication d'origine bronchique (Gerhardt) et vésicale. 4° Auto-intoxication comme élément morbide dans les maladies infectieuses aiguës. Toxicité de certains produits d'excrétion. L'auteur termine par l'exposé du diagnostic et de la thérapeutique dans diverses auto-intoxications. A l'occasion de cette communication, M. Stadelmann (de Kœnigsberg), rend compte de ses observations sur le coma diabétique, dont il voit la pathogénie dans une accumulation d'ammoniaque dans le sang. M. Edlefsen (de Kiel), à propos de l'auto-intoxication d'origine fécale, rappelle qu'on a constaté la présence, dans les fèces excrétées dans ces cas, d'un alcaloïde éminemment toxique.

Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité, par M. Boudet de Paris. L'auteur fait l'exposé de sa méthode et des résultats excellents qu'il a retirés de son emploi. Après avoir démontré que le courant faradique, utile dans certains cas d'inertie momentanée de l'intestin et de la paroi abdominale, utile également au début d'une invagination et dans les cas de volvulus, ne peut rien dans les cas de paralysie complète ou lorsqu'il existe un obstacle très étendu tel que le cancer, préconise surtout le courant galvanique. Cet agent constitue en effet le véritable excitant des muscles lisses et par conséquent de l'intestin. Au lieu de le contracturer localement, comme le fait le courant faradique, la galvanisation lui fournit une certaine quantité d'énergie qu'il peut transformer ensuite en mouvement, surtout si l'on agit à la fois sur l'intestin et sur la moelle, d'après la méthode lombo-rectale. La difficulté de l'application des courants galvaniques à l'intestin, consistait dans le danger de l'escarification et de la perforation des tuniques du tube intestinal. Le procédé employé par M. Boudet depuis quatre ans, met complètement à l'abri de tout danger ; il consiste dans l'utilisation de l'eau comme électrode intestinale. Depuis quatre ans, il a mis ses procédés en œuvre 57 fois ; et dans 16 cas seulement sur ce nombre, le courant galvanique s'est montré impuissant. Dans les 31 autres cas, ce symptôme d'occlusion a été constamment vaincu ; si le procédé a été impuisant, comme on peut le penser, à guérir les cas de cancer, du moins il a pu donner aux malades une survie considérable, alors que la chirurgie leur refusait son intervention. L'auteur ne connaît qu'une seule contre-indication à cette méthode thérapeuthique, c'est la faiblesse cardiaque ; l'inflammation du péritoine, comme une expérience le lui a démontré, ne constitue en rien une contre-indication. En dehors de l'occlusion intestinale, M. Boudet a pu appliquer la galvanisation rectale avec succès, dans des cas de constipation saturnine, de dracolysie du rectum congénital, chez de jeunes enfants.

Séance du 15 août.

Le professeur Rosenstein (de Leyde), présente quelques remarques au sujet de la *pathogénie de la fièvre intermittente*. Selon lui, l'altération du sang ne constitue pas le seul facteur de la malaria ; ce fait joue un grand rôle aux lésions des différents organes. Il a rencontré dans le sang les germes morbifiques décrits par différents auteurs ; mais il n'est pas certain que ces micro-organismes soient les agents déterminants de la malaria.

Péritonite consécutive aux affections de l'appendice vermiculaire, par le professeur With (de Copenhague). Cette communication est ainsi résumée par l'auteur :

Le plus souvent, les inflammations de la fosse iliaque droite, connues sous le nom de *périty phlite*, prennent pour départ l'ulcération et la perforation de l'appendice vermiculaire. La péritonite de cette origine est appelée *péritonite appendiculaire*. Cette péritonite se présente sous trois formes ou stades en général bien caractérisées, savoir la *péritonite appendiculaire adhésive* (avant la perforation), la *péritonite appelée locale* et la *péritonite appelée universelle* (après la perforation). Quant au traitement, l'indication principale est d'immobiliser autant que possible le canal intestinal. A ce propos, il faut faire usage de doses suffisamment larges d'opium et de morphine, non moins que d'une abstinence complète des laxatifs et de lavements observée pendant un espace de temps qui s'étend jusqu'à vingt-quatre jours, si cela est jugé nécessaire. A l'aide de ce traitement, l'indication des interventions chirurgicales subit une restriction considérable.

MM. Austin Flint, Ewald et Mahomerd prennent ensuite la parole sur le même sujet.

Les inflammations subaiguës des poumons, par M. Grancher. L'inflammation subaiguë des poumons, ou spléno-pneumonie est assez mal classée. Confondue tantôt avec la congestion pulmonaire, tantôt avec la pleurésie qui l'accompagne assez souvent à titre de complication, elle n'a pas dans le cadre pathologique une place bien définie. Elle diffère cependant et de la congestion aiguë et de la stase passive autant que de la pneumonie franche et de la pleurésie. Plus voisine de la broncho-pneumonie, elle s'en distingue aisément par sa localisation à un seul poumon, sa fixité et l'ensemble de ses caractères cliniques ; en conséquence, elle mérite une description particulière. Les symptômes sont à peu de chose près ceux d'une pleurésie de moyenne intensité : mode de début, point de côté, dispnee, fièvre, toux sèche ou peu humide. Toutefois, la dispnée est plus intense, la fièvre plus vive, avec oscillations plus larges. L'état général est plus grave que dans la pleurésie. On trouve enfin quelquefois de l'albumine dans les urines. Elle dure cinq ou six semaines environ et laisse longtemps des traces de son passage. Quant aux signes physiques, il convient de les diviser en signes de *foyer* et signes de *voisinage*. D'ordinaire, les premiers seuls sont étudiés et reconnus, et les seconds de la plus haute importance diagnostique échappent au médecin. Le signes de *foyer* sont : la matité, l'absence ou la diminution des vibrations vocales, le souffle aigu et doux, la broncho-égophonie, quelques crépitations inspiratoires. Le souffle est plus doux, plus étalé et l'égophonie moins pure que dans la pleurésie. Les signes de *voisinage* sont : au-dessous du foyer et à gauche la conservation de l'espace de Traube, à droite le maintien du foie dans sa position physiologique. Au-dessus du foyer, dans les régions sous-claviculaires, sus et sous-épineuses un affaiblissement considérable de l'inspiration avec tympanisme et exagération permanente ou passagère des vibrations vocales. Le poumon du côté opposé à la lésion est sain et respire supplémentairement. Le diagnostic différentiel avec la pleurésie est difficile surtout quand celle-ci s'accompagne, comme il arrive assez souvent, de congestion pulmonaire. Entre les faits que M. Potain a décrits, dans lesquels le poumon congestionné et dense plonge dans un épanchement lamellaire, et ceux dont je parle, il y a quelquefois une grande similitude. Le problème consiste à résoudre le point suivant : dans quelles proportions la pleurésie et la congestion pulmonaire sont-elles associées? Car un peu de congestion pulmonaire peut coïncider avec un grand épanchement ou, au contraire, une congestion pulmonaire intense et très étendue avec un peu de liquide pleural. Ces derniers cas se rapprochent beaucoup du type que je décris. Dans la spléno-pneumonie pure et simple il n'y a pas d'épanchement ainsi que la ponction d'épreuve à la seringue de Pravaz en fait foi. Pour être probante, cette ponction, toujours inoffensive quand l'instrument est propre, doit donner un peu d'air et de sang, témoignage

© BIU Santé

irrécusable du contact du poumon. Une ponction négative ne suffirait pas. Mais ces faits de pneumonie subaiguë sans épanchement sont rares ; d'ordinaire il existe une petite pleurésie concomitante. Cependant il est peu de médecins qui n'aient fait des ponctions du poumon en croyant entrer dans la plèvre, et les observations que l'on en trouve publiées ça et là se rapportent à des cas de pneumonie massive ou de spléno-pneumonie. M. le professeur Rommelaere, de Bruxelles, me paraît avoir décrit sous le nom d'atélectasie pulmonaire des cas de pneumonie subaiguë, si j'en juge par ses descriptions cliniques et les deux autopsies qu'il a publiées. Les lésions, dans la seule autopsie que j'ai faite récemment chez un malade qui succomba à une endocardite concomitante, étaient celles de la splénisation : poumon rouge, dense, uniformément lisse, non crépitant, plongeant dans l'eau. Les lésions histologiques sont celles d'une pneumonie mixte, congestion et dilatation considérable des capillaires, veinules et artérioles, épaississement des travées alvéolaires, desquamations épithéliales, exsudat albumino-fibreux dans les alvéoles. Le processus inflammatoire avait son maximum dans la paroi des bronchioles sus et intra-lobulaires sans qu'on pût constater à l'œil nu l'existence des nodules péribronchiques.

Traitement opératoire des cavernes pulmonaires, par le Dr Bull (de Christiania). — Le traitement chirurgical est applicable : 1° aux abcès du poumon, qu'à ce point de vue seul analogue à l'empyème ; 2° à la gangrène pulmonaire, quand elle est localisée ; 3° aux kystes hydatiques ; 4° aux corps étrangers du poumon ; 5° à la bronchectasie, quand il y a rétention et enkystement de produits putrides dans une grosse caverne ; 6° aux cavernes tuberculeuses. Sur 30 cas de cavernes tuberculeuses ainsi traités, l'auteur a relevé deux cas de guérison. Le procédé opératoire est le même que pour l'empyème ; on fait l'ouverture de la caverne au thermo-cautère, on y installe un système de drainage avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. La dégénérescence amyloïde des viscères n'est pas une contre-indication à l'opération.

Le professeur Trier (de Copenhague), a pratiqué quatre fois l'*ouverture des cavernes* avec insuccès ; M. Trier insiste à ce propos sur les difficultés du diagnostic, pour certaines formes de cavernes non inhérentes à la tuberculose.

Application de l'électricité aux affections de l'estomac. — M. Apostoli fait connaître le procédé de galvanisation qu'il emploie contre certains états morbides de l'estomac ; gastralgie, vomissements, etc. Il agit simultanément sur les deux pneumo-gastriques avec les deux pôles de la pile. La durée de l'application, l'intensité électrique et le mode des applications varieront selon les cas. Au début, les applications seront aussi nombreuses que possible, et devront être faites pendant les digestions.

Séance du 16 août.

Au début de la séance, présentation de *vrais sphygmographiques et cardiographiques*, relatifs aux *diverses affections du cœur*, par le Dr Proschowski (de Copenhague).

La *pneumonie fibrineuse est-elle une maladie infectieuse ?* par le Dr Flindt (de Samsoe). — L'auteur répond nettement par l'affirmative à la question qu'il se pose ainsi et fait valoir à l'appui les divers arguments suivants : 1° Le refroidissement, comme cause déterminante, est assez rare pour que Flindt n'ait pu en constater l'action que 3 fois 0/0 ; 2° L'influence saisonnière agit plutôt par les modifications climatériques que par le froid ; 3° La fréquence inégale de la pneumonie, pendant les diverses années, montre que la genèse de la maladie n'est pas en rapport avec les états atmosphériques connus, mais que le facteur épidémiologique se trouve en dehors de ces états ; 4° La pneumonie se développe et se propage par foyers épidémiques isolés : cette vue exclut donc l'action du refroidissement ; 5° A l'aide d'une observation exacte, on trouve un nombre considérable de cas de pneumonie qui, d'une façon plus ou moins positive, accusent la transmission de la maladie d'individu à individu par contagion.

Cette dernière séance de la section de médecins se termine par une communication de M. Egertas Jennings, sur la *Transfusion directe du sang vivant*.

E. Bonnaire et Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 sept. 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Hervieux, directeur du service de vaccine de l'Académie, expose les résultats des *revaccinations* qu'il a pratiquées sur les sapeurs-pompiers de Paris Ces revaccinations ont donné 63 0/0 de succès, ce qui démontre péremptoirement les bienfaits de la revaccination. D'après M. Hervieux, ce chiffre doit être attribué à la qualité du vaccin. On sait, en effet, que le vaccin de l'Académie a été rajeuni, l'année dernière, par du cowpox provenant d'une génisse de la Gironde.

M. Rochard se demande si le vaccin ne s'épuise pas au bout d'un certain temps.

M. Hervieux ne croit pas impossible que le vaccin soit plus efficace lorsqu'il a été régénéré.

M. M. Perrin n'a jamais observé sur les militaires revaccinés une proportion de succès aussi élevée que celle de M. Hervieux. Cette dissemblance tient probablement à ce qu'on ne s'entend pas sur les caractères propres, caractéristiques des pustules vraies.

M. Hervieux a obtenu sur des enfants des pustules magnifiques, en se servant d'un virus recueilli dans des pustules incomplètement développées à l'occasion de revaccinations.

M. Legouest formule les mêmes réserves que M. Perrin, et reconnaît que dans l'armée on a coutume de supprimer les cas douteux.

M. A Guérin désire savoir quel rôle on fait jouer à la durée de l'incubation.

M. Hervieux a constaté que cette durée est moins longue chez les vaccinés.

Suite de la discussion sur le choléra. — M. Le Roy de Méricourt, à qui est confié le soin de dépouiller le dossier relatif aux diverses publications afférentes au choléra, signale plus particulièrement un mémoire de M. Duranti (de Marseille). Dans ce mémoire, M. Duranti vante la pratique des injections intra-veineuses d'un liquide salin.

M. Dujardin-Beaumetz estime que cette pratique est défectueuse, car elle ne tend à rien moins qu'à altérer et détruire les globules sanguins.

M. J. Guérin, à l'occasion de l'étiologie et de la prophylaxie du choléra, maintient que les épidémies cholériques sont toujours annoncées, précédées par une série de diarrhées prémonitoires. M J. Guérin se déclare énergiquement partisan d'un choléra unique et se refuse à admettre deux variétés de choléra. Bien plus, il estime que le choléra nait sur place, et il se trouve ainsi naturellement amené à combattre l'emploi des quarantaines, des lazarets, des cordons sanitaires. Leur emploi est tout à la fois inutile, inefficace et dangereux.

A. Josias.

REVUE DENTAIRE

I. De l'obturation dentaire ; par M. Louis Robert Weber (Genève, 1883).

II. Traité de l'art du dentiste ; par MM. Harris, Austen et le Dr Andrieu. (Paris, 1881).

III. Syphilis héréditaire tardive (syphilis dentaire) ; Leçons cliniques du Dr Fournier, recueillies par le Dr Barthélemy (1883).

IV. De l'état des gencives chez les femmes enceintes et de son traitement ; par le Dr Henri Dibsbury (Thèse de Paris, 1883).

V. De la chute des ongles et des dents, dans l'ataxie locomotrice et le diabète ; par le Dr Bonieux (Thèse, Paris, 1883).

I. Depuis quelques années existe à Genève une école dentaire qui fonctionne sous la direction de professeurs éminents, docteurs en médecine, et de spécialistes distingués. Les élèves qu'elle forme doivent, à la fin de leurs

© BIU Santé

études, « soutenir une thèse » sur un sujet touchant l'art dentaire, disposition excellente, qui permet de mesurer la valeur intellectuelle et scientifique des candidats. Nous serions heureux de mentionner plus souvent les travaux qui sortent de l'école de Genève, si ceux-ci venaient à notre connaissance. Pour aujourd'hui, nous voulons signaler une très bonne thèse de M. Louis-Robert Weber, diplomé de l'école, sur l'*obturation dentaire*. C'est bien là le genre de travail qui doit sortir d'un enseignement spécial. Les questions qu'il traite ont une utilité immédiate, de tous les jours, pour ainsi dire, et à notre avis, ce sont les travaux de cette sorte qui feront faire de véritables progrès à l'art dentaire.

Notre intention n'est pas d'analyser la thèse de M. Weber; sur tous les points, d'ailleurs, nous ne partageons peut-être pas les opinions de l'auteur ; pour le choix des plombages, par exemple, lorsque M. Weber voulant satisfaire, autant que possible, l'harmonie des couleurs, exclut comme plombage l'or de toutes les cavités des dents situées sur le devant de la bouche, il nous semble aller trop loin. S'il faut satisfaire l'œil, il faut conserver les dents, et M. Weber avouera bien que, dans la majorité des cas, l'or est préférable pour cela à tout autre plombage. Les plombages aux pyrophosphates, à la gutta-percha, même irréprochablement faits, s'usent ou se détériorent rapidement. Une aurification bien faite offre des conditions de durée bien autrement assurées. Il est bien entendu que, dans cette détermination du choix du plombage, il est fait abstraction de la volonté du patient, qui a toujours le droit de refuser une aurification trop visible. Au surplus, ce sont là des détails assez insignifiants; la thèse de M. Weber renferme beaucoup d'excellents conseils et des conclusions bien déduites. A ce titre elle sera utile à consulter.

II. La France est assez riche en travaux spéciaux sur l'Anatomie et la Chirurgie dentaires, pour soutenir la comparaison avec les nations étrangères ; en revanche, elle manque certainement d'un livre réunissant les connaissances générales et spéciales indispensables à qui veut se livrer à la pratique de l'art dentaire. Ce livre viendra peut-être, mais en attendant, il faut nous contenter de la traduction des livres étrangers, qui se rapprochent plus ou moins du but à atteindre. Au nombre de ceux-ci, le plus complet est certainement le traité de l'*Art du dentiste*, de Harris et Austen, traduit et annoté, et singulièrement augmenté par le Dr Andrieu. A vrai dire, il ne s'agit même plus d'une simple traduction, mais d'une véritable transformation du livre primitif des auteurs américains, puisque la moitié du texte de la nouvelle édition appartient en propre au Dr Andrieu. Si nous avions un reproche à adresser à ce dernier auteur, ce serait d'avoir encore trop ménagé le texte américain ; non pas que le livre primitif ne renferme beaucoup de parties auxquelles il n'y a rien à ajouter ou à retrancher. Tels chapitres sur les plombages, les aurifications, ou la prothèse dentaire ne laissent rien à désirer ; mais, après cela, que de lacunes dans les pages consacrées à l'anatomie et à la pathologie dentaires proprement dites. Le Dr Andrieu a fait de louables efforts pour compléter cette partie du livre et semble y avoir presque complètement réussi. Les travaux les plus récents sur l'anatomie ont tous été mis par lui à contribution et très exactement résumés. Il y a ajouté de précieux chapitres de pathologie, et nous pouvons surtout signaler tout ce qui concerne les anomalies du système dentaire. Mais pourquoi n'avoir pas donné quelques lignes de plus aux gingivites, aux kystes des mâchoires, voire même à la périostite alvéolo-dentaire, et à l'ostéo-périostite ? Il est vrai que le livre, déjà volumineux, aurait pu grossir indéfiniment. Le Dr Andrieu a encore écrit de nombreuses pages dévolues à la description de nouveaux appareils prothétiques et des procédés récents de mécanique dentaire, ce qui fait certainement de cette partie du livre la plus complète et la meilleure.

En résumé, le traité de l'*Art du dentiste* de MM. Harris, Austen et Andrieu, constitue un véritable compendium de chirurgie dentaire, et renferme toutes les connaissances indispensables aux praticiens.

III. — Dans une série de leçons faites à l'hôpital St-Louis, publiées par le journal la *France médicale* (1882-1883) et réunies en brochure, M. le professeur Fournier s'est proposé de décrire les manifestations de la syphilis héréditaire tardive, et de montrer les signes auxquels on peut reconnaître presque à coup sûr les individus qui en sont atteints.

Il ne nous appartient pas de signaler toutes les particularités de ce remarquable travail, nous ne voulons retenir que ce que l'auteur dit des *malformations dentaires*. Il semble bien d'ailleurs qu'il ait eu surtout en vue d'établir la véritable nature de ces altérations, connues depuis longtemps sous le nom d'*érosions* et dont le caractère singulier a déjà attiré l'attention de nombreux observateurs.

Suivant M. le Dr Fournier, la syphilis héréditaire se traduit de deux façons sur les dents, par *retard de développement* et par des *malformations dentaires* de divers ordres. Ce sont surtout ces dernières qui ont de l'importance et qu'il s'agit d'étudier. Les dents ainsi atteintes portent le nom de *dents syphilitiques*. Les altérations congénitales qu'elles présentent peuvent se ranger sous trois chefs principaux.

a. — Les *érosions dentaires*. Ce sont des lésions banales susceptibles de dériver et dérivant manifestement de causes multiples et diverses. Mais la syphilis peut s'approprier ces lésions et se les approprie même plus souvent qu'aucun autre état pathologique ; en outre, il est certaines formes d'érosions que la syphilis réalise presque seule et qui constituent des signes diagnostiques de syphilis héréditaire d'une authenticité presque absolue. Ces formes sont : l'*atrophie du sommet dentaire* des premières molaires, mais surtout l'*échancrure semi-lunaire* des incisives centrales, la *dent de Hutchinson* (celle-ci toujours liée à la syphilis héréditaire).

b. — Le *Microdontisme*. Sans affirmer l'atrophie dentaire comme inséparable de la syphilis héréditaire, l'auteur la considère comme un élément diagnostique d'une importance majeure.

c. — *Amorphisme*. C'est là aussi le plus souvent un signe certain de syphilis héréditaire. Ainsi les *dents en cheville*, les *dents canelées*, *en hache*, etc.

D'après ce résumé, on peut voir que le Dr Fournier est loin d'être exclusif dans ses conclusions. Aussi avait-il le droit de réfuter très énergiquement la théorie du Dr Magitot, qui, on le sait, rattache toutes les érosions dentaires à une cause unique : les convulsions de l'enfance. Nous ne prenons point parti entre les théories ; cependant, il est un point sur lequel nous ne saurions être d'accord avec M. le Dr Fournier, c'est sur la distinction qu'il fait entre les variétés d'érosions, au point de vue de la cause. M. le Dr Magitot a fait observer avec beaucoup de raison, par exemple, que l'échancrure semi-lunaire des incisives centrales, la dent de Hutchinson, pathognomonique de la syphilis héréditaire, suivant M. Fournier, n'est qu'une érosion ordinaire, soit en sillon, près du sommet qui a disparu par la suite, soit en nappe, également sur le sommet qui s'est effacé par usure ou carie. L'échancrure n'existe presque jamais primitivement avec la netteté qu'indique Hutchinson. L'érosion des premières molaires ne nous semble guère être non plus pathognomonique de la syphilis ; elle n'existe presque jamais seule et s'accompagne le plus souvent de l'érosion de toutes les incisives. Selon nous, en un mot, la place occupée par l'érosion sur les dents, ou la série de dents atteintes, dépendent surtout de l'époque à laquelle la cause déterminante a agi et non pas de la nature de la cause elle-même. Nous partageons l'opinion du Dr Fournier, en ce sens que nous croyons que les causes les plus diverses peuvent produire l'érosion. La syphilis est certainement au nombre de ces causes. Il serait difficile, d'autre part, de nier l'influence des convulsions et d'autres troubles profonds de la première enfance. Cela prouve que l'observation précise doit jouer le principal rôle en médecine et non pas l'induction, car s'il est une altération caractéristique, pour ainsi dire toujours identique à elle-même, à laquelle on soit tenté d'attribuer une cause unique, déter-

© BIU Santé

minée, c'est bien l'érosion dentaire. M. le Dr Fournier a su éviter cet écueil, et ce qui donne à son travail une si grande valeur, c'est la rigueur de l'observation.

IV. Depuis le travail publié en 1877 par M. le Dr Pinard, sur la gingivite des femmes enceintes, l'attention des observateurs a été attirée sur cette affection particulière, et M. le Dr Henri Didsbury vient d'en faire le sujet de sa thèse inaugurale. Nous ne lui reprochons pas d'avoir peu ajouté au travail de M. Pinard, le sujet ne pouvant guère prêter à de plus grands développements. Réunir et coordonner un certain nombre d'observations, pour présenter une vue d'ensemble de la question, telle est la tâche dont M. Didsbury s'est très bien acquitté. Un seul point pouvait présenter un intérêt plus particulier, celui qui touche à la pathogénie de l'affection. Mais quand on a dit que la grossesse en est la cause, on a à peu près tout dit. Il s'agit évidemment de troubles circulatoires, car l'affection est plutôt une congestion hypertrophique des gencives, qu'une véritable gingivite. Nous croyons que c'est dans l'état général de la femme, état existant en dehors de la grossesse, qu'il faut chercher la cause prédisposante. Il est rare que la gingivite apparaisse brusquement chez une femme enceinte ayant habituellement les gencives et les dents dans un état excellent. Ces altérations gingivales sont si fréquentes et d'aspect si varié chez les personnes ayant de mauvaises dents, sans qu'on puisse rattacher cet état à une cause déterminée, que c'est beaucoup s'avancer que de faire de cette affection, en définitive assez mal définie, un signe probable de grossesse. On rencontre évidemment assez souvent de la gingivite chez les femmes enceintes; existe-t-il une gingivite des femmes enceintes?

Pour ce qui est du traitement de cette affection, M. le Dr Didsbury conseille surtout l'emploi de la teinture d'iode et de l'acide chromique. Nous concédons la teinture d'iode, dont on obtient en effet de bons résultats, mais nous ne saurions admettre l'efficacité de l'acide chromique. Au fond, l'auteur doit être de notre avis, car si nous lisons ses observations, nous ne voyons qu'une malade traitée par l'acide chromique, et sans résultat bien appréciable. Nous ajouterons que l'acide chromique ayant été préconisé par un maître éminent, M. le Dr Magitot, l'auteur ne pouvait guère passer ce médicament sous silence.

V. La chute des dents, dans le diabète, est un phénomène fréquent, suffisamment connu et décrit, et l'auteur ne fait que le mentionner. Il insiste davantage et avec raison sur la chute des dents dans l'ataxie locomotrice, signalée depuis peu de temps, et dont il n'existe qu'un nombre d'observations assez restreint. L'auteur en apporte quelques nouvelles, prises avec beaucoup de soin et qui paraissent concluantes. A une certaine période de l'ataxie locomotrice, une ou plusieurs dents sans carie, sans phénomènes inflammatoires, tombent, les bords alvéolaires s'affaissent et se résorbent, et l'autopsie démontre que les lésions osseuses des maxillaires, auxquelles est imputable la chute spontanée des dents, consistent en une ostéite raréfiante, véritable ostéoporose, comparable à celle observée sur les os qui sont le siège de fractures spontanées, fréquentes chez les ataxiques. Ces lésions elles-mêmes peuvent être rattachées, à ce que semble démontrer une autopsie, à une atrophie des centres trophiques et d'origine du nerf trijumeau. D'une seule observation, on ne saurait évidemment tirer des conclusions absolues. Mais le phénomène de la chute des dents reste acquis à l'ataxie, et la thèse de M. Bonieux contribue, dans une certaine limite, à en éclairer la pathogénie.

LUDGER CRUET.

CORRESPONDANCE

Lyon, 2 septembre 1884.

Mon cher Rédacteur,

Par ces temps de choléra, où certaines morts un peu promptes sont attribuées à l'action nocive d'un bacille en virgule pour les uns, à un autre ou plusieurs autres microbes pour d'aucuns, ne serait-il point opportun de rappeler ici certains signes très caractéristiques que présentent les dents (1) chez les personnes mortes du choléra?

Un examen des dents par le médecin traitant ou appelé à constater le décès serait un excellent moyen de contrôle pour la diagnose de l'affection à laquelle le malade aurait succombé.

Dans certaines maladies, tous les médecins le savent, les dents changent d'aspect et de coloration. Dans l'ictère grave, ainsi que tous les tissus, les dents deviennent jaunes jusqu'à leur émail. Chez les cholériques morts rapidement les dents sont d'un *rouge brique*, chez ceux qui ont succombé après plusieurs jours de maladie, elles sont *bronzées* ou *cyanosées*. Ces dents ne se décolorent pas ou très difficilement, à notre connaissance on n'a pu le faire jusqu'à ce jour. Le médecin, en présence d'un cadavre suspect, ne pourrait-il avec un linge ou une éponge imbibés d'eau acidulée quelle quelle soit, laver les dents, et examiner si la coloration bronzée ou rouge brique persiste après le lavage.

Agréez, je vous prie, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Gaspard GUILLOT.

Nous croyons très utile d'appeler très sérieusement l'attention de tous les médecins qui observent les cholériques, sur les altérations des dents signalées par M. Guillot, car si elles se rencontrent dans tous les cas, elles acquièrent une très grande importance au point de vue *médico-légal* et au point de vue hygiénique. En cas d'épidémie cholérique, il serait facile de découvrir les crimes commis par les misérables qui profiteraient de l'épidémie pour commettre des empoisonnements et, en second lieu, les médecins légistes ne s'opposeraient pas à la *crémation* des cadavres des cholériques.

De la dermatologie à Paris.

A Monsieur le rédacteur en chef du PROGRÈS MÉDICAL.

Paris, 10 septembre 1884.

Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré collègue,

Voulez-vous me permettre de présenter à vos lecteurs quelques observations sur diverses omissions ou lacunes que je constate dans l'article du plus grand intérêt que le *Progrès* publie dans le numéro du 6 septembre 1884 sous le titre de: *la dermatologie à Paris*. Je bornerai, bien entendu, ces observations à quelques points qui me concernent personnellement, me réservant de traiter la question qui est soulevée, d'une manière complète, dans votre journal même, si vous voulez bien accueillir mon travail.

La première omission que je suis obligé de réparer est l'oubli fait, par l'auteur, de mon nom au commencement de son article; il n'eût été que juste de dire que j'ai, le premier, il y a déjà plusieurs années, en collaboration avec le Dr Doyon, traité le même sujet, et exposé les mêmes réclamations dans l'*Introduction* de la *Traduction française de Kaposi*. L'auteur fait, en outre, erreur, ou n'est pas maître de sa parole, quand il dit que nous avons « subi l'ascendant de l'école autrichienne »; les raisons qui nous ont conduit à faire cette traduction sont exposées par nous en termes assez explicites pour qu'elles ne puissent être méconnues, et loin d'être un acte de condescendance, notre travail est une revendication incessante en faveur de l'école française! J'en appelle à tous ceux qui nous feront l'honneur de prendre connaissance des annotations nombreuses et considérables que nous avons attachées presque à chaque page de l'original.

La deuxième omission qu'il m'est également impossible de ne pas signaler avec protestation, c'est celle qui concerne le *traitement externe* des malades à l'hôpital St-Louis. L'auteur a oublié que la consultation externe n'est pas telle qu'il la dépeint; il n'ignore pas qu'elle n'est, en réalité, qu'une première sélection des malades, et que tous ceux qui ont besoin d'un examen plus approfondi, ou d'un traitement direct, sont reçus les jours suivants, munis de bons *ad hoc*, et en ce qui

(1) En 1832 Rayer (*Recherches anatomiques sur le choléra* in *Archives de médecine*, p. 528) disait: les dents des sujets morts du choléra acquièrent quelquefois une teinte rougeâtre qu'il est impossible de leur enlever. Elles ne peuvent être employées par les dentistes. M. Laveran, dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, art. *choléra*, dit que les dents sont souvent très fortement injectées, qu'elles présentent alors une coloration toute particulière et très persistante (*N. de la Réd.*)

© BIU Santé

me concerne qu'ils sont admis dans mon laboratoire, où ils reçoivent de ma part et directement, tous les soins nécessaires. La policlinique que j'ai ainsi instituée, et dans laquelle je traite *personnellement tous* les malades qui s'y présentent, fonctionne depuis un assez grand nombre d'années pour que j'aie le droit de protester contre l'omission de mention qu'en a faite l'auteur. Je pourrais ajouter que mes collègues se mettent comme moi à la disposition des malades, mais je me suis engagé à rester dans les limites d'une réclamation personnelle.

Ces observations ne sont pas, à beaucoup près, les seules que comporte l'article auquel je fais allusion, mais je n'aurai garde d'abuser de l'attention de vos lecteurs pour aujourd'hui, et après vous avoir remercié de les avoir accueillies, il ne me restera, Monsieur le Rédacteur en chef, qu'à vous renouveler l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Ernest BESNIER

Le but que nous nous proposions avec l'auteur de l'article qui nous a valu la lettre de notre savant et distingué collègue M. Besnier, c'était en partie de signaler à l'attention publique l'insuffisance de l'*enseignement* OFFICIEL de la dermatologie à Paris. L'enseignement libre n'était nullement en cause. Nous connaissons très bien les nombreux services qu'il a rendus : la publicité du *Progrès* n'a jamais fait défaut aux maitres de l'hôpital Saint-Louis.

Partant de cet article, et nous appuyant précisément sur les *cours libres* de l'hôpital Saint-Louis, nous nous proposions de reprendre à nouveau la question de l'*enseignement* MUNICIPAL *de la médecine*, à notre avis l'un des meilleurs remèdes à une situation déplorable. Nous attendrons maintenant le travail que nous annonce M. Besnier, travail auquel nous nous empresserons d'accorder l'hospitalité. Alors aussi, examinant le fonctionnement de la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, nous rendrons à chacun la justice qui lui est due. B.

VARIA

Les facultés de médecine de Prague.

A propos de la correspondance de notre collaborateur J. Dagonet sur les *facultés de médecine de Prague* (n° 36, 6 septembre, p. 723) nous avons reçu du Dr Jules SOCHOR (de Prague) une lettre dans laquelle notre honorable confrère croit devoir rappeler à nos lecteurs que les Tchèques, dont le nombre s'élève à près de 6 millions 610 mille (Bohême, Moravie et Silésie), ont une littérature nationale déjà ancienne; que malgré leur supériorité numérique sur les Allemands (60 0/0), ceux-ci jusqu'à ces derniers temps avaient imposé leur langue non seulement dans les universités, mais encore dans les tribunaux, etc.; qu'à la suite de revendications incessantes, les Tchèques sont parvenus à posséder des écoles nationales où l'enseignement se fait dans la langue du pays.

L'inimitié persistante entre les deux races explique facilement, selon notre correspondant, la position difficile où se trouve tout étranger ne séjournant que quelques jours à Prague quand il s'agit de juger certaines questions. Aussi voit-on les uns prendre partie pour les Allemands, les autres pour les Tchèques, selon le milieu qu'ils fréquentent. M. Sochor reconnait du reste que « l'état de la faculté tchèque n'est pas aussi brillant que l'a décrit le correspondant de la *Gazette médicale* », mais il attribue l'usage de livres allemands à la faculté thèque à la création récente de celle-ci, dont tous les élèves connaissent l'allemand et, dit-il, « s'il y avait des médecins suffisamment instruits pour publier des ouvrages scientifiques en langue tchèque, le nombre de leurs lecteurs eût été insuffisant (1) ».

Notre honorable correspondant nous signale l'existence d'un journal médical de langue tchèque, le *Casapis léharu Českysch*, paraissant hebdomadairement depuis un certain nombre d'années (2).

(1) Nous croyons que les médecins et professeurs tchèques auraient, du reste, grand tort de publier leurs travaux dans la langue tchèque que bien peu de personnes, en dehors de leur pays, sont à même de comprendre.

(2) M. J. Dagonet avait déjà signalé l'existence d'un journal de médecine paraissant en langue tchèque.

A propos de l'incident de l'institut pathologique, M. Sochor dit que si « on y a cassé quelques carreaux, ce n'est pa parce que M. Klebs venait de Königsberg (1) (il venait de Würzburg), mais parce que ce savant aurait prononcé un discours hostile aux aspirations tchèques ». Selon M. Sochor, la cause du départ de M. Klebs serait encore due à des difficultés sérieuses qu'il aurait eues avec ses collègues allemands et aussi avec le gouvernement autrichien.

Choléra.

En *France* l'épidémie continue à décroitre et il y a tout lieu d'espérer sa prochaine disparition. On ne constate plus que quelques cas isolés dans les départements atteints, et une notable amélioration dans le département des *Pyrénées-Orientales*.

Paris. — Le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* du 13 septembre, publie au sujet des décès cholériques de l'hôpital Bichat la note suivante : « Le service de statistique a reçu avis de deux décès survenus à l'hôpital Bichat et causés par le « choléra,» d'après le diagnostic du médecin traitant. L'un de ces deux malades venait de Perpignan, où, à la suite de libations excessives, il avait contracté la diarrhée. Arrivé à Paris, il a dû entrer à l'hôpital où il est mort. A l'autopsie, on a trouvé de la psorentérie, mais on n'a pas trouvé de bacilles en virgule. L'autre malade, décédé à l'hôpital Bichat, a été également autopsié ; on a trouvé des ulcérations de l'intestin grêle, et quelques bacilles. Les plus grandes précautions ont été prises pour isoler ces deux malades. Leur inhumation a été immédiate. Il importe pourtant de dire que la nature de leur maladie n'a pu être rigoureusement déterminée. » Cette note confirme l'opinion que nous avions exprimée dans notre dernier numéro. On ne signale depuis cette époque aucun cas suspect, ni dans les hôpitaux, ni en ville.

Espagne. — On a constaté de nouveaux cas cholériques dans les mêmes villes de la province d'*Alicante*. Dans la province de *Lérida* l'épidémie a atteint le village de *Torres de La Segre*, situé au sud de la ville de Lerida ; enfin le choléra a fait irruption dans la province de Tarragone, voisine de celle de Lérida, il y aurait eu 6 décès à *Borjas*, 8 à *Benifallet*, 2 à *Ribarroja*, 2 à *Mora de Ebro*. (L'Ebre reçoit dans la province de Lérida les eaux du Segré.) — Quelques cas suspects sont signalés en *Catalogne*.

Italie. — Le nombre des décès paraît avoir diminué ; la plupart des grandes villes sont encore indemnes. A *Naples*, ce sont toujours les mêmes scènes, processions avec cilice au cou et couronnes d'épines sur la tête, invocations à tous les saints, voies de faits contre les *jettatore*. — Le gouvernement italien vient d'interdire aux municipalités d'établir des quarantaines locales. Le préfet d'Ancône avait de son autorité privée décrété l'interdiction de la ville à quiconque ne fournissait pas un certificat authentique de 20 jours de résidence dans un lieu non infesté. Les mêmes mesures avaient été prises à Lorenza, Orvieto, Perouse, Sienna, etc.

Provinces.	10 *Sept.*		11 *Sept.*		12 *Sept.*		13 *Sept.*	
	CAS.	DÉCÈS.	CAS.	DÉCÈS.	CAS.	DÉCÈS.	CAS.	DÉCÈS
Avellino . .	4	2	0	0	1	0	0	0
Bergame. .	11	9	12	10	21	6	0	0
Campobasso	3	2	0	0	1	0	0	0
Caserte . .	13	6	25	7	7	4	0	0
Crémone. .	2	3[2]	0	0	2	2	0	0
Cunéo . . .	13[3]	10	11[4]	9	6	9	0	0
Gênes . . .	36[5]	21[6]	49[7]	19[8]	52[9]	13[10]	38[11]	28[12]
Massa . . .	9	2	6	3	2	2	0	0
Naples. . .	985[13]	488[14]	839[15]	440[16]	911[17]	406[18]	642[19]	348[20]

Le 14 *Septembre*. Il y a eu dans toute l'Italie 750 cas de choléra, cont 643 à Naples et 17 à la Spezzia ; 422 décès, dont 371 à Naples et 8 à la Spezzia.

(1) Dans la lettre de M. J. Dagonet que nous avons publiée, il n'est pas dit que M. Klebs venait de Königsberg, mais qu'il était de Königsberg. M. Klebs est actuellement professeur d'anatomie pathologique à Zürich.

[2] Le chiffre des décès est établi non seulement sur les cas du jour, mais encore sur les précédents.

[3] Aucun à Brescia. — [4] Dont 2 à Brescia.

[5] Dont 26 à la Spezzia. — [6] Dont 17 à la Spezzia. — [7] Dont 32 à la Spezzia. — [8] Dont 13 à la Spezzia. — [9] Dont 33 à la Spezzia. — [10] Dont 8 à la Spezzia. — [11] Dont 00 à la Spezzia. — [12] Dont 00 à la Spezzia.

[13] Dont 966 à Naples. — [14] Dont 474 à Naples. — [15] Dont 809 à Naples. — [16] Dont 430 à Naples. — [17] Dont 878 à Naples. — [18] Dont 395 à Naples. — [19] Dont 17 dans les environs. — [20] Dont 23 dans les environs.

© BIU Santé

Le 15 *Septembre*. Il y a eu dans toute l'Italie, 613 cas cholériques, dont 470 à Naples et 18 à la Spezzia ; 351 décès dont 283 à Naples et 6 à la Spezzia. Quelques cas suspects dans la province de Rovigo ; ni cas nouveaux ni décès à Rome.

Le 16 *Septembre*. Il y a eu dans toute l'Italie, 581 cas cholériques, dont 463 à Naples, 13 à la Spezzia et 1 à Chietti ; 323 décès, dont 265 à Naples et 11 à la Spezzia. Aucun cas ni décès à Rome.

Il y a eu, de plus, dans la semaine courante, 1 cas de choléríque dans la province de *Novare*, 9 cas et 12 décès dans la province de *Parme*, 1 cas dans la province de *Potenza*, 4 cas et 2 décès à *Reggio-Emilia*, 5 cas et 2 décès dans la province de *Salerme*, 5 cas et un decès dans la province de *Rome*, 2 cas et 1 décès dans la province de *Bologne*, 1 cas à *Florence*, 2 cas et 1 décès à *Foggia*, 1 cas à *Bénévent*, 1 à *Livourne*, 1 cas et 1 décès à *Lucques*, 4 cas et 2 décès à *Turin*.

Société de médecine de Marseille. — Samedi dernier, la Société a entendu la lecture d'un rapport de M. le Dr Libon sur les travaux de la Commission chargée de faire des études sur le choléra. C'est sur le contenu intestinal et sur le sang que se sont portées les investigations et les études de la Commission.

L'espace nous manquant ici pour analyser cet intéressant travail, nous nous contenterons de signaler une analyse qui présente une certaine importance. M. Koch ayant admis la contamination des eaux par le bacille, la Commission a examiné l'eau du canal prise au robinet du laboratoire et l'eau de la Rose prise près de la source. Toutes les deux contiennent des bacilles. Pour se rendre compte de la quantité de microbes virgule contenus dans un litre d'eau de la Rose, on a expérimenté selon les indications et le procédé de Koch. On est arrivé à établir une moyenne de 10 bacilles par goutte, de 25 gouttes au centimètre cube, ce qui représente, par litre, une quantité de 25,000 microbes virgule par litre sans compter les autres. Afin de donner plus de poids à ces expériences, la Commission a voulu examiner, encore une fois, en ce temps où l'épidémie n'existe presque plus et où l'on n'a constaté aucun cas à la Rose, cette même eau. De cet examen comparatif, il résulte que les 25,000 microbes virgule s'y trouvent encore (*Semaine médicale*, 18 septembre 1884).

FORMULES

28. Maladies des Enfants. (1)

Benzoate de soude, (2) *coqueluche, diphtérie, broncho-pneumonie*, 1,0-5,0 dans un julep additionné d'alcool de mélisse.

Benzoate de soude.	3 gr.
Infusion de polygala.	3 gr. 80 centigr.
Alcool de mélisse.	2 gr.
Sirop de tolu	30 gr.

Par cuillerées à soupe toutes les 3 heures.

Comme collutoire dans le *muguet* en solution 2-5 0/0.

Bismuth (sous-nitrate de). — *Diarrhée, dyspepsie*. 0,50-1,0 en poudre ou suspendu dans une potion. — *Potion contre la diarrhée chronique*.

Décoct. blanche de Sydenham . .	80 gr.
S. n. de bismuth.	4 gr.
Sirop de coing.	20 gr.

Par cuillerée à café toutes les deux heures.

Cubèbe. Ext. oléorésineux de —, 1,0-3,0. — *Potion contre le croup*.

Extrait de cubèbe	1 gr. 3 gr.
Carbon. d'ammoniaque.	0 gr. 40 centigr.
Sirop de polygala	30 gr.
Looch blanc	70 gr.

Une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures.

Pepsine (antidyspeptique). — *Potion contre la dyspepsie*.

Eau distillée.	30 gr.
Ac. chlorhydrique dilué	IV gouttes.
Pepsine soluble (pharmacop. allemande). . .	2 gr.
Glycérine anglaise	20 gr.
Sirop de limon	30 gr.

Une cuillerée à dessert après chaque repas.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 5 septembre au jeudi 11 septembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1159 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 435 ; illégitimes, 172. Total, 607. — *Sexe féminin* : légitimes, 397 ; illégitimes, 155. Total, 552.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2.225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 5 septembre au jeudi 11 septembre 1884, les décès ont été au nombre de 985, savoir : 548 hommes et 437 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 19. F. 22 T. 41. — Variole : M. .. F. ., T. .. — Rougeole : M. 16 F. 10. T. 26. — Scarlatine : M. 2, F. ., T. 2. — Coqueluche : M. 5. F. 4 T. 9. — Diphthérie, Croup. M. 20, F. 10, T. 30. — Dyssenterie : M 1. F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 1, F. 3, T. 4. — Infections puerpérales : 3 — Autres affections épidémiques : M. 2, F. ., T. 2. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 17, F. 17, T. 34. — Phthisie pulmonaire : M. 134, F. 68 T. 202. — Autres tuberculoses : M. 8. F. 9. T. 17. — Autres affections générales : M. 27, F. 47. T. 74. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 20, F. 30. T. 50. — Bronchite aiguë : M. 11 F. 6. T. 17. — Pneumonie : M. 27, F. 15, T 42 — Athrepsie : M. 65, F. 60 T 125. — Autres maladies des divers appareils : M. 139 F. 128, T. 269. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 27, F. 5. T. 32. — Causes non classées M 4 F. 1. T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 92 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33 ; illégitimes, 15. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 31 illégitimes, 13. Total : 44.

Dans le n° 36 (6 septembre 1884) du *Progrès médical* nous avons reproduit une note de l'*Union médicale* où après avoir annoncé que Mlle V. Benoit, docteur en médecine, avait reçu du gouvernement les palmes d'officier d'Académie, il était fait allusion à une doctoresse dont la vie aurait été passablement accidentée. Nous croyons nécessaire de publier aujourd'hui la rectification suivante insérée dans l'*Union médicale* du 11 septembre en ce qui concerne Mlle le Dr Benoit. « Dans notre numéro du 30 août, à propos de la nomination de Mlle V. Benoit, docteur en médecine, au titre d'officier d'académie, un de nos collaborateurs a rappelé l'histoire d'une autre « femme-médecin » dont les aventures ont fait quelque bruit. Il n'entrait en aucune façon dans notre pensée de faire un rapprochement entre l'une et l'autre. Les faits auxquels nous avons fait allusion ne concernent en rien Mlle V. Benoit, dont l'honorabilité au-dessus de tout soupçon nous est connue. La rédaction de l'*Union médicale* ne veut être accusée, à ce propos, d'aucune équivoque désobligeante. »

Congrès de la croix-rouge. — Ce congrès qui s'est réuni à Genève le 1er septembre a adopté les vœux suivants : 1° « Les expériences faites en octobre 1883 à Vienne et en juillet 1884 à Aldershott, puis celles du 2 septembre 1884 à Genève, avec un appareil électrique (wagon mobile), ont prouvé la possibilité d'évacuer un champ de bataille dans la nuit après un combat et de pouvoir enterrer les morts en vérifiant leur identité. L'utilité d'un pareil système étant incontestable, la troisième conférence de la Croix-Rouge siégeant à Genève émet le vœu que dans les futures guerres la lumière électrique soit employée dans tous les cas où les autorités militaires le permettront ; 2° La conférence croit nécessaire d'instituer une commission internationale de modèles, qui choisirait les types les plus nécessaires et les plus utiles. Ces modèles seraient tous de dimensions identiques ; on pourrait établir en outre de petits musées internationaux où l'on réunirait les modèles réduits, adoptés par la commission internationale. 3° Les Sociétés de secours pourront, autant que possible, en temps de paix, s'associer aux œuvres d'humanité correspondant à leurs devoirs pendant la guerre, savoir : au soin des malades et à l'assistance dans les calamités publiques qui demandent, comme la guerre, un secours prompt et organisé. 4° La conférence exprime le vœu que les pansements antiseptiques soient introduits comme règle dans le service de toutes les Sociétés de la Croix-Rouge. Il est à désirer que le personnel des infirmiers soit instruit de ce traitement en temps de paix. 5° Les gouvernements qui ont adhéré à la Convention de Genève sont priés de s'entendre sur la proposition suivante, afin d'en faire un article additionnel à ladite convention : « En cas de guerre, les puissances non belligérantes sont invitées à mettre à la disposition des parties engagées, pour soigner les blessés dans les hôpitaux, les médecins de leurs armées dont elles peuvent se passer sans que le service médical en souffre. Ces médecins délégués seront placés sous les ordres des médecins de l'armée belligérante à laquelle ils seront attachés. »

Nécrologie. — Le *Conseil médical* du 15 septembre annonce la mort du Dr Bastix (d'Asnières) un de ses collaborateurs. — Le *journal de médecine de Bordeaux*, nous apprend la mort du Dr Lahens (de Bordeaux), qui a laissé un tiers de sa fortune à l'hospice des vieillards. — La *Berliner klin Wochenschrift*, fait part de la mort du Dr Horstmann (de Marbourg), professeur extraordinaire de médecine, décédé le 7 de ce mois à l'âge de 68 ans — Nous apprenons la mort des Dr Emery (de Lyon), Salmon (de Rogan). — Mort du Dr Poterin du Motel, décédé à Jouy-en-Josias, à l'âge de 68 ans. — Le Dr Avigliano (de Naples) est mort d'une attaque de choléra. — Le Dr Oulmont est mort hier à l'âge de 72 ans.

(1) Formules empruntées au mémorial thérapeutique du *Manuel pratique des maladies de l'enfance* de D'Espine et Picot, 3e édition, 1884.

(2) Toutes les doses sont calculées *pro-die* et, sauf indications spéciales, pour un enfant de cinq à six ans.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

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

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES FOSSÉS-ST-JACQUES.

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. MIOT, in-8e de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix ; 1 fr. 50, Pour les bonnés du *Progrès*, 1 fr.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

TRAJET DIRECT DE PARIS A PLOMBIÈRES EN 8 HEURES

EAU EN BOISSON. – BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.
Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — ADRESSER LES DEMANDES DIRECTEMENT A LA *Cie de Plombières ou au Dépot Principal*, **Maison ADAM, 31, Boulevard des Italiens, à Paris.**

VALS

SOURCES

PAULINE. Amie de l'estomac, elle en combat les fatigues et favorise la digestion. 1 GRAMME SEL ALCALIN

CHLOÉ. Affections des voies digestives, dyspepsie, gastralgie, gastrite simple, gastrite-entéralgie. 2 GRAMMES SEL ALCALIN

SOUVERAINE. Maladies du tube intestinal, gastrite chronique et les affections du système nerveux,— 3 GRAMMES SEL ALCALIN.

CONSTANTINE. Affections du foie, de la rate, des voies urinaires, goutte, rhumatisme, calculs, albuminurie.—5 GRAMMES SEL ALCALIN.

MARQUISE. Maladies des reins, gravelle, diabète, coliques néphrétiques. 7 GRAMMES SEL ALCALIN

St-LOUIS. Arsenicale, sans analogie avec les précédentes. Très reconstituante, réussit dans la chlorose, cachexie paludéenne, spermatorrhée, fièvres intermittentes, eczéma, urticaire, psoriasis, anémie, débilité.

Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — *Dose, une bouteille par jour.*

Détail : dans tous les Dépôts d'Eaux minérales naturelles, principales Pharmacies. **80 cent.** *la Bouteille.*

LE COMMERCE DOIT ADRESSER SES COMMANDES A
LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE VALS (ARDÈCHE)

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants
DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. —

Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produis représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—Le **Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1883

Par BOURNEVILLE, BONNAIRE, BOUTIER, LEFLAIVE, P. BRICON et SEGLAS.

Volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du système nerveux**, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. Tome II : *Des anomalies de l'ataxie locomotrice ; — De la compression lente de la moelle épinière* (mal de Pott, cancer vertébral, etc.) ; — *Des amyotrophies* (paralysie infantile, paralysie spinale de l'adulte, atrophie musculaire protopathique, sclérose des cordons latéraux, etc.) ; — *Tabès dorsal spasmodique ; — Hémichorée post-hémiplégique ; — Paraplégies urinaires ; — Vertige de Ménière ; — Epilepsie partielle d'origine syphilitique ; — Athétose ; — Appendice, etc.* Paris, 1880. 4e édit. Vol. in-8° de 496 pages avec 33 figures dans le texte et 10 planches en chromo-lithographie. — Prix : 14 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 10 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du système nerveux**, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par le Dr Ch. Féré, le premier fascicule du tome III est en vente. 1 vol. in-8 de 140 p. avec 22 figures dans le texte. Prix : 3 fr. 50. Pour nos abonnés : 2 fr. 50.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les localisations dans les maladies de la moelle épinière**, recueillies et publiées par E. BRISSAUD. Vol. in-8 de 260 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière**, recueillies et publiées par BOURNEVILLE et E. BRISSAUD. Vol. in-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : 11 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 8 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins**, faites à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par BOURNEVILLE, SEVESTRE et BRISSAUD. Deuxième édition augmentée des LEÇONS SUR LES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES DE L'ALBUMINURIE. Volume in-8 de 442 pages, orné de 37 figures et de 7 planches chromo-lithographiques. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 8 fr.

CHARCOT (J.-M.). **La médecine empirique et la médecine scientifique.** Parallèle entre les anciens et les modernes. — Leçon d'ouverture d'un cours de pathologie interne professé à l'Ecole pratique de médecine pendant le semestre d'été 1867. Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

CHARCOT (J.-M.). **Note sur l'état anatomique des muscles et de la moelle épinière dans un cas de paralysie pseudo-hypertrophique.** Brochure in-8 de 13 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . 35 c.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie**, recueillies par E. BRISSAUD. Un volume in-8° de 51 pages. Paris, 1881. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques.** Volume in-8 de 310 pages avec figures dans le texte et 3 planches en chromo-lithographie. — Prix : cartonné à l'anglaise : 8 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 7 fr.

CHARCOT (J.-M.) et BOUCHARD (Ch.). **Sur les variations de la température centrale qui s'observent dans certaines affections convulsives et sur la distinction qui doit être établie à ce point de vue entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques.** Brochure in-8. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

CHARCOT (J.-M.) et FÉRÉ (Ch.). — **Affections osseuses et articulaires du pied chez les tabétiques (pied tabétique).** Broch. in-8 de 15 p., avec 4 figures dans le texte. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . 50 c.

CHARCOT (J.-M.) et GOMBAULT. **Note sur un cas de lésions disséminées des centres nerveux observées chez une femme syphilitique.** Brochure in-8 avec planches chromo-lithog. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

CHARCOT (J.-M.) et GOMBAULT. **Contribution à l'étude anatomique des différentes formes de la cirrhose du foie.** Brochure in-8 de 37 pages, avec 2 pl. en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 50

Librairie ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

TESTUT (L.). — Recherches anatomiques sur l'anastomose du nerf musculo-cutané avec le nerf médian. Broch. in-8 de 6 pages.

TESTUT (L.). — Le muscle présternal et sa signification anatomique. Broch. in-8 de 14 pages.

Librairie A. MASSON, 120, boulev. S.-Germain.

TESTUT (L.). — Recherches sur quelques muscles surnuméraires de la région scapulaire antéro-interne. Broch. in-8 de 17 pages.

Librairie J. B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

BERTHET (L.). — Vaccine, variole. Contribution à l'étude de leurs rapports. Broch. in-4 de 94 pages. — Prix : 2 fr. 50.

DONEY. — De l'influence des eaux d'alimentation de la ville de Vienne sur les engorgements thyroïdiens et la fièvre typhoïde. Broch. in-8 de 68 pages. — Paris, 1881. — H. Jouve.

MAYEN (A.). — De la responsabilité des patrons et de l'assurance par l'Etat en matière d'accidents. Solution proposée. Broch. in-8 de 59 pages. — Paris, 1884. — Petit messager parisien.

TESTUT (L.). — Sur la reproduction chez l'homme d'un muscle simien ; le scalène intermédiaire des singes anthropoïdes. In-8 de 22 pages. Extrait des bulletins de la société d'anthropologie. — Paris, typographie Hennuyer.

TESTUT (L.). — Anatomie humaine et comparée. — Le long fléchisseur propre du pouce chez l'homme et chez les singes. Br. in-8 de 24 pages, avec une planche hors texte. — Meulan, 1883. — Imprimerie de la Société zoologique de France.

TESTUT (L.). — Contribution à l'anatomie comparée des races nègres. Broch. in-8 de 11 pages. — Bordeaux, 1884. — Imprimerie A. Bellier.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, publié sous la direction de M. le Dr DECHAMBRE. Viennent de paraître les premières parties du tome X de la 4e *Série* et du tome XX de la 2e *Série*. Le tome X renferme, outre quelques petits articles, les mots Goutte, par H. Rendu (p. 6-254) ; Gras de cadavre, par L. Hahn (p. 305-328) ; — Le tome XX les mots palpation par H. Barth (p. 35-70) ; Palpitations par Du Cazal (p. 71-79) ; Panaris, par polaillon (p. 86-98) ; Pancréas par Arnozan (p. 162-180) ; Pansement, par J. Chauvet et H. Bousquet (p. 194-399). — Vient également de paraître la seconde partie du tome XIII de la 3e *Série*. — Principaux articles : Supplices par G. Tourdes (p. 440-473) ; Suppuration, par A. Hénocque (p. 474-511) ; Surdi-mutité et surdité, par Ladreit de Lacharrière (p. 516-565) ; survie par G. Tourdes (p. 588-622). Sympathie par L. Hecht (p. 670-684) ; Folie sympathique, par Régis (p. 684-722) ; Grand sympathique (anatomie), par H. Strauss (p. 722-754).

HOLLIS (W.-A.). — Researches of the histology of the central gray substance of the spinal cord and medulla oblongata. Brochure in-8 de 5 pages avec une planche hors texte. Extrait du Journal of anatomy and physiology.

DEPÉRAIS (C.) — Igiene publica. Nuevo trattamento dei cadaveri per distruggere i germi infettiri che possono contere Memoria. Letta nelle Tornato academica del 5 aprile 1883, Brochure in-8 de 8 pages et une planche hors texte. — Napoli.

MONCORO. — Da dilataçao do estomago nas crenças e seu tratamento segundo as lições feitas na policlinica do Rio-de-Janeiro. Brochure in-8 de 79 pages. — Rio-de-Janeiro, 1883. — Leuzinger et Filhos, 31, rua do ouvidor,

SOLARES (F.-V.) — Consejos familiares sobre la higiene de la primera infancia. Brochure in-8 de 85 pages. — Barcelona, 1884. — Plaza Nueva, 5.

MONTES DE OCA. (El doctor.) — Su vida y su muerte. — In-8, de 220 pages. — Buenos-Aires, 1883. — Imprenta nacional.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE SAINT-ÉTIENNE ET DE LA LOIRE. — Comptes rendus de ses travaux contenant les procès-verbaux de ses séances, ainsi que les notes ou mémoires lus dans ces séances. Broch. in-8 de 110 pages. T. VIII, deuxième partie, 1882, Saint Etienne, 1883. — Imprimerie Pichon.

BITOT. — Note critique sur les principaux faits cliniques et anatomo-pathologiques qui ont servi à fonder la doctrine de l'existence du centre psycho-moteur dans l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Broch. in-8, de 16 pages. Bordeaux 1883. — Imprimerie Nouvelle. A. Bellier et Cie.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. COUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 39 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 27 SEPTEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur l'énanthème de la varicelle.

Par le Dr J. COMBY.

La varicelle est une fièvre éruptive si légère, si fugace, si bénigne dans l'immense majorité des cas, qu'elle mérite à peine le nom de maladie. Aussi voit-on la plupart des auteurs classiques se borner à une esquisse sommaire des symptômes de l'affection, pour insister un peu plus sur le point de vue doctrinal et sur les relations nosologiques qu'on attribue au *chicken-pox*. Nous ne voulons pas soulever encore une fois la question de savoir si la varicelle est une maladie indépendante ou une forme atténuée de la variole. Quoique nous croyons fermement à l'autonomie de la varicelle, nous ne rappellerons pas les arguments qui justifient cette opinion. Car notre intention est seulement de souligner quelques traits de l'évolution clinique de la maladie.

Les principaux auteurs classiques omettent la description de l'énanthème de la varicelle ; l'éruption bucco-pharyngée n'a pas attiré leur attention ou ne leur a pas paru assez importante pour mériter une mention. Nous ferons une exception pour M. le Dr Cadet de Gassicourt qui, dans ses remarquables leçons sur les maladies des enfants, ne manque pas d'indiquer les manifestations palatines de la varicelle.

La varicelle, en effet, comme les autres fièvres éruptives, peut présenter un énanthème bucco-pharyngien plus ou moins marqué, plus ou moins important suivant les cas. Le plus souvent, l'éruption muqueuse est absente ou passe inaperçue ; parfois elle est intense, gênante, plus importante même que l'éruption exanthématique.

Si l'on en croit certains observateurs, ce n'est pas seulement sur la bouche que la varicelle porterait ses manifestations.

Le Dr Henoch aurait vu quatre cas d'albuminurie consécutive à la varicelle chez des enfants de 2 à 10 ans (1) ; le Dr Rachel rapporte également un cas de néphrite consécutive à la varicelle chez un enfant de 6 mois (?) Faut-il, pour cela, changer le pronostic de la maladie et admettre une forme infectieuse grave de la varicelle? Nous ne le pensons pas et nous demandons un supplément d'information. Quoi qu'il en soit, ces quelques faits tendraient à établir que la varicelle a ses manifestations viscérales comme la variole, la scarlatine, la rougeole. Ces notions nouvelles n'ont qu'un intérêt purement doctrinal ; elles plaident en faveur de l'égalité nosologique des différentes fièvres éruptives, mais elles ne légitiment pas l'égalité vraie, l'égalité clinique quant à la valeur des symptômes et quant au pronostic. La varicelle reste une affection bénigne, une *petite* fièvre éruptive ; les autres fièvres exanthématiques, les *grandes* fièvres éruptives sont de *vraies* maladies qu'on doit toujours redouter.

Parmi les nombreux cas de varicelle que nous avons observés cette année dans le quartier de la Villette où nous avons vu régner avec une fréquence inusitée et concurremment la rougeole, la coqueluche et la varicelle, nous n'avons pas rencontré un seul cas *grave* de varicelle.

En revanche, nous avons vu maintes fois des éruptions muqueuses, des énanthèmes accompagnant l'éruption exanthématique. Nous avons fait choix de trois observations plus particulièrement intéressantes à ce point de vue (1).

Dans la première (*obs.* I), on voit l'éruption affecter la langue, la voûte palatine et le bord de la paupière inférieure gauche. Les vésicules ulcérées figurent des aphthes parfaitement arrondis ; il n'y a pas de réaction inflammatoire autour de l'ulcération ; mais il y a une sensation douloureuse au moment de la mastication, surtout au contact des aliments épicés.

Obs. I. *Varicelle. Eruption vésiculeuse sur la face dorsale de la langue, sur la voûte palatine et sur le bord de la conjonctive palpébrale.*

Angebeau Marie, âgée de 6 ans, est conduite au dispensaire le 20 juin 1884 pour une éruption facile à déterminer. Depuis quatre ou cinq jours, l'enfant a été prise d'un léger mouvement fébrile avec anorexie et état saburral des voies digestives. Il y a trois jours, quelques boutons accompagnés de sensations prurigineuses se sont montrés dans la tête et sur le tronc. Aujourd'hui on voit, après avoir déshabillé l'enfant, un grand nombre de vésicules absolument transparentes sur le dos, sur le devant de la poitrine, sur le ventre ; sur les membres et sur le visage, les vésicules sont beaucoup plus discrètes ; quelques-unes sont flétries et détruites par les grattages. L'enfant éprouve une certaine gêne dans la mastication et quand elle prend des aliments un peu épicés, elle accuse de la douleur au niveau de la bouche. Il existe en effet trois vésicules ulcérées sur le dos de la langue, deux vésicules semblables sur la voûte palatine, rien dans le fond de la gorge. Ces ulcérations très superficielles, parfaitement arrondies, rappellent certaines ulcérations aphtheuses ou herpétiques. Sur le bord de la paupière inférieure gauche, à sa face muqueuse, existe une ulcération de même nature qui a succédé évidemment à une vésicule de varicelle.

Dans l'observation suivante (*obs.* II) nous voyons l'éruption gagner non seulement la cavité buccale, mais aussi la vulve ; car nous constatons la présence de vésicules ulcérées à la face interne des grandes lèvres.

Obs. II. *Varicelle. Enanthème buccal. Eruption vulvaire.*

Guillot Angèle, âgée de 4 ans, nous est présentée par sa mère le 23 juin 1884. Elle accuse un léger malaise depuis une huitaine de jours ; elle aurait un peu de fièvre plus marquée le soir. Cependant ces symptômes ont été peu sérieux puisqu'ils n'ont pas arrêté l'enfant dans ses occupations et dans ses jeux. Depuis deux jours, une éruption s'est montrée sur la face, sur le tronc, sur les membres. On constate aujourd'hui dans ces différentes régions des vésicules d'âges très divers ; les unes sont absolument transparentes, les autres sont flétries, croûteuses, déchirées. La mère attire notre attention du côté des grandes lèvres ; en écartant ces replis, nous apercevons à la face interne de chaque grande lèvre, symétriquement, une vésicule ulcérée, arrondie, suintant légèrement. Du côté de la

(1) *Berlin. Klin. Woch.*, 1884, n° 2.
(2) *The Archives of Pediatrics*, 5 avril 1884.

(1) Ces observations ont été recueillies au dispensaire d'enfants de la société philanthropique (166, rue de Crimée).

© BIU Santé

bouche, nous trouvons également plusieurs vésicules ulcérées qui ont provoqué de la douleur et de la gêne masticatoire. On note la présence d'érosions à la face interne de chaque commissure labiale, à la face interne de la joue droite, à la face dorsale de la langue, et sur le raphé médian du palais à l'union du voile et de la voûte osseuse. Toutes ces ulcérations buccales, sans accompagnement inflammatoire, rappellent entièrement les érosions aphtheuses ou herpétiques élémentaires.

Dans ces deux premières observations, l'énanthème n'avait pour nous qu'un intérêt de curiosité. Il n'a eu aucune influence sur la marche de la maladie et il n'en a pas modifié le pronostic. Dans l'observation suivante (*obs.* III), au contraire, l'énanthème buccal a provoqué une réaction inflammatoire telle que la stomatite a pris le pas sur toutes les autres manifestations. Si l'éruption cutanée avait fait défaut, il eût été impossible de poser un autre diagnostic que celui de stomatite ulcéreuse intense, et nous avouons que, quoiqu'il fût question d'une *stomatite varicelleuse*, l'emploi du chlorate de potasse a été suivi de succès.

Obs. III. *Varicelle. Enanthème buccal figurant une stomatite ulcéreuse violente.*

Florent Alphonse, âgé de 25 mois, nous est conduit par sa mère le 28 juillet 1884, pour une violente inflammation de la bouche qui l'empêche de manger. En effet, la salive s'écoule au dehors, les lèvres sont épaissies, les gencives sont tuméfiées et saignantes et de nombreuses ulcérations s'observent dans la bouche. Ces ulcérations, arrondies et superficielles, existent sur la face dorsale de la langue, sur la face muqueuse de la lèvre inférieure, sur la face interne des joues et sur divers points des gencives. Toute la muqueuse buccale est rouge et enflammée. L'enfant souffre beaucoup et ne peut mâcher; la mère ne peut lui faire prendre que du lait et des liquides non irritants. Il n'y a actuellement aucune éruption sur le voile du palais et sur la gorge, quoique l'enfant ait accusé au début un peu de dysphagie. Ces accidents datent de 5 jours; à ce moment, l'enfant a eu mal à la tête, puis à la gorge; le lendemain la bouche était prise en même temps que des boutons apparaissaient sur la peau. Cette éruption cutanée existe encore aujourd'hui et nous permet de reconnaître la véritable nature de cette stomatite, qui rappelle par tous ses caractères extérieurs la stomatite ulcéreuse des enfants et des soldats. En effet, nous voyons sur la face, sur le cuir chevelu, sur le tronc et sur les membres, des vésicules assez nombreuses dont la plupart sont déchirées, mais dont quelques-unes sont parfaitement pleines et transparentes comme les vésicules jeunes de la varicelle. C'est la première fois que nous voyons l'énanthème buccal de la varicelle provoquer une réaction inflammatoire aussi violente. Sous l'influence du chlorate de potasse administré intus et extra l'inflammation tombe rapidement et la guérison ne se fait pas attendre.

On peut conclure de cette étude que la varicelle s'accompagne assez souvent de déterminations muqueuses. D'ordinaire, l'éruption affecte la bouche; elle occupe de préférence la face dorsale de la langue et le palais. L'énanthème est précoce et précède probablement l'exanthème; toujours est-il que nous n'avons jamais pu saisir l'état vésiculeux des manifestations buccales; les vésicules arrivent rapidement à maturité et le mince épiderme qui les protège disparaît, laissant à sa place une érosion arrondie.

Le plus souvent, l'éruption buccale est insignifiante et ne cause qu'un peu de gêne dans la mastication. Exceptionnellement, elle peut provoquer une réaction inflammatoire vive, une véritable stomatite qui sera heureusement modifiée par le chlorate de potasse. Dans quelques cas assez rares, les vésicules de la varicelle peuvent occuper la muqueuse des conjonctives et aussi la muqueuse vulvaire. Nous avons vu un exemple de chacune de ces localisations plus gênantes que graves.

Sans doute, les quelques remarques que nous venons de présenter n'ont pas une grande portée; il s'agit d'une petite maladie et de petits faits cliniques. Mais ces petits faits ont été observés et fidèlement rapportés; voilà notre excuse.

PATHOLOGIE MENTALE

Des exaltations religieuses en Orient;

Par le Dr ZAMBACO.

Il y a dans l'*Islamisme* plusieurs chemins ou *tariks* qui conduisent au Paradis, par des manières spéciales d'adorer Dieu et le prophète. Des confréries nombreuses ayant à leur tête des chehs se livrent à des prières avec démonstrations variées selon la corporation. Ces chehs sont de saints hommes d'un caractère doux, aimables, intelligents. Les confrères vivent dans des cinobions, mais il y a aussi des adhérents mondains et des femmes. Les pratiques religieuses de ces confréries amènent des *exaltations nerveuses* et des *manifestations neuropathiques* qui ressemblent aux explosions hystériques du christianisme dans les siècles passés et à celles que l'on rencontre encore de nos jours dans certains pays chrétiens.

La secte des *Naxi-Bendi* est une des plus importantes et compte dans ses rangs des personnes de mœurs douces et humanitaires. Les sectaires, rassemblés dans la chapelle, s'accroupissent tous sur leurs genoux, ayant la face tournée vers le cheh qui les regarde et les observe durant toute la cérémonie dont la durée est de 2 heures environ : tous ont les *yeux constamment fermés*, excepté le cheh. Celui-ci ouvre la séance par une prière, puis un silence y succède pour la méditation, une psalmodie entonnée par un vicaire, avec une voix douce et plaintive, fait le tableau des récompenses promises pour la vie future, et des punitions infligées.

Déjà, l'assemblée s'agite sourdement; et bientôt il y a une explosion d'accidents nerveux, de forme et d'intensité diverses. Le cheh seul scrute et observe. Des adeptes, les uns sont saisis de convulsions partielles, intermittentes; les autres d'accès épileptiformes. Un sectaire se livre habituellement à un mouvement de *rotation de la tête* d'une rapidité vertigineuse (400 fois par minute); puis il est pris d'un rire nerveux très bruyant. Un autre tape avec ses deux mains sur ses genoux plus de 200 fois avec toute violence, en criant chaque fois *Allah*. Un autre rit aux éclats avec respirations tumultueuses. Son voisin verse des larmes abondantes, se lamente et gémit. Plus loin un homme au turban vert exprime une béatitude, résultat certain de quelque hallucination. Un autre se raidit en opisthotonos en poussant des cris épouvantables. Un autre se jette à plat ventre et oscille de haut en bas! — Un jeune homme de 20 ans environ effectue, pendant une demi-heure, des *sauts* de kanguroo. — Un cri strident, pareil à celui du coq, part du fond de la salle. — La voix ascendante de celui qui récite amène un redoublement dans les manifestations. C'est un concert discordant de neuropathes hystériques de toutes les formes. Tous s'agitent et vibrent à la fois, chacun à sa façon.— Une cloison en planches à hauteur d'homme isole un coin de la chapelle destiné aux femmes; il s'y passe des scènes bien plus extravagantes encore que celles offertes par les masculins: Contorsions du corps dans tous les sens, contractions

© BIU Santé

grimaçantes de la face exprimant l'horreur, la frayeur, la menace, le pathétisme; rires sardoniques avec grincements des dents; des pleurs, des sanglots, de véritables accès hystériques de tous les stades, depuis l'arc jusqu'à l'extase; de la catalepsie, des mouvements *choréiques* de la tête et des muscles du larynx avec cris aigus; des *attaques épileptoïdes*, des cris émanant de poitrines haletantes, accompagnés d'arrachement de cheveux et de déchirements d'habits; en un mot toutes les manifestations protéiques de l'*hystérie* s'exhalaient en toute liberté et composaient le tableau le plus curieux qu'il soit donné de voir. Toutes ces hystériques finissent par se calmer toutes seules, par l'extinction de leurs forces.

Il est à remarquer que tous ces sectaires n'emploient pas de *Haschisch*.

Vers la fin de la cérémonie, le cheh va s'accroupir successivement en face de quelques assistants. Il tient à la main un chapelet; et, récitant des prières à voix basse, il *souffle* par intervalles, avec toute la force de ses poumons, sur la région cardiaque de l'exorcisé. A chaque souffle du cheh, qui retentit comme s'il sortait d'un tuyau métallique, le catéchisé tressaille. Les personnes que le cheh exorcise ainsi sont des neuropathes ou des néophytes. Ainsi le cheh traite une foule de maladies, surtout des neuropathies. Il se rend ainsi en ville auprès des malades qui ne peuvent se déplacer, mais il n'exclue pas la coopération des médecins. Il bénit aussi les effets et le linge des malades qui recouvreront la santé en les portant; une autre pratique des chehs consiste à écrire des prières sur des bouts de papiers que l'on fait macérer dans l'eau bue par le malade. Les musulmans du peuple et plusieurs membres de la haute société ne manquent jamais d'y avoir recours pendant leurs maladies. Cette action de l'écriture sur le corps souffrant est généralement admise avec conviction profonde. Aussi peut-on s'expliquer aisément le fait que voici : Appelé, il y a quelques années, auprès d'un malade musulman, dans la carafe duquel nageaient des lambeaux de papier sur lesquels les chehs avaient tracé des prières, je prescris et je lui remets mon ordonnance en lui disant : vous prendrez cela demain matin à la première heure. Au bout de trois jours mon client, entièrement rétabli, m'exprime toute sa reconnaissance. Mais il s'empresse d'ajouter : « Si une autre fois je tombe malade, veuillez écrire votre ordonnance sur du papier plus mince, j'ai eu toutes les peines du monde pour l'avaler. »

Il règne en Orient un illogisme général de la part de toutes les religions. Ainsi, des musulmans fervents s'adressent parfois au clergé chrétien dont ils invoquent l'intercession pendant leurs maladies; il boivent avec piété des eaux miraculeuses des chrétiens et allument des cierges à leurs sources. Ils s'adressent même à l'*eau de Lourdes* dont il y a une succursale à Constantinople depuis quelques années. Les révérends se plaisent à montrer sur la statue de l'immaculée des diamants offerts par des musulmans aveugles qui ont vu, des sourds qui ont entendu et des condamnés à mort qui ont vécu ! Réciproquement, les *chrétiens* du pays, bien pensants, des *Européens* même, s'adressent souvent aux chehs pour se faire lire et bénir, principalement lorsqu'ils sont atteints d'érysipèle.

Bien d'autres sectes religieuses se livrent en Orient à des pratiques qui offrent, dans leur paroxysme, des manifestations fort intéressantes pour le médecin neuropathe; je m'en occuperai plus tard. Je ne ferai que mentionner, en passant, la secte des *Rafaïs* qui tombent souvent en *convulsions* et *bavent*, après avoir *sauté*, *dansé*, *oscillé* dans tous les sens et *crié* sur tous les tons pendant des heures entières! Lorsque leur frénésie a atteint son apogée, ils sont tellement *analgésiques* qu'ils se *percent la peau*, les *membres* et même le *tronc* avec des *broches acérées*, sans ressentir aucune souffrance; ils avalent des morceaux de verre, des scorpions vivants, des feuilles de cactus armées de leurs épines, etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur un pied creux talus (1);

Par A. BROCA, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Les pièces que je viens présenter ont été recueillies à l'Ecole pratique d'anatomie, dans le pavillon de M. Jarjavay, prosecteur. C'est dire, par conséquent, que tout commémoratif manque. J'ai seulement pu savoir que l'homme dont elles proviennent était âgé de 41 ans.

Nous avons été immédiatement frappés par l'attitude du pied droit. Il était un peu fléchi sur la jambe et les tentatives d'extension ne pouvaient pas leur faire atteindre tout à fait l'angle droit. Dans ce mouvement les tendons du jambier antérieur et des extenseurs des orteils se tendaient et ils faisaient sous la peau une forte saillie, accusée surtout pour le jambier antérieur.

Un examen plus attentif du pied faisait voir ensuite que l'extrémité postérieurs du calcanéum était très fortement abaissée. La saillie du talon en arrière était à peu près réduite à néant et on sentait le calcanéum constituant une sorte de pilon vertical dont l'axe prolongeait sensiblement celui du squelette de la jambe. — Sous lui, la peau était épaisse, calleuse et sous le talon antérieur on constatait également l'existence d'un durillon bien plus marqué du côté opposé. C'est que l'avant-pied était notablement abaissé, et entre les deux saillies antérieure et postérieure que je viens de décrire, la voûte plantaire était exagérée; la concavité portait sur les deux bords du pied et principalement sur le bord interne; tout redressement était impossible; il y avait un léger degré de varus. Le pied, enfin, était plus court que celui du côté gauche. Les chiffres suivants expriment toutes ces différences :

Distance de la pointe de la malléole interne au plan de sustentation : à droite, 9 cent.; à gauche, 7 cent.

Longueur du bord interne du pied : à droite, 22 1/2 c.; à gauche, 26 1/2 cent.

Flèche de la concavité du bord interne au-dessus du plan de sustentation : à droite, 6 cent.; à gauche, 4 cent.

La palpation de la jambe montrait que les muscles du mollet gauche étaient mous, flasques, atrophiés, et la mensuration a donné les résultats suivants :

Longueur totale du membre inférieur : à droite, 96 c.; à gauche, 98 c.

Le raccourcissement, nul sur la cuisse, porte exclusivement sur la jambe, et, *du tubercule du grand adducteur* à l'*extrémité de la malléole interne* les chiffres sont : à droite, 45 c. à gauche, 47 cent. Enfin, la *circonférence du mollet*, à l'union du 1/4 supérieur de la jambe avec les 3/4 inférieurs est : à droite, 23 cent., à gauche 26 1/2.

Après cet examen, que l'on peut appeler clinique, quoique pratiqué sur le cadavre, j'ai procédé à la dissection de la pièce et j'ai trouvé des lésions musculaires évidentes. Le triceps sural droit, dans ses trois portions est réduit à une masse rosée, sans consistance, parsemée de tractus blancs et jaunes; les trois corps charnus des jumeaux et du solitaire sont aplatis, l'examen microscopique suffit pour démontrer que les fibres musculaires ont complètement disparu. Mais cette masse musculaire n'est pas la seule dégénérée. Les

(1) *Société anatomique*. Séance du 7 mars 1884.

© BIU Santé

trois muscles de la couche profonde de la région postérieure sont atteints, à un degré beaucoup moindre, il est vrai, et dans chacun d'eux on trouve une quantité appréciable de faisceaux musculaires devenus graisseux, formant au milieu des fibres saines des traînées jaunes, parallèles à ces fibres. Le nombre relatif des faisceaux altérés est maximum dans le jambier postérieur, minimum dans le fléchisseur commun des orteils. Enfin, contrairement à ce que l'on aurait pu conclure *a priori* de l'abaissement de l'avant-pied; le long péronier latéral est fortement lésé, surtout dans ses faisceaux inféro-internes, le muscle court péronier latéral est sain ainsi que le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil. Aucune altération n'existe également dans les muscles de la plante des pieds. Aucun de ces muscles n'est rétracté, devenu fibreux et après leur section complète la difformité persiste.

La concavité du pied est, en effet, maintenue par la rétraction des tissus fibreux plantaires. L'aponévrose plantaire, d'abord respectée, s'étend dès qu'on cherche à effacer la concavité de la voûte. Après l'avoir coupée, j'ai pu obtenir un certain degré de redressement. J'ai constaté alors que tous les ligaments de la plante du pied étaient raccourcis, rétractés; cela était surtout manifeste pour le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur. La section de tous ces trousseaux fibreux m'a enfin permis d'opérer le redressement. Je n'ai toutefois pas pu l'obtenir complet et la cause en est dans les déformations osseuses qui me restent à décrire. Elles portent sur l'astragale et surtout sur le calcanéum, qui ont été enlevés avec soin et examinés comparativement des deux côtés.

Le calcanéum est très raccourci dans son ensemble. Sa longueur, au niveau de l'axe maximum, est de 0,70 à droite; 0,80 à gauche. La face inférieure, très élargie, excavée, ne peut pas, à vrai dire, être retrouvée, car elle se confond avec la face interne. La tubérosité inféro-interne est déviée en avant et en dedans. Le calcanéum mis horizontalement sur une table repose en équilibre sur son bord inféro-externe : la tubérosité interne n'appuie pas. Ce bord inféro-externe est saillant, un peu concave et s'étend de la tubérosité externe à l'extrémité inférieure de la facette cuboïdienne. La face externe, légèrement oblique en bas et en dedans, surtout à sa partie postérieure présente entre les gouttières des deux péroniers un tubercule fortement accentué et notablement abaissé; ces gouttières sont presque verticales. La hauteur de cette face est accrue dans la partie postérieure, surtout au niveau du bord postérieur de la facette astragalienne externe; au contraire, elle est diminuée en avant, au niveau de la grande apophyse du calcanéum. La face supérieure, formant un plan oblique en bas et en dedans, se continue insensiblement avec la face interne. On a ainsi en dedans un canal calcanéen très excavé, limité en arrière par la tubérosité interne déviée, comme il a été déjà dit; en avant par la petite apophyse, qui est au contraire élevée. La facette astragalienne interne est donc élevée par son extrémité postérieure; il en est de même pour la facette externe. Ces deux facettes ont une direction presque verticale et au-dessous d'elles on constate que l'excavation astragalo-calcanéenne est accrue. Cela résultait d'ailleurs de ce que j'ai dit précédement, puisque la face externe est surélevée en arrière de la facette astragalienne postérieure et au contraire moins haute en avant. La facette cuboïdienne est diminuée dans ses trois dimensions et surtout dans son axe vertical. Sa direction n'est pas changée. Enfin la face postérieure est profondément modifiée; elle est comme refoulée en avant de sa partie postérieure, au-dessus de l'insertion du tendon d'Achille, et là on a un plan oblique en bas, en arrière et en dedans. La partie inférieure est déviée en bas et en dedans. Il semble donc, en résumé, que le calcanéum ait subi une torsion autour de son axe antéro-postérieur; la moitié rétro-astragalienne a tourné de façon que la face interne devienne un peu supérieure; quant à la moitié sous-atragalienne son bord interne est relevé et porté en avant.

Il est intéressant de noter que le tissu de ce calcanéum est très raréfié. En arrière de la facette astragalienne (après l'ébullition dans une solution de carbonate de soude), on voit une véritable bulle.

La difformité de l'astragale est moindre. Son col est plus creusé, la tête, déjetée en dedans, a une face articulaire qui regarde notablement en bas. La perpendiculaire à l'axe du col fait avec l'horizon un angle de moins de 45°. En outre, la tête est diminuée par toutes ses dimensions, et surtout dans un diamètre vertical qui est de 0,029 à droite et 0,023 à gauche. L'astragale étant mis en place sur ses facettes calcanéennes, sa face supérieure regarde manifestement en bas et en dehors.

L'interprétation qu'il convient de donner aux lésions précédemment exposées semble assez claire. Il s'agit bien évidemment d'un pied-bot consécutif à une paralysie infantile. Sans doute, les commémoratifs font défaut. L'examen histologique de la moelle n'a pas été pratiqué. Mais cet examen n'eût guère été démonstratif : comment rechercher une lésion restreinte à quelques groupes cellulaires, et cela dans une moelle altérée par la décomposition cadavérique et par l'injection conservatrice? La nature des lésions musculaires, leur dissémination, leur distribution irrégulière sont autant de faits qui ne permettent de croire qu'à la paralysie infantile. Dès lors, la pathogénie est simple : les muscles sains, par leur tonicité, ont causé la déformation que nous constatons aujourd'hui. Peut-être aussi la marche entre-t-elle pour quelque chose dans la production du pied creux. Les auteurs varient sur l'importance relative que l'on doit attribuer à ces deux causes dans la déformation du calcanéum. On trouvera cette discussion dans la thèse de Schwartz (1). En tout cas, à la période actuelle, la permanence de la difformité est due aux lésions ostéo-fibreuses, survenues ultérieurement. Ici, les déviations osseuses sont fort complexes. Il ne peut guère en être autrement. L'irrégularité avec laquelle la paralysie infantile a frappé les divers muscles de la jambe se retrouve dans la déformation produite par les antagonistes restés sains. Vu l'essence même de la maladie causale, le pied-bot par paralysie infantile, revêtira les aspects les plus divers. Géraldès (2) insiste avec raison sur ce fait. Mais il a tort de penser que dans ces formes si variées on ne peut distinguer des types. « Ainsi, dit-il, le talus pathologique est quelquefois extrêmement creux. Or, sur une disposition aussi variable, serait-on en droit d'établir une variété? Je ne le crois pas. » Dans l'espèce, il semble au contraire que le talus pied creux mérite une place à part dans la description du pied-bot accidentel.

La paralysie infantile est d'ailleurs ordinairement considérée comme la cause à peu près univoque du talus pied creux. Cependant, j'ai pu observer cette année, dans le service de M. Lannelongue, une enfant chez laquelle cette étiologie reste douteuse. Voici un résumé de son observation qui m'a été remise par mon collègue et ami Hartmann.

Observation. — Jeanne Prévost, 10 ans 1/2. — Au dire de la mère, le pied gauche a toujours été dévié. L'enfant n'a jamais marché convenablement. Le pied est creux, en talus. Il fait avec la jambe un angle de 50 c. environ. La plante regarde un peu en dehors. Le tendon du court péronier latéral est luxé en dehors de la malléole externe et ne peut être ramené à sa position normale. Le membre gauche dans son entier est atrophié; il est de 3 c. 1/2 plus court que celui du côté opposé, et cette différence de longueur se répartit également entre la cuisse et la jambe. La circonférence du membre, elle aussi, est moindre qu'à droite, tant au niveau de la cuisse qu'au niveau du mollet. Aucune autre difformité sur le reste du corps.

Sans doute, le renseignement donné par la mère est loin d'avoir une valeur absolue, et l'atrophie musculaire considérable est plutôt contraire à l'hypothèse d'un pied-bot

(1) Schwartz.— *Des espèces de pied bot et de leur traitement.* Thèse agr. 1882. P. le pied bot talus, V. p. 32, 48, 118.

(2) Giraldès. — *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants,* rec. par Bourneville et Bourgeois; 1869, p. 80.

© BIU Santé

congénital. Mais la luxation du tendon du court péronier latéral est un argument sérieux en faveur de cette opinion. Le même phénomène se rencontre dans une observation de Nicoladoni (cité par Schwartz), où la plante du pied était toutefois plate.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'internat des femmes.

Dans un de nos précédents numéros (p. 610), nous avons annoncé que le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, consulté sur la question de savoir si les *étudiantes en médecine, externes des hôpitaux*, devaient être admises, ainsi qu'elles le réclamaient, à prendre part au concours de l'internat, avait répondu par l'affirmative. On aurait pu croire la question tranchée, d'autant plus que, conformément aux règlements mêmes de l'Administration, les externes des hôpitaux *sont obligés* de concourir à l'internat. Mais il n'en est pas ainsi. La décision du Conseil de surveillance, conforme aux règlements et à la logique, a été vivement critiquée. Tandis que la demande des étudiantes en médecine était appuyée par une partie du corps médical des hôpitaux, une autre partie protestait contre l'admission des étudiantes au concours de l'internat. La *France médicale* s'est faite l'organe des protestataires et son article a été le point de départ d'une vive polémique dans la presse politique.

Nous avons dit autrefois notre opinion sur les inconvénients que nous semblait présenter pour les femmes la profession médicale. Nos sentiments sont restés les mêmes et nous croyons qu'il y a tout avantage pour les femmes à choisir une autre profession, plus en harmonie avec leur organisation physiologique.

Les conseils que nous formulions n'avaient aucunement pour but d'interdire aux femmes la profession médicale, mais seulement de les inviter à mûrement réfléchir avant de se décider. Partisan de la liberté professionnelle la plus large, nous ne pouvions aller au delà.

Depuis près de 20 ans, un certain nombre de jeunes femmes ont étudié la médecine, passé leurs examens ; elles ont été reçues *docteurs* et, remplissant les conditions exigées par la loi, elles ont le droit de bénéficier de tous les avantages attachés au titre de docteur en médecine. S'il prenait fantaisie aux doctoresses de concourir à l'agrégation, nous ne connaissons aucun règlement qui puisse y mettre obstacle. Rien ne s'oppose non plus à ce qu'elles fassent acte de candidature aux vacances de chaires des Facultés de médecine. Aucune loi, que nous sachions, n'empêcherait non plus un ministre galant de créer une chaire pour une doctoresse qui se serait signalée dans une spécialité par de brillants travaux. Voilà pour la Faculté.

Examinons maintenant la question au point de vue de l'Assistance publique. Cette administration, à l'origine, c'est-à-dire quand les étudiantes en médecine ont réclamé leur admission au concours de l'*externat*, pouvait répondre par un refus ; dire qu'elle consentait à laisser les étudiantes venir dans ses hôpitaux suivre les visites des médecins, parce qu'elle s'est engagée envers la Faculté à ouvrir ses portes à tous les étudiants en médecine, mais qu'étant satisfaite de ses externes masculins elle n'avait pas besoin des services des étudiantes.

L'Administration s'est montrée plus libérale : elle a autorisé les étudiantes à concourir pour l'externat. Toutes celles qui ont concouru ont été reçues, croyons-nous, et en général dans un rang très honorable. Elles se sont acquittées de leurs fonctions à la satisfaction de leurs chefs. Aucune plainte n'a été formulée contre elles ni par les malades, ni par les directeurs des établissements hospitaliers. Par conséquent, elles n'ont pas donné à l'Administration de motifs de regretter sa décision.

Aujourd'hui les étudiantes, obéissant aux règlements mêmes de l'Administration, lui demandent de profiter des avantages que leur confère le titre d'externes et de concourir pour l'internat. Le Conseil de surveillance, qui n'est certes pas révolutionnaire, donne un avis favorable et, néanmoins, l'Administration, qui paraît ne pas savoir exactement ce qu'elle veut et ne pas avoir réfléchi à ce qu'elle faisait en prenant sa première décision, se montre peu disposée à suivre l'avis de son Conseil.

Eh bien, nous sommes convaincu que M. le Préfet de la Seine et M. le Ministre de l'intérieur se montreront plus libéraux que l'Administration de l'Assistance publique, qu'ils donneront raison au Conseil de surveillance et que les *étudiantes-externes* seront autorisées à concourir pour l'internat. Si elles sont nommées et si elles s'acquittent de leurs fonctions d'internes avec le même dévouement qu'elles se sont acquittées de leurs fonctions d'externes, nous ne voyons pas que, dans l'avenir, il soit possible, jouissant de droits conquis par des concours sérieux et des services rendus, de les empêcher de concourir pour des fonctions plus élevées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de Blois.

SECTION DE MÉDECINE (*suite*).

Séance du 6 septembre (matin).

M. MOTAIS (d'Angers) présente un *ongle chirurgical* dont il indique brièvement les avantages et les applications ; ce petit appareil renforce l'ongle et rend de grands services dans les cas où le chirurgien est appelé à pratiquer avec le doigt des décollements ou des déchirements ; on sait qu'en pareil cas l'ongle ne tarde pas à se ramollir et à perdre ainsi toute sa force ; avec l'ongle chirurgical, on évite cet inconvénient. D'autre part, la pulpe du doigt n'est aucunement recouverte par l'instrument, en sorte que l'opérateur n'est nullement privé des ressources que lui fournit le toucher. C'est une modification de l'ongle d'Amussat, et M. Motais pense que la simplicité de l'instrument en rendra l'usage fréquent et avantageux.

Discussion : M. NICAISE rappelle que l'invention de l'ongle chirurgical est bien antérieure à Amussat ; puis, M. Motais ayant expliqué comment il s'était à plusieurs reprises servi de l'ongle chirurgical pour aller détacher les ganglions axillaires dans des opérations de cancer du sein, M. Nicaise fait remarquer que cette pratique ne lui paraît pas exempte de danger, et que l'on risque ainsi de blesser la veine axillaire ;

© BIU Santé

il vaut mieux, suivant lui, prolonger l'incision et aller énucléer les ganglions avec les doigts désarmés. M. Motais répond que, vu la disposition de son instrument qui n'est pas coupant, il croit que le danger que redoute M. Nicaise est à peu près nul; d'ailleurs, la pulpe de l'index restant libre, l'opérateur bénéficie de tous les renseignements fournis par le toucher; il est armé d'un instrument intelligent.

M. Motais fait une seconde communication *sur la capsule de Tenon au point de vue anatomique et physiologique*. L'orateur fait remarquer qu'il existe de nombreuses lacunes dans la description anatomique et physiologique de la capsule de Tenon; il s'est appliqué à combler autant que possible ces lacunes, et pour atteindre ce but, il a pris la voie de l'anatomie comparée. Ses recherches, très minutieuses et très bien conduites, lui ont montré dans la capsule de Tenon deux parties, ou plutôt deux couches, aussi distinctes au point de vue anatomique qu'au point de vue physiologique; l'un de ces feuillets, le feuillet bulbaire, est destiné au globe oculaire, tandis que l'autre, ou feuillet musculaire, se rattache par sa destination aux muscles de l'œil. Cette disposition est de nature à modifier ou à étendre nos connaissances actuelles relativement à certaines associations de fonctions des muscles de l'œil; elle peut notamment fournir, pour le traitement du strabisme, des indications qui pourront être utilisées. — Nous regrettons de résumer aussi brièvement et en nous bornant à en indiquer les lignes générales, la très intéressante communication de M. Motais; mais on comprend que de pareils travaux ne peuvent guère être résumés. Ajoutons que M. Motais a présenté à l'appui de son travail une très belle collection de pièces, sèches ou conservées dans l'alcool, relatives à l'anatomie de la capsule de Tenon dans la série animale.

M. Delthil fait une communication *sur le traitement spécifique de la diphthérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz*. L'orateur rappelle la communication qu'il a faite sur ce sujet à l'Académie de médecine en mars 1884; depuis cette époque, il a pu rassembler de nouveaux cas de guérison, et sa statistique actuelle donne 29 guérisons sur 29 cas traités; parmi les personnes qui ont soigné les petits malades, et qui sont au nombre de 182, il n'y a eu qu'un cas de contagion, et ce cas même a été extrêmement bénin. M. Delthil explique comment il a été amené à employer ce traitement; il est parti de la composition même de la plaque diphthéritique telle qu'elle a été décrite par Laboulbène. Pour lui, les vapeurs résultant de la combustion des hydrocarbures sont éminemment propres à dissoudre la matière grasse qui sert en quelque sorte de trame à l'agrégat diphthéritique; il leur attribue en outre une action microbicide; enfin, elles réchauffent la pièce et l'air respiré par le malade. Sans se prononcer encore d'un façon bien affirmative à cet égard, M. Delthil pense que, dans ce mode de traitement, le rôle principal appartient à la benzine. Les vapeurs sont très bien supportées, tant par le malade que par les personnes qui l'assistent, à la condition toutefois qu'on emploie le goudron de houille et non le goudron de Norwège, car la combustion de ce dernier provoque invariablement la toux. M. Delthil espère que ce mode de traitement, qui lui a donné de si heureux résultats, ne tardera pas à se généraliser; il n'exclut d'ailleurs aucune des autres médications qui pourraient être jugées utiles.

M. Leudet (de Rouen), fait une très intéressante communication sur la *curabilité de l'artérite syphilitique*. L'orateur résume d'abord en quelques mots l'observation du malade; il s'agit d'un homme qui, ayant eu la syphilis, fut traité par les moyens ordinaires et parut guéri; mais quelque temps après on nota chez lui une mauvaise humeur qui ne lui était pas habituelle, un affaiblissemt de la mémoire, une céphalalgie frontale assez accusée; en même temps on observait qu'une branche de l'artère temporale superficielle gauche avait augmenté de volume, et qu'elle formait un cordon douloureux au toucher et d'un diamètre à peu près double du diamètre normal; les autres branches de l'artère étaient demeurées intactes. — Sept mois après on observait, du côté droit, un phénomène absolument identique; la branche droite s'oblitérait comme la gauche, et les accidents cérébraux présentaient une recrudescence marquée; le malade fut soumis à un traitement anti-syphilitique; la guérison marcha d'une façon progressive et simultanée dans les deux vaisseaux envahis, et les accidents cérébraux disparurent à leur tour. Passant alors à l'étude de ce fait intéressant, M. Leudet constate d'abord qu'il est difficile de mettre en doute que ce malade fût un syphilitique, car il avait présenté tous les symptômes de la syphilis. L'artérite, dans ce cas, a fait son apparition quatre ans après l'infection syphilitique; elle a présenté ce caractère, à la fois très rare et très favorable à l'étude clinique du fait, d'atteindre une branche artérielle accessible à la vue et au toucher. L'orateur rappelle ensuite que l'artérite syphilitique a été étudiée il y a près de vingt ans par Samuel Wilks, par Bristowe, par Heubner et par Lancereaux; depuis 1874 elle a attiré successivement l'attention de Baumgarten, de Greenfield et encore de Lancereaux; il résulte de ces travaux, et aussi de l'étude clinique du fait qui vient d'être rapporté, qu'il existe bien réellement une artérite syphilitique, mais cette artérite ne présente aucun caractère spécifique. Ce qu'elle a de plus spécial, c'est sa curabilité; il faut noter aussi que sa marche est rapide et qu'elle aboutit promptement à l'oblitération du vaisseau; enfin la lésion est, en général, bien limitée, bien localisée; elle est, en outre, bilatérale et symétrique, et l'on sait que la symétrie est l'apanage ordinaire de la syphilis. On peut ajouter que l'artérite syphilitique ne devient pas athéromateuse; on n'y rencontre ni fusées, ni écailles comme dans l'athérome; c'est bien une arthérite aiguë; les battements de l'artère s'affaiblissent puis disparaissent, et des phénomènes douloureux se manifestent; on prescrit le traitement antisypilitique ordinaire, les battements reparaissent, la perméabilité se rétablit, les phénomènes douloureux et cérébraux disparaissent, et tout rentre dans l'ordre. Enfin, lorsqu'on voit ces phénomènes pathologiques se produire sur une artère accessible à la vue et au toucher, il n'est pas interdit de supposer que des phénomènes analogues peuvent se produire dans les vaisseaux intra-crâniens; à ce point de vue, il est intéressant de remarquer que, chez le malade dont il s'agit, les symptômes cérébraux se sont amendés en même temps que disparaissaient les lésions intra-vasculaires dont la marche pouvait être suivie par l'œil et par le doigt.

M. Cagny fait une communication sur l'*emploi de la ligature élastique dans la chirurgie vétérinaire*.

M. Duplouy présente un malade atteint d'un *commencement d'ossification de la cloison des corps caverneux*: cette lésion est extrêmement gênante pour le malade; elle entrave l'érection et détermine de vives douleurs au moment de l'éjaculation. M. Duplouy pense cependant qu'il n'y a pas lieu d'avoir recours à une intervention chirurgicale; l'ablation, en effet, laisserait une cicatrice aussi gênante que la lésion elle-même.

M. Verneuil a observé ou connu quelques faits analogues, et en pareil cas, le malade était toujours glycosurique; il demande que l'on examine à ce point de vue l'urine du malade; il pense, comme M. Duplouy, qu'il n'y a pas lieu d'opérer ce malade. (Il n'a point été rendu compte à la section de l'examen des urines; nous croyons savoir cependant que le résultat a été négatif).

M. François-Franck fait une communication très importante *sur quelques réactions de la sensibilité du cœur*; il rappelle que cette sensibilité a été tour à tour niée et admise; actuellement, en physiologie, on croit que le cœur peut être le point de départ de réactions circulatoires; en clinique on paraît admettre, ou peu s'en faut, que les maladies organiques du cœur sont indolentes; M. Franck pense qu'il faut modifier un peu cette opinion; il se propose de toucher seulement à quelques points du sujet, et notamment à la question des intermittences; le malade qui

© BIU Santé

présente des intermittences cardiaques n'accuse le plus souvent qu'une sensation de choc ; il est toutefois, en ce cas, une autre sensation qui ne peut guère être nettement discernée que par un médecin, c'est la sensation de pause prolongée du cœur. Ces phénomènes sont passagers chez certains sujets, habituels chez d'autres ; bien des réveils brusques sont certainement dus à la sensation du choc. Les sensations dont il s'agit peuvent être simplement pénibles ; mais elles peuvent aussi être extrêmement douloureuses, ainsi qu'il arrive dans les cas de rupture des valvules ou de rupture du cœur ; on voit donc que, soit chez les malades, soit chez les sujets bien portants, la sensibilité cardiaque est constante et consciente. — Enfin, dans l'angine de poitrine, la douleur, qu'elle soit brachiale ou qu'elle ait un autre siège, paraît avoir pour point de départ le myocarde lui-même. — Passant ensuite aux réactions respiratoires, M. Frank étudie rapidement, d'une part, le spasme des bronches et, d'autre part, le spasme des vaisseaux pulmonaires dans leurs rapports avec certaines dyspnées cardiaques ; et abordant enfin l'étude des réactions qui se passent du côté des vaisseaux et du côté du cœur lui-même, il fait remarquer que l'on ne connaît bien actuellement que les réactions dépressives, mais qu'il en est d'autres non moins intéressantes à étudier, non moins importantes à connaître, qui sont caractérisées par l'augmentation d'activité du muscle cardiaque, et qui sont exactement inverses des réactions dépressives.

A propos de cette communication, M. Nicaise rappelle un fait observé dans le service de M. Gallard ; il s'agissait d'un homme qui était entré à l'hôpital avec des phénomènes gastriques et intestinaux qui simulaient ceux d'un empoisonnement ; il sortit amélioré, mais fut obligé de rentrer quelques jours après, et il mourut très peu de temps après sa seconde entrée : un fardeau qu'il voulait saisir avait fait pénétrer dans les chairs une épingle ou une aiguille qui retenait sa blouse ; cette aiguille s'était placée obliquement dans le péricarde, de façon que le cœur venait gratter contre sa pointe ; l'aiguille avait ainsi creusé dans le tissu cardiaque une petite cavité. Aucun diagnostic ne fut porté pendant la vie ; il est curieux de noter toutefois que les phénomènes intestinaux avaient pu faire penser à un empoisonnement.

M. Brémond fait une communication *sur l'action de l'ozone dans le traitement du rhumatisme au moyen des bains de vapeur térébenthinés*. Ce travail n'est que le résumé des recherches déjà publiées par l'auteur.

Séance du 6 septembre (soir).

M. Dally fait une communication *sur les manipulations thérapeutiques* ; on désigne trop souvent ces manipulations sous le nom de massage, oubliant que le massage ne constitue que l'une de ces manipulations. Les manipulations sont avant tout un moyen résolutif, et à ce point de vue elles rendent de grands services, surtout si l'on a soin de leur associer, comme cela est indiqué dans la plupart des cas, une gymnastique appropriée. Certaines dyspepsies, et particulièrement celles qui se rattachent à la polysarcie péri-stomacale, cèdent rapidement à l'emploi des manipulations ; il en est de même de certains œdèmes cardiaques que des frictions centripètes dissipent promptement ; ces pratiques sont encore utiles dans les varices, et dans plusieurs autres affections qu'il serait trop long d'énumérer ; mais il faut d'abord étudier cette partie de l'art pour la pratiquer utilement. M. Dally regrette que l'on n'enseigne pas cette branche de la médecine, et que chaque Faculté de médecine ne soit pas pourvue d'un gymnase qui relèverait de la chaire de physiologie et servirait à la fois à l'étude et à la pratique des mouvements. Le jour où les médecins français étudieront et pratiqueront ce mode de traitement, qui n'est point, quoi qu'on puisse penser ou dire, indigne de notre profession, ils ne verront plus leurs malades aller chercher bien loin, dans les luxueux établissements de l'étranger, des soins qu'eux-mêmes pourront leur donner avec une pleine compétence et un plein succès.

Au nom de MM. Pasteur et Roux, et en son nom personnel, M. Dujardin-Beaumetz fait une communication *sur la désinfection des locaux ayant été occupés par des malades atteints d'affections contagieuses*. L'orateur expose que ces recherches ont dû nécessairement être instituées dans une direction qui fût aussi pratique que possible ; le problème étant ainsi limité, on ne pouvait songer à utiliser que des gaz comme agents de désinfection. Plusieurs gaz ont donc été étudiés successivement ; on a reconnu que le brome ne possédait pas une force de pénétration suffisante ; le nitrosyle donne naissance à l'acide hypoazotique, qui a le grand inconvénient de détruire les tentures ; le chlore, en raison de ses propriétés, et l'ozone, en raison des difficultés de sa production, ne peuvent être mis entre les mains de tout le monde ; restait donc un seul gaz, l'acide sulfureux, qui n'altère pas les couleurs, et dont la force de pénétration est considérable. C'est sur ce dernier agent de désinfection que la commission a porté son choix. Il existe trois moyens pratiques d'obtenir l'acide sulfureux : 1° Le premier de ces moyens est la simple combustion du soufre ; c'est un procédé commode et qui se recommande par le bon marché ; 20 grammes de soufre par mètre cube représentent une dose suffisante, et pour assurer la combustion complète du soufre, il suffit de verser à sa surface, avant de l'allumer, une certaine quantité d'alcool. A la vérité, divers objets, tels que les boutons des portes et même les vitres, sont légèrement altérés. Si l'on recherche quelle est la valeur antiseptique de cet agent, on trouve que la proportion de 20 grammes par mètre cube détruit tous les virus (sauf le virus charbonneux), à la condition que ces virus soient à l'état liquide ; mais si les virus sont secs, ils ne sont pas nécessairement détruits, et le vaccin desséché, par exemple, ne perd pas ses propriétés. — 2° Le second procédé est le procédé Pictet ; on sait que ce chimiste emmagasine l'acide sulfureux dans des siphons qui contiennent chacun 730 grammes d'acide sulfureux liquide. On pratique un trou dans la porte et, à l'aide d'un tube en caoutchouc, on insuffle l'acide sulfureux liquide dans un récipient disposé à cet effet ; on obtient ainsi les mêmes effets que par la combustion du soufre ; le pouvoir de pénétration est même plus considérable, mais le prix de revient est notablement plus élevé ; chaque siphon, en effet, coûte 5 fr., et il faut un siphon par 20 mètres cubes. — 3° Enfin, on peut obtenir de l'acide sulfureux par la combustion du sulfure de carbone ; il faut alors avoir recours à une lampe spéciale que M. Dujardin-Beaumetz présente à la section ; le prix de cette lampe est relativement élevé ; mais c'est là une dépense une fois faite, et l'on peut, à l'aide de cette lampe, produire l'acide sulfureux d'une façon continue pendant plusieurs heures ; la quantité nécessaire pour désinfecter 100 mètres cubes est de 2 kil. 300 grammes. — Quel que soit le procédé que l'on emploie, il est indispensable de laisser l'acide sulfureux dans la chambre bien close pendant vingt-quatre heures.

M. Teissier fils fait une communication *sur les cardiopathies d'origine spinale*. L'orateur constate que l'on n'a guère étudié jusqu'ici les cardiopathies liées à des lésions localisées de la moelle épinière ; il peut exister, suivant lui, dans ces cas, soit des troubles trophiques du côté des valvules, soit des dilatations cardiaques. Chez deux tabétiques, il a trouvé des perforations valvulaires ; mais ce n'est pas seulement chez les ataxiques, où elles ont été signalées par Friedreich, que ces lésions peuvent se rencontrer, et des lésions semblables peuvent, et doivent sans doute exister, dans les cas où les signes de l'insuffisance aortique apparaissent brusquement chez des sujets atteints de myélite. D'autre part, chez un malade qui, dans un accident de chemin de fer, avait reçu une contusion à la nuque, M. Teissier a vu apparaître des troubles cardiaques caractéristiques d'une dilatation du cœur, et s'accompagnant de troubles vaso-moteurs très marqués du côté de la face et du cou ; ces phénomènes se sont amendés sous l'influence d'un traitement approprié. M. Teissier ajoute en terminant

© BIU Santé

que, lorsque l'attention des observateurs sera attirée de ce côté, on verra probablement s'élargir le cadre des cardiopathies d'origine spinale.

M. Nicaise fait une communication très intéressante *sur les causes de la localisation des cancers secondaires ;* il insiste tout d'abord sur la distinction très nette qu'il convient d'établir entre les causes du cancer primitif et celles du cancer secondaire ; parmi les hypothèses émises sur ce sujet, il en est une qui est très attrayante, c'est la théorie embryonnaire, proposée par Cohnheim ; malheureusement cette théorie est impuissante à rendre compte de la malignité des tumeurs ; plusieurs faits toutefois semblent venir à l'appui de l'hypothèse du professeur de Leipzig ou tout au moins d'une théorie un peu plus éclectique.

M. Nicaise rapporte l'observation d'une femme de 56 ans, atteinte d'un cancer du col de l'utérus, et qui portait en même temps une hernie graisseuse ombilicale irréductible ; tout d'un coup cette hernie s'indura et M. Nicaise se crut en présence d'un cancer de l'épiploon ; or, l'autopsie montra que la portion herniée était seule cancéreuse, tandis que la portion abdominale, aussi bien que la partie qui occupait le trajet ombilical, étaient demeurées saines ; c'est bien évidemment dans ce cas l'irritation subie par la portion herniée qui a déterminé la localisation du cancer secondaire. M. Verneuil a d'ailleurs fait connaître à M. Nicaise un fait qui présente avec le précédent de grandes analogies ; il s'agit d'un homme qui portait deux petites tumeurs cancéreuses dont le pédicule n'était nullement cancéreux ; l'une de ces tumeurs fut opérée ; le malade ne tarda pas à mourir d'un cancer du pylore, qui n'avait pas été diagnostiqué pendant la vie, et à l'égard duquel les deux autres petites tumeurs cancéreuses étaient manifestement secondaires ; dans ce cas encore, l'irritation était visiblement la cause de l'apparition du néoplasme secondaire. — M. Nicaise fait remarquer une fois de plus, en terminant, qu'il doit être bien entendu que les faits et les considérations qu'il vient d'exposer s'appliquent exclusivement à l'étiologie du cancer secondaire. R. de Musgrave Clay.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES.

SECTION DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE.

Séance du 11 août 1884.

M. Obersteiner (de Vienne) fait une communication sur le *Morphinisme et son traitement ;* ce dernier varie suivant les individus ; le plus souvent on se trouvera bien de procéder en diminuant peu à peu la dose ; quelquefois, on pourra sans inconvénients supprimer brusquement l'agent médicamenteux ; pendant toute la durée du traitement on trouvera de grands bénéfices de l'emploi de la cocaïne. On peut parfois prévoir avant de commencer la cure que, si on arrive à supprimer le poison, les phénomènes cérébraux qui existent n'en continueront pas moins après la suppression. Dans ces cas il vaut beaucoup mieux s'abstenir et ne pas entreprendre un traitement long, pénible et qui resterait sans résultats.

M. Adamkiewicz (de Krakau) fait part de ses recherches sur l'anatomie pathologique de l'*Ataxie locomotrice*. Suivant cet auteur, la lésion débuterait toujours par deux zones de sclérose symétriques, en forme d'S situées vers la partie moyenne et un peu supérieure des zones radiculaires postérieures.

Séance du 12 août. — M. Kjellberg (d'Upsal) parle des *affections cérébrales causées par l'excès de travail intellectuel*. Il cite d'abord son mémoire intitulé : *Influence du régime scolaire et des méthodes de l'enseignement actuel sur la santé de la jeunesse*, dans lequel il a montré que ce régime contraignait les élèves à passer la plus grande partie de leur journée en occupations intellectuelles ; qu'un travail aussi assidu aurait été considéré comme très dangereux pour le développement normal de l'enfant ; que le manque de sommeil et la vie sédentaire exerçaient sur son développement physique une influence pernicieuse. Puis il relate des cas d'affections cérébrales causées par l'excès de travail intellectuel et démontre l'analogie remarquable qu'elles présentent dans leur marche. Ces symptômes sont par ordre chronologique : le *mal de tête*, l'*insomnie*, la *torpeur intellectuelle et physique*. Le caractère de l'écolier change complètement ; bientôt se montrent une grande faiblesse musculaire, des mouvements spasmodiques, des hallucinations des sens, et quelquefois la perte soudaine de la connaissance. La cause déterminante doit être une congestion chronique partielle de la substance grise des hémisphères cérébraux, occasionnée par l'attention excessive soutenue trop longtemps et par l'insomnie. La statistique faite dans les écoles suédoises montre que les cas sont assez nombreux pour que les gouvernements se préoccupent de modifier ce dangereux état de choses.

M. Kjellberg fait une deuxième communication sur la *valeur des exercices corporels dans le traitement des maladies mentales*. Si l'on établit le bilan des aliénés admis dans les asiles en en exceptant les paralytiques généraux, et si l'on examine le registre de sortie, on peut voir que 40 ou 45 0/0 sont et restent, dès leur entrée, déclarés incurables. Ce n'est pas à la nature des maladies qu'il faut attribuer ce manque de résultats mais bien plutôt aux défauts du traitement. Parmi ceux-ci vient en première ligne le manque d'exercices corporels si utiles à la bonne régulation des fonctions vitales. La meilleure forme d'exercice corporel est sans contredit un travail réglé suivant la force et la santé du malade : on connaît les bons résultats obtenus dans les colonies agricoles. Mais il y a un grand nombre de malades auxquels cet excellent exercice n'est pas applicable. Il reste toujours dans les asiles un corps d'oisifs qui n'est pas inférieur à 50 0/0 du total de tous les malades : pour ceux-ci il faut des dispositions spéciales qui aujourd'hui manquent presque partout, en particulier des emplacements assez vastes pour de longues promenades et l'installation complète de tous les instruments de gymnastique. La condition nécessaire pour rendre effective cette méthode de traitement est que les malades aient pendant la nuit un repos complet : aussi le système des grands dortoirs doit-il être repoussé.

M. Paetz (d'Alt-Scherbitz) fait une communication qui se rapproche beaucoup de celle de M. Kjellberg : *sur le rôle des colonies agricoles dans le traitement des aliénés*. Il insiste encore plus que le précédent orateur sur le rôle prépondérant que les colonies sont appelées à jouer dans le traitement des aliénés : même les aliénés dont la maladie affecte une marche aiguë tireront un grand bénéfice de ces travaux en plein air dont l'utilité n'est plus à démontrer.

M. Lunier, répondant aux deux orateurs, dit que les colonies agricoles ont également produit en France de très bons effets, mais qu'il est nécessaire, afin d'éviter l'encombrement, de ne pas y envoyer indistinctement tous les malades. Il serait à souhaiter que ces colonies ne fussent pas trop éloignées des grands centres, vu les difficultés de transports et le besoin incessant de surveillance que doivent y exercer des médecins expérimentés.

M. Steenberg donne un *aperçu statistique sur les maladies mentales et les institutions psychiatriques des pays du Nord*. Nous aurons occasion de parler de l'hôpital de St-Hans dont il est directeur, nous retenons dans sa statistique les trois points suivants : la fréquence du suicide en Danemark, et du suicide par strangulation ; la forme mélancolique qu'affectent généralement dans leur cours les maladies mentales et enfin le rôle prépondérant de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale.

M. Rohmell (Danemark) vient à son tour affirmer qu'on trouve si souvent la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux, que celle-ci doit être très fortement incriminée dans la genèse de ces désordres mentaux. Cette syphilis qui date déjà de plusieurs années, au moment du début de la paralysie générale, a été généralement très bénigne, bien qu'également elle ait pu donner naissance à une série d'accidents plus graves. A l'autopsie, on trouve

© BIU Santé

comme lésions essentielles l'adhérence des méninges et l'athérome des artères basilaires. Le traitement spécifique ne guérit pas la maladie, il ne fait que retarder l'évolution : peut-être doit-on supposer que la syphilis a subi des modifications particulières dans sa nature.

M. Magnan, intervenant dans la discussion, rappelle qu'il est à la tête d'un service dans lequel sont centralisés en grande partie les paralytiques généraux du département de la Seine ; il a donc pu examiner un très grand nombre de cas. Les antécédents de chaque malade ont été très soigneusement relevés et il s'en faut qu'on doive incriminer la syphilis dans des proportions aussi considérables que celles apportées par les deux précédents auteurs. Sans donner des chiffres très précis qu'il lui sera facile du reste de se procurer bientôt, M. Magnan pense que la statistique est assez peu élevée, pour qu'on ne voie là qu'une question de coïncidence. Lorsque l'hérédité, cette grande cause génératrice, existe, la syphilis peut être la cause occasionnelle, elle n'est pas la cause efficiente : elle ne l'est jamais dans aucun cas. La syphilis peut donner naissance à des lésions cérébrales limitées, pouvant simuler la paralysie générale, mais jamais, dans ces cas, le tableau symptomatique si saisissant de cette affection n'est complet. En outre, dans ces cas, l'iodure de potassium produit des résultats excellents, et de l'aveu même des deux auteurs, le traitement antisyphilitique est resté inefficace dans la majorité des cas qu'ils avaient observés.

M. Ramaer (de la Haye) fait une communication sur l'*analyse psychique comme fondement du diagnostic psychiatrique*.

M. Gilles de la Tourette présente, au nom de M. Charcot, un album renfermant les *photographies* de tous les cas intéressants observés à la Salpêtrière, et fait une communication : *Sur la salivation dans les maladies nerveuses, au point de vue physiologique*.

Séance du 14 août.

M. Friedenreich (de Copenhague) fait une communication sur la *sclérose latérale amyotrophique*. L'auteur n'insistera pas sur les lésions bien connues de cette affection dont aujourd'hui on ne saurait plus nier l'existence, il se contentera de présenter quelques considérations particulières portant à la fois sur l'anatomie pathologique et la clinique. C'est ainsi que, suivant lui, l'altération de la substance blanche n'est pas bornée aux seuls faisceaux pyramidaux, mais elle occupe à un degré moins élevé presque la totalité des cordons antéro-latéraux et surtout leurs parties profondes. Il faut donc diviser en quatre groupes les faits d'atrophie musculaire progressive :

1° L'atrophie musculaire progressive héréditaire ou *infantile* avec ou sans lipomatose excessive (paralysie pseudo-hypertrophique).

2° A la forme dite *juvénile*, forme assez rare, dont les autopsies sont très peu nombreuses, qui paraît être analogue à la forme infantile.

3° La *sclérose latérale amyotrophique*, maladie commune à lésions bien déterminées.

4° L'*amyotrophie spinale protopathique* dont la lésion anatomique doit être l'atrophie des cellules motrices de la moelle sans lésion de la substance blanche.

M. Friedenreich croit qu'on peut regarder ces derniers cas comme des exemples atypiques de la sclérose latérale amyotrophique.

M. Roth (de Moscou) fait également une communication sur la *sclérose latérale amyotrophique*, présentant beaucoup d'analogie avec celle de M. Friedenreich. Après avoir affirmé l'existence de cette affection, l'auteur donne une classification des atrophies musculaires dans laquelle il est amené à nier presque complètement l'existence de l'atrophie musculaire type Aran-Duchenne qui, dit-il, « n'est pas bien caractérisée par des observations cliniques suivies d'autopsies. » Quant aux atrophies musculaires infantiles, M. Roth admet la forme héréditaire avec ou sans pseudo-hypertrophie, et remplace la forme non héréditaire (paralysie infantile), en s'appuyant sur l'examen d'un cas où les lésions du système nerveux faisaient défaut, par une forme nouvelle d'*atrophie musculaire progressive, essentiellement protopathique* sans lésions nerveuses.

M. Gilles de la Tourette dit qu'au nom de la clinique et de l'anatomie pathologique, il est très difficile de souscrire aux opinions émises par les deux précédents orateurs et particulièrement par M. Roth. S'il est vrai que la découverte par M. le professeur Charcot d'une affection médullaire aussi bien caractérisée que la sclérose latérale amyotrophique n'a pas peu contribué à éclairer d'un nouveau jour le groupe des atrophies musculaires progressives, il n'en est pas moins certain que l'atrophie musculaire protopathique (type Aran-Duchenne) est sortie victorieuse de cette épuration. Les observations cliniques qui abondent montrent que ce type a une allure toute spéciale et une caractéristique toute particulière sur laquelle insiste M. Charcot : l'*absence de l'exagération des réflexes tendineux*, laquelle est une des caractéristiques de la sclérose latérale amyotrophique lorsqu'il n'existe pas encore de trépidation spinale. La marche des deux affections n'est pas non plus la même, la sclérose latérale amyotrophique envahit rapidement le bulbe et tue beaucoup plus rapidement que l'atrophie musculaire protopathique. Quant aux examens anatomiques qu'on dit si peu nombreux, l'auteur regrette de ne pouvoir immédiatement établir une statistique des faits récents observés par des observateurs expérimentés. De même, il pense que la téphromyélite antérieure, plus connue sous le nom de paralysie infantile, ne doit pas être rapprochée de la paralysie pseudo-hypertrophique (même sans pseudo-hypertrophie) comme le veut M. Friedenreich, ou remplacée par une nouvelle forme établie par M. Roth sur un seul cas. La clinique montre encore qu'il y a là des différences capitales avec la forme pseudo-hypertrophique : début, marche, tout est différent ; quant à l'anatomie pathologique, après les observations consignées dans la thèse de Duchenne (fils), les travaux de MM. Roger et Damaschino, et la relation toute récente de deux cas examinés à une époque très rapprochée du début par ce dernier auteur, dont la compétence en pareille matière est hors de pair, on ne saurait mettre en doute l'existence, comme entité morbide définie, de la paralysie infantile.

M. Zambaco fait une communication sur les *exaltations religieuses en Orient*. (Voir p. 774.) — Dans la discussion qui s'élève sur la nature de ces mouvements convulsifs MM. Magnan et Gilles de la Tourette disent que ce sont là, chez les hommes comme chez les femmes, de simples phénomènes hystériques, et qu'aujourd'hui il est parfaitement démontré que les individus exerçant les professions qui paraissent prêter le moins à la nervosité peuvent avoir des attaques très bien caractérisées.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE

SESSION DE LA HAYE

A M. le Dr Bourneville, directeur du *Progrès médical*.

Paris, le 15 septembre, 1884.

Mon cher ami,

Pendant la durée du congrès de La Haye j'ai eu l'occasion de visiter, soit seul, soit avec les délégués du Conseil municipal de la ville de Paris, un certain nombre d'établissements publics ou privés et de prendre quelques notes relatives aux conditions hygiéniques que j'y ai observées. Je résume ces notes dans cette dernière lettre.

L'hôpital civil de La Haye dont M. le Dr van Tienoven est le médecin en chef, est à la fois un hôpital et une maison de santé — Hôtel-Dieu et Maison Dubois réunis. — De plus, un quartier réservé aux prostituées a toute l'allure et le régime d'une prison. C'est une sorte de Saint-Lazare.

Au point de vue de la construction c'est quelque chose comme notre hôpital des cliniques. Petites salles de 8 ou 10 lits éclairées à un bout par des ouvertures assez larges sur le jardin ; et à l'autre bout, un second jour, sur un couloir vitré

© BIU Santé

qui permet à l'air d'une salle d'aller circuler dans la salle voisine suivant la direction du courant d'air. Tout a été dit sur les vices rédhibitoires de notre nouvelle clinique au point de vue de l'hygiène. C'est ici la même chose : moins soigné seulement comme construction et infiniment moins bien tenu.

Vous voyez, mon cher ami, qu'il serait inutile de vous parler de cet hôpital, s'il ne s'y trouvait un curieux pavillon d'isolement, imaginé par M. le Dr van Tienoven, pour recevoir le premier cas de choléra qui pourrait se présenter. C'est une baraque en bois meublée d'ustensiles de bois, écuelles, gobelets, etc., qui peuvent être tous détruits par le feu. Une cheminée d'appel entraîne vers un foyer toujours allumé l'air qui a servi à ventiler la baraque et c'est dans ce foyer (assez compliqué), et qu'on entretient incessamment de l'extérieur, que se trouvent détruits les linges, les effets, les déjections provenant de la baraque. Le malade doit être soigné là par un médecin qui vit avec lui jusqu'à la fin de la maladie. En cas de mort, le cadavre doit être incinéré. C'est le comble de la prophylaxie et il est bien certain qu'au point de vue théorique c'est parfait. Mais quelles difficultés pratiques ! Aussi notre sympathique et distingué confrère, le Dr van Tienoven n'a pas vu son système chaudement approuvé par les membres du congrès à qui il l'a montré. D'ailleurs, ce pavillon un peu compliqué, n'a pas été essayé et il est difficile d'affirmer que ce luxe de précautions suffiraient à empêcher l'extension d'une épidémie. Aussi bien cette épidémie pourrait se déclarer par plusieurs cas simultanés, il faudrait pouvoir disposer d'autant de pavillons qu'il se présenterait de malades, et immobiliser autant de médecins. Les pavillons d'isolement ordinaires qui sont installés et qui fonctionnent à l'hôpital de La Haye sont au contraire suffisants pour la plupart des maladies épidémiques.

Les écoles de La Haye, surtout les dernières construites, répondent à tous les désidérata de l'hygiène scolaire. Elles sont égales à nos meilleures. L'éclairage par de larges baies est *unilatéral*, le jour arrivant à la gauche de l'élève. Là, comme dans beaucoup de pays, et comme chez nous, le point faible c'est le cabinet d'aisances dont la propreté laisse généralement à désirer.

Il existe, près de la Cathédrale et de l'hôtel-de-ville, une école pour les idiots et les enfants arriérés. C'est un établissement privé, subventionné par la ville et par l'Etat. Il a été fondé en 1854 par un médecin, un pasteur protestant et un instituteur et fut ouvert le 15 mai 1855 avec 11 élèves. Il en a maintenant 40 ou 50 qui sont logés à l'établissement, et un nombre variable d'externes. La maison où il est installé n'était en aucune façon destinée à servir d'école, c'était l'habitation d'un notaire et c'est tant bien que mal — plus mal que bien — qu'on a aménagé les constructions existantes et ajouté des constructions nouvelles. Le dortoir des idiots gâteux est tenu avec un souci réel de la propreté ; chaque lit est pourvu d'un matelas divisé en trois parties ; la partie médiane peut être chaque jour vidée de la balle d'avoine ou du varech qu'elle contient et la taie peut être lessivée. Les plus louables efforts sont faits pour l'instruction de ces pauvres déshérités. Il est regrettable d'avoir à ajouter que la trique sévit avec intensité parmi eux et qu'on semble n'y prêter qu'une attention médiocre.

Il a été fait à La Haye des essais nombreux pour l'amélioration de l'habitation des ouvriers et des petits employés. Des sociétés se sont fondées pour la construction de maisons ouvrières. Nous avons visité attentivement quelques-uns des principaux groupes. Dans Van Clogendropstraat 42 maisons servent à loger 168 familles. Chaque maison est divisée en 4 parties formant pour ainsi dire 4 maisons distinctes ; chacune se trouve composée : au rez-de-chaussée d'une chambre, d'une cuisine, d'un cabinet d'aisance, et d'une cave. En haut il y a 2 petites chambres. Ces constructions ont été élevées sur des terrains à 5 florins (soit environ 10 fr. 50) le mètre. Un bloc de 4 habitations revient à 4,000 florins (8,000 francs). Ces habitations se louent de 1 florin 65 à 1 florin 80 par semaine (environ 3 fr. 50 à 4 fr.). Le salaire moyen des ouvriers qui y habitent est de 10 à 12 florins (21 à 26 francs) par semaine.

Ces maisons sont assez salubres ; les fenêtres sont pourtant un peu petites, mais chaque maison ayant son petit jardin et les blocs étant séparés par des rues très larges l'aération n'est pas complètement insuffisante. Une borne-fontaine entre quatre blocs fournit l'eau à 16 familles.

Dans Cloefkade on loge 141 familles. Le prix de revient de la construction pour l'habitation de chaque famille est d'environ 1,300 florins. Le prix de location est de 1 florin 80 par semaine. Le nombre des pièces est le même que dans les habitations dont je viens de vous parler.

Dans Paramaribostraat un autre groupe est distribué de la même manière mais les pièces sont un peu plus grandes, la construction et la décoration sont plus soignées ; le prix est de 2 florins 1/2 (soit 5 fr. 25) par semaine.

En somme, on a fait un pas décisif dans la voie de la réforme des logements ouvriers. On pourrait faire mieux encore si les compagnies ne voulaient pas, comme elles le font, retirer 7 0/0 de leurs locations.

Dr Robert Piquet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 septembre 1884. — Présidence de M. Larrey.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Oulmont, membre de la section de thérapeutique.

M. Leroy de Méricourt lit, au nom de M. Bourru, un travail relatif à l'emploi de l'*acide sulfureux comme désinfectant*. Du travail de M. Bourru il résulte que, grâce à l'acide sulfureux, des bâtiments occupés par des malades atteints de la diphthérie et de la rougeole, ont pu être habités ultérieusement par d'autres malades, qui n'ont contracté ni l'une ni l'autre de ces deux maladies. M. Bourru ajoute que cette méthode est parfaitement applicable aux navires, et que certaines précautions, faciles à prendre, garantissent les machines.

M. Proust lit, au nom de M. Gautier, un *rapport sur les eaux minérales*.

M. Mélus fait la lecture d'un *rapport sur les remèdes secrets*.

A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 15 février 1884. — Présidence de M. Cornil.

39. Squirrhe atrophique des deux seins. — Infiltration cancéreuse de la colonne vertébrale ; par M. Blanchard.

La nommée Pol..., Rosalie, âgée de 41 ans, blanchisseuse, entre le 5 février 1883 (service de M. Nicaise), salle Chassaignac, n° 7.

Cette malade n'a aucun antécédent héréditaire. Elle a toujours joui d'une bonne santé étant jeune. A l'âge de 25 ans, elle accouche d'un enfant qui, actuellement encore, est bien portant. A 29 ans, second enfant, qui meurt à l'âge de 5 ans d'une méningite tuberculeuse. Elle a nourri ses deux enfants. Pendant qu'elle nourrissait le second (1872), elle eut un abcès au sein gauche. Cet abcès s'est ouvert spontanément après un mois de souffrance et s'est cicatrisé en dix jours. Depuis cette époque, la partie supérieure du sein qui avait été le point de départ de l'abcès, est restée indurée, mais le sein conservait sa forme normale.

Jusqu'en 1880, l'état général de la malade fut excellent ; mais à cette époque, elle commença à ressentir des douleurs dans le sein gauche, avec des irradiations dans tout le côté gauche du corps. En même temps, le sein diminuait de volume et augmentait de consistance. Il n'y eut jamais d'écoulement par le mamelon. Dans le courant de 1882, elle eut également des élancements douloureux dans le sein droit, et en octobre 1882, elle entrait à la Charité, dans le service de M. Després. Ce chirurgien constata l'existence de tumeurs dans les deux seins et ne fit pas d'opération.

Pendant son séjour à la Charité, la malade ressentit dans les membres inférieurs des douleurs fugaces, mais lancinantes. Ces douleurs la faisaient boiter, et étaient surtout violentes à gauche. Elles persistèrent, et les membres inférieurs devinrent de plus en plus faibles, si bien que depuis le mois de janvier 1883, la malade ne peut plus se tenir

© BIU Santé

debout. En janvier 1883, elle eut également des douleurs dans les épaules et la région lombaire. Elles affectaient le caractère des douleurs en ceinture, étaient intermittentes et toujours plus prononcées à gauche. — Constipation habituelle; jamais de troubles du côté des voies urinaires.

A son entrée à l'hôpital Laënnec, la malade est très faible, ne mange presque rien et ne dort pas. Elle accuse des douleurs très vives dans les deux seins. Le gauche est dur, rétracté, adhère à la peau, qui a l'aspect d'une peau d'orange. Il n'adhère pas aux parties profondes. Le droit est également rétracté et déformé, mais moins dur que le gauche. On trouve dans l'aisselle quelques ganglions petits et indurés. — Douleurs en ceinture. Rien dans les membres supérieurs. Les membres inférieurs sont parésiés et douloureux; la malade peut à peine les remuer dans le lit. La jambe gauche est légèrement fléchie sur la cuisse. — La sensibilité est conservée. Pas de troubles rectaux ni vésicaux.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade s'affaiblit de plus en plus, et comme elle reste assise sur son lit, elle s'infléchit peu à peu en avant.

En novembre et décembre 1883, les douleurs spontanées deviennent plus violentes dans le membre pelvien gauche. La parésie augmente. La malade s'affaiblit de plus en plus et succombe le 8 janvier 1884.

Autopsie, 26 heures après la mort. — Pas de rigidité cadavérique. Sternum déformé, concave en avant. — A l'ouverture du *thorax*, on trouve des adhérences pleurales antérieures; à droite, il y a un épanchement séreux qui peut être évalué à 500 grammes et des fausses membranes qui paraissent récentes. — Dans les *poumons*, on trouve éparses, du sommet à la base, quelques granulations blanches, dures au toucher, qui ont été prises pour des granulations cancéreuses. L'examen histologique n'en a pas été fait.

Les *reins* et la *rate* sont petits, mais ne présentent aucune altération. — Le *foie* est petit : 905 grammes. Sur le lobe gauche, on voit de petits points blancs présentant la même consistance que le tissu hépathique, et ne faisant pas saillie à l'extérieur. Sur une coupe, ces points ont à peu près 1 millimètre d'épaisseur. Examinés au microscope, ils sont formés par du tissu conjonctif rempli d'éléments embryonnaires et pénétrant entre les lobules. — Il n'y a rien dans les *organes génitaux*.

Les *seins* sont durs et petits. La peau adhère intimement à la tumeur; il n'y a pas d'adhérence aux parties profondes. Dans l'aisselle gauche, on trouve une dizaine de petits ganglions indurés, et l'on sent sous le doigt les lymphatiques qui les réunissent à la tumeur. L'examen histologique des seins a montré que l'on avait bien affaire à des squirrhes.

La *colonne vertébrale* est ramollie dans sa partie antérieure et se laisse très facilement entamer par le couteau. Dans la région lombaire, on trouve en avant d'elle un chapelet de ganglions indurés. Elle présente dans sa partie supérieure une inflexion latérale en S peu prononcée; mais au niveau de la dernière dorsale et du sacrum, elle est fortement concave en avant. Le corps de la douzième dorsale est écrasé, et cette vertèbre paraît avoir disparu. Quant au sacrum, il fait, avec la colonne vertébrale, un angle aigu ouvert en haut, et dans cet angle, le plexus sacré est comprimé. Sur une coupe verticale, on voit que le sacrum s'est porté tout entier en avant. La première vertèbre sacrée a sa situation normale, et ce sont les cinq dernières qui ont glissé sur la première.

Les os sont mous et dégénérés. Au niveau du sacrum, on ne trouve plus trace de tissu osseux; il en est de même dans les portions correspondantes des os iliaques. Quant au reste de la colonne vertébrale, elle présente une infiltration cancéreuse généralisée. Le tiers antérieur de tous les corps vertébraux est ramolli, et on trouve des granulations cancéreuses dans les apophyses transverses et les apophyses épineuses. — Les autres os du squelette n'ont pas été examinés.

34. Arrachement de la phalange unguéale du pouce droit avec tout le tendon du long fléchisseur. — Complication au début. — Guérison ; par M. le Dr Guermonprez.

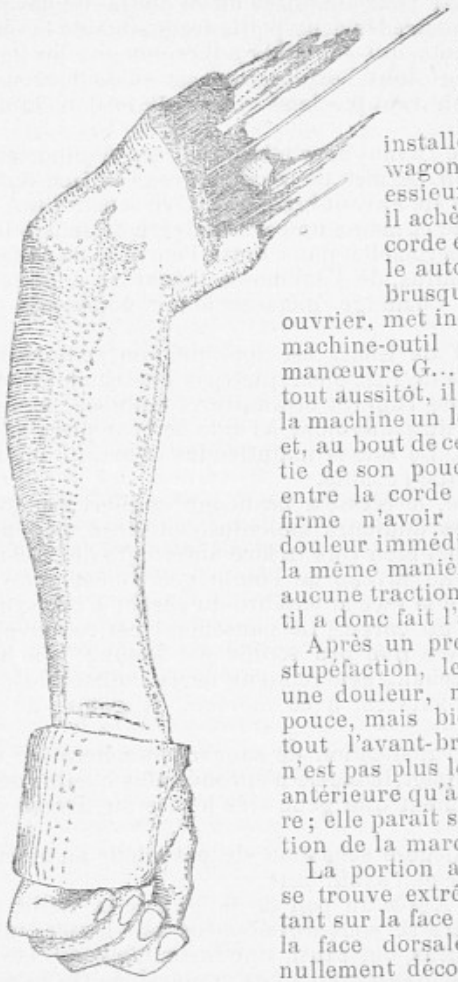


Fig. 5. Elle répond à la communication de M. Guermonprez (p. 745).

Le 6 novembre 1880, le manœuvre G... Achille, 19 ans, demeurant à Ronchin, installe un essieu de wagon dans un tour à essieux. Au moment où il achève de disposer la corde enroulée en spirale autour de cet essieu, brusquement, un autre ouvrier, met inconsidérément la machine-outil en marche : le manœuvre G... se sent pris; et, tout aussitôt, il voit suspendu à la machine un long cordon blanc et, au bout de ce cordon, une partie de son pouce qui est restée entre la corde et l'essieu. Il affirme n'avoir éprouvé aucune douleur immédiate; il assure de la même manière n'avoir exercé aucune traction ; la machine-outil a donc fait l'arrachement.

Après un premier moment de stupéfaction, le blessé éprouve une douleur, non pas dans le pouce, mais bien dans presque tout l'avant-bras. Cette douleur n'est pas plus localisée à la face antérieure qu'à la face postérieure; elle paraît se calmer par l'action de la marche.

La portion arrachée du pouce se trouve extrêmement aplatie, tant sur la face palmaire que sur la face dorsale; l'ongle n'est nullement décollé. La peau et le tissu graisseux ne présentent aucune modification notable. L'os est peut-être aplati et il est manifestement fracturé, et laisse dans le moignon les parties internes et externes de sa surface articulaire. Sur le côté externe se trouve un débris d'artères et de nerfs collatéraux, dont la longueur est de 8 à 10 millimètres.

Le tendon arraché est très adhérent à la face palmaire de cette phalange unguéale. Ce tendon, à peine taché de sang, n'a pas été lavé; il présente, dans sa partie supérieure, des irrégularités sur ses deux faces et surtout sur ses bords; on n'y trouve que de minimes débris musculaires. Une demi-heure après l'accident, la longueur totale du tendon dépasse 23 centimètres; après une macération de six jours dans l'alcool, cette longueur se trouve réduite à 17 centimètres (1).

En examinant attentivement ce tendon, on reconnait qu'une sorte de retroussement des parties superficielles s'est produite dans les 4 centimètres les plus inférieurs. Cette lésion s'est produite grâce à une déchirure longitudinale sur la face profonde du tendon. La partie déplacée se trouve ainsi rabattue sur le côté cutané du cordon tendineux.

La plaie est extrêmement irrégulière; ses bords, feston-

(1) L'élongation du tissu tendineux est ici bien évidente et mérite d'être rapprochée du fait publié par M. le professeur Gosselin à propos de l'observation de M. Paris, d'Angoulême (*Gaz. des hôp.*, 1874, p. 812). On sait que Giraldès compare ce résultat à celui qui résulte « d'une forte traction sur un fil de lin composé de fibres parallèles. Quelques-unes de ces fibres se brisent à des niveaux divers et le fil s'allonge en s'amincissant. » (*Société de chirurgie de Paris* 1er septembre 1874, et aussi, *Académie de médecine*. Paris.)

© BIU Santé

nés, sont recoquevillés en dedans, très amincis; ils recouvrent complètement le tissu cellulo-graisseux. Le lavage de la plaie ne donne qu'une hémorrhagie en nappe, qui est très diminuée par trois ligatures au fil de lin. Ce lavage permet de reconnaître les deux petits fragments de la phalangette, fragments qui sont très adhérents par les ligaments latéraux, et dont l'exploration est si douloureuse, que le blessé n'en veut pas laisser faire l'excision immédiate.

L'inspection de l'avant-bras n'indique rien d'important, mais la palpation permet de reconnaître, à la face antérieure et externe de l'avant-bras, une vive sensibilité à la pression profonde et même un certain degré de sensibilité à la pression superficielle, dans toute l'étendue de la face antérieure du radius, de l'éminence thénar et de la face palmaire de la phalange métacarpienne conservée du pouce.

Le pansement de Lister est appliqué, en remplaçant toutefois la bande de gaze phéniquée par une bande de tarlatane pourvue de l'apprêt ordinaire et imbibée, comme toutes les pièces du pansement, à l'aide de l'eau phéniquée normale (2,5 0/0). Le blessé maintiendra la main à un niveau plus élevé que l'épaule.

Le 7 *novembre*, le blessé a beaucoup souffert pendant toute la nuit. Des douleurs violentes ont siégé, non pas dans la plaie, mais bien vers la face antérieure de l'avant-bras, et surtout au niveau de l'éminence thénar et de la partie voisine de la face antérieure du carpe. (*Cinq sangsues* à ce niveau du carpe.) Le pansement est renouvelé, bien qu'il n'ait été que peu souillé par le sang. Une hémorrhagie, provenant évidemment de la collatérale externe du pouce, survient à ce moment. (Ligature au fil de lin.)

8 *novembre*. L'application de sangsues a déterminé un soulagement complet, le blessé n'éprouve plus aucune douleur, mais seulement une gêne très légère au niveau du pouce.

9 *novembre*. Légère sensation de pesanteur au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras.

10 *novembre*. Après un peu de fatigue de la veille, de nouvelles douleurs se sont développées vers le tiers inférieur de l'avant-bras, ont causé une insomnie complète et sont devenues ce matin, tout à fait intolérables. On trouve en effet, dans la partie indiquée, une tuméfaction évidente dans une étendue verticale de trois à quatre travers de doigt, une rougeur diffuse et modérément marquée, et surtout une chaleur âcre, extrêmement intense et qui rappelle celle du phlegmon. Le membre est d'ailleurs incapable de tout mouvement. (*Huit sangsues loco dolenti* et un purgatif.)

11 *novembre*. Le soulagement est tout aussi complet qu'après la première émission sanguine locale.

15 *novembre*. Le pansement n'a pu être renouvelé depuis trois jours. Une légère douleur existe au niveau de la plaie : on trouve en ce point un petit clapier du côté palmaire. Le dernier débris de la phalange unguéale est excisé; les autres avaient été enlevés lors du renouvellement du précédent pansement.

A partir de ce moment, la marche de la réparation est lente, mais régulière; le 15 *décembre*, le blessé commence à savoir tenir une plume. Vers le 1er *janvier*, il prend un service de bureau et ne cesse pas de le continuer depuis cette époque. La cicatrice, un peu délicate, le gêne lorsqu'il heurte la partie terminale du pouce, dont la portion conservée est, d'ailleurs, quelque peu amaigrie, pâlie et refroidie, peut-être en raison du doigt de gant dont il est revêtu presque en permanence. Tous les mouvements du pouce sont conservés (sauf, bien entendu, ceux de la phalangette) dans toute leur étendue. Cet homme écrit aussi convenablement et aussi rapidement qu'autrefois.

Pour se rendre un compte exact du mécanisme de cet arrachement, il est nécessaire de bien voir la machine-outil, et à l'état de repos, et en fonctionnement. On le comprend ainsi; trois éléments sont intervenus : d'abord, un cylindre assez volumineux; puis une corde, fixant solidement, impérieusement et de plus en plus, l'extrémité du pouce sur le volumineux cylindre; enfin, un puissant et irrésistible mouvement de la machine-outil (1).

Si d'ailleurs on se rapporte à la pièce anatomique, on reconnaît trois lésions se succéder, ou plutôt se suivre de si près, qu'elles semblent se confondre en un seul instant : ainsi se produit la fracture directe (2), la section de la peau et l'arrachement du tendon.

35. M. Delotte montre un cas de rétrécissement de l'urèthre avec rein chirurgical.

36. M. Delotte fait voir une portion d'intestin grêle, sur lequel un étranglement herniaire a provoqué, en 7 heures, une perforation par sphacèle des tuniques. La perforation, linéaire, présente des mailles qui forment une sorte de crible, de dentelle.

37. M. Lebreton montre un cœur atteint de rétrécissement et d'insuffisance de la valvule mitrale. Cette lésion ne s'était révélée par aucune espèce de souffle de la pointe.

38. M. Doyen fait voir un cancer végétant de l'estomac, siégeant près du pylore, qui a provoqué la production d'un abcès du foie, avec fusée vers la peau, au voisinage de l'ombilic. Il existe une végétation d'une des valves sigmoïdes de l'aorte, qui est peut-être de nature cancéreuse, et une méningite suppurée.

CORRESPONDANCE

Copenhague, 18 août 1884.

Une excursion à l'asile de St-Hans.

Mon cher Directeur,

La *section de psychiatrie et de neurologie* a terminé ses travaux par une excursion à l'asile de St-Hans, bâti en pleine campagne, à une demi-heure de Copenhague, le plus beau de tout le Danemark et que dirige d'une façon si remarquable M. le professeur Steenberg sur les plans duquel il a été construit. A l'inverse de ce qui se passe généralement en France, les architectes ont bien voulu se conformer aux vœux exprimés par le Corps médical. Nous ne croyons pas que les malades aient eu à s'en repentir. Presque tous les membres de la section s'étaient donné rendez-vous à la gare centrale où un train spécial ne tardait pas à les conduire à Roeskilde, où les attendaient des voitures qui, en quelques minutes, les conduisaient à la porte de l'asile. Il est impossible d'imaginer rien de plus riant que la situation de ce magnifique établissement placé au fond du golfe de Roeskilde et dont les superbes jardins s'avancent jusqu'à la Baltique. La ville de Copenhague qui l'a fait construire n'a rien négligé pour assurer le bien-être de ses malheureux aliénés; et c'est au milieu de grandes prairies que s'élèvent les divers bâtiments qui la composent.

Grâce à la bienveillance de M. Steenberg, qui a fait les honneurs de son asile avec une courtoisie parfaite, et l'amabilité de M. Magnan, qui a bien voulu m'aider de ses

(1) Après avoir relaté sommairement quatre faits inédits d'arrachement de phalangette avec le tendon correspondant, M. Busch (*Cent. für Chirurgie*, 1881, n° 1) avoue qu'il a essayé, mais en vain, de produire la lésion sur le cadavre (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir. prat.*, 31 mars 1882), comme l'a fait avant lui M. Segond pour l'arrachement des doigts (*Progrès médical*, 3 juillet 1880). La cause de cet insuccès de l'auteur allemand se trouverait peut-être dans la réalisation incomplète d'une au moins des trois conditions nécessaires, sur lesquelles nous avons cru devoir insister. M. le Dr Debrou, chirurgien en chef de l'hôpital d'Orléans, a fait plus anciennement encore, des expériences pour l'arrachement du pied (Bulletins de la *Société de chirurgie* de Paris, 27 mars 1872, 3e série, t. I, p. 146.)

(2) Il est à remarquer, en effet, que les ligaments articulaires n'ont pas cédé. Les extrémités de la phalangette, sur lesquelles s'insèrent ces ligaments latéraux, sont demeurées adhérentes dans le moignon. Dans les observations complètes, on trouve *ordinairement* ce détail : les ligaments articulaires tiennent bon (sinon les capsules); les os cèdent. La fracture paraît être une condition préalable, presque nécessaire, pour l'arrachement.

© BIU Santé

savantes appréciations, je puis vous donner quelques renseignements circonstanciés. Du reste, chaque membre de la section avait, avant le départ, reçu un magnifique album in-folio renfermant tous les plans de l'asile, édité avec un grand luxe et dont tout le texte est français.

L'établissement contient 880 places presque entièrement occupées aujourd'hui; il comprend trois grandes divisions distinctes, à savoir : Un *quartier d'observation* qui n'est autre qu'un bureau d'admission où les malades séjournent une ou plusieurs semaines et dans lequel tout est approprié aux besoins des maladies aiguës réclamant une surveillance et des soins particuliers. — L'*asile* proprement dit, disposé sur le plan de nos asiles de plus récente construction. — Un *asile-hospice*, à quelque distance des deux autres bâtiments et dans lequel sont placés les malades en démence et plus particulièrement ceux qui sont atteints d'affections organiques du cerveau, en un mot les infirmes de l'intelligence. Cette partie de l'établissement ne renferme que deux grands quartiers de 120 malades, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes. En dehors des dortoirs qui contiennent de 10 à 20 lits, se trouvent plusieurs chambres d'isolement où sont placés pendant la nuit les malades turbulents de la division. Ces deux quartiers s'ouvrent sur deux vastes jardins limités par une simple clôture à claire-voie, dans lesquels se promènent les aliénés une grande partie de la journée.

Partout règne une propreté minutieuse : les cabinets d'aisance sont situés dans de grandes tours saillantes en dehors de la ligne des bâtiments, permettant ainsi une ventilation continue et effective. Les matières sont reçues dans des réservoirs en fer galvanisé, installés à chaque étage, que des ascenseurs spéciaux déplacent chaque jour. De cette façon, on a pu éviter tous les travaux de canalisation et les fuites qui concourent d'ordinaire si efficacement à l'insalubrité des grands établissements. La tenue des *infirmiers* et des *infirmières* qui sont tous *laïques* est excellente. Ainsi que vous pouvez le supposer, les distractions ne manquent pas aux malades qui ont à leur disposition tous les appareils de gymnastique ; des ateliers de toutes sortes et la possibilité d'effectuer une foule de travaux en plein air. Ils sont traités avec la plus grande mansuétude et dans ce magnifique asile la camisole de force est chose inconnue.

A 6 heures, un dîner de plus de 100 couverts, magnifiquement servi dans une des vastes salles de l'hospice, réunissait tous les excursionnistes. M. Steenberg souhaita la bienvenue à ses hôtes ; à son toast, M. Lunier répondit au nom des médecins français en exprimant tous les sentiments de gratitude qui nous animaient vis-à-vis d'hôtes aussi aimables et d'un peuple aussi généreux que le peuple danois. Au moment de se séparer, M. le professeur Steenberg prononça toujours en français, qu'il parle fort élégamment, en guise d'adieu, le discours suivant que nous reproduisons textuellement.

« Messieurs,

« Le temps presse : les quelques instants que nous devons encore passer en votre agréable société seront bien vite écoulés. Je ne puis cependant pas vous laisser quitter cet asile, sans vous remercier de votre bienveillante visite, vous remercier non seulement de ma part, mais encore de la part de tous ceux dont la vie et le travail sont attachés à cet établissement. Car, Messieurs, vous nous avez rendu un grand service, plus grand peut-être encore que vous ne le pouvez croire. Le travail et la vie dans un établissement comme celui-ci où se trouvent les existences les plus infortunées, sont souvent des plus tristes. C'est dans ces moments de découragement que l'on éprouve le besoin de rencontrer d'autres personnes qui aient les mêmes sentiments, les mêmes intérêts scientifiques que les vôtres ; de voir de ses propres yeux que dans tous les pays du monde, partout où se trouvent des malheureux, il existe aussi des hommes qui consacrent leur vie à soulager ces misères. C'est ce que nous faisons en ce moment : de grands et célèbres savants, des médecins des plus distingués, travaillant pour l'honneur de leur patrie, en faveur des infortunés, sont ici, au milieu de nous. Jamais nous ne l'oublierons ; ce fait marquera dans les fastes de notre hôpital. Puissiez-vous, Messieurs, de retour dans votre patrie, garder un bon souvenir de cet asile. »

Après ces chaleureuses paroles, chaleureusement applaudies, nous avons regagné Copenhague en mettant une fois de plus à l'actif de la nation danoise une de ces réceptions si cordiales et d'où se dégageait tant de sympathie pour la France. Croyez, mon cher Directeur, à mes bien respectueux sentiments. G. GILLES DE LA TOURETTE.

Contagiosité des furoncles et des panaris.

Paris, le 24 septembre 1884.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je viens de lire dans les comptes rendus du congrès de Blois (*Assoc. française, etc.*) que M. le professeur Verneuil attribue, à Tholozan, la découverte de l'épidémicité et de la *contagiosité des furoncles et des panaris*. Permettez-moi de formuler par la voie de votre excellent journal une réclamation au sujet de la contagiosité des furoncles que je crois avoir été le premier à établir. Le travail de Tholozan (*Gaz. méd.*, 1853), ne contient absolument rien à ce sujet; il se borne à constater l'apparition simultanée d'épidémies de panaris et de furoncles ainsi que cela avait été fait auparavant par d'autres, comme l'auteur, d'ailleurs, le remarque loyalement.

En appliquant la découverte du microbe du furoncle, due à M. Pasteur à mon domaine spécial, j'ai retrouvé le coccus décrit par cet illustre maître dans les clous de l'oreille externe et du nez. Me livrant, à cette occasion, à des réflexions sur la nature des furoncles, j'ai été conduit à expliquer leur répétition chez un même malade, par le transport du pus contenant les microbes, d'un clou à un follicule pilo-sébacé encore sain. En poursuivant cet ordre d'idées, il me paraît possible qu'un furoncle pût être transmis à une autre personne, également au moyen de ce pus contaminé, et, en consultant mes observations, je trouvai, en effet, plusieurs cas plaidant dans ce sens, cas que j'ai publiés dans le mémoire cité plus loin.

Basé sur ces observations, j'ai le premier affirmé la contagiosité du furoncle, d'abord dans une note adressée à l'Académie des sciences et que M. Marey a bien voulu présenter à la savante compagnie (*Comptes rendus*, 27 septembre 1880), et, plus tard *in extenso* dans un mémoire inséré dans ce journal (année 1881, numéros 27, 29, 30, 32, 33, 34 et 36). J'ajoutai, dans une note du tirage à part de ce travail (page 3) « quelquefois des épidémies de panaris accompagnent celles de furoncles. En tenant compte de ce fait et de certaines particularités qui caractérisent le panaris, il est très probable pour moi que cette affection aussi est causée par un microbe, peut être par le même que celui du faroncle ». Ce parasite a été trouvé, depuis, par Tchleissen.

En présence de l'affirmation de M. Verneuil qui tendrait à m'enlever la priorité quant à la contagiosité du furoncle, affirmation que je crois erronée et que je n'ai pas cru devoir laisser passer, vu la grande et légitime autorité du savant chirurgien, je viens vous prier de vouloir bien publier la précédente réclamation destinée à sauvegarder mon modeste bagage scientifique.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, avec mes remerciements, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels. Dr LŒWENBERG.

BIBLIOGRAPHIE

Les manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire; par G. BERNE, interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1884. — A. Davy, imprimeur.

L'auteur a eu l'occasion d'étudier, dans le service de M. Lannelongue, à l'hôpital Trousseau, des exemples assez nombreux de syphilis osseuse héréditaire. Il serre de très près les descriptions anatomiques et cliniques, afin d'établir qu'il y a, entre la syphilis osseuse et le rachitisme, une différence radicale. On sait que M. Parrot, entraîné surtout par l'anatomie pathologique, n'avait pas craint de

© BIU Santé

professer la subordination du rachitisme à la syphilis. Pour lui, le rachitisme était, dans tous les cas, une *manifestation osseuse de syphilis héréditaire*. Cette opinion absolue et exclusive, malgré le talent avec lequel elle était soutenue, allait à l'encontre de tout ce qu'on savait de l'étiologie du rachitisme. Aussi n'avait-elle trouvé que peu de crédit parmi les médecins. Aujourd'hui, la cause est entendue : le domaine de la syphilis héréditaire osseuse est vaste, mais il n'englobe pas le rachitisme. Ce dernier a une origine parfaitement connue, origine alimentaire dans tous les cas ; on peut, à volonté, faire naître le rachitisme ; il suffit de donner aux nourrissons des aliments solides (bouillies, panades, etc.). Bientôt leurs fonctions digestives se troublent, ils deviennent athrepsiques, et s'ils survivent à l'athrepsie, ils sont voués au rachitisme. Le rachitisme ne relève d'aucune cause occulte, d'aucune maladie infectieuse (syphilis ou autre), il résulte purement et simplement d'infractions répétées à l'hygiène de la première enfance.

M. Berne n'a pas de peine à rétablir ainsi la vérité et à dégager la syphilis osseuse héréditaire des éléments étrangers qui la dénaturaient et l'obscurcissaient. Un grand nombre d'observations accompagnent ce consciencieux travail. J. C.

THÉRAPEUTIQUE

De la peptone de Kochs.

La découverte de ce nouveau produit résout complètement un problème dont la solution était depuis longtemps cherchée : peptoniser l'albumine du muscle et la concentrer, réunie aux matières extractives de la viande, en une préparation se dissolvant facilement dans l'eau, s'absorbant immédiatement dans l'organisme humain, se conservant indéfiniment sans décomposition ni altération, avec un bon goût et une saveur agréable.

De nombreux essais ont été tentés pour peptoniser l'albumine par des moyens artificiels avant son introduction dans l'estomac, afin d'obtenir, sans le concours de l'action digestive, une absorption directe de l'albumine par l'organisme (1). Mais, jusqu'à présent, aucun de ces essais n'avait abouti à un résultat complet. Les peptones de viandes produites par voie artificielle, soit à l'aide de ferments empruntés à des estomacs d'animaux (pepsines), soit au moyen de différents acides ou de température élevées, etc., ne pouvaient remplacer, comme substance nutritive, les matières albumineuses non peptonisées : elles ne les remplaçaient qu'imparfaitement pour les malades, et pas du tout pour les gens bien portants, à cause de leur décomposition facile, de leur goût aigre ou amer, de leur odeur rappelant les matières digérées par l'estomac.

Les peptones du docteur Kochs atteignent complètement le but jusqu'ici vainement poursuivi : elles ne sont sujettes à aucune décomposition, à aucune altération ; entièrement exemptes de gélatine, elles conservent indéfiniment une bonne saveur.

Les expériences sur les animaux faites avec les peptones du Dr Kochs ont confirmé la supériorité de cette peptone sur les autres produits similaires. L'emploi qu'en on fait dans leur service un grand nombre de médecins des hôpitaux et les succès qu'ils en ont obtenus nous sont un sûr garant de sa remarquable efficacité.

M. le professeur Bamberger (de Vienne), dont chacun connaît la haute valeur a, entre autres, employé la peptone du Dr Kochs dans plusieurs cas de *dyspepsie grave* avec de très bons résultats : « Son incorruptibilité et sa saveur agréable sont, dit-il, pleinement satisfaisantes. Surtout en ce qui concerne le goût, cette préparation surpasse de beaucoup toutes les peptones dont j'ai fait usage jusqu'ici. Et dans mon opinion, elle répond à toutes les légitimes exigences. »

Des résultats semblables ont été obtenus dans plusieurs hôpitaux, à Paris ; à Berlin (par M. le professeur Leyden), etc., etc.

L'analyse clinique démontre que la peptone du Dr Kochs présente toutes les réactions d'une *véritable peptone*, qu'elle est absolument exempte de *gélatine*.

Les malades et les personnes affaiblies peuvent en prendre 150 grammes par jour. Des expériences rigoureusement faites ont, en outre, démontré que l'emploi d'une quantité double ne produit aucun effet nuisible sur le cœur et le système nerveux, bien que les sels de potasse se trouvent en proportion plus forte dans cette peptone que dans la chair musculaire. — Une petite cuillerée de cette peptone suffit pour relever de suite les forces, dans les cas d'extrême fatigue ou de faiblesse soudaine.

Dans les cas où l'introduction des aliments dans l'estomac est impossible, la nutrition au moyen de cette peptone de viande du Dr Kochs peut se faire par le rectum : l'albumine peptonisée, introduite par cette voie, est rapidement absorbée par la muqueuse.

On sait que M. Dujardin-Beaumetz (1) attribue aux peptones un rôle important en thérapeutique et qu'en particulier il en recommande l'emploi dans la dyspepsie atonique et putride. La peptone du Dr Kochs est indiquée non seulement dans les dyspepsies, mais encore dans l'anémie, dans la convalescence des maladies graves, etc.

Très réconfortante et se présentant sous un petit volume, elle offre de plus une ressource précieuse aux touristes, aux voyageurs, aux explorateurs ; elle peut rendre aussi de grands services dans l'armée et la marine, dans les hôpitaux militaires, dans l'approvisionnement des forteresses, des navires, etc., etc.

En résumé, les qualités des peptones du Dr Kochs qui viennent d'être sommairement indiquées : — grande valeur nutritive, assimilation immédiate, saveur agréable et incorruptibilité — en font un aliment nouveau et de premier ordre, également propre à nourrir et à réconforter les organismes sains ou malades.

La peptone du Dr Kochs se trouve dans le commerce à l'état liquide, en boîtes de fer blanc et en pots de porcelaine ; en tablettes et en pastilles.

VARIA

Choléra.

France. — Le choléra est en voie de décroissance dans tous les départements précédemment atteints (à *Marseille* toutefois on a constaté ces derniers jours une légère augmentation du chiffre dès la journée de dimanche). — On signale d'autre part quelques cas de choléra (?) (6 décès à Noyers (Yonne).

Paris. — L'état sanitaire continue à être satisfaisant. Aucun cas de choléra asiatique n'est signalé.

Espagne. — On enregistre encore quelques cas et quelques décès cholériques dans les mêmes communes (voir le numéro précédent) ; l'épidémie semble toutefois en voie de décroissance. Une seule localité nouvelle a été infectée dans le courant de la semaine, *Garcia*, dans la province de *Tarragone*.

Italie. — De graves désordres ont eu lieu dans la province de *Salerne* ; les habitants de *Giffoni-Sei-Casali* ont attaqué à main armée le lazaret d'observation et ont délivré les individus qui s'y trouvaient renfermés, en abattant les portes. Ils ont ensuite parcouru toutes les rues de la ville au son du tocsin. L'autorité a dû intervenir pour rétablir l'ordre.

— Les trains entre *Naples* et *Castellammare*, qui avaient été suspendus à cause du choléra, viennent d'être rétablis.

D'autres dispositions ont été prises hier relativement au *cordon sanitaire* de la *Spezzia* : le cordon serait levé, mais toute personne qui voudrait quitter la ville, serait tenue de faire au préalable quinze jours de quarantaine.

Lucques. — Le préfet ayant interdit les fêtes extraordinaires à l'occasion de la découverte de la Sainte-Face (2), l'autorité ecclé-

(1) MM. Plotz, Maly, Adamkiewitz, etc., ont démontré que les peptones jouissaient des mêmes propriétés nutritives que l'albumine.

(1) Dujardin-Beaumetz. *Leçons de clinique thérapeutique*, Paris, 1880, 2e édition, p. 410.

(2) On appelle Sainte-Face l'empreinte laissée par Jésus-Christ sur le suaire qui l'enveloppait ; cette farce a été assez goûtée pour que plusieurs villes possèdent des exemplaires authentiques de la Sainte-Face ; nous citerons entre autres, Besançon, Rome, etc.

© BIU Santé

siastique a refusé d'obtempérer à cette mesure, et la fermeture du Dôme a été prescrite. Le parti clérical a fait alors des menaces qui ont abouti à une protestation éclatante devant le Dôme. Là-dessus le préfet a fait occuper la place par la troupe et, quand les cléricaux ont essayé de l'envahir, les soldats ont fait les sommations règlementaires à l'aide du clairon et fait évacuer les alentours de l'église, sans recourir à la force.

— L'amélioration est aussi réelle en Italie. Aucune ville importante n'est atteinte en dehors de la *Spezzia* et de *Naples*.

Naples. — Deux médecins, MM. *Succi* et *Poli*, qui avaient été déférés au pouvoir judiciaire pour avoir refusé d'aller assister une vieille femme qu'on disait atteinte du choléra, ont comparu, hier, devant le préteur. M. Succi a été condamné à un mois de suspension de l'exercice de sa profession et M. Poli à trois mois. En outre, le premier a été condamné à 60 fr. d'amende et le second à 100 fr. Ces faits sont heureusement exceptionnels, car « les médecins (150) sont d'un grand dévouement; on doit surtout admirer leur service de nuit dans les quartiers populaires. Quel courage! Assisté de deux infirmiers, de deux gardes municipaux, le médecin de service sort de la mairie, chemine dans les rues étroites, humides, éclairées de loin en loin par un bec de gaz, et s'arrête devant les maisons infectées Il lui faut souvent, dans la nuit, gravir vingt fois cinq étages, visiter cinquante malades. Epuisé, il rentre le matin chez lui. Dans sa course silencieuse, à travers cet affreux cloaque qui s'appelle le *vieux Naples*, il ne rencontre que d'énormes rats qui trottinent le long des maisons où les chars mortuaires emportent les corps. Plusieurs médecins ont été atteints dans cette œuvre sainte, mais ils ont presque tous échappé à la mort. » (*Journal de Genève* du 23 septembre).

— M. le professeur Semmola aurait été atteint d'une attaque légère de choléra.

Nous donnons ci-dessous le nombre de cas et décès constatés pendant les journées des 22 et 23 septembre; on verra par ces chiffres que l'épidémie, quoique en voie de décroissance, fait encore un grand nombre de victimes. Le 22 septembre il y a eu en *Italie* 442 cas dont 1 à *Rome*, 33 à *La Spezzia*, 251 à *Naples* et 53 dans les environs; 223 décès, dont 1 à *Rome*, 7 à *La Spezzia*, 152 à *Naples*, 17 dans la province. — Quatre ces suspects auraient été constatés dans la ville de *Gênes*. — Le 23 septembre on a constaté 444 cas, 21 à *La Spezzia*, 264 à *Naples*; 213 décès, 6 à *La Spezzia* et 126 à *Naples*, plus trois nouveaux cas suspects à *Gênes*.

Chine. — Le *Times* a reçu une dépêche de *Fou-Tcheou, viâ* Colombo, faisant connaître que le choléra sévit à *Amoï* (Chine) avec une extrême violence. On ne publie pas de statistique. La mortalité est surtout très grande parmi les soldats chinois (*Semaine médicale* du 25 septembre).

Inoculation du bacille du choléra. — D'après le *Journal de Genève* (11 septembre), MM. Nicati et Rietsch qui, depuis le début de l'épidémie, travaillent au laboratoire de recherches de l'hôpital du pharo à Marseille seraient parvenus à inoculer avec succès le bacille virgule aux cobayes, aux chiens et aux rats. Ayant cru observer que la bile empêche le développement des bacilles, ils ont fait leurs injections virulentes dans l'intestin même après ligature du canal cholédoque. Nous nous proposons de revenir prochainement sur ces recherches intéressantes.

Récompenses. — Par décret du 24 septembre, des médailles d'or de 1re classe ont été décernées à MM. Leclerq (François), interne de la Faculté de Lyon, chargé du service médical à Rioms, Perrusset (Georges), interne de la même faculté, chargé du service médical à Lavilledieu, et Merley (Pierre-Antoine), étudiant en médecine, chargé du service médical à Saint-Pons.

Déclaration *du Corps Consulaire en résidence à Nice, Cannes et Menton*. — Au moment de la disparition de l'épidémie cholérique qui a sévi à Toulon, à Marseille et dans quelques localités environnantes, les Consuls soussignés, résidant à Nice, Cannes et Menton, s'empressent de porter à la connaissance de leurs nationaux respectifs: 1° Que la Ville de Nice, et les stations du littoral qui l'avoisinent, grâce à l'excellence de leur climat et aux sérieuses précautions hygiéniques qui y ont été promptement et efficacement prises par les Municipalités, ont été complètement indemnes de la maladie et que jamais la santé publique n'y a été plus parfaite. 2° Que la quarantaine qui avait été établie, comme mesure préventive, à la limite Ouest du territoire de Nice, au quartier du Var, a été supprimée, dès le 6 septembre courant, ce qui permet, depuis lors, aux voyageurs d'entrer en ville, sans avoir à remplir aucune formalité ni à subir le moindre retard. Rendant hommage à la vérité, nous nous faisons, en conséquence, un devoir et un plaisir de déclarer publiquement et formellement, dans un but d'intérêt général et pour que nos nationaux soient surement informés du véritable état sanitaire de ces pays de soleil, que la colonie étrangère qui, au retour de la saison rigoureuse, a pour habitude d'y venir prendre ses quartiers d'hiver peut, comme à l'ordinaire en pleine sécurité, se rendre à Nice, Cannes et Menton et, en général, le long de la côte et en partie du littoral méditerranéen compris entre Hyères et San-Remo. En foi de quoi, les Consuls ont signé la présente déclaration. Nice, le 16 septembre 1884. — (*Suivent les signatures.*)

Prière *destinée à être attachée à la porte de sa maison et que l'on récite pour obtenir de Dieu d'être préservé du choléra et de tout autre malheur*. — Sainte Marie, Vierge, Mère de Dieu, qui avait été conçue sans péché, je vous choisis aujourd'hui pour Dame et Maîtresse de cette maison ; je vous prie, par votre Immaculée Conception, de la préserver de la peste, du choléra, du feu, de l'eau, du tonnerre, de la tempête, des tremblements de terre, des voleurs, des schismes, de l'hérésie et de la mort subite. Bénissez et protégez, ô Vierge Sainte, toutes les personnes qui y demeurent ; obtenez-leur la grâce d'éviter tous péchés et d'être préservés de tout autre malheur ou accident. Et le Verbe s'est fait chair et Il a habité parmi nous. Loué et adoré soit à jamais le Très Saint et Adorable Sacrement. Seigneur, j'ai mis en vous mon espérance, jamais je ne serai confondu. Bénie soit la Sainte et Immaculée Conception de la Bienheureuse Vierge Marie. O Marie ! conçue sans péché, priez pour nous qui avons recours à Vous. O saint Joseph ! chaste Epoux de Marie Immaculée, et notre Bon et Bien-Aimé Père, par les mérites de vos sept douleurs et de vos sept allégresses, venez à notre secours, maintenant et à l'heure de notre mort. Ainsi soit-il. Saints Anges et Archanges, saint Michel, saint Gabriel, saint Raphaël et tous nos bons Anges Gardiens, défendez-nous, gardez-nous, priez pour nous et bénissez-nous. O glorieux saint Roch ! nous vous en prions, intercédez en notre faveur auprès de la miséricorde divine, afin que nous soyons tous préservés du choléra, de la peste, et de la mort subite.

Asiles d'aliénés

Concours pour la nomination à sept places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la préfecture de police). — Le lundi 1er décembre 1884, à midi précis, il sera ouvert à l'Asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination à sept places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel), entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 30 octobre jusqu'au samedi 15 novembre 1884, inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir. — Pourront concourir à l'internat en médecine, dans les asiles de Sainte-Anne, Ville-Evrard, Vaucluse et Villejuif et le Dépôt des aliénés près la préfecture de police, tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans révolus, le jour de l'ouverture du concours. Chaque candidat, pour être inscrit au concours, doit produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance; 2° un extrait du casier judiciaire; 3° un certificat de vaccine; 4° un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine; 5° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de police de son quartier. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées, ne sera pas accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'interne en médecine sont réglées comme il suit : Epreuve d'admissibilité : 1° une épreuve écrite de 3 heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes. Epreuve définitive : 2° une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour l'épreuve écrite, 30 points; pour l'épreuve orale, 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le jury. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreu-

© BIU Santé

ves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires (1).

La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans. Les internes titulaires des asiles de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de huit cents francs à l'asile de Sainte-Anne et de Villejuif, et de mille cent francs aux asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse. Ceux du Dépôt des aliénés près la préfecture de police recevront un traitement de mille francs Ils auront droit, en outre, au logement, au chauffage et à l'éclairage, dans les proportions fixées par la préfecture de police. Ils n'auront pas droit à la nourriture. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris, ou de Villejuif, situé à proximité de l'enceinte. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

— Nous pensons que le moment est venu pour M. le Ministre de l'intérieur de prendre une décision relativement à la Maison nationale de Charenton et de profiter du concours qui va s'ouvrir pour procéder à la nomination des internes de cet établissement.

Crémation.

La Société pour la propagation de la crémation vient d'adresser à MM. les Députés signataires de la *proposition de loi* sur la *crémation facultative* la lettre suivante:

Paris, le 6 septembre 1884.

Dans sa séance du 26 août 1884, le *cinquième congrès international d'hygiène* qui s'est tenu à La Haye, a réitéré, à l'*unanimité*, le *vœu* solennellement émis à Genève, en septembre 1882, par le *quatrième congrès international d'hygiène*. Ce vœu est ainsi conçu: Le congrès, confirmant les *vœux des précédents congrès* internationaux, exprime de nouveau le vœu que tous les gouvernements, rendant hommage aux principes de la liberté et se conformant aux lois de l'hygiène, fassent disparaître les obstacles législatifs qui, dans certains pays, s'opposent à la crémation facultative des cadavres. Incidemment, il attire l'attention des gouvernements sur l'avantage de la crémation en cas de *grave épidémie*.

D'autre part, en conformité des vœux émis par divers Conseils généraux ou municipaux de France, le Conseil général du Gard, dans l'une de ses dernières séances, a émis le vœu suivant sur la crémation des cadavres:

Considérant que la loi oblige à un mode unique de sépulture auquel nul ne peut se soustraire; Considérant que l'enterrement des corps offre des inconvénients graves au point de vue de la salubrité publique, inconvénients qui se transforment, en temps d'*épidémie*, en véritables dangers; Considérant que les cimetières, aussi bien aux abords des grandes villes que dans les moindres villages, non seulement sont des foyers d'infection, mais encore représentent des terres improductives et tristement stériles; Considérant que des pays, tels que la Saxe et l'Italie, ont facilité la création d'établissements destinés à la crémation des corps, en donnant l'autorisation nécessaire à leur fonctionnement, que la France, pays de progrès et de liberté, ne saurait rester en arrière; Considérant toutefois qu'il faut concilier les intérêts publics avec le respect des traditions, des coutumes et des convictions religieuses, le Conseil général émet le vœu que la *loi sur les sépultures* soit révisée dans le sens le plus large et que, sous la garantie des mesures qui seront jugées indispensables, la crémation des corps soit autorisée. — Pour la Société de propagation de la crémation.

Le Secrétaire général, GEORGES SALOMON. — *Le Président*, A. KOECHLIN-SCHWARTZ.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 9 septembre 1884 ont été promus dans le cadre des officiers de réserve: au grade de médecin aide-major de 1re classe. Les médecins aides-majors de 2e classe: MM. Demontporcelet (G.-C.), André (M.-A.), Lehallais (A.), Porson (H.), Clech (M.), Nouët (M.), Leray (M.), Sabatié (F.), Létard (A.), Danzat (A.), Jousse (L.), Monglond (J.), Dellestable (A.), Bellat (E.), Contisson (G.), Dieude (J.), Roger (V.), Froidefond (G.), Amiand (C.), Fleyssac (E.), Mary (N.), Lacroisade (O.), Moulinier (A.), Sarrazin (B.), Vailhe (L.), Frugier (H.). Par un décret de même date ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale: au grade de médecin-major de 2e classe. MM. Dubourg (G.), professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Lefour (R.), professeur, agrégé de chirurgie; Arnozan (X.), professeur, agrégé de la Faculté de médecine; Bonamy (M.), professeur suppléant à l'école de Nantes.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. Les aides-majors de 2e classe: MM. Bertrand (M.), De Montigny (H.), Ferrand (M.), De la Bellière (T.), Moy (E.), Symonneau (M.), Le Jamptel (V.), Denis (A.), Corson (M.), Hamon (A.), Quesnel (T.), Letourneur (A.), Chevalier (F.), Cottin (L.), Baudet (B.), Viel (J.), Casena (A.), Lionet (E.), Leroux (M.), Lavielle (F.), Barrabé (A.), Leturc (H.), Couléard-Desforges (G.), Danlos (F.), Saury (H.), Blin (L.), Raimbert (B.), Vibert (A.), Blanchard (M.), Texier (H.), Le Voyer (M.), Lartigue (M.), Bernard (R.), Labrousse (P.), Linarès (E.), Debrousse-Latour (J.), Lafon (G.), Vallentin (H.), Lacombe (P.), Bethout (P.), Couland (P.), Pintand-Desallées (A.), Binet de Jassonneix (A.), Mirabel (G.), Marsat (A.), Cirou (J.), Pradel (L.), Tixier (E.), Byasson (L.), Treille (J.), de Burette (B.), Mallebay (M.), Gauthier (D.). — Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe. MM. Le Bœuf (P.), Preyssinge (C.), Réjon (N.), Magranzeas (E.).

(1) Il sera nommé à la suite du concours et dans l'ordre de mérite, sept internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement. La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier 1885. Les internes provisoires pourront se représenter aux concours pour les places d'interne titulaire. L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 12 septembre au jeudi 18 septembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1189, se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 447; illégitimes, 174. Total, 621. — *Sexe féminin*: légitimes, 401; illégitimes, 167. Total, 568.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881: 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 12 septembre au jeudi 18 septembre 1884, les décès ont été au nombre de 968, savoir: 524 hommes et 444 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 28. F. 18. T. 46. — Variole: M. .. F. 1, T. 1. — Rougeole: M. 10, F. 11, T. 21. — Scarlatine: M. .., F. 2, T. 2. — Coqueluche: M. 2, F. 6. T. 8. — Diphthérie, Croup. M. 11, F. 12, T. 23. — Dyssenterie: M. 2. F. 2, T. 4. — Erysipèle: M. 3, F. 4, T. 7. — Infections puerpérales: 6. — Autres affections épidémiques: M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 25, F. 16, T. 41. — Phthisie pulmonaire: M. 125, F. 87. T. 212. — Autres tuberculoses: M. 15, F. 9. T. 24. — Autres affections générales: M. 28, F. 29. T. 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 26, F. 30, T. 56. — Bronchite aiguë: M. 7, F. 7, T. 14. — Pneumonie: M. 18, F. 20, T. 38. — Athrepsie: M. 53, F. 51. T. 104. — Autres maladies des divers appareils: M. 133, F. 127, T. 260. — Après traumatisme: M. .., F. .., T. .. — Morts violentes: M. 34, F. 5. T. 39. — Causes non classées M. 4, F. 1, T. 5.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 106 qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 32; illégitimes, 21. Total: 53. — *Sexe féminin*: légitimes, 35. illégitimes, 18. Total: 53.

NOMINATIONS. — Le Dr STRUCK, directeur du conseil de santé de l'empire allemand, est démissionnaire et remplacé à titre provisoire par le Dr KOCH. — Le Dr RÉGÉCZI, privat-docent a été nommé professeur extraordinaire de physiologie à la faculté de Buda-Pesth; les privat-docent BÉCZEY et K. MÜLLER sont nommés professeurs extraordinaires à la même faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Dr BRUN est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

M. BERLIOZ, interne en pharmacie, est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

— Le correspondant berlinois de la *Gazette de Cologne* annonce que la chaire occupée précédemment par Conheim à l'université de Leipzig, a été offerte à M. le Dr A. KOCH, qui l'a refusée en disant qu'il ne voulait pas quitter Berlin (*Semaine médicale*, du 25 septembre).

LAICISATION. — Le *Conseil général du Rhône*, dans sa session du mois d'août, a décidé la laïcisation du personnel de l'asile des aliénés de BRON.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Ont été désignés par le sort pour faire partie du Jury: MM. Quinquaud, Luys, Empis, Duplay, Kirmisson, Henriet, Bar. Nous ignorons si tous acceptent.

CONGRÈS. — Le Congrès des *naturalistes et médecins allemands* a eu lieu à Magdebourg, du 18 au 23 septembre.

STATUE DE FRESNEL. — La semaine dernière a eu lieu au bourg de Broglie l'inauguration de la statue de FRESNEL, né dans cette commune, le 10 mai 1788. Fresnel était membre de l'Académie de s

© BIU Santé

sciences ; c'est à lui que l'on doit la création des *phares lenticulaires*. M. Jamin a prononcé l'éloge de Fresnel, puis M. Mercadier, directeur des études à l'école polytechnique, a prononcé quelques paroles au nom de cet école d'où était sorti le savant auquel l'on rendait hommage.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du Dr CHATAIGNAN, conseiller général de la Creuse. — Du Dr CASTILLON, décédé le 16 courant à Bessèges, à la suite d'une attaque de choléra. — Du Dr LEVAN (de Saint-Mandé).

AVIS A MM. LES MÉDECINS ET PHARMACIENS SPÉCIALISTES.

L'Administration de l'*Annuaire des Spécialités médicales et Pharmaceutiques*, reçoit jusqu'au 15 octobre les souscriptions ou adhésions pour la sixième édition de l'*Annuaire*, qui doit paraître en janvier 1885. S'adresser au bureau de l'*Annuaire*, 20, rue de Tournon, Paris.

L'éloge de l'emploi du *Vinaigre Antiseptique de Pennès*, en lotions et en pulvérisations, dans le traitement des varioleux, après l'avoir mêlé avec quatre ou cinq parties d'eau, n'est plus à faire.

Aujourd'hui, il faut louer l'utilité et l'opportunité de cet antiseptique, pour préserver de la fièvre typhoïde et du choléra.

En effet, nombre d'attestations, signées des noms de 48 chefs de service des hôpitaux, témoignent de l'avantage que l'on trouve dans l'emploi, comme désinfectant atmosphérique des habitations, de ce *Vinaigre antiseptique* qui est en dépôt dans les principales pharmacies.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'École de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé*. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré*. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

PEPTO-FER du Dr JAILLET

ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Le plus assimilable des Fers combiné à la Peptone.—PHARMACIE RATIONNELLE, 4, Faubg Poissonnière, PARIS
DOSE : Le PEPTO-FER, *d'un goût très agréable, se prend comme une liqueur, une cuillerée à bouche après chaque repas.*

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCERINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

VALS

SOURCES

PAULINE. Amie de l'estomac, elle en combat les fatigues et favorise la digestion.
1 GRAMME SEL ALCALIN

CHLOÉ. Affections des voies digestives, dyspepsie, gastralgie, gastrite simple, gastrite-entéralgie.
2 GRAMMES SEL ALCALIN

SOUVERAINE. Maladies du tube intestinal, gastrite chronique et les affections du système nerveux.— 3 GRAMMES SEL ALCALIN.

CONSTANTINE. Affections du foie, de la rate, des voies urinaires, goutte, rhumatisme, calculs, albuminurie.—5 GRAMMES SEL ALCALIN.

MARQUISE. Maladies des reins, gravelle, diabète, coliques néphrétiques.
7 GRAMMES SEL ALCALIN

ST-LOUIS. Arsenicale, sans analogie avec les précédentes. Très reconstituante, réussit dans la chlorose, cachexie paludéenne, spermatorrhée, fièvres intermittentes, eczéma, urticaire, psoriasis, anémie, débilité.

Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — *Dose, une bouteille par jour.*

Détail : dans tous les Dépôts d'Eaux minérales naturelles, principales Pharmacies, **80 cent.** *la Bouteille.*

LE COMMERCE DOIT ADRESSER SES COMMANDES A
LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE VALS (ARDÈCHE)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES
MIGRAINES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
SPÉCIFIQUE
des maladies nerveuses en général.
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 30, Faubg Montmartre

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

Étude clinique sur l'athétose, par P OULMONT. Paris, 1878, in-8° de 116 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

RECHERCHES
CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SUR
L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1883

Par BOURNEVILLE, BONNAIRE, BOUTIER, LEFLAIVE, P. BRICON et SEGLAS.

Volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50

CHARCOT et MAGNAN. **Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles.** Brochure in-8 de 38 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . . 90 c.

CHARCOT (J.-M.) et PITRES (A.). **Nouvelle contribution à l'étude des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères du cerveau.** Brochure in-8° de 56 pages avec figures dans le texte. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35.

CHARCOT (J.-M.) et RICHER (P.). — **Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques. — Du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire.** Volume in-8 de 122 pages avec 26 figures et 5 planches photo-lithographiques. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés : 3 fr. 50

CHARPENTIER. *Voir* LANDOLT.

CHOUPPE (H.). **Recherches thérapeutiques et physiologiques sur l'ipéca.** Paris, 1873. Brochure in-8 de 40 pages. — Prix 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

COHNHEIM (J.) **La tuberculose considérée au point de vue de la doctrine de l'infection.** Traduit de l'allemand par R. DE MUSGRAVE CLAY, sur une deuxième édition considérablement modifiée. Brochure in-8 de 38 p. Paris, 1882. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . 90 c.

COMBY (J.). **De l'empyème pulsatile.** Brochure in-8 de 51 pages. Paris, 1882. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 35

CORNILLON (J.). **Des accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral.** Brochure in-8° de 70 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

CORNILLON (J.). **Action physiologique des alcalins dans la glycosurie.** — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

CORNILLON (J.). **De la contracture uréthrale dans les rétrécissements périnéens.** Brochure in-8 de 60 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 70.

CORNILLON (J.). **La folie des grandeurs.** In-8 de 60 pages. 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 70.

CORNILLON (J.). **Rapports du diabète avec l'arthritis et de la dyspepsie avec les maladies constitutionnelles.** Un vol. in-8 de 48 pages Paris, 1878. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

CORNILLON (J.). **Laoty Stephens et Durande ou les dissolvants des concrétions des voies urinaires et biliaires.** Brochure in-8 de 54 p. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnes. . . . . 1 fr.

COTARD. **Du délire des négations.** Brochure in-8° de 28 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

COTTIN. *Voir* DUPLAY.

COULBAULT (G.). **Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie.** Brochure in-8° de 65 pages. Paris, 1881. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 35

CUFFER. **Des causes qui peuvent modifier les bruits de souffle intra et extra-cardiaques, et en particulier de leurs modifications sous l'influence des changements de la position des malades.** Valeur séméiologique de ces modifications. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr

DAGONET (H.). **Inauguration des cours de l'Ecole professionnelle d'infirmiers et d'infirmières sous la présidence de M. Floquet.** Leçon d'ouverture faite à l'asile Sainte-Anne le 9 février 1882. Brochure in-8° de 15 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

DAGONET (H.). **Des réformes à introduire dans la loi de juin 1838 et les asiles d'aliénés.** Brochure in-8° de 32 pages. Paris, 1882. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

DAGONET. **Une enquête à l'asile Sainte-Anne.** Brochure in-8° de 16 pages. Paris, 1881. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . 35 c.

DAGONET (J.). **Contribution à l'étude de la méningo-myélite expérimentale.** Volume in-8 de 80 pages. — Prix ; 2 fr. Pour nos abonnés 1 fr. 40

DANILLO. **Recherches cliniques sur la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénées ;** brochure in-8 de 20 pages. — Prix, 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

DANILLO. **Encéphalite parenchymateuse limitée de la substance grise avec épilepsie partielle** (*Jacksonienne*) **comme syndrome clinique.** Brochure in-8° de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . . 50 c.

DAREMBERG (G.). **Les méthodes de la chimie médicale,** in-8 de 19 pages. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DAUGE. *Voir* BOURNEVILLE.

DEBOVE (M.) **Notes sur la méningite spinale tuberculeuse, sur l'hémiplégie saturnine et l'hémianesthésie d'origine alcoolique.** Une brochure in-8° de 24 pages avec deux figures. — Prix 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

DEBOVE (M.) **Notes sur l'emploi des aimants dans les hémianesthésies liées à une affection cérébrale ou à l'hystérie.** Brochure in-8. — Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 25 cent.

DEBOVE (M.). **Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques.** Brochure in-8° de 16 pages. Paris, 1881. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . . 50 c.

DEBOVE. **Leçons cliniques et thérapeutiques sur la Tuberculose parasitaire,** faites à la clinique de la Pitié, rec. par le Dr FAISANS. Vol. in-8° de 92 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

DEBOVE (M.) et BOUDET de PARIS. **Recherches sur la pathogénie des tremblements.** Brochure in-8° de 24 pages. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 70 c.

DEBOVE et BOUDET DE PARIS. **Recherches sur l'incoordination motrice chez les ataxiques.** Brochure in-8° de 16 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DEBOVE. *Voir* LIOUVILLE.

DEHENNE (A.). **Note sur une cause peu connue de l'érysipèle.** Paris. 1874. Brochure in-8. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés. . 35 cent.

DÉJERINE (J). **Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie ascendante aiguë.** Volume in-8 de 66 pages. — Paris 1879. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50.

DELASIAUVE. **De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache, dans ses rapports avec l'Assistance publique.** Paris, 1877. Brochure in-8 de 16 p. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés 35 cent.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE. Revue des maladies nerveuses et mentales, paraissant tous les deux mois, sous la direction de J. M. CHARCOT, rédacteur en chef : BOURNEVILLE.

Sommaire du n° 23. — *Clinique nerveuse.* Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle, par BALLET et CRESPIN. — Du siège et de la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole, par BITOT. (fin). — *Recueil de faits.* Contribution à l'étude du délire mélancolique, par BOUCHER. — *Revue critique.* La synonymie des circonvolutions cérébrales de l'homme, par KÉRAVAL. — *Revue de pathologie mentale.* Du rôle de la prospérité et de l'adversité considérées comme causes de folie par Chapman. — Paralysie et aphasie congénitale chez un idiot, atrophie des circonvolutions, par SHAW. — Sur la décoration et le mobilier dans les asiles, par URQUART. — Sur la pathologie, de la pathologie générale par WIGLESWORTH. — Sur les effets de la fièvre typhoïde chez les aliénés, par CAMPBELL. — De l'occupation dans le traitement des maladies mentales dans les classes supérieures, par BOWER. — Deux cas d'épilepsie liée à une tumeur cérébrale, par PACKER. — Obtusion nerveuse, par KESTEVEN. — Un cas d'endartérite avec folie et aphasie, par Mitchell. — Le réflexe du genou dans la paralysie générale, par MICKLE. — Un cas de paralysie générale chez une femme. — Un cas de goître exophthalmique avec manie, par JOHNSTONE. — Un cas ressemblant à la paralysie générale, par MAUDLEY. — Symptômes mentaux précurseurs d'une attaque d'apoplexie, par SAVAGE. — Observations de paralysie générale, etc., par SAVAGE. — Un cas de mélancolie avec stupeur et catalepsie, par ADAM. — Un cas de folie simulée, par ROBERTSON. — De l'admission des aliénés dans les asiles, par WEBER. — *Sociétés savantes.* Société médico-psychologique, (an. BRIAND. — Congrès des naturalistes et médecins allemands. des (an. KÉRAVAL) ; — Société psychiatrique de Berlin (an. KÉRAVAL). — Société de psychiatrie et des maladies nerveuses de Berlin (an. KÉRAVAL). — *Varia.* Relation d'un voyage psychiatrique en Danemark, en Suède et en Norwège, par CLAUS, (trad. KERAVAL). — *Bibliographie.* De la folie à double forme, circulaire, alterne, par MONDRET, (an. Charpentier). — Etude sur le morphinisme chronique, par JOUET (an. Charpentier). — Des paralysies du sciatique poplité externe d'origine pelvienne, par DORION, (an. CH. FÉRÉ). — Études cliniques de neuropathologie, par J. ARMANGUÉ, J. TUSET, (an. P. MARIL). — *Index bibliographique.* — *Faits divers.*

Prix d'abonnement : Paris, 20 fr. Départements, 22 fr. Union postale, 23 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 40. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 4 OCTOBRE 1884.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

Recherches sur la nature du Lupus vulgaire.

Par le Dr H. LELOIR, professeur chargé de la clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie à la Faculté de médecine de Lille (1).

Deux opinions divisent actuellement la science au sujet du *lupus tuberculeux*, ou *vulgaris* ou *lupus de Willan*. Pour certains dermatologistes, le lupus est une variété de tuberculose cutanée, une tuberculose cutanée localisée (au début tout au moins), et primitive. Pour d'autres dermatologistes non moins éminents, le lupus ne présente rien de commun avec la tuberculose cutanée ; et, parmi ces derniers, c'est pour les uns une néoplasie particulière absolument différente du tuberculome, pour les autres une forme spéciale d'inflammation de la peau. Examinons donc sans parti pris sur quels arguments on peut s'appuyer pour admettre la nature tuberculeuse ou non tuberculeuse du lupus vulgaire. — Lorsque l'on compare entre elles deux affections comme le lupus et la tuberculose, il faut, pour conclure à leur identité, que ces deux affections soient absolument comparables dans tous leurs caractères principaux fondés sur la clinique, l'anatomie pathologique, les inoculations expérimentales et enfin la recherche des micro-organismes spécifiques.

Comparaison clinique. — On a dit avec raison que la symptomatologie du lupus vulgaire diffère de celle de la tuberculose cutanée proprement dite, telle qu'elle a été décrite par Bazin, Chiari, Jarisch, Colomiatti, Vidal, etc... Mais, comme le font remarquer justement Besnier et Malassez dans les dernières discussions qui ont eu lieu en France sur la nature du lupus, deux affections de même nature ne présentent pas toujours la même symptomatologie. C'est là un fait de pathologie générale sur lequel il est inutile d'insister. D'autre part, il est évident, comme le remarque justement Besnier, que si le lupus est une tuberculose *primitive* du derme, il ne peut présenter exactement la même symptomatologie que la tuberculose *secondaire* de la peau survenant chez un sujet déjà cachectisé, infecté d'une façon générale par le virus tuberculeux.

On a dit que le lupus ne se rencontrait pas plus fréquemment chez les sujets tuberculeux que chez les sujets non tuberculeux ; que les lupeux n'étaient pas plus que d'autres prédisposés à la phtisie. Je crois inutile de rappeler ici que, il y a longtemps déjà, les dermatologistes français avaient insisté sur les rapports intimes qui unissent la strume au lupus et avaient présenté une tendance incontestable à rattacher le lupus à la diathèse scrofulo-tuberculeuse. Cette opinion fut combattue plus récemment tant en France qu'à l'étranger, et, chose étrange, ces objections survinrent, alors que les travaux anatomo-pathologiques de Friedlaender, de Köster, etc. semblaient venir donner un appoint considérable à l'opinion française. Mais, en fait, c'est depuis peu de temps seulement que des recherches cliniques et statistiques sérieuses ont été entreprises sur cette question.

Les recherches de Fournier, de Quinquaud, de Lailler et surtout celles de Besnier semblent prouver que les lupeux deviennent plus fréquemment phtisiques que les autres sujets, mais que leur phtisie échappe souvent parce qu'elle reste longtemps localisée, latente, sans retentissement sur l'état général, parce qu'elle se fait souvent par petites crises passagères séparées par de longs intervalles d'accalmie. D'ailleurs, chez les lupeux, la phtisie à forme paroxystique n'est pas absolument rare. Enfin les lupeux peuvent être enlevés rapidement par une tuberculose miliaire aiguë généralisée. J'en ai vu à St-Louis de remarquables exemples où le seul foyer infectant trouvé était le lupus. Dans une thèse récente et importante, faite sous l'inspiration de Besnier avec les statistiques de Besnier, Fournier, Lailler, Vidal à l'hôpital St-Louis, Renouard a trouvé 26 cas d'auto-infection sur 171 cas de lupus, c'est-à-dire une proportion de 1 sur 6 environ.

En résumé, la question clinique est loin d'être résolue : de nouvelles et minutieuses recherches s'imposent. Notons d'ailleurs que ces recherches statistiques sont des plus difficiles, car si le lupus est une tuberculose locale, il peut s'écouler un temps plus ou moins long, parfois très long entre l'apparition de cette tuberculose localisée et celle de l'infection secondaire de l'organisme. Il ne suffit pas d'ausculter et d'examiner les lupeux au début ; il faut les suivre longtemps, minutieusement et voir ce qu'ils deviendront : ce n'est pas toujours chose facile.

On a dit que le lupus n'envahissait jamais les os : le fait est vrai d'une façon générale, mais il n'est pas absolu. Je possède une belle observation d'un malade du service du Dr Lailler où un lupus de la face et de la gorge avait envahi les os. Ceux-ci (os du nez, maxillaire supérieur, voûte palatine) étaient non pas nécrosés secondairement à leur dénudation par les ulcérations lupeuses, mais bien envahis par des nodules lupeux des plus caractéristiques histologiquement ainsi que vous pouvez le constater sur ces dessins. C'est, je pense, le premier cas authentique de lupus des os qui existe. Le malade est mort de tuberculose miliaire aiguë généralisée.

L'*anatomie pathologique* du lupus, depuis les recherches de Friedlaender et Köster a montré l'identité morphologique du lupome et du tuberculome. Les dessins que je fais passer sous vos yeux (lupus tuberculeux de la peau et des muqueuses) montrent que cette identité est absolue. Colomiatti avait essayé de distinguer le lupus de la tuberculose par la présence du tissu conjonctif réticulé dans l'un, et son absence dans l'autre. Or, ce tissu conjonctif réticulé existe dans le lupus comme dans le tubercule, ainsi que vous pouvez le voir sur ce dessin tiré du « traité descriptif des maladies de la peau » que je publie en ce moment en collaboration avec le Dr Vidal. Enfin l'identité morphologique du lupus vulgaire avec la tuberculose s'accentue encore par l'étude et la connaissance du lupus-scléreux qui est, ainsi que Vidal et moi nous l'avons démontré, au lupus, ce que la tuberculose fibreuse du poumon est à la tuberculose ordinaire de cet organe (anatomie pathologique du lupus par Vidal et Leloir, Société de Biologie, novembre 1882). Vous pouvez voir sur les beaux dessins que je fais passer sous vos yeux, et qui sont également tirés de l'atlas que je publie en collaboration avec le Dr Vidal, que le lupus scléreux présente absolument la même structure que le tubercule fibreux.

Inoculations. Les recherches de Villemin, de Chauveau, de Conheim, de Cornil, de Toussaint, de Martin, et enfin les importantes recherches de Koch ont prouvé que le tubercule seul engendre le tubercule. Si donc le lupus est une tuberculose locale, il doit, inoculé dans de bonnes conditions expérimentales, reproduire une tuberculose inoculable en séries comme le vrai tubercule. Dès 1879 (V. Leloir, *Société de Biologie* 1882), j'avais inoculé sous la peau, dans le laboratoire de Vulpian, deux chiens et six cobayes : les résultats ont été négatifs. Vidal, Kiener, Colomiatti inoculèrent également sous la peau des animaux avec des fragments de lupus et ne furent pas plus heureux. En

(1) Communication faite au *Congrès international des sciences médicales*, Copenhague, août 1884.

© BIU Santé

1880, M. Schüller obtint quelques faits positifs d'inoculation, en injectant dans la trachée de lapins une bouillie de lupus. Malgré ces quelques faits de Schüller, la plupart des auteurs considéraient le lupus comme ne pouvant reproduire la tuberculose par inoculation.

Cependant, malgré les insuccès des autres expérimentateurs et les miens, je n'étais pas persuadé de la non-possibilité de l'inoculation du lupus, et je pensais que les insuccès pouvaient peut-être dépendre de l'insuffisance de la technique employée. J'appliquai donc au lupus la méthode des inoculations intra-péritonéales, d'après la technique indiquée par Hippolyte Martin, et dès 1882 (V. Leloir, *Société de Biologie*, décembre 1882), j'inoculai ainsi une certaine quantité de cobayes, en m'entourant des précautions suivantes, que je relate ici rapidement. 1° S'assurer que le sujet lupeux sur lequel on recueille le produit d'inoculation est complètement indemne de toute tuberculose. 2° S'entourer de toutes les précautions antiseptiques ordinaires. 3° Placer les animaux inoculés avec des témoins, dans des cages non contaminées et à l'abri de toute contamination possible. 4° Prendre du lupus non traité et en voie d'évolution. J'ai ainsi, en collaboration avec le Pr Cornil (V. Cornil et Leloir, *Société de Biologie*, juillet 1883 et *Archives de physiologie*, avril 1884), inoculé une grande quantité de cobayes et plusieurs lapins. Nous avons obtenu une proportion de faits positifs de tuberculose généralisée, à tubercules contenant des bacilles et produisant des tuberculoses inoculables en série, de 6 faits positifs sur 13 négatifs environ. Les inoculations pratiquées dans la chambre antérieure des lapins nous ont donné, toute élimination d'erreurs faite, une proportion de faits positifs de un sur un. Donc, d'après nos recherches, nous pouvons dire que le lupus inoculé dans de bonnes conditions expérimentales aux animaux, produit souvent (une fois sur trois environ) une tuberculose miliaire généralisée, inoculable en série et à tubercules contenant des bacilles.

Peu de temps après nous, Koch est arrivé à des résultats analogues. Depuis cette époque, j'ai de nouveau inoculé une grande quantité d'animaux : j'ai encore obtenu une certaine quantité de résultats positifs. Ces résultats seront publiés en temps opportun.

Je me suis demandé alors comment il se faisait que le lupus inoculé dans le péritoine ou la chambre antérieure de l'œil chez les animaux produisait si souvent la tuberculose, tandis que, inoculé sous la peau, il semblait ne pouvoir la reproduire. Un hasard d'expérimentation m'en a donné, je pense, l'explication. J'ai relaté brièvement ce fait dans la thèse de Renouard. Chez deux cobayes où l'inoculation intra-péritonéale du lupus avait mal réussi (la peau seule ayant été suturée, le fragment du lupus était sorti de la cavité abdominale pour se placer entre les muscles incisés de la paroi abdominale et sous la peau avec un bout d'épiploon hernié qui s'était accolé à lui), j'ai pu constater les faits suivants : Après cicatrisation complète de la peau (complète en 8 jours), il survint, deux mois après, au niveau du point d'inoculation, une tumeur aplatie, large comme une pièce de deux sous, épaisse de plus de un centimètre, enchassée dans la peau, et rappelant par sa consistance une gomme cutanée à l'état de crudité. Les tumeurs finirent par s'ulcérer au centre : ces ulcérations étaient grisâtres, lardacées, peu profondes, larges comme une pièce de dix sous et présentaient une grande analogie avec une gomme strumeuse du derme ulcérée superficiellement. A la coupe elles rappelaient de très près, au point de vue histologique, une coupe de lupus. L'une d'elles a été moulée par Baretta.

Depuis lors, j'ai essayé plusieurs fois de reproduire ce phénomène en accolant à un morceau de lupus glissé sous la peau du ventre un lambeau d'épiploon hernié destiné à le nourrir : j'ai réussi deux fois sur cinq. Dans ces différents cas les animaux ne présentaient pas à l'autopsie d'autres lésions tuberculeuses. Dans un cas, seul fait où cette recherche ait été faite j'ai pu trouver quelques bacilles dans la tumeur ainsi produite. Dans ces différents cas j'ai réussi à faire prendre le lupus sous la peau, ce qui n'avait jamais été obtenu jusque là. J'ai ainsi produit, selon toute apparence, une forme spéciale de tuberculose localisée. Il est probable que celle-ci aurait abouti à la tuberculose généralisée, si j'avais laissé vivre mes animaux plus longtemps : je poursuis en ce moment des recherches à cet égard. Je pense que, si j'ai réussi à faire prendre dans certains cas des morceaux de lupus inoculés sous la peau, cela tient à ce que je leur ai donné le moyen de vivre dans l'hypoderme, milieu où ils semblent devoir se nécroser rapidement. J'y suis arrivé en permettant au morceau de lupus et aux tissus ambiants de recevoir un renfort de vascularisation par l'intermédiaire des vaisseaux de nouvelle formation provenant du lambeau d'épiploon hernié. *Il semble donc résulter des faits précédents que l'on peut à volonté, en inoculant des fragments de lupus dans certaines conditions expérimentales, produire tantôt une tuberculose généralisée, tantôt une tuberculose localisée pendant un certain temps du moins.*

Micro-organismes spécifiques du lupus.—Le professeur Cornil et moi (Cornil et Leloir, *Société de biologie*, juillet 1883 ; *Archives de physiologie*, avril 1884) nous avons recherché les bacilles de la tuberculose dans onze cas de lupus au moyen du procédé de Ehrlich. Nous n'avons trouvé de bacilles que dans un des faits étudiés et nous n'avons trouvé qu'un seul bacille sur douze coupes examinées. Nous devons ajouter que, dans ce cas précisément, le malade était atteint de tuberculose pulmonaire.

Cependant, un de ces lupus qui, examiné minutieusement, ne nous a pas montré de bacilles, a été le point de départ de deux séries des plus nettes avec bacilles dans le tubercule d'inoculation. Quant aux microbes ronds décrits par Schuller dans le lupus, nous ne les avons pas trouvés. Il faut d'ailleurs se métier des mastzellen qui peuvent très bien être prises pour des micrococci. Faut-il admettre que les bacilles nous aient échappé dans ces différents cas, vu leur petit nombre ? Mais nos examens, des plus minutieux, ont porté sur un grand nombre de coupes. Faut-il admettre, au contraire, que dans ces cas l'agent tuberculeux existait sous une autre forme (micrococci, zooglées) et qu'il ne pouvait être coloré par les réactifs employés. Les animaux tuberculeux auraient-ils alors servi de terrain de culture pour le développement ultérieur du bacille ? S'agirait-il ici de tuberculoses zoogléiques comme celles qu'a décrites récemment Malassez ? Mais nous n'avons trouvé ni zooglées, ni micrococci.

Nous recherchons en ce moment, en employant divers procédés techniques, les zooglées et micrococci du lupus. Nous reprenons nos recherches sur la présence des bacilles dans cette affection. Peut-être des résultats ultérieurs viendront-ils infirmer les premiers résultats que nous avons obtenus. Cela paraît d'autant plus probable que Pfeiffer, Doutrelepont, Demme et enfin et surtout Koch ont trouvé des bacilles dans le lupus vulgaris, en petite quantité il est vrai. Enfin, fait capital, Koch, dans sept cas de lupus, a trouvé des bacilles ; il les a cultivés et a produit par l'inoculation du liquide de culture des tuberculoses généralisées des plus nettes. Si de nouvelles et nombreuses observations venaient confirmer les résultats récents obtenus par Koch, la question serait donc tranchée d'une façon définitive.

Cependant, pour m'en tenir aux faits que j'ai observés soit seul, soit en collaboration avec le professeur Cornil, je dois rapprocher de cette absence de bacilles dans les cas que nous avons étudiés l'inconstance de la réussite des inoculations. Une période relativement longue s'écoule entre l'apparition des tubercules et la date de l'inoculation dans les cas positifs, contrairement à ce qui se passe dans la tuberculose vraie. Si donc il semble probable, d'après les recherches précédentes que le lupus est une tuberculose locale, c'est en tous cas une tuberculose atténuée. Peut-être le lupus doit-il ses propriétés négatives, que l'on me passe l'expression, l'absence habituelle de bacilles, l'inconstance des inoculations positives, à sa longue durée qui le rapprochera des tubercules fibreux. On sait en effet

© BIU Santé

que, dans ces derniers, il est bien rare de trouver des bacilles de la tuberculose.

Que faut-il conclure de la discussion précédente? Certes, la clinique, l'anatomie pathologique et surtout l'expérimentation (inoculation) semblent démontrer que le lupus est *souvent* une tuberculose locale primitive de la peau ou des muqueuses. Mais en est-il *toujours* ainsi? L'affection que nous désignons sous le nom de lupus vulgaire est-elle toujours une tuberculose *primitive locale* de la peau ou dans certains cas n'est-elle pas *autre chose*? En un mot, le lupus vulgaire est-il une maladie *une*? Les caractères cliniques et spécifiques de cette affection sont-ils suffisamment *précis*, *nets* et *déterminés* pour que nous puissions affirmer que *toujours* le lupus vulgaire, *tel que nous l'entendons*, est une tuberculose cutanée localisée primitive? Certes, il serait difficile de répondre d'une façon absolue à cette question. Il est possible — et qui oserait affirmer le contraire? — que nous décrivons sous le nom de lupus vulgaire ou de Willan des *affections distinctes dans leur essence, dans leur spécificité, bien que semblables (en apparence du moins) dans leur objectivité*. A chaque instant, nous voyons en pathologie générale des causes différentes produire des effets semblables, à nos yeux tout au moins.

Peut-on affirmer qu'il n'en soit pas de même pour le lupus? Et, *s'il en était ainsi*, la divergence des opinions, l'inconstance des résultats obtenus au point de vue expérimental et des recherches mycologiques ne pourraient-ils s'expliquer par ce fait que l'on a étudié, discuté, expérimenté sur des affections *semblables objectivement* (aux yeux des dermatologistes actuels tout au moins), mais *dissemblables* dans leur nature. *Sans remonter au lupus syphilitique* des anciens auteurs qui doit être abandonné, ne voyons-nous pas des dermatologistes comme Hutchinson, E. Wilson, comme Fournier, Veiel admettre la possibilité d'un lupus, manifestation de la syphilis héréditaire tardive, sorte de produit dégénéré de la vérole simulant le lupus scrofulo-tuberculeux vrai.

Le professeur Fournier m'a communiqué à cet égard une observation des plus curieuses : « Il s'agit d'un prêtre « de la maison Saint-Jean-de-Dieu atteint d'un lupus de la « face, large environ comme la paume de la main. C'était « un lupus des plus caractéristiques, à tubercules demi-« transparents, sucre d'orge, demi-mous. » Fournier le montra même à ses collègues de l'hôpital Saint-Louis comme type de lupus vulgaire, et MM. Lailler et Besnier n'hésitèrent pas à poser le diagnostic lupus vulgaris. Néanmoins, et par acquit de conscience, Fournier lui fit prendre de l'iodure de potassium à l'intérieur sans lui prescrire aucun traitement local. En cinq semaines au plus, ce lupus était complètement guéri. Ce prêtre n'avait jamais eu la syphilis et M. Fournier, pour différentes raisons, est convaincu qu'il était vierge. S'agissait-il ici d'une forme anormale de pseudo-lupus par syphilis héréditaire tardive? J'observe en ce moment-ci dans le service du professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, un cas analogue.

D'autre part, il est certain que des dermatologistes, parmi lesquels Vidal, *objecteront* que la tuberculose cutanée vraie peut simuler le lupus vulgaire sans que pour cela le lupus vulgaire soit une tuberculose cutanée vraie.

Je ne veux pas prolonger davantage cette discussion déjà trop étendue et abuser plus longtemps de votre patience. Je veux simplement faire observer que si les faits semblent plaider fortement en faveur de la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, *il n'en résulte pas que l'on puisse actuellement affirmer d'une façon certaine que ce que nous désignons sous le nom de lupus vulgaire soit toujours une tuberculose cutanée. Peut-être* des recherches minutieuses et de longue haleine, portant sur un grand nombre de cas de lupus étudiés dans tous leurs caractères cliniques, anatomiques, spécifiques, etc., permettront-elles un jour de trancher la question d'une façon définitive et dissocieront-elles le lupus de Willan; comme il est très possible d'ailleurs qu'elles en confirment l'unicité et l'assiéent sur des bases inébranlables.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement du tétanos traumatique et de la chorée par les applications d'éther pulvérisé sur la colonne vertébrale;

Par le Dr G. BOUTEILLIER.

Ayant eu l'occasion de traiter successivement et avec succès un cas de tétanos traumatique et un cas de chorée par les pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale, nous croyons utile de publier les observations de nos deux malades afin de démontrer l'utilité et l'efficacité de ce traitement :

Obs. I. *Tétanos traumatique*. — Le 10 novembre dernier, S..., demeurant à Marnefer, canton de la Ferté-Fresnel, âgé de 45 ans, conduisant son cheval à la main et voulant l'exciter avec l'extrémité de la courroie de cuir qui retenait l'animal, la reçut par contre-coup sur l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire gauche. Il en résulta une plaie très petite mais qui donna beaucoup de sang et paraissait profonde. Cette plaie fut le point de départ d'une inflammation de la main accompagnée de traînées rougeâtres sur l'avant-bras et sur le bras avec douleur dans l'aisselle.

Tels sont les renseignement fournis par le malade qui n'avait pas consulté de médecin. Le 16 novembre, la plaie paraissait à peine guérie lorsque S... fit dans une voiture découverte environ six lieues par un froid rigoureux dont il se ressentit surtout à la main et au cou.

Rentré chez lui, il éprouva de l'oppression ; deux jours après il ouvrait difficilement la bouche et appréhendait l'heure des repas. Le 19, dimanche, il eut de la peine à chanter la messe et enfin dans la nuit il eut trois quarts d'heure d'angoisse occasionnée par une constriction de la base de la poitrine. Dans la nuit du 21 au 22 novembre, constriction de la poitrine avec des intervalles de 5 minutes à peine depuis minuit jusqu'à neuf heures du matin.

Je ne vis le malade que le jeudi matin 23 novembre. La nuit avait été aussi mauvaise que la précédente et il eut devant moi un accès nouveau accompagné de sueurs.

Le malade est immobile dans son lit : il peut à peine desserrer les dents. Les muscles latéraux du cou sont plus contracturés à droite qu'à gauche. — Opisthotonos.

Légère difficulté de mouvoir les bras et les jambes. Constipation. Urines rares.

Je prescris un purgatif pour combattre la constipation ; contre l'affection tétanique la fève de Calabar, selon la formule de Watson, et des pulvérisations d'éther toutes les heures le long de la colonne vertébrale pendant 5 minutes. De plus, je recommande de soustraire au bruit et à la lumière le malade qui dit en être incommodé. Le lendemain matin, 24, un mieux notable s'était déjà manifesté, S... n'avait pas eu d'accès de dyspnée pendant la nuit. La mâchoire n'avait pas encore ses mouvements complètement libres; mais il remuait bien le cou, se levait dans son lit très facilement. Le soir, même état, on remarque seulement des soubresauts pendant le sommeil.

Le lendemain, il éprouve des *impatiences* occasionnées surtout par le bruit et la lumière.

Le matin 27, le malade est bien. On diminue la dose de fève de Calabar et on ne fait plus de pulvérisations d'éther que toutes les deux heures.

A 2 heures du soir, gêne dans la mâchoire et dans le cou. Depuis le matin, le malade a éprouvé 7 à 8 fois des constrictions d'une minute de durée à la base de la poitrine. Fève de Calabar toutes les heures et demie, pulvérisation toutes les heures au lieu de toutes les deux heures.

A partir de ce moment, le mieux continue. Toutefois on fait encore pendant quelques jours des pulvérisations d'éther auxquelles le malade attribue surtout sa guérison qui depuis s'est maintenue.

Réflexions. — Il s'agit évidemment, dans le cas que

© BIU Santé

nous venons de rapporter, d'un tétanos à forme chronique, résultat de l'action du froid à la suite d'un traumatisme peu étendu. Il est certain que la guérison est beaucoup plus fréquente dans cette forme chronique ou plutôt dans cette marche lente du tétanos.

Il n'en est pas moins vrai que chaque fois qu'il a été soumis aux pulvérisations d'éther, le malade s'est toujours trouvé soulagé et que c'est à ce traitement qu'il attribue sa guérison. Faisons remarquer que notre malade a surtout souffert de la constriction des muscles de la poitrine, symptôme auquel on attribuait avec raison la plus grande gravité lors de la discussion qui eut lieu en 1874, à la Société de chirurgie, à propos du traitement du tétanos par le chloral. C'est le Dr Lubelski qui a conseillé, dans la chorée, les pulvérisations d'éther que, par analogie, le professeur Jaccoud (1) a recommandées dans le traitement du tétanos.

Malgré l'emploi simultané de la fève de Calabar et des pulvérisations d'éther, c'est à ces dernières que nous attribuons l'effet thérapeutique produit chez notre client. Nous ne voulons pas infirmer par cela même les guérisons publiées par le *Medical* et *Surgical Reporter* (2); bien que nous soyons d'accord avec Giraldès (3) qui, dans ses leçons, conclut à l'effet négatif de la fève de Calabar.

Obs. II. — *Chorée.* Métrat, âgé de 11 ans, tombe le 9 mai 1883 sur la tête et se fait à la région frontale droite une plaie qui suivit une marche régulière et pour laquelle on me fit voir l'enfant dans la pensée qu'il pouvait se déclarer une inflammation du cerveau. Je ne constatai rien qu'une plaie en voie de guérison sans symptômes nerveux appréciables. Ce n'est que le 18 mai que je constatai, après guérison complète de la blessure, les symptômes de la danse de Saint-Guy.

Cet enfant, depuis l'âge de trois mois, est atteint à peu près deux fois par an d'eczéma aux oreilles et aux joues. Le jour de l'éruption, il a beaucoup de fièvre et de délire, puis l'eczéma suit son cours jusqu'à guérison sans que la santé générale en souffre.

Au point de vue des antécédents héréditaires, Métrat a eu un frère mort de méningite, un autre mort du croup. Sa grand mère maternelle était aveugle à l'âge de 60 ans, son grand père maternel est sujet depuis longtemps à des névralgies multiples; enfin un de ses oncles paternels a eu le tétanos par suite d'une plaie au front et a guéri. Le petit malade est intelligent, il a le front légèrement bombé; avant d'être choréique, il n'était pas irritable, il n'avait rien de ce qui constitue le tempérament nerveux, pas de rhumatismes.

Le 18 mai cet enfant, après être rentré à la maison en criant on ne sait pourquoi, eut des mouvements désordonnés des bras et de la tête qu'il portait involontairement tantôt à gauche, tantôt à droite ou en arrière avec des contorsions de la bouche. De plus, il était devenu peureux et irritable. Rien que d'entendre crier son petit frère ou de voir sa mère battre sa sœur, il poussait des cris et ses mouvements étaient plus désordonnés.

Je fis prendre à cet enfant de l'opium à haute dose, de l'arsenic pour combattre en même temps sa prédisposition à l'eczéma, du bromure de potassium, de la fève de Calabar et je n'obtins absolument aucune amélioration. Au bout de cinq semaines de traitement, le pauvre garçon en était venu à ne plus marcher sans tomber, ne pouvant porter les aliments et les boissons à sa bouche, présentant en un mot tous les symptômes d'une chorée complète.

C'est alors que je pensai au traitement de Lubelski. On fit des pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale matin et soir pendant trois, puis pendant cinq minutes. Cette médication, mal acceptée par le petit malade, avait cependant déjà amélioré son état le second jour et au bout de quinze jours, c'est-à-dire sept semaines après le début de la maladie, il ne lui restait que quelques mouvements choréiques surtout lorsqu'on l'observait. J'ai fait continuer le traitement pendant quinze autres jours et la guérison qui alors était complète ne s'est pas démentie depuis.

Il n'est pas possible de nier l'effet thérapeutique des pulvérisations d'éther chez notre malade. On peut dire que, comme chez notre tétanique, l'amélioration a été presque instantanée.

(1) Jaccoud. — *Pathologie interne*, t. I.
(2) *Journal de médecine et de pharmacologie de Bruxelles*, juin 1870.
(3) Giraldès. — *Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants*, page 805. — Paris Delahaye, 1867.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Institut d'hygiène à Munich.

Les médecins de districts en Bavière répondent à une institution représentée autrefois dans quelques provinces de la France par les médecins cantonaux. Leurs attributions ne se bornent pas cependant à donner des soins gratuits aux indigents ; ils sont encore chargés de l'examen de toutes les questions d'hygiène publique qui surgissent dans leurs circonscriptions. Ils doivent, au moins une fois par an, envoyer aux autorités un rapport touchant les objets de leurs expertises; et les réclamations qui pourraient être soulevées par les dires de ces médecins sont soumises au jugement de conseillers médicaux supérieurs et en fin de compte à celui du juge suprême, l'*Ober-Medicinal-Rath* de Munich.

Les questions sur lesquelles doivent se prononcer les médecins de districts sont extrêmement variées. Elles exigent de leur part, sans compter une instruction générale solide, des connaissances particulières en *chimie*, en *physique* et en *histologie*. Qu'on en juge : l'analyse des eaux potables, des boissons et des aliments de toute qualité, la pollution des eaux courantes par les résidus de toute nature, l'hygiène des habitations, des écoles, des casernes, des hôpitaux, l'installation des industries insalubres, l'étude des épidémies locales et des maladies infectieuses, etc., telles sont les questions qui sont soumises à l'examen des médecins de districts.

Si quelques-unes de ces études peuvent être abordées par les docteurs qui ont vécu dans les conditions ordinaires de scolarité, bon nombre d'entre elles appartiennent au domaine de l'expérimentation par le microscope, la balance, les réactifs et les cultures dans des milieux stérilisés. L'instruction pratique nécessaire pour de telles recherches, instruction qu'il fallait offrir à un grand nombre de docteurs, exigeait la création d'un Institut d'hygiène, et celui qui a été bâti à Munich, sous la direction et par les soins de M. Pettenkofer, n'est pas seulement le premier institut de ce genre, il est encore un modèle à présenter pour les autres. Répondre aux besoins de l'enseignement théorique et pratique de l'hygiène, offrir aux étudiants instruits les moyens de travail nécessaires à l'avancement de cette science et présenter par sa structure, dans ses murailles et dans sa charpente, la démonstration des choses professées, tel est le programme que devait réaliser le nouvel institut. Nos lecteurs verront si le but a été atteint.

Non loin de l'hôpital général et de l'Institut patholo-

© BIU Santé

gique, l'*Institut d'hygiène* de Munich s'élève sur un terrain d'environ 1200 mètres carrés. Sa façade se développe sur deux rues presque perpendiculaires entre elles. Il comprend un sous-sol, un rez-de-chaussée et un premier étage ; la hauteur des deux derniers est d'environ 4 m. 50 pour chacun.

A l'ouest du rez-de-chaussée se trouve un grand laboratoire (*Fig.* 102,1) où peuvent travailler une trentaine de docteurs en médecine qui se préparent à subir l'examen nécessaire pour l'obtention du grade de médecin de district. Cette dernière fonction officielle, qui n'est accordée qu'après des épreuves sérieuses, est un titre important aux yeux de la clientèle ; elle rapporte en outre environ 3,700 francs payés par l'État. Les médecins qui fréquentent le laboratoire précédent y trouvent tous les réactifs et les matériaux nécessaires à leurs études. Chaque travailleur a à sa disposition de l'eau, du gaz et un bec de Bunsen. Dans la salle, existent plusieurs appareils pour l'analyse élémentaire et une caisse en fer dans

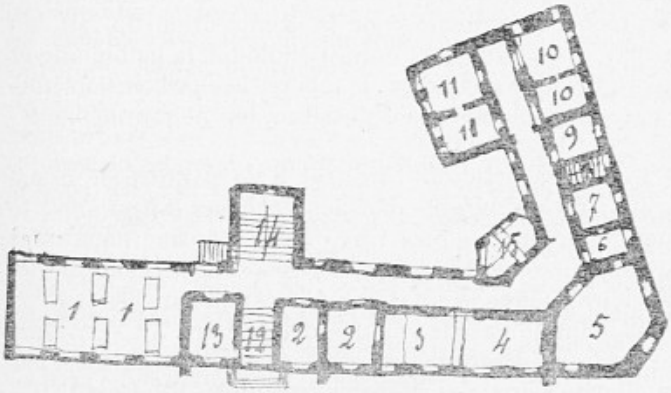


Fig. 102. — 1,1, Laboratoire pour 30 médecins. — 2,2, Chambre des balances. — 3,4, Laboratoire des assistants et du professeur. — 5, Laboratoire pour les médecins qui font des recherches personnelles. — 10,10, Section pour les analyses alimentaires. — 11, Laboratoire de bactériologie.

les parois de laquelle circule constamment de la vapeur d'eau bouillante et dont tous les compartiments sont par suite maintenus à une température uniformément élevée. En allant de l'ouest à l'est, nous trouvons deux chambres (*Fig.* 102,2,2) contenant des balances de précision ; la première réservée aux élèves, la seconde au professeur et aux assistants ; cette dernière donne accès dans le laboratoire particulier des assistants (*Fig.* 102,3) et du professeur (*Fig.* 102,4).

Au point de jonction des deux ailes du bâtiment s'ouvre une vaste pièce (*Fig.* 102,5) où peuvent travailler quatre ou cinq médecins exercés déjà aux travaux du laboratoire ; ils viennent là, sous la direction des assistants et du professeur, étudier une question déterminée d'hygiène. Ce laboratoire est, bien entendu, muni de tous les appareils nécessaires : de tuyaux mettant en communication avec de l'air aspiré ou refoulé, de fourneaux et de réactifs pour les analyses chimiques, de chambres métalliques chauffées pour la stérilisation ou pour le développement des cultures, etc. Vient ensuite une chambre de travail où les médecins précédents et les assistants peuvent écrire (*Fig.* 102, 6), l'appartement particulier du 2e assistant (*Fig.* 102, 7), l'escalier qui monte du sous-sol (*Fig.* 102, 8), une chambre noire (*Fig.* 102, 9) contenant un spectroscope, un polarimètre, un photomètre, etc., et enfin une double chambre réservée à la section des analyses alimentaires (*Fig.* 102, 10,10). C'est là que sont étudiés et analysés tous les produits qui, à un titre quelconque, entrent dans l'alimentation. C'est à peu près le travail qui se fait chez nous au Laboratoire municipal.

Plus loin deux salles (*Fig.* 102, 11,11) pour la conservation des ustensiles et appareils et la préparation des bouillons, peptones, sérums et pommes de terre stérilisés qui doivent servir aux expériences.

Le premier étage, quant à la disposition des locaux, reproduit assez fidèlement le plan du rez-de-chaussée, sauf, bien entendu, les modifications introduites dans l'aménagement de certaines salles.

Au-dessus des pièces qui renferment les appareils et de celles réservées à la section des analyses alimentaires, s'étend le grand amphithéâtre ouvert à cent auditeurs (*Fig.* 103, 1). Le côté qui regarde l'est est muni de plusieurs tableaux mobiles et d'un grand compartiment

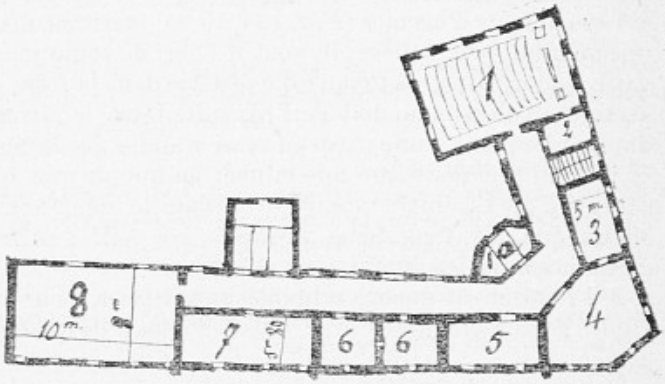


Fig. 103. — 1, Grand amphithéâtre. — 3, Bibliothèque. — 4, Laboratoire de physique et de physiologie. — 6,6, Appartement de l'assistant. — 7, Petit amphithéâtre. — 8, Salle de collection. — 10, Cabinets.

énergiquement ventilé où s'exécutent toutes les opérations qui dégagent des émanations incommodes (Digestorium). Des fenêtres s'ouvrent sur l'O., le N. et l'E. Le côté sud a été aménagé pour la démonstration d'une ventilation modèle. Il présente, à hauteur d'homme, deux grandes perforations garnies de grilles ; l'une donne passage à l'air extérieur qu'un ventilateur placé dans le sous-sol projette dans des tuyaux, l'autre aspire l'air qui a séjourné dans la salle.

A côté de l'amphithéâtre, un cabinet pour le professeur (*Fig.* 103,2), puis la bibliothèque qui possède tous les ouvrages relatifs à l'hygiène (*Fig.* 103,3). La salle 4 est réservée aux travaux de physique et de physiologie ; elle comprend de nombreux appareils, le pneumomètre de *C. Voit*, l'anémomètre de *E. Voit*, etc.

La chambre 5 est un cabinet de travail pour le professeur. Les pièces 6,6 composent l'appartement du 1er assistant : un véritable palais à côté de nos logis d'internes. Le petit amphithéâtre adjacent (*Fig.* 103,7) où les assistants font des cours peut contenir une trentaine d'auditeurs.

La salle de collection (*Fig.* 103, 8) est une des plus curieuses de l'Institut. Là sont méthodiquement entassés tous les appareils, tous les modèles de démonstration qui touchent à la science de l'hygiène privée ou publique. On

© BIU Santé

y trouve les courbes graphiques patiemment recueillies par M. Pettenkofer où se dessinent d'une façon frappante les rapports entre l'intensité des épidémies cholériques et le niveau de l'eau souterraine. L'affaiblissement et la disparition du choléra accompagnent invariablement la chute des pluies.

Un flacon est à demi rempli de graviers et de poussière où germerait le microbe de la pneumonie. Cette poussière ensemencée sur des plaques de gélatine peptone fait naître des colonies capables d'engendrer l'hépatisation rouge chez la souris et l'apparition du microbe encapsulé. Quoi qu'il en soit, cette poussière a été prise dans la cour d'une prison où la pneumonie sévissait autrefois et où elle est devenue introuvable depuis que la poussière a été enlevée.

Le sous-sol comprend différentes pièces garnies d'appareils pour étudier l'infiltration des gaz dans le sol, une salle de bains, les machines qui assurent le chauffage et la ventilation de l'Institut, le logement du concierge et des magasins.

Les cabinets d'aisance (*Fig.* 103, 10,15) méritent aussi une mention particulière; ils sont à l'abri de toute mauvaise odeur. Un gros tuyau isolé pénètre dans la fosse et s'ouvre au-dessus du toit de l'Institut. Dans le tuyau, muni en ce point d'une paroi en verre mobile, brûle nuit et jour au premier étage une mince flamme de gaz. Un courant d'air est ainsi toujours dirigé dans le même sens. Mieux que les irrigations profuses, ce petit système garantit contre les émanations nuisibles.

A l'Institut est encore adjointe une section pour les études météréologiques avec tous les appareils qu'elles exigent.

Telle est la description rapide de l'Institut considéré seulement dans son installation matérielle. Nous devons maintenant savoir quel est l'enseignement théorique et pratique qu'on y donne, quelle est la méthode de cet enseignement, le nombre des professeurs qui l'assurent et le genre des travaux qu'il a suscités.

L'Institut a été inauguré vers la fin de l'année 1879. Il est dirigé par le professeur Pettenkofer, aidé de trois assistants chargés de surveiller les travaux des élèves.

Pendant le semestre d'été, tous les jours, de midi à une heure, le samedi excepté, M. Pettenkofer fait un cours accompagné de démonstrations pratiques. L'objet des leçons ne varie guère : l'air, l'eau, le sol, les habitations, le chauffage, la ventilation, l'éclairage, le niveau de l'eau souterraine, les diverses méthodes de canalisation et d'assainissement des villes, l'étiologie du choléra, de la fièvre typhoïde, de la fièvre jaune, etc. Pendant l'hiver, le professeur étudie avec plus de détails un chapitre quelconque de la science de l'hygiène. Le cours est suivi par une centaine d'auditeurs, parmi lesquels 50 étudiants en médecine, 30 élèves, architectes ou ingénieurs et une trentaine de docteurs qui se préparent à l'examen de médecins de Districts.

Le premier assistant, le Dr Renk, fait une fois par semaine un cours de deux heures ; la première partie de la leçon est théorique, la seconde est consacrée à une visite faite, suivant les jours, aux abattoirs, fabriques, usines à gaz, réservoirs d'eaux, moyens de canalisation, écoles, etc., etc.

Le second assistant, Dr Soyka, est chargé plus spécialement de la bibliothèque et de la préparation du cours du professeur.

Le troisième assistant, Dr R. Emmerich, un des élèves les plus distingués et les plus obligeants de M. Pettenkofer, dirige les travaux des étudiants avancés et s'occupe du laboratoire de bactériologie. Ce laboratoire, encore médiocrement installé, subira des agrandissements notables l'hiver prochain.

Les assistants reçoivent 50 francs de chaque élève qui suit leurs leçons et de plus un appointement officiel qui varie de 1.800 à 2.500 francs.

L'enseignement de l'hygiène n'est pas borné là; il restait en effet à étudier les dangers qui peuvent résulter de l'alimentation animale. Le professeur Bollinger est chargé du cours qui a pour objet la connaissance des viandes saines et des viandes malades, fraiches ou conservées ; les caractères que leur impriment les zoonoses infectieuses (morve, charbon, pyémie, septicémie, tuberculose) et les parasites (trichine, etc.) ; le retentissement des maladies animales sur la composition du lait, du beurre et du fromage ; enfin l'étiologie, la pathologie et la prophylaxie de la rage, la morve, le charbon, la septicémie, la pyohémie, la diphthérie, les helminthes, etc., etc.

Depuis sa création, l'Institut a vu paraître de nombreux travaux insérés dans les *Archives d'hygiène* ; je mentionnerai quelques titres pour montrer dans quel ordre d'idées se font les recherches : Infiltration du gaz d'éclairage dans le sol et sa pénétration dans les habitations, dans le cas de rupture des tuyaux. Dr Welischkonsky, — Propagation et ascension des germes par capillarité dans les terrains mouillés. Dr Bends ; — Etiologie et microbe de la diphthérie. Dr R. Emmerich (1), etc., etc.

Ainsi, laboratoire de recherches greffé sur le laboratoire d'enseignement, outillage scientifique perfectionné, leçons accompagnées toujours d'expériences et de démonstrations pratiques, voilà ce que l'Institut d'hygiène offre à tous les médecins.

On pourrait sans doute parcourir le même programme chez nous en allant successivement au laboratoire de Montsouris, au laboratoire municipal, en suivant les travaux pratiques de chimie et de physique de l'école de pharmacie et de l'école de médecine, en travaillant enfin dans les services de quelques médecins des hôpitaux qui étudient la *bactériologie* ; mais quelle perte de temps!

Il n'est pas jusqu'aux conditions matérielles qui ne nous soient défavorables, puisque nos laboratoires, obligés de se condenser les uns à côté des autres dans un espace en général restreint, doivent adapter leurs besoins aux conditions du terrain qui leur est accordé. En Allemagne, dans les petits Instituts isolés les uns des autres, c'est le terrain et le bâtiment qui se plient aux exigences scientifiques.

A. Chantemesse.

(1) Nous donnerons prochainement un compte-rendu du travail important présenté au Congrès d'Amsterdam par le Dr Emmerich.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de Blois.

Séance du 8 septembre (Matin).

M. Cartaz fait une intéressante communication *sur la paralysie vésicale consécutive à l'usage de l'acide phénique en pansement*; il rappelle que dans l'empoisonnement par l'acide phénique, et quelquefois même à la suite de pansements phéniqués qui n'ont donné lieu à aucun autre phénomène toxique, on constate une coloration noire des urines; dans les deux cas qu'il lui a été donné d'observer, il a pu constater un autre phénomène, beaucoup plus rare, à savoir la paralysie vésicale. Dans le premier cas, il s'agissait d'une hémorrhagie consécutive à l'avortement; l'hémorrhagie fut arrêtée, mais on vit apparaître des symptômes de septicémie, qui conduisirent M. Cartaz à faire injecter chaque jour dans la cavité utérine, en plusieurs fois, un litre de solution phéniquée à 2 pour 100; les accidents septicémiques guérirent parfaitement; mais la malade tomba dans la stupeur et présenta quelques symptômes d'empoisonnement; de plus, elle cessa absolument de pouvoir uriner, et pendant 48 heures, il fallut la sonder; la substitution d'une solution de sublimé à la solution phéniquée fit disparaître immédiatement la paralysie vésicale. — Le second cas est relatif à une femme de 56 ans, atteinte d'une fracture du col du fémur, et qui portait au sacrum des escharres que M. Cartaz fit panser avec une solution phéniquée à 5 pour 100; le troisième jour du pansement, la malade n'urinait pas, la vessie fut trouvée distendue et le cathétérisme fut pratiqué; il n'existait chez cette malade aucun autre signe d'intoxication phéniquée. Le pansement phéniqué ayant été supprimé, la rétention d'urine disparut spontanément. Il paraît y avoir dans ces deux cas une relation bien nette de cause à effet entre l'emploi de l'acide phénique et la paralysie vésicale. Il n'existe dans la science, au moins à la connaissance de M. Cartaz, que deux cas analogues; encore s'agissait-il, dans ces deux cas, d'un empoisonnement par la bouche.

Discussion : M. Verneuil rappelle que les cas de rétention d'urine succédant tout simplement à des opérations chirurgicales ou à des traumatismes ne sont pas rares, et qu'ils sont, en outre, d'autant plus communs que le trauma est plus rapproché de la sphère génitale, ou qu'il a cette sphère pour siège; il croit, en conséquence, qu'il y a des réserves à faire sur l'interprétation des faits signalés par M. Cartaz. — M. Duboué croit volontiers à une simple coïncidence; en effet, il a donné des préparations phéniquées à un vieillard que ce médicament faisait uriner plus librement. — M. Nicaise, qui emploie beaucoup l'acide phénique, n'a jamais observé de rétention d'urine, mais il a vu quelquefois une sorte d'anurie, tout au moins une diminution considérable de la sécrétion urinaire. — M. Cartaz répond qu'il connaît bien les faits de rétention d'urine consécutivement au traumatisme, qu'a rappelés M. Verneuil; mais il ne pense pas qu'on puisse établir d'analogie entre ces faits et ceux qu'il vient de rapporter; d'une part, en effet, on ne saurait assimiler une injection intra-utérine d'eau phéniquée à un traumatisme; et, d'autre part, dans le second cas, le traumatisme était déjà trop ancien, quand la paralysie vésicale s'est produite, pour que l'on puisse lui attribuer un rôle étiologique.

Au nom de MM. Huchard et Ch. Eloy, il est donné lecture par M. Doutrebente d'un travail *sur l'action antithermique des alcaloïdes du québracho* (1) : ces alcaloïdes sont nombreux; on n'en connaît actuellement pas moins de six; une série d'expériences instituées sur des lapins par les auteurs de ce mémoire, a démontré d'une façon bien nette l'action antithermique très marquée de ces divers alcaloïdes et les ont conduits à expérimenter sur l'homme; chez un certain nombre de typhiques, dont le sulfate de quinine n'avait pas réussi à abaisser la température, ils ont obtenu un abaissement marqué à la suite d'injections sous-cutanées de chlorhydrate d'aspidospermine à la dose de 10 à 20 centigrammes. Ils pensent que cette dernière dose ne doit pas être dépassée. Ils insistent sur la rapidité avec laquelle se produit l'abaissement thermique, et sur les modifications que ces agents font subir au sang, qui prend une coloration très analogue à celle que l'on observe dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Discussion : M. Hayem demande si l'état du sang a été constaté à l'aide de procédés rigoureusement scientifiques tels que l'analyse spectroscopique et l'analyse des gaz; cela serait important à savoir, car, parmi les substances antithermiques, il en est dont l'action est due à une altération de l'hémoglobine, altération qui fait de ces agents de véritables poisons du sang. — M. Doutrebente répond que, dans la note qui lui a été remise pour être lue en séance, il n'a pas trouvé l'indication des méthodes employées pour l'examen du sang.

M. Gallois présente un *thermographe* de son invention, qui donne bien exactement la température des corps avec lesquels il est en contact, une disposition ingénieuse ayant écarté les causes d'erreur provenant de la température extérieure.

MM. Potain et François Franck exposent les résultats de leurs *recherches sur la pression artérielle dans l'insuffisance aortique chez l'homme et chez les animaux*. M. Potain prend le premier la parole et rappelle qu'il est généralement admis que, dans l'insuffisance aortique, les symptômes observés se rattachent à une diminution de la pression sanguine; les tracés sphygmographiques viennent évidemment à l'appui de cette manière de voir; mais le sphygmographe, qui fournit de précieux renseignements sur l'amplitude du pouls, est impuissant à donner la valeur véritable de la pression sanguine; M. Potain présente une série de tracés recueillis presque au même moment sur le même malade et présentant néanmoins des variations très considérables; on conçoit très bien, en effet, que cet instrument ne peut indiquer que le rapport qui existe entre la force de propulsion du cœur et la resistance périphérique; sur la force absolue de propulsion du cœur, il ne peut fournir aucune indication certaine. Aussi a-t-on imaginé d'autres instruments pour mesurer cette force; M. Potain rappelle la tentative faite par Bach dans cette direction, et présente un instrument que lui-même a imaginé pour se rendre compte de cette pression; cet instrument est constitué par une ampoule en caoutchouc, munie d'un tube de même substance qui le rattache à un manomètre en métal avec cadran enregistreur; l'orateur explique comment cet instrument doit être employé; son maniement demande un peu d'habitude; mais on arrive vite et sans peine à s'en servir utilement, et, s'il n'a pas la rigueur d'un instrument de précision, il fournit cependant des données suffisamment exactes. A l'aide de cet appareil, M. Potain a étudié la pression sanguine chez quinze malades atteints d'insuffisance aortique soit pure, soit compliquée, et il a pu s'assurer que dans l'insuffisance pure, la pression est toujours au moins égale, et souvent supérieure, à la pression normale; celle-ci étant de 16 centimètres, la pression de l'insuffisance varie entre 16 et 25; chez un seul malade la pression était un peu inférieure à la normale; mais ce malade était en même temps phtisique, et il existait probablement chez lui une altération du myocarde. Lorsque l'insuffisance n'est pas pure, la pression peut descendre au-dessous de la normale. Dans ces conditions, les données anciennes qui expliquaient tous les symptômes de l'insuffisance aortique par une diminution de la pression sanguine doivent être abandonnées; la thérapeutique reçoit le contre-coup de ces faits nouveaux; bien des moyens

(1) Voir *Manuel des injections sous-cutanées*. (Bourneville et Bricon.) — *Aspidospermine*, p. 28 et *Progrès médical*, n° 16, 21 avril 1883, p. 304. — *Du québracho* (par Bricon).

© BIU Santé

diététiques théoriquement écartés du traitement de l'insuffisance aortique peuvent désormais y prendre place, et la digitale doit être ou entièrement proscrite ou maniée avec une grande réserve. Ces faits montrent, en outre, que dans les cas de cet ordre, ce qui importe c'est bien moins la lésion valvulaire elle-même que la façon dont cette lésion et ses effets sont supportés à la périphérie. M. Potain cède alors la parole à son savant collaborateur, qui rend compte des expériences physiologiques à l'aide desquelles il a contrôlé ou interprété les enseignements de la clinique. M. F. Franck expose que la constatation de ce fait paradoxal d'une haute pression artérielle dans l'insuffisance aortique était bien fait pour éveiller le désir d'une explication ; il a donc cherché, et il a réussi, à produire chez des animaux des lésions artificielles des valvules de l'aorte, et toujours il a constaté une augmentation dans l'énergie du cœur et dans le nombre de ses pulsations : l'orateur indique les moyens très ingénieux qu'il a employés pour constater, en se mettant à l'abri des causes d'erreur, cette augmentation de l'énergie des contractions cardiaques, ainsi que la réaction de la circulation périphérique. Si l'on recherche la raison de cette double réaction, il faut avant tout faire une large part à l'irritation produite au niveau des valvules aortiques, tout comme dans l'aortite il faut la faire à l'irritation qui siège à un niveau différent. M. F. Franck s'est appliqué en outre à déterminer les conditions propres à maintenir une pression normale dans l'insuffisance aortique ; or, ces conditions sont au nombre de deux: 1° augmentation de l'énergie cardiaque ; 2° diminution de l'écoulement périphérique ; cette dernière condition est réalisée par le rétrécissement du calibre des vaisseaux périphériques ; or, ces deux conditions, dont un appareil schématique en caoutchouc avait révélé à M. Franck la nécessité, se trouvent précisément réalisées chez l'homme dans l'insuffisance aortique : l'énergie du cœur s'accroit, les vaisseaux périphériques se contractent, et le double mode de compensation indiqué par l'expérimentation se trouve vérifié par la clinique, en sorte que les deux méthodes se complètent mutuellement. En y réfléchissant bien d'ailleurs, on verra qu'il n'est aucun des phénomènes de l'insuffisance aortique qui ne soit aussi expliquable que la théorie de la haute pression que par celle de la basse pression.

M. Verneuil fait une intéressante communication sur les *périostites rhumatismales éphémères*. On sait depuis longtemps que les périostites ont une étiologie très multiple ; mais la variété dont M. Verneuil a pu observer deux exemples qu'il va rapporter, paraît avoir été jusqu'ici presque entièrement passée sous silence ; elle est cependant mentionnée dans l'excellente monographie que M. Besnier a consacrée au rhumatisme dans le *Dictionnaire encyclopédique*. Dans le premier cas observé par M. Verneuil, il s'agissait d'une dame de 44 ans, qui présentait des manifestations arthritiques multiples et variées, et qui fut prise d'une névralgie sous-occipitale avec fièvre ; le sulfate de quinine guérit la fièvre, mais non la névralgie ; bientôt survint une autre névralgie thoraco-brachiale, avec rétraction permanente du mamelon ; la névralgie brachiale survécut à la disparition de la névralgie mammaire ; puis on vit apparaître au bras d'abord et peu après à la tempe deux petites tuméfactions, qui n'étaient autre chose que des périostites ; quelques jours après, nouvelles périostites à la branche gauche du maxillaire inférieur, puis près de l'épine nasale ; enfin le périoste du tibia devint à son tour très douloureux. Dans un autre cas, chez une dame de 46 ans, atteinte d'un cancer utérin, M. Verneuil constata une périostite du radius, en même temps qu'à la partie postérieure de l'autre bras et derrière l'oreille, il observait le type des lésions qui ont été récemment décrites sous le nom de nodosités rhumatismales éphémères ; ayant eu l'occasion de revoir plus tard cette malade, M. Verneuil constata au bord de la mâchoire un gonflement, et à la cuisse un point très douloureux à la pression, qui se rattachaient encore à un état inflammatoire du périoste. Ces deux cas présentent de grandes analogies ; les deux malades étaient également arthritiques, et portaient toutes deux un néoplasme; pas plus chez l'une que chez l'autre la syphilis ne pouvait être invoquée. Le caractère rhumatismal de ces périostites ne paraît pas douteux ; elles ressemblent d'ailleurs bien peu aux périostites chirurgicales ordinaires ; elles sont absolument apyrétiques et disparaissent rapidement sans laisser de traces.

Discussion : M. Teissier fils fait remarquer que ces périostites sont parfois extrêmement douloureuses; dans un cas qu'il a observé, on se disposait à pratiquer la trépanation du tibia, lorsque survint un zona dont la disparition, au bout de quelques mois, entraina celle de la périostite. — M. Demons fait remarquer que, dans le cas cité par M. Teissier, l'affection a eu une durée qui ne permet pas de la ranger parmi les périostites éphémères. — M. Potain a observé un cas où les périostites étaient multiples et où les unes persistèrent, tandis que les autres s'étaient montrées réellement éphémères. — M. Meusnier a vu un cas de périostite rhumatismale, mais l'affection ne fut pas éphémère. — M. Duplouy a observé un malade qui présentait des périostites nombreuses des métacarpiens, qui passaient rapidement d'une main à l'autre. — M. Duboué a observé un cas de périostite rhumatismale siégeant au front, et qui a guéri par le sulfate de quinine. — M. Verneuil conclut de cette discussion que certaines périostites rhumatismales sont éphémères, tandis que d'autres sont plus persistantes. Il rappelle que la première idée qu'elles éveillent chez le médecin, c'est l'idée de la syphilis, et qu'il y a là quelquefois une difficulté de diagnostic différentiel.

M. Soulez fait une communication sur les *déplacements de la rate à la suite de cachexie paludéenne grave* ; l'orateur en a observé quatre cas ; la rate était flottante et considérablement hypertrophiée ; un traitement prolongé par le sulfate de quinine a amené tout à la fois une diminution de volume de l'organe, et sa réintégration à son siège normal. Les quatre observatiens étaient relatives à des femmes. Bien que des opérations aient été quelquefois pratiquées et souvent conseillées en pareil cas, M. Soulez repousse toute intervention chirurgicale, et pense que la médication quinine fournit au médecin des armes suffisantes.

M. Chaumier confirme, à cet égard, les vues de M. Soulez ; il a observé dans deux cas le déplacement de la rate avec hypertrophie, et ses deux malades ont guéri par le sulfate de quinine.

M. Aug. Voisin fait une communication sur l'*hypnotisme employé comme moyen de traitement de l'aliénation mentale et des névroses, et comme agent moralisateur*. La malade qui sert de base à cette observation était une hystérique qui avait commis de nombreux abus de confiance sous l'influence des suggestions de quatre italiens ; elle était débauchée, violente, ordurière, elle présentait de l'excitation maniaque. M. Voisin eut l'idée de l'hypnotiser pour calmer son excitation ; la malade refusa toujours son consentement, mais l'orateur parvint néanmoins à l'endormir contre sa volonté ; sous l'influence de l'hypnotisme, les crises d'excitation les plus violentes se calmaient; mais, une fois réveillée, la malade redevenait grossière, violente, insupportable. M. Voisin entreprit alors de lui suggérer pendant le sommeil des idées de calme, d'obéissance, de décence, dans les propos ; il s'efforça en même temps de faire revivre chez elle les sentiments affectifs qui étaient complètement oblitérés, et aussi de rappeler le sommeil ; il réussit parfaitement à obtenir ces divers résultats. Le sommeil revint, et au point de vue moral la malade fut complètement transformée ; elle devint docile, calme et convenable. Elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant le sommeil hypnotique, que M. Voisin lui procure le plus habituellement à l'aide d'une lampe au magnésium.

Discussion : M. Régis avait songé avec M. le professeur Pitres, à hypnotiser des aliénés ; mais ses tentatives n'ont eu aucun succès ; il signale les obstacles que l'on rencontre en pareil cas, et dont le principal consiste en ce que l'on ne peut

© BIU Santé

obtenir de l'aliéné ni le consentement, ni la fixité de l'attention; il craint que ce moyen ne donne de résultats favorables que dans un très petit nombre de cas, chez des aliénés très peu atteints, et surtout chez des hystériques.

M. BERNHEIM rappelle que Durand (de Gros) et Libant, de Nancy, ont déjà pensé à ce moyen de moralisation; mais, comme l'a dit avec raison M. Régis, l'hypnotisation des aliénés est entourée d'obstacles presque insurmontables. M. Bernheim a vu toutefois des cas, placés à la vérité en dehors du cadre de l'aliénation mentale proprement dite, où l'hypnotisme avait pu être employé comme agent de moralisation; il cite notamment le cas d'un médecin qui, devenu malheureusement alcoolique, fut guéri par la suggestion hypnotique. Il a, d'autre part, observé une hystérique qui refusait de manger et qu'il essaya de traiter de cette manière; mais il ne pouvait rien lui suggérer parce qu'elle résistait en se donnant à elle-même ce que l'on pouvait appeler des auto-suggestions, contraires à celles que M. Bernheim voulait lui faire accepter; il eut alors recours à un artifice qui consistait à lui changer sa personnalité; elle ne résistait pas à cette suggestion contre laquelle elle n'était pas prémunie, et persuadée désormais qu'elle était non pas elle-même, mais sa tante, elle mangeait sans difficulté en vertu de ce changement de personnalité. En résumé, M. Berneheim pense que, sauf peut-être, dans quelques cas de manie très limitée, l'hypnotisme ne donnera chez les aliénés que des résultats à peu près nuls. M. DOUTREBENTE prie M. Voisin de bien préciser si sa malade était une aliénée ou simplement une névrosique; pour lui il pense que c'était tout simplement une hystérique; tel qu'il a été présenté, le fait ne lui paraît pas concluant; il demande, d'ailleurs, quel avantage M. Voisin trouve à ce moyen et en quoi consiste sa supériorité sur les autres moyens de moralisation. Relativement au fait cité par M. Bernheim, il se demande s'il n'y a pas quelque danger à se permettre de créer des dédoublements de la personnalité. — M. VOISIN répond sur un premier point que sa malade n'était point une névrosique, mais une aliénée véritable, avec hallucination; sur un second point, que sa malade n'a jamais consenti à se laisser endormir, et qu'il l'a néanmoins hypnotisée malgré elle; et, sur un dernier point, qu'il considère les pratiques d'hypnotisme, scientifiquement conduites, comme absolument inoffensives.

Séance du 8 septembre (soir).

M. BERNHEIM fait une très intéressante communication *sur des troubles choréiques de l'écriture guéris par la suggestion hypnotique*. La suggestion, qui peut donner des troubles fonctionnels à un sujet qui n'en a pas, peut-elle les faire disparaître chez un sujet qui en présente? M. Bernheim, au nom des faits, répond affirmativement à cette question. La méthode que le Dr Liébaut suit depuis bien des années pour obtenir ce résultat consiste à suggérer la guérison, à l'affirmer dans une suggestion et par là même à la réaliser. On voit que la méthode est telle que tous les troubles dynamiques relèvent d'elle, ou tout au moins peuvent en relever. A l'appui de son assertion, M. Bernheim rapporte trois cas de troubles choréiques de l'écriture qu'il a réussi à guérir par la suggestion hypnotique. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune garçon qui a eu trois attaques de chorée; la seconde attaque a été suivie d'une attaque de rhumatisme articulaire; la troisième est toute récente; elle a guéri, mais en laissant après elle des troubles de l'écriture, troubles très marqués ainsi que l'attestent les spécimens présentés par l'orateur. M. Bernheim hypnotise le jeune homme, et pendant son sommeil, qui est profond et après lequel il ne se souvient de rien, il lui suggère qu'il est guéri. Après les premières séances, l'écriture s'améliore, mais seulement d'une façon momentanée; mais au bout d'un mois, l'amélioration est devenue définitive: le malade est guéri et peut écrire une lettre parfaite, ainsi que le montre le nouveau spécimen présenté à la section. — Le second fait, très analogue au premier, a trait à une jeune fille atteinte d'hémichorée et dont l'observation a été publiée dans la *Gazette médicale de Paris*. — Dans le troisième cas, il s'agissait d'une jeune fille, appartenant à un atelier où avait régné une épidémie de chorée, et qui était elle-même atteinte de chorée généralisée. On l'hypnotise; elle n'arrive pas au sommeil profond, elle n'atteint que la deuxième phase et se souvient de tout ce qui s'est passé pendant son sommeil; on lui suggère, on lui affirme que le tremblement rhythmique dont elle est affligée va disparaître; tout d'abord, il s'exagère; mais au bout de quelques minutes, il disparaît, et la jeune fille, réveillée, écrit sans que son écriture révèle aucun trouble choréique. Au bout de cinq minutes, à la vérité, le tremblement recommence; mais il a suffi de quelques séances ultérieures d'hynotisation pour que la guérison devint définitive, et ne se démentît plus. M. Bernheim possède bien d'autres faits de guérison par cette méthode; mais il se borne actuellement à signaler ces trois cas intéressants.

Discussion. M. DEMONS demande à M. Bernheim s'il croit qu'une contracture hystérique puisse être guérie par la suggestion. — M. BERNHEIM répond que cela est certain; on peut même guérir ainsi certaines contractures organiques, lorsqu'elles sont récentes, et qu'elles ne persistent pour ainsi dire que dynamiquement; il ne saurait toutefois être question, bien entendu, de guérir par cette méthode les contractures de la sclérose en plaques, par exemple. — M. HENROT fait quelques remarques sur l'action des aimants dans l'hémi-chorée; il signale notamment un cas où, par une application d'aimants il obtint d'abord le transfert simple de l'hémi-chorée, et où des applications successives de l'aimant amenèrent une guérison définitive. — M. BERNHEIM s'est souvent demandé, sans pouvoir encore résoudre la question, si l'aimant possède réellement par lui-même une action œsthésiogène, ou bien s'il n'agit pas par une sorte de suggestion; il rappelle à ce propos que la suggestion chez certains sujets est parfaitement possible à l'état de veille.

M. HAYEM fait une très importante communication *sur l'examen du sang au point de vue du diagnostic des maladies aiguës*; il rappelle que, si de grands progrès ont été réalisés durant ces dernières années dans l'étude du sang, ces progrès sont presque exclusivement d'ordre chimique, tandis qu'il serait utile de faire entrer l'étude anatomique du sang dans la pratique courante, au même titre que l'examen des urines, par exemple. Ce qui rend difficile l'examen du sang pur, c'est l'extrême vulnérabilité de ses éléments; aussi M. Hayem s'est-il appliqué à imaginer un instrument qui permet de surmonter cet obstacle; le petit appareil dont il se sert se compose d'une lame de verre dont le centre est entouré de gouttières. On dépose une parcelle de sang sur la partie centrale de la lame; celle-ci étant parfaitement plane, le sang s'y étale en couche uniforme, et avec un peu d'habitude, on arrive à donner à cette couche sanguine une épaisseur constante; à l'aide d'un peu de vaseline, on empêche tout accès de l'air, et le sang se trouve à l'abri de toute modification pouvant provenir des agents extérieurs; l'observateur le voit tel qu'il circule dans les vaisseaux, et il peut, à l'aide du microscope, suivre les phénomènes de la coagulation, et apprécier ainsi la quantité de fibrine que contient le sang. Il a même l'avantage de pouvoir, en renouvelant cet examen tous les jours, suivre les modifications quotidiennes du sang dans le cours d'une maladie aiguë. Enfin, dans un assez grand nombre de cas, l'examen du sang est très propre à éclairer le diagnostic, alors même que d'autres éléments font encore défaut. On sait, par exemple, combien est difficile le diagnostic d'une affection fébrile; or, à cette période précoce, si l'on voit le sang se coaguler sans donner lieu à la formation d'un réticulum fibrineux, on peut diagnostiquer une pyrexie, c'est-à-dire probablement une fièvre typhoïde. Si, au contraire, on observe une augmentation, un épaississement de la fibrine dans le sang, on peut affirmer qu'il n'y a pas de fièvre typhoïde, à moins, bien entendu, que celle-ci ne présente des complications de nature inflammatoire. Dans les états fébriles que l'on a désignés sous les noms de synoque, d'embarras gastrique fébrile, de fièvre muqueuse, etc., la fibrine augmente, et le fait même de

© BIU Santé

cette augmentation permet de faire le diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde. — Il est juste pourtant de signaler quelques exceptions; il existe en effet certaines maladies inflammatoires qui ne s'accompagnent pas d'une augmentation de la fibrine. Parmi ces maladies qui font exception à la règle, on peut citer la pneumonie typhoïde, ou symptomatique de la fièvre typhoïde. Dans ces cas même, l'examen du sang ne sera pas inutile au diagnostic; si, en effet, on constate un réticulum fibrineux très léger, on peut éliminer la pneumonie typhoïde, et l'on songera de préférence à la pneumonie tuberculeuse, et surtout à la pneumonie caséeuse lobaire.

Discussion. M. MAUREL constate que le moyen de diagnostic que vient d'indiquer M. Hayem est d'autant plus précieux que l'étude des éléments figurés du sang ne fournissait que peu ou point de renseignements relativement au diagnostic. — M. BERNHEIM demande à M. Hayem, ce qu'il entend au juste par le mot de pneumonie typhoïde. — M. HAYEM répond que c'est là une question qui est encore environnée de bien des obscurités; il rappelle les recherches récentes dont les diverses formes de pneumonie ont été l'objet dans ces derniers temps et notamment celles qui ont porté sur le microbe de la pneumonie franche. En résumé, et sans suivre l'orateur dans les considérations assez développées auxquelles il s'est livré, on peut dire que, pour M. Hayem, la pneumonie dite typhoïde est surtout une pneumonie épithéliale

M. HENROT fait une très intéressante communication *sur l'hémoglobinurie*, dont il a pu récemment observer deux cas : dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 32 ans, portant à l'un des sommets pulmonaires un petit noyau caséeux; le malade était en outre syphilitique : de temps en temps, presque toujours sous l'influence du froid ou d'une fatigue musculaire, il rendait des urines couleur de café noir; avant l'accès, qui s'accompagnait toujours d'un mouvement fébrile, l'urine était claire et ne contenait ni sucre, ni albumine; après l'accès, on y trouvait de l'albumine, mais pas de sucre, et pas de globules sanguins; ces accès d'hémoglobinurie disparurent après avoir duré deux ans; mais les urines devinrent albumineuses, et enfin le malade mourut de tuberculose. — Il faut noter en outre que chez ce malade les urines avaient présenté les caractères de l'urine hémaphéique. — Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de 35 ans, qui eut en tout quatre accès, dans lesquels il rendit des urines foncées, mais ne contenant pas de globules sanguins; comme dans le fait précédent, l'urine, qui n'était pas albumineuse avant l'accès, contenait de l'albumine après l'accès; enfin on a trouvé de l'urobiline dans l'urine de ce malade. — On s'est demandé, on se demande encore où se fait la fonte des globules dans l'hémoglobinurie; M. Henrot ne se prononce pas formellement, mais s'appuyant sur ce fait que chez le premier malade, les urines étaient hémaphéiques, que chez le second elles contenaient de l'urobiline, il se demande si dans certains cas la fonte des globules n'est pas due à une action dissolvante des acides biliaires en excès. Au point de vue de la thérapeutique de l'hémoglobinurie, il se demande si les inhalations d'oxygène n'agiraient pas utilement, en augmentant la force de résistance des globules; peut-être aussi pourrait-on, à la période cachectique, avoir recours à la transfusion d'une petite quantité de sang.

Discussion. M. MAUREL demande à M. Henrot si ses malades n'étaient pas atteints d'impaludisme. — M. HENROT n'a trouvé chez eux aucun symptôme palustre; l'un d'eux toutefois avait habité l'Afrique. — M. MAUREL fait remarquer que dans les cas de mélanurie, il ne faut pas conclure de la couleur de l'urine aux substances qu'elle contient; en effet, dans une urine noire, on peut trouver du sang pur, ou bien de l'hémoglobine, ou bien encore on peut ne trouver ni le sang en nature ni sa matière colorante. — M. HENROT répond que chez ses malades, l'absence de globules sanguins était complète; de plus la mélanurie était intermittente; or, cette intermittence est caractéristique de l'hémoglobinurie et ne se rencontre pas dans les autres mélanuries signalées par M. Maurel. — M. DELORE pense qu'en présence d'un cas de mélanurie il faut toujours penser à une altération de la matière colorante du sang. — M. HAYEM dit que les faits signalés par M. Henrot sont très intéressants, d'abord par eux-mêmes, et ensuite à cause de l'hypothèse explicative qu'ils lui ont suggérée; il pense, toutefois, que l'idée émise, avec beaucoup de réserve d'ailleurs, par M. Henrot, est passible de quelques objections : ainsi, M. Henrot pense que la présence de certains principes biliaires en excès a pu activer la fonte des globules; mais, chez les hémaphéiques, il y a de l'ictère, et l'ictère est infiniment rare chez les hémoglobinuriques. Mais il y a une autre objection plus importante; pour que l'hémoglobine s'échappe, il faut que le sérum en contienne une quantité très considérable. M. Hayem a fait des expériences sur ce sujet et il s'est proposé de mettre l'hémoglobine en liberté en injectant une certaine quantité d'eau dans le système circulatoire; or, c'est seulement lorsqu'on a injecté dans les veines une masse d'eau qui équivaut à la moitié de la masse du sang chez l'animal que l'on peut observer une élimination passagère de l'hémoglobine; encore cette élimination n'est-elle pas constante. Il est cependant facile de s'assurer, dans ce cas, qu'on a mis en liberté une grande quantité d'hémoglobine. Il faut ajouter que si, chez un malade atteint d'hémoglobinurie, on examine le sérum du sang, on peut s'assurer que le sérum est à peine plus coloré qu'à l'état normal; quant au plasma, il contient presque autant d'hémoglobine chez le sujet malade que chez le sujet sain. M. Hayem pense que, dans ces conditions, il est difficile de ne pas être amené à penser que, dans l'hémoglobinurie, il y a une altération de l'hémoglobine, et que celle-ci, transformée, se comporte dans le sang comme un corps étranger, ou plutôt comme une hémoglobine étrangère; on sait, en effet, que si, chez un animal, on injecte une quantité, même très peu considérable, d'hémoglobine provenant d'un animal d'espèce différente, on provoque immédiatement une poussée d'hémoglobinurie. M. Hayem fait remarquer qu'en proposant cette explication, il ne la donne que pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une simple hypothèse.

M. GRIMAUX, dans une communication très intéressante, a exposé le résultat de ses recherches *sur la synthèse des matières albuminoïdes*: si nous ne résumons pas ce travail, c'est qu'il a fait l'objet d'une communication antérieure à la Société de Biologie et qu'il a, par conséquent, passé sous les yeux du lecteur. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES.

SECTION DE CHIRURGIE.

Il nous serait impossible de rappeler, avec les développements qu'elles comportent, toutes les questions qui ont subi le feu de la discussion dans la section de chirurgie. Nos lecteurs connaissent suffisamment, par l'enseignement clinique et les publications de la presse médicale française, la pratique chirurgicale que nos éminents maîtres, MM. Verneuil, Trélat, Nicaise, Pozzi, etc., sont venus exposer et défendre devant l'assemblée des chirurgiens de tous pays, avec un éclat incontesté. Le cadre restreint de ce compte rendu ne nous permet que de dire quelques mots des sujets qui nous ont paru les plus intéressants ou les moins généralement connus, et de rapporter spécialement les opinions des praticiens de l'étranger.

Un des premiers points a été le *traitement opératoire du cancer du rectum*: M. le professeur VERNEUIL est venu faire l'exposé de sa méthode, la *rectotomie linéaire*; il en a fait connaître les heureux résultats, en temps qu'opération palliative, et s'est prononcé contre l'extirpation du rectum.

Le professeur ESMARCK, au contraire, s'est fait le défenseur de l'*ablation radicale*, et après lui le professeur VOLKMANN a soutenu la *même thèse* dans un exposé du plus vif intérêt. Selon lui, l'extirpation totale du rectum cancéreux est une excellente opération : il la compare à l'ovariotomie en ce sens que cette dernière repoussée avec vigueur par

© BIU Santé

les chirurgiens dès le début, a fini par entrer bon gré mal gré dans la pratique courante ; cette opération n'est pas plus dangereuse que l'ovariotomie, mais à la condition qu'elle soit pratiquée suivant certaines règles et en particulier à la condition qu'elle s'accompagne des précautions antiseptiques les plus strictes possibles. M. Volkmann n'est pas d'avis qu'il faille attaquer les tumeurs cancéreuses remontant assez haut dans le rectum pour que leur limite supérieure ne puisse être reconnue avant l'opération. Aussi se montrerait-il peut-être moins hardi que le professeur Esmark qui, avant lui, s'était déclaré partisan de l'opération pour des cancers remontant à 20 centimètres. L'examen préalable de la tumeur doit toujours être fait dans l'anesthésie chloroformique, et c'est seulement alors que le doigt, après avoir franchi les limites supérieures de l'obstacle, reconnaît la possibilité d'une intervention portant jusque dans les parties saines, que le chirurgien de Halle prend son bistouri. Il estime que, dans la plupart des cas, le malade éprouve un soulagement immédiat ; les douleurs locales, le ténesme, la gêne de la défécation cèdent en peu de temps. Par la suite, le malade est obligé de porter un appareil de prothèse, ou tout simplement de « se garnir » s'il est atteint de diarrhée. Mais en dehors de cette circonstance, l'opéré peut reprendre sa vie habituelle et vaquer sans inconvénient à ses travaux. L'état est, sous ce rapport, bien supérieur à celui des malades auxquels on a pratiqué, à titre de mesure palliative, un anus artificiel. Lorsque, malheureusement, la récidive vient à se déclarer, c'est le plus souvent sous forme viscérale qu'elle se produit, et le malade succombe à la cachexie sans que son état moral ait été affecté par la réapparition de la lésion locale. (Séance du 11 août.)

Arthrotomies : M. le professeur Ollier est venu soutenir la pratique des *résections articulaires* dans les affections tuberculeuses localisées, en opposition à celle des amputations vers laquelle certains chirurgiens ont de la tendance à revenir ; le professeur de Lyon s'éleva d'ailleurs en même temps contre l'exagération de la méthode qu'il préconise, exagération qui consiste à faire courir aux malades les risques d'opérations toujours dangereuses, pour des affections articulaires peut-être curables sans intervention sanglante. Les résections donnent de mauvais résultats, chez les enfants, tant au point de vue du fonctionnement que de l'accroissement du membre lorsqu'elles sont pratiquées au-dessous du cartilage épiphysaire.

Dans une des séances suivantes, le professeur Volkmann reprenant succinctement le sujet des *arthrotomies* dans les arthrites tuberculeuses, établit tout d'abord que nombre d'affections articulaires décrites autrefois sous des dénominations diverses, ne sont autre chose que des arthrites tuberculeuses. L'anatomie pathologique, appuyée surtout sur la recherche des bacilles et la marche clinique de la maladie le démontrent clairement. Pour ce qui est du traitement, le professeur allemand insiste énergiquement sur la nécessité absolue qu'il y a, lorsque la chirurgie se décide pour une résection, à la faire complète, c'est-à-dire sur la nécessité qu'il y a de poursuivre partout les foyers tuberculeux et d'appliquer ensuite la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Il met en lumière la facilité avec laquelle guérissent les tuberculeux lorsqu'on a obtenu des plaies nettes, bien débarrassées de tout produit bacillaire.

M. le professeur Trélat se montre d'accord avec Volkmann sur tous ces points qu'il résume d'une façon concise et claire. Il avance, en particulier, que la coxalgie est, pour ainsi dire, toujours d'origine tuberculeuse et trouve, dans la guérison spontanée de cette affection, la preuve que la tuberculose locale est parfaitement curable d'elle-même dans certains cas.

Le professeur Volkmann ajoute, comme preuve à l'appui de cette assertion, que sur 250 résections de la hanche, il n'a constaté l'absence de tubercules que dans quelques cas de suppurations articulaires consécutives à la diphtérie ou à l'infection puerpérale.

Le Dr Cheyne fait l'exposé de sa méthode opératoire pour le *traitement de la coxalgie*, par le drainage de la tête fémorale avec trépanation du col suivant son grand axe. Volkmann fait observer qu'il est bien plus simple et plus pratique d'échancrer le sourcil cotyloïdien en bas et en arrière, et de faire passer un drain par cette voie dans la cavité articulaire.

Ostéotomie pour le genu valgum. Le professeur Mac Ewen, de Glasgow, expose l'historique de ce procédé opératoire, qui date de sept ans, mais qui s'est surtout vulgarisé pendant ces quatre dernières années. Il passe en revue les différentes méthodes jusqu'ici adoptées, et en discute la valeur. Doit-on préférer le procédé intra ou extra-articulaire ? Faut-il opérer sur le tibia ou sur le fémur ? En d'autres termes que faut-il choisir entre la méthode sus-condylienne ou de Ogston, et l'opération portant sur le tibia telle qu'elle est usitée par Billroth et Schede ?

L'auteur se prononce catégoriquement pour l'opération sus-condylienne, et il en fait valoir l'excellence au moyen de la statistique imposante de sa pratique personnelle.

M. le Dr V. Robin (de Lyon), fait une communication sur le même sujet que le précédent auteur : il fait l'exposé d'une nouvelle méthode d'ostéoclasie non sanglante, analogue, comme résultats et lieu d'élection opératoire, à celle de Mac Ewen. Mais elle en diffère par ce point essentiel qu'elle peut se pratiquer avec tout autant d'exactitude, sans plaie. L'opéré se trouve ainsi à l'abri de toute infection extrinsèque et de plus se trouve placé dans le cas d'une fracture sous-périostée incomplète, au lieu d'être exposé à tous les dangers d'une fracture compliquée comme dans le procédé de Mac Ewen. M. Robin présente l'instrument qu'il a fait construire pour cette opération, qui peut s'appliquer non seulement aux genu valgum mais aussi aux ankyloses et aux cals vicieux, aux déformations rachitiques, etc. L'auteur appuie l'excellence de sa méthode sur une statistique étendue et sur un ensemble de 80 photographies représentant des malades par lui opérés.

Excision partielle du pied par la méthode de Mikulicz. — Le Dr Lauenstein (de Hambourg), présente un malade opéré par lui suivant la méthode de Mikulicz. Cette opération consiste en une section horizontale du tibia et du péroné au-dessus de la mortaise articulaire, avec section verticale du pied à travers le scaphoïde et les cunéiformes. On enlève ainsi l'astragale, le calcanéum et la partie correspondante du scaphoïde et du cuboïde. Les surfaces osseuses ainsi avivées, sont affrontées ; le pied se trouve par suite dans un équinisme absolu et son axe fait directement suite à celui de la jambe qu'il prolonge. Les orteils, portés en extension, reposent seuls sur le sol avec l'extrémité antérieure des métatarsiens. Le malade présenté marche parfaitement avec un simple appareil à tiges parallèles à l'axe de la jambe, analogue à celui qu'on a coutume d'appliquer à la suite de l'amputation de Pirogoff. Lauenstein rapporte l'observation de six malades qu'il a opérés par ce procédé avec un succès constant.

Le professeur W. Adams (de Londres) montre une série de photographies et de dessins représentant des mains et des doigts atteints de *rétraction de l'aponévrose palmaire*, qu'il a opérés par la ténotomie sous-cutanée, suivie d'une fixation immédiate sur des atelles spéciales.

Le professeur Sayre (de New-York) fait une démonstration très pratique et très intéressante de l'*application du corset de plâtre* dans les affections de la *colonne vertébrale*. Il présente notamment un appareil très transportable, destiné à suspendre les malades pendant l'application du corset, sans leur faire éprouver de gêne.

L'*Antisepsie chirurgicale*. — En l'absence du professeur Lister (de Londres), le professeur Esmarch (de Kiel) prend le premier la parole sur cet important sujet. Il expose sa pratique, qui est celle des pansements rares. Il insiste tout d'abord sur l'importance qu'il y a de pratiquer une hémostase parfaite avant de commencer la réunion de la plaie. Nulle part plus qu'à Kiel, dit-il, on n'applique autant de ligatures au catgut ; cette application des ligatures doit se faire avant que la bande d'Esmarch soit enlevée ; avec un peu d'habitude, on arrive très aisément à distinguer le

© BIU Santé

tronc sectionné des vaisseaux même de petit calibre. Le pansement doit être appliqué très serré sur la plaie, suturée au catgut, avant de procéder à l'ablation de la bande hémostatique. Esmarch supprime très souvent le drainage au moyen des tubes de caoutchouc, grâce au soin qu'il met à assurer l'hémostase; il se contente, en ces cas, de laisser ouvert l'angle de la plaie de façon à permettre l'écoulement des liquides. Il emploie exclusivement le pansement au sublimé et laisse le premier appareil en place jusqu'à ce que la réunion par première intention soit effectuée. Telle est sa pratique pour toutes les amputations, arthrotomies, ostéotomies et nécrotomies. Il lui est parfois arrivé de laisser le premier pansement à demeure pendant un mois entier.

Le professeur Mosetig (de Vienne) préconise spécialement le pansement des plaies à l'*iodoforme*. Il cite à l'appui une série de résultats des plus satisfaisants et notamment une statistique de 42 opérations, en majeure partie guéries par première intention. Pour ce qui est des accidents dus à l'intoxication iodoformique, sans les nier, il croit pouvoir affirmer qu'avec sa manière de procéder, ils ne sont pas plus à redouter que par l'emploi du sublimé.

Le professeur Schede (de Hambourg), après avoir obtenu de nombreux succès par la méthode listérienne au Frederichsheimhospital de Berlin, est arrivé à Hambourg, où il a trouvé l'Hôpital général dans des conditions d'insalubrité particulièrement défavorables à la pratique de la chirurgie. Il a tenté d'appliquer, dans ce nouveau milieu, le pansement de Lister ordinaire, mais il a vu survenir nombre de cas d'érysipèle. Il n'a pas obtenu de meilleurs résultats de l'emploi du pansement à l'iodoforme. C'est alors qu'il a eu recours au sublimé corrosif, sous forme de solution à 1/1000e, et dès lors ses résultats opératoires sont demeurés constamment heureux.

E. Bonnaire et G. de La Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 septembre 1884. — Présidence de M. Larrey.

Suite de la discussion sur le choléra. — M. J. Rochard vient réfuter les opinions émises dans les précédentes séances par M. J. Guérin. Le choléra simple diffère de celui de l'Inde; s'il en était autrement, il y aurait des épidémies ébauchées. Quant à la similitude des symptômes des deux espèces de choléra, elle n'implique pas une identité de nature. Il y a un caractère qui établit entre les deux choléras une différence absolue, c'est l'intensité et la nature de la réaction. Dans le choléra nostras, elle est presque nulle; dans le choléra asiatique, il n'en est pas de même, car la réaction est souvent insidieuse, irrégulière. Ici tout dénote une altération profonde de sang, une intoxication véritable. M. J. Guérin croit que le choléra n'est jamais importé, et naît sur place, sous l'influence de conditions spéciales. L'histoire des cinq épidémies antérieures, l'épidémie actuelle elle-même, viennent contredire les théories de M. J. Guérin. Récemment, M. Proust a du reste réfuté les assertions de son contradicteur, à l'occasion de l'épidémie de Toulon. En ce qui concerne les quarantaines, M. J. Guérin trouve les mesures en usage inutiles, inefficaces, dangereuses. M. Rochard fait observer que l'Académie, dans une séance précédente, a blâmé les mesures qui ont été prises sur le continent, mais s'empresse d'ajouter qu'il n'en saurait être de même des quarantaines maritimes.

M. J. Guérin persiste à maintenir le bien-fondé de ses théories, sur la non-contagion du choléra, sur l'identité de nature des variétés de choléras, etc. A l'appui de son dire, il invoque la dissémination des cas dès le début de l'épidémie du choléra, le fait qu'à cette même époque les divers malades n'ont eu aucun rapport entre eux, le fait de la multiplicité des foyers, celui non moins probant de la stérilité des émigrants. M. J. Guérin, pour montrer combien serait minime la démarcation entre les deux variétés de choléras, rappelle les hésitations des médecins éminents qui ont assisté au début de l'épidémie actuelle, et reproche à M. Rochard de n'avoir pas discuté, dans son plaidoyer exotique, tout ce qui est relatif aux diarrhées prémonitoires.

M. Rochard répond à M. J. Guérin que, dans toutes les épidémies quelles qu'elles soient, il existe à côté des cas graves, des cas bénins qui ne viennent nullement affaiblir le caractère épidémique de la maladie elle-même.

M. Brouardel fait observer à M. J. Guérin que son opinion était faite dès le premier jour de l'épidémie, mais que s'il a attendu quelques jours pour la faire connaître au ministre, c'est qu'il a tenu à ne prévenir l'administration que le jour où la certitude serait absolue. Cette certitude n'a été acquise que le jour où il a vu le choléra se propager aux localités voisines de Toulon. En ce qui concerne la question de la diarrhée prémonitoire, M. Brouardel rappelle à M. Guérin que tous les médecins de Toulon sont unanimes à nier l'existence de ces diarrhées. Quant aux quarantaines terrestres, nous ne les rejetons pas en principe, mais nous les considérons comme impraticables. Cet inconvénient n'existe pas avec les quarantaines de mer.

A. J.

CORRESPONDANCE

De San Francisco à New-York.

Les Ecoles médicales aux Etats-Unis.

1re Lettre.

Mon cher Directeur,

Je vous ai promis quelques notes sur la *médecine*, les *médecins*, l'*hygiène publique*, aux Etats-Unis; je viens m'exécuter.

Le voyage de San Francisco à New-York est intéressant pour un ingénieur, pour un économiste : il l'est aussi pour un médecin, et les occasions de voir, d'apprendre, et même d'admirer ne manquent pas à celui qui ne s'attarde qu'aux choses de notre profession. La traversée du continent américain permet de s'arrêter dans les principales villes, sans trop s'écarter de la grande ligne et sans allonger cet immense parcours d'une mer à l'autre.

On passe ainsi par San Francisco, par Denver, Chicago, Boston, Philadelphie, Baltimore, Washington, New-York, qui sont des centres pour l'enseignement médical, des points d'attraction pour les hommes éminents et pour les exploiteurs les plus éhontés, des agglomérations urbaines considérables qui réclament une réglementation très compliquée de l'hygiène publique.

Commençons par les écoles en Amérique, par ces *fameuses fabriques de médecins* qui, vues de loin, à travers nos idées européennes, nous paraissent si étranges, et que nous comparons volontiers à ces machines, de même provenance, qui fabriquent à jet continu des bibelots de toutes sortes. Même de près, l'organisation de ces écoles, leur fonctionnement, leur raison d'être échappent à un observateur, qui ignore la cause première de ces institutions singulières.

Aux Etats-Unis, l'*enseignement médical* et la *profession sont libres*. La nation et les 38 Etats qui la composent se désintéressent de l'enseignement supérieur; ils abandonnent à l'initiative privée le soin de faire des avocats, des médecins, des ingénieurs, des docteurs en science divine.

A l'exemple de toutes les nations démocratiques, la grande République américaine reporte tout son intérêt sur l'enseignement primaire; elle lui accorde toutes ses faveurs; et les mêmes citoyens qui votent avec enthousiasme un impôt de 2 pour 0/0, au profit de ces écoles primaires, s'insurgent dès qu'on leur parle d'une école, où l'on apprend le latin, et n'imagineraient jamais qu'on pût leur demander un subside pour un laboratoire ou une école supérieure.

C'est l'inverse de ce qui se passe en France et en Allemagne. Depuis des siècles ces deux nations centralisatrices ont mis la main sur l'enseignement supérieur; elles prennent les étudiants au sortir du collège, leur infusent la science officielle dans les universités et ne les abandon-

© BIU Santé

nent à eux-mêmes, qu'après leur avoir imposé leur marque de fabrique.

Le système américain est issu du système anglais qui laisse l'enseignement aux mains d'une douzaine de corporations libres et indépendantes qui enseignent, délivrent des brevets, sans aucune ingérance gouvernementale.

Mais alors qu'en Angleterre on penche de plus en plus vers le système allemand ; alors que tout le corps médical de ce pays réclame à grands cris l'intervention de l'Etat et désigne comme premier gage de cette protection la création d'une *commission d'examens* qui ait pleins pouvoirs dans tout le royaume (1) ; à l'inverse de cette tendance, les Américains, poussés par leurs intérêts démocratiques, resteront longtemps encore fidèles à leurs principes de liberté illimitée et dédaigneront de fonder des Universités, administrées par l'Etat.

L'enseignement médical ne saurait périr pour si peu, et ce peuple qui construit quarante mille kilomètres de chemins de fer par an, qui montre une activité fébrile dans toutes les applications de l'industrie, qui produit tout avec activité et surabondance, ne va pas laisser échapper l'occasion de fabriquer des médecins. Il en fabrique pour tous les Etats, pour les grandes villes de l'Est et du centre, pour les Etats agricoles de la Prairie, pour les vastes espaces qui s'étendent des montagnes Rocheuses à la Sierra Nevada, pour les provinces du Pacifique ; il pourra bientôt en exporter pour l'étranger.

Il a suffi que l'Etat ait abandonné l'enseignement universitaire, pour que l'initiative individuelle le ramasse à terre, le relève, le dote, et que des écoles prospères surgissent de toutes parts sur le territoire américain.

J'ai été curieux de les compter ces écoles. — Il y en a trois à New-York, sans parler de l'école médicale des femmes ; il y en a deux à Philadelphie, ainsi qu'une école de femmes ; il y en deux à Boston ; il y en a trois à San Francisco ; il y en a une à Denver, une ville qui n'existait pas il y a 24 ans ; il y en a une dans une autre petite ville du Colorado, qui n'a que 6,000 habitants et où professe le Dr Witehead, docteur de la Faculté de Paris.

A côté des écoles *régulières*, se placent les *irrégulières*, ainsi qu'on les appelle dans le pays ; c'est-à-dire les écoles *homœopathiques*, qu'il est inutile de définir ; les écoles *éclectiques*, composées de médecins qui excluent les métaux de la thérapeutique ; les écoles *physio-médicales*, que je ne saurais comment définir.

Le nombre total des collèges médicaux s'élève à 139 (2) *pour tous les Etats-Unis et le Canada* ; — celui des étudiants en médecine est de 12,000, qui se subdivisent en 10,000 étudiants réguliers ; 1,200 étudiants homœopathes ; 750 éclectiques et 50 étudiants physio-médicaux. Le chiffre des médecins est d'environ 100,000, et comme la population des Etats-Unis est d'environ 53 millions, cela représente une moyenne de 1 médecin pour 500 habitants. Il y a donc pléthore d'écoles aux Etats-Unis ; pléthore de médecins, comme il y a pléthore de produits industriels et agricoles. La concurrence qui a multiplié les établissements industriels de toutes sortes a créé des écoles à foison, et dans ce pays on regorge de médecins comme de tout autre produit de l'activité humaine.

Pour fonder une école de médecine aux Etats-Unis, un certain nombre de médecins se réunissent, ils font leur déclaration, qu'ils adressent au gouverneur de l'Etat où ils veulent prendre domicile. Leur demande est inscrite, et l'enregistrement équivaut à une charte complète, qui leur confère le droit d'ouvrir une école et de délivrer des diplômes.

Ces formalités sommaires accomplies et désormais en règle avec les lois du pays, organisés en Société, avec un Conseil d'administration, les futurs professeurs se mettent en quête des moyens d'existence, et c'est ici qu'apparait le second trait, propre à la race anglo-américaine.

(1) La loi qui consacre cette innovation a subi victorieusement l'épreuve de la seconde lecture, devant le Parlement anglais.

(2) *United Staty and Canada* — prepared by the Illinois State Board of Health. Chicago, W. T. Keener, 1884.

Aux Etats-Unis, comme en Angleterre, la libéralité du public est inépuisable : toutes les œuvres philanthropiques, les bibliothèques, les hôpitaux, trouvent des bourses ouvertes ; les écoles aussi ne manquent jamais de protecteurs. Tous les enrichis de la veille, les banquiers, les fabricants de conserves alimentaires s'honorent d'attacher leur nom à une œuvre de progrès intellectuel ou de charité publique. On construit en ce moment à Baltimore un hôpital et une Université, qui porteront le nom de leur fondateur, John Hopkins, et qui ont été dotés chacun de 15 millions de francs. Ces jours passés, M. Andrew Carnegie faisait, au collège Bellevue, à New-York, un présent de 250 mille francs, pour l'érection d'un laboratoire d'histologie et de pathologie.

Si les dotations n'arrivent pas à couvrir toutes les dépenses du premier établissement, l'œuvre n'en souffre pas et nos confrères *yankees* ne craignent pas de recourir à un emprunt qu'ils rembourseront avec les bénéfices futurs.

Ces écoles sont rarement des monuments ; ce sont, en général, des immeubles de quatre étages, avec une architecture modeste. Au rez-de-chaussée sont les salles de cours ; au second les musées ; au troisième les laboratoires de chimie et de physiologie ; au quatrième les amphithéâtres d'anatomie et d'histologie. Dans certaines écoles, telles que le Collège Cooper, à San Francisco et un des collèges de Chicago, la Policlinique même arrive à trouver place dans ces bâtiments qui occupent une surface de quelques centaines de mètres et qui ne coûtent guère plus de 80 à 100 mille dollars. Ça s'écarte singulièrement de nos écoles du continent et ça ne répond guère aux plans assignés par Billroth (1) à une école de médecine de 160 étudiants et dont l'installation nécessiterait, d'après lui, une dépense de 4 millions de francs.

C'est que les Américains emploient rarement le produit de la charité publique en travaux de luxe inutile, et que bien des branches de notre enseignement qui exigent de vastes espaces, n'ont pas encore droit de domicile dans leurs écoles médicales ; telles sont la physique, la botanique, la pathologie expérimentale. L'anatomie pathologique elle-même est éloignée du bâtiment de l'école et logée dans le principal hôpital de la ville. Tout ce qui est superflu est éliminé : pas de logements pour le doyen ; pas de vastes salles pour l'administration ; à peine un petit logement pour le *janitor*, qui cumule les fonctions de portier, d'appariteur, de chauffeur. Il reste maintenant à peupler ces écoles d'étudiants. Il faut des étudiants pour payer l'entretien de l'établissement, pour les honoraires des professeurs ; il en faut aussi pour éclipser l'école rivale, qui n'est pas loin et qui a mis son enseigne de l'autre côté de la rue.

Au prix des études médicales en Amérique, et en évaluant la redevance annuelle de chaque étudiant à 150 dollars, il faudrait, à une semblable école, 4 ou 500 étudiants, pour lui assurer une situation prospère. Or, trois ou quatre écoles réalisent à peine un pareil succès, aussi les professeurs sont-ils obligés de montrer un désintéressement très grand et les administrateurs de l'école sont-ils toujours dans l'attente d'une nouvelle dotation qui vienne améliorer leur sort. C'est ce que m'exprimait, dans une note manuscrite, un des confrères qui honorent le plus la profession médicale en Amérique, le professeur Lyman, du Collège Rush, à Chicago.

Il me disait : « Le budget de notre école est supporté entièrement par les redevances des élèves, qui s'élèvent en chiffres ronds, à 40 mille dollars par an. Les dépenses de l'institut absorbent 20 à 25 mille dollars, le reste est distribué aux professeurs. Tous ces derniers ont une part égale, sauf le professeur de chimie qui reçoit de chaque étudiant une redevance extraordinaire de 5 dollars.

« Nous désirons vivement une dotation qui rende le collège indépendant, qui permette de donner un traitement fixe à chaque professeur et qui rende ceux-ci plus autocratiques vis-à-vis des élèves. Le système actuel nous pousse

(1) Billroth. — *Ueber das Lehren u. Lernen der medicinischen Wissensch.* 1876.

© BIU Santé

continuellement à faire des sacrifices dans le but d'augmenter le nombre des étudiants, sans égard à leur qualité.

« Mais tout est encore à l'état embryonnaire et nous marchons vers des temps meilleurs et nos successeurs auront sans doute une meilleure organisation universitaire et des dotations suffisantes. »

Je m'expliquerai prochainement sur les conséquences d'un pareil système et sur l'enseignement que l'on donne dans ces écoles.

A vous, L. THAON.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de pathologie interne; par G. DIEULAFOY, t. II. Paris, 1884. — G. Masson, éditeur.

Nous n'avons pas à faire l'éloge de cet ouvrage; le succès qu'il a obtenu nous en dispense. Ce n'est pas que nous soyons partisan des *manuels* qui, en général, sont loin de remplir le but poursuivi par les auteurs et constituent comme une sorte d'encouragement à la paresse des étudiants. Ceux-ci n'ont que trop de dispositions à abuser du manuel et à reléguer bien loin les ouvrages plus étendus et les travaux originaux. Sans doute, le format de ces livres est d'une grande commodité ; ce sont de véritables manuels de poche que l'étudiant emporte avec lui à l'hôpital, et qu'il peut lire à l'aller comme au retour, voire même en omnibus. La lecture du manuel de M. Dieulafoy n'a pas changé notre opinion à cet égard ; elle l'a plutôt confirmée. Ce n'est pas parce qu'il est un manuel et un manuel bien fait que le livre en question a obtenu un si grand et si légitime succès.

C'est parce qu'on y trouve, à côté d'articles écourtés et offrant bien les proportions d'articles de manuel, des chapitres beaucoup plus étendus où les questions sont traitées magistralement et avec tous les développements qu'on peut rencontrer dans les ouvrages de pathologie les meilleurs et les plus considérables. C'est ainsi que, dans le premier volume, nous voyons l'histoire des pleurésies et surtout de la thoracentèse, exposée avec une ampleur et une lucidité qu'on chercherait vainement dans tous les manuels publiés en France et à l'étranger. Il est vrai que M. Dieulafoy a une compétence reconnue dans la matière. Mais cet article n'est pas le seul, et nous devons citer dans le second volume les chapitres relatifs aux maladies des reins, aux maladies du foie, aux maladies typhoïdes, etc. — Telles sont les raisons qui, à notre avis, légitiment et expliquent le succès de l'ouvrage de M. Dieulafoy. Ajoutons, pour terminer, que la facilité du style, l'art de l'exposition et les brillantes qualités professorales de l'auteur ont aussi leur part dans ce succès.

VARIA

Démission de M. Quentin.

Depuis quelques mois, à différentes reprises, il avait été question de la démission de M. Quentin, directeur de l'Assistance publique. Les rapports très tendus, du préfet de la Seine et du directeur de l'Assistance publique justifiaient ces bruits. A la préfecture de la Seine on se plaignait de ne pouvoir obtenir de l'Assistance publique les renseignements qu'on demandait. De son côté, le directeur de l'Assistance publique n'obtenait pas de réponse aux lettres qu'il adressait relativement à la laïcisation des hôpitaux et notamment de l'hospice d'Ivry. C'est cette dernière affaire qui a lassé la patience de M. Quentin et l'a décidé à donner sa démission. La victoire que viennent de remporter les cléricaux en la personne de la supérieure de l'hospice d'Ivry est plus apparente que réelle. Il est, en effet, impossible que M. le Ministre de l'intérieur ne tienne compte, ni des votes du Conseil municipal, ni des votes du Conseil de surveillance, ni de ses propres engagements. La supérieure de l'hospice d'Ivry a déclaré que M. Quentin s'en irait avant elle. M. Quentin est parti. C'est à son tour de quitter la place. Et nous espérons que le Conseil municipal prendra les mesures nécessaires pour faire disparaître la congrégation de Saint-Vincent-de-Paul, non seulement de l'hospice d'Ivry, mais encore de l'hôpital Necker, de l'hôpital Trousseau et des maisons de secours.

Laïcisation de l'Asile d'aliénés de Ville-Evrard.

Conformément aux vœux réitérés du Conseil général de la Seine et à l'avis favorable de la Commission de surveillance des asiles, à la suite d'un rapport remarquable de M. le Dr Du Ménil, M. le préfet de la Seine vient de dénoncer le traité du département avec la Congrégation des sœurs de Saint-Joseph. En conséquence, le 1er janvier 1885, elles seront remplacées par des surveillantes laïques. — Nous saisissons cette occasion pour rappeler à nos lecteurs que l'*Ecole départementale d'infirmières* de l'Asile Ste-Anne va reprendre prochainement ses cours.

Choléra.

Italie. — Le nombre des cas et des décès a considérablement diminué dans l'Italie méridionale; par contre, la ville de *Gênes* où on avait déjà dans ces dernières semaines constaté quelques cas isolés de choléra, vient d'être atteint cruellement par le fléau. Le 30 septembre on y a enregistré 52 cas, dont 30 décès. — Le même jour il y a eu 136 cas à *Naples* (57 décès), 6 cas à la *Spezzia* (2 décès).

— Deux individus, sujets italiens, viennent d'écrire au journal *El Diritto*, à Rome, pour s'offrir comme sujets à expérimentation sur les microbes du choléra. Ils offrent d'avaler telle quantité de matière gélatineuse saturée de bacilles cholériques. Cette proposition est faite aux conditions suivantes : les deux individus resteront toujours inconnus pour la rédaction du journal, et ils demandent pour le cas où l'expérience aurait une issue fatale, que leurs parents reçoivent une certaine somme chaque année pour les dédommager de leur perte.

Gênes. — L'*Italie* (26 septembre) contient quelques renseignements intéressants sur l'étiologie du choléra à Gênes. Celui-ci aurait gagné cette ville par l'intermédiaire de l'*aqueduc Nicolay* qui prend son eau à Busalla où le choléra sévit depuis quelque temps. Un employé du télégraphe ayant bu de cette eau aurait été immédiatement (?) frappé de choléra ; il en aurait été de même de la servante d'un prêtre. Tous les poissons qui se trouvaient dans les bassins alimentés par cette eau auraient été frappés de mort. La municipalité a ordonné à la Société nicolay de suspendre la distribution de l'eau.

Espagne. — L'épidémie ne semble pas faire de progrès sensibles en Espagne. Sauf quelques cas constatés à *Asco (Catalogne)*, et *Torrevieja (Tarragone)*, ce sont toujours les localités précédemment atteintes qui fournissent quelques cas et décès cholériques.

France. — La situation est toujours satisfaisante dans le midi de la France ; on n'enregistre plus que quelques cas isolés. Toutefois on signale quelques nouveaux foyers à *Bagnac (Lot)*, à *Villeneuve-de-Berg* et à *Quérigut (Ariège)*. — On signale d'autre part l'apparition du choléra à *Oran*, *Bône* et *Alger*. — *Paris.* Aucun cas de *choléra asiatique* n'a été signalé jusqu'ici.

Asiles d'aliénés de la Seine.

Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics de la Seine, sera ouvert le lundi 10 novembre 1884, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau du personnel, depuis le jeudi 9, jusqu'au jeudi 23 octobre 1884, inclusivement, de onze heures à trois heures.

Conditions de l'admission au concours et formes à suivre. — Sont admis à prendre part au concours pour les places de pharmacien, les internes en pharmacie ayant exercé pendant trois ans au moins en cette qualité, dans les asiles d'aliénés du département de la Seine ou dans les hôpitaux ou hospices de Paris. Le préfet peut, en outre, et par décisions spéciales, autoriser à concourir les pharmaciens de 1re classe qui lui présenteraient les garanties convenables. Les candidats devront produire : 1° Leur acte de naissance ; 2° Leur extrait du casier judiciaire ; 3° Les certificats ou diplômes constatant qu'ils ont exercé en qualité d'internes des hôpitaux ou qu'ils sont pharmaciens de 1re classe ; 4° Un certificat de bonnes vie et mœurs. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée en envoyant les pièces indiquées. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un

© BIU Santé

concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration. Le jury du concours pour les places de pharmacien est composé ainsi qu'il suit : 1° Six pharmaciens tirés au sort et pris : un parmi les pharmaciens en chef des asiles d'aliénés de la Seine ; quatre parmi les pharmaciens en chef ou honoraires des hôpitaux de Paris ; un parmi les pharmaciens de la ville ; 2° un médecin ou chirurgien tiré au sort parmi les médecins ou chirurgiens en chef titulaires ou honoraires des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les épreuves du concours sont réglées comme il suit :

Epreuves d'admissibilité : 1° Une épreuve pratique consistant dans la reconnaissance de dix préparations pharmaceutiques proprement dites et dans une dissertation sur le mode par lequel on doit obtenir un ou plusieurs de ces médicaments désignés par le jury ; il sera accordé vingt minutes pour cette épreuve ; 2° Une épreuve écrite qui portera obligatoirement sur la pharmacie, la chimie et l'histoire naturelle. Il sera accordé aux candidats quatre heures pour cette épreuve.— Epreuves définitives : 1° Une épreuve verbale sur la pharmacie et la chimie dont la durée sera de vingt minutes après un temps égal de réflexion; 2° Une seconde épreuve pratique, consistant dans une analyse qualitative d'un mélange de substances pharmaceutiques, et dans une relation écrite des résultats fournis par cette analyse, ainsi que des procédés employés pour les obtenir. Deux heures au moins et trois heures au plus seront accordées pour l'ensemble de cette épreuve; 3° Une épreuve pratique consistant dans la reconnaissance de trente plantes ou substances appartenant à l'histoire naturelle et à la chimie pharmaceutique, et dans une dissertation sur une ou plusieurs de ces substances ou plantes qui seront désignées par le jury ; quinze minutes seront accordées pour l'ensemble de cette épreuve. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Epreuves d'admissibilité : pour l'épreuve pratique, 20 points ; pour l'épreuve écrite, 45 points. Epreuves définitives : pour l'épreuve verbale, 20 points ; pour l'analyse chimique, 30 points ; pour l'épreuve pratique, 20 points. Dans tous les cas où un concours est prescrit pour la nomination de pharmaciens dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, les épreuves auxquelles les concurrents sont soumis se divisent en deux séries toutes les fois que le nombre des candidats dépasse cinq pour une place et huit pour deux places. Les épreuves de la première série sont communes à tous les candidats. Les épreuves de la seconde série sont subies seulement par les candidats qui ont été déclarés admissibles. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série. Les plantes et substances à reconnaître sont communes à tous les candidats ; elles seront choisies par le jury avant d'entrer en séance. Pour les épreuves orales les questions sont rédigées par le jury, chaque jour d'épreuve, au nombre de trois, avant d'entrer en séance. La question tirée au sort est la même pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance. Pour les analyses chimiques et les épreuves pratiques, les questions sont rédigées par le jury, chaque jour d'épreuve, avant l'ouverture de la séance. La question tirée au sort est la même pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance. Les élèves en pharmacie nommés pharmaciens des asiles et non encore pourvus du diplôme de pharmacien de 1re classe, devront justifier de l'obtention de ce diplôme dans le délai d'une année à dater du jour de leur entrée en fonctions, sous peine de déchéance. Les pharmaciens des asiles publics d'aliénés de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement de début de 3,000 francs.

L'Institut de Sainte-Marylebone pour former des infirmières laïques.

La loi adoptée en 1867 sur la proposition de M. Gathorne Hardy a créé, dit-on, une révolution dans la manière de traiter les malades pauvres dans la métropole, pourvoyant ainsi à leur traitement en établissant une direction distincte pour chacun d'eux et tout à fait différente de celle adoptée pour les workhouses. Les différents comités de gardiens ont loyalement mis en pratique la teneur de la loi en question ; et dans tous les districts de Londres on trouve des infirmeries paroissiales spécialement désignées et construites pour le traitement des malades pauvres. Un médecin en chef est chargé de la direction de chaque infirmerie.

Une des plus magnifiques institutions de ce genre est celle de Sainte-Marylebone à Notting-Hill, qui a été inaugurée par le prince et la princesse de Galles, en 1881. C'est la première fois que l'on a vu les représentants de la Couronne assister à une cérémonie au sujet d'un établissement consacré aux pauvres.

Les administrateurs de Sainte-Marylebone ne tardèrent pas à rencontrer la même difficulté qui s'était manifestée ailleurs ; celle d'avoir des infirmières ayant reçu une instruction suffisante. Ils avaient besoin de 56 infirmières. Trouvant que le résultat de leurs efforts pour la création d'une infirmerie importante très probablement aurait à souffrir de la rareté des infirmières, ils décidèrent (véritable innovation dans l'assistance des pauvres) d'élever un bâtiment qui pût servir de lieu d'éducation des infirmières. Cet établissement, qui comprend un aménagement pour 40 aspirantes et infirmières, avec tout ce qui peut convenir à leur confort, possède un cabinet de lecture qui a coûté 12,000 livres sterling, et situé à côté de l'infirmerie, sera inauguré par la princesse Christian, le 22 courant. Pour mener à bonne fin un travail si urgent, les administrateurs agissent d'accord avec le conseil de surveillance du comité Nightingale qui exerce une action commune dans cette œuvre si louable dont la création est l'objet de toute la sollicitude de ceux qui connaissent les difficultés que rencontrent ceux qui se consacrent au traitement des malades et des infirmes quand il s'agit d'*Assistance publique*.

Musée d'hygyène de Parkes.

L'assemblée générale de cette corporation a été tenue mercredi dernier ; le rapport annuel a été lu et adopté.

Comme il y avait lieu de le craindre, la mort lamentable du président S. A. R. le prince Léopold est considérée par le conseil comme un coup terrible porté à l'avenir de ce Muséum. Une place d'hygiène est sur le point d'être créée au Muséum, en relation avec le département des sciences et des arts du South Kensinghton. Un développement considérable s'est manifesté dans la bibliothèque du Muséum ; cette excellente bibliothèque (et salle de lecture) a été ouverte aux étudiants au prix minime de 5 shellings par an. On a tiré un grand bénéfice des lectures et démonstrations qui ont été faites dans cet établissement. 7,000 personnes ont visité ce muséum durant la session dernière. Les fonds de la corporation sont cependant dans un état peu satisfaisant. (*Lancet*, July 12 1884).

Il est à regretter que l'Assistance publique de Paris n'installe pas le Musée d'hygiène voté il y a deux ans par le Conseil municipal.

Enseignement médical libre.

Clinique des maladies de l'oreille et du nez : Dr Miot, rue Saint-André-des-Arts, 41 ; Dimanche, lundi, mercredi, vendredi. à 1 heure. *Conférences cliniques* les dimanches à 9 heures et les mercredis à 1 heure.

FORMULES

29. Traitement de la conjonctivite granuleuse (trachome) (1).

Caractérisée par la présence de granulations grisâtres ou jaunâtres demi-transparentes comparables à des *grains de semoule*, de *tapioca cuit*, au *frai de grenouille*, la conjonctivite granuleuse ne doit pas être confondue avec la conjonctivite catarrhale chronique qui provoque aussi une tuméfaction et un état tomenteux de la muqueuse conjonctivale, mais sans granulations arrondies et transparentes. La *sécrétion muco-purulente* est la même dans les deux affections ; les symptômes subjectifs sont les mêmes, *cuisson, sensation de gravier dans l'œil*, etc. Mais si la cornée n'est jamais atteinte dans la conjonctivite catarrhale, elle est presque toujours vascularisée, infiltrée et souvent même ulcérée dans la conjonctivite granuleuse (*pannus granuleux*).

Dans le premier cas, les cautérisations répétées tous les jours avec une solution de :

Nitrate d'argent	1 gr.
Eau distillée	100 —

amènent une prompte guérison. Tandis que si l'on a affaire à de vraies granulations et surtout si elles sont compliquées de pannus de la cornée c'est le *sulfate de cuivre* qui est souverain. Il suffit de toucher chaque jour les granulations avec un cristal de sulfate de cuivre pur, mais le *glycérolé de cuivre*, auquel nous avons recours à la clinique du Dr Abadie, est d'un emploi plus facile et plus sûr. En voici la formule :

Sulfate de cuivre pur	2 gr.
Glycérine	16 —

Dissolvez et filtrez.

Au moyen d'un pinceau on porte la solution jusqu'au fond des culs-de-sac conjonctivaux. Les cautérisations sont répétées tous les jours, puis tous les deux jours.

Dans certains cas, quand la sécrétion muco-purulente est un peu abondante, on se trouvera bien aussi de la solution suivante :

Sous-acétate de plomb liq.	15 gr.
Eau distillée	15 —

Après la cautérisation on devra de suite faire un lavage à l'eau pure pour enlever l'excès de caustique et les dépôts de plomb.

(1) Voir les nos 31 et 37 du *Progrès médical* ; *Traitement des maladies des yeux* à la clinique du Dr Abadie.

© BIU Santé

Quelquefois aussi la sécrétion muco-purulente est si abondante que pour la tarir on est obligé d'avoir recours au *nitrate d'argent* en solution à 2 0/0. Puis l'on revient au glycérolé de cuivre.

Mais il est des cas chroniques invétérés, contre lesquels aucun de ces traitements ne réussit. C'est dans ces cas rebelles que l'on a tenté l'inoculation du *pus blennorrhagique* pour substituer au processus chronique une inflammation aiguë, curable. Des succès merveilleux ont été obtenus par ce procédé. Des trachomateux aveugles depuis des années, ont vu leur cornée redevenir transparente et ont été rendus à la vie active. Mais ce mode de traitement doit être réservé pour les cas absolument désespérés, et l'on devra auparavant tenter l'emploi du *Jequirity* dont nous avons obtenu de très beaux résultats.

Nous nous servons d'un macéré de 5 gr. de poudre fine de graine Jequirity dans 100 gr. d'eau (12 à 24 heures de macération suffisent). De ce liquide filtré on imbibe soigneusement tous les recoins de la conjonctive à 2 ou 3 reprises à quelques minutes d'intervalle. Si le lendemain les paupières ne sont pas tuméfiées, nous faisons une nouvelle application du médicament. Mais il est rare qu'une première inoculation bien faite ne suffise pas. Le plus souvent même l'effet est si rapide et si énergique, que le soir même, pour calmer la douleur, on fera bien de faire des applications répétées de cataplasmes. Une injection de morphine à la tempe sera même quelquefois nécessaire.

On laisse livrée à elle-même cette conjonctivite intense en prescrivant seulement des lavages d'acide borique et des cataplasmes d'amidon. Quand le gonflement a diminué et que l'on peut ouvrir les paupières, on voit la conjonctive recouverte d'une couenne fibrineuse croupale qui tombe au bout de quelques jours, les granulations apparaissent alors petites, rouges et saignantes, on cautérisera alors tous les deux jours avec :

Nitrate d'argent	2 gr.
Eau distillée	100 —

Au bout d'un mois environ, si toutes les granulations n'ont pas été détruites, on pratiquera une nouvelle application de *Jequirity*, ou l'on terminera le traitement par le *glycerolé de cuivre*,

Dans les cas de *pannus épais* de la cornée, 3 ou 4 inoculations sont nécessaires pour ramener la transparence de la cornée.

De complications graves nous n'en avons jamais vu à la clinique.

A. Darier.

NOUVELLES

Natalité a Paris. - Du vendredi 19 septembre au jeudi 25 septembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1205, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 444; illégitimes, 191. Total, 635. — *Sexe féminin* : légitimes, 407 ; illégitimes, 163. Total, 570.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 19 septembre au jeudi 25 septembre 1884, les décès ont été au nombre de 922, savoir : 509 hommes et 413 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 19. F. 23. T. 42. — Variole : M. 1. F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 8, F. 11, T. 19. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 5. T. 9. — Diphthérie, Croup. M. 13, F. 7, T. 20. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. 1, F. 2, T. 3. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 22, F. 15, T. 37. — Phthisie pulmonaire : M. 113, F. 88. T. 201. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 4. T. 14. — Autres affections générales : M. 31, F. 36. T. 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 22, F. 21, T. 43. — Bronchite aiguë : M. 4. F. 7, T. 11. — Pneumonie : M. 16, F. 25, T. 41. — Athrepsie : M. 65, F. 43. T. 108. — Autres maladies des divers appareils : M. 152, F. 110, T. 272. — Après traumatisme : M. 2, F. 2, T. 4. — Morts violentes : M. 24, F. 10. T. 34. — Causes non classées M. 3, F. ., T. 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 85 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 32 ; illégitimes, 14. Total : 46. — *Sexe féminin :* légitimes, 24 ; illégitimes, 15. Total : 39.

Concours pour une place de médecin a Bicêtre. — Les candidats sont MM. Féré, Saury, Respaut, Vallon. — Le jury a été tiré jeudi; nous en donnerons la composition dans le prochain numéro. Il est ort probable que le nombre des candidats aurait été plus nombreux si l'on avait su qu'il y aura une nouvelle place l'an prochain, par suite de la séparation du service de M. Bourneville en deux, l'un comprenant les épileptiques adultes, l'autre les enfants.

Concours *pour deux places d'internes en médecine à Maréville.* — En exécution de l'arrêté préfectoral du 5 juin 1882, approuvé que le Ministre de l'intérieur, un concours public s'ouvrira le mardi 18 novembre 1884, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination de deux internes à l'asile. Sont admis à concourir les étudiants en médecine français ayant au moins douze inscriptions pour le doctorat. Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie (trois heures sont accordées pour cette rédaction) ; 2° examen de deux malades choisis, l'un dans un service de médecine, l'autre dans un service de chirurgie (quinze minutes sont accordées pour l'examen de réflexions) ; 3° une épreuve de petite chirurgie, cathétérisme, bandages et appareils. Le temps de cette épreuve est déterminé par le jury. Le concours aura lieu au siège de la Faculté de médecine. Le jury se composera de trois professeurs désignés par la Faculté. Les internes sont nommés pour trois ans ; ils jouiront pendant ce temps, du traitement annuel et des avantages en nature fixés par le règlement, dont ils pourront prendre connaissance, soit à la préfecture, soit au secrétariat de la direction de Maréville. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Préfecture, dix jours au moins avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire : leur acte de naissance dûment légalisé, un certificat du maire de leur domicile établissant leur qualité de Français, un certificat constatant qu'ils ont au moins douze inscriptions au doctorat et enfin un certificat de bonne vie et mœurs.

Faculté de médecine de paris. — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1884-1885, des cours complémentaires ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Gariel, physique ; Hanriot, chimie ; Blanchard (Raphaël), histoire naturelle ; Budin, accouchements ; Rémy, physiologie ; Straus, anatomie pathologique.

Sont chargés pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1884-1885, des cours auxiliaires ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Rendu, pathologie interne ; Peyrot, pathologie externe. Sont chargés pendant le premier semestre de l'année scolaire 1884-1885, des cours ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Debove, pathologie interne ; Bouilly, pathologie externe. MM. Hallé, Clado, Hartmann et Valin sont nommés pour quatre ans aides d'anatomie.

Le personnel des travaux pratiques de physique; pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Guebhard, chef des travaux ; Sandoz, préparateur ; Mergier, préparateur.

Le personnel des travaux pratiques d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Faguet, chef des travaux ; Artault, préparateur-adjoint (zoologie) ; Blondel, préparateur-adjoint (botanique) ; Bergé, préparateur-adjoint (botanique). Le personnel des travaux pratiques de physiologie, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Laborde, chef des travaux ; Rondeau, préparateur ; Gley, préparateur; Pignol, aide-préparateur ; Martin, aide-préparateur.

Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique pendant l'année scolaire 1884-1885 est composé comme suit : MM. Gonbault, chef des travaux ; Brault, préparateur ; Babinski, préparateur ; Chantemesse, préparateur; Dubar, moniteur; Durand Fardel, moniteur ; Jardet, moniteur. Le personnel des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1884-1885 est composé comme suit : MM. Cadiat, chef des travaux ; Gaucher, préparateur ; Variot, préparateur ; Sapelier, aide-préparateur ; Launois, aide-préparateur.

Société anatomique. — La Société a repris ses travaux hier vendredi 3 octobre.

M. Liard, recteur de l'Académie de Caen, a été nommé directeur de l'enseignement supérieur, en remplacement de M. A. Dumont, décédé.

Variole. — On signale une épidémie de variole à *Troyes* où la maladie aurait été importée par un ouvrier italien mort à l'Hôtel-Dieu de cette ville. Plus de 150 personnes auraient été atteintes, et, certain jour, on aurait compté jusqu'à 7 décès (*Gaz. des hôpit.*, 25 septembre).

Mention honorable. — *L'Académie royale de médecine de Belgique* a décerné à M. le Dr Taguet, médecin en chef de l'asile des aliénés de *Bordeaux*, une mention honorable pour son travail sur l'alcoolisme portant pour titre : *L'ivrognerie tue plus de monde que les fièvres les plus meurtrières.* (*Bull. acad. de méd.*)

Générosité médicale. — Le Dr J. H. Dix a légué à l'Institution Perkins pour les aveugles (South Boston) 10,000 dollars et 2,000 à la Société médicale libre du Massachusett. Il a également laissé une provision pour faire faire, durant l'été, des excursions aux enfants malades ou pauvres de Boston (*The N.Y. med. Journ.*, p. 297). C'est là un excellent exemple que nous mettons sous les yeux du public médical.

Bureau municipal d'hygiène. — Le conseil municipal de la ville de *Pau* a voté les fonds nécessaires à la création dans cette ville d'un bureau municipal d'hygiène, dont notre ami et collaborateur, M. R. de Musgrave-Clay, a été nommé directeur.

Exposition de bébés. — Le *Comité consultatif d'hygiène*, dans sa séance du lundi 22 septembre, a voté l'interdiction de la prochaine Exposition des bébés. Le comité s'est basé sur les dangers que

© BIU Santé

pourrait offrir, au point de vue des maladies contagieuses, la réunion d'un nombre considérable d'enfants en dehors de toute surveillance médicale. Le Comité aurait dû, ce nous semble, prendre beaucoup plus tôt sa décision que nous ne voulons pas apprécier, mais qui nous paraît rivaliser de singularité avec l'idée même d'une exposition de bébés.

CONFÉRENCE D'AUXERRE.—La *ligue antivivisectionniste* a tenu sa *troisième conférence* à Auxerre. — Mme L. Mill, MM. Desinge-Carpentier, Dr Hubert Boëns, etc., ont donné libre cours à leurs élucubrations ordinaires.

ERRATUM. — Page 785, ligne 33, au lieu de « il me paraît possible » il faut lire « il me parut possible » ; même page, ligne 50 au lieu de « Tahleisen » il faut lire « Fehleisen ».

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons les deux premiers numéros de la 3e série du journal le *Cosmos*, revue hebdomadaire des sciences, jadis dirigé par l'abbé Moigno, qui est actuellement sous la direction de l'abbé Valette et des Pères de l'Assomption.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort des Drs GROSGURIN (de Gex), ancien député de l'Ain, maire de Gex ; BRUGEROLLE (de Massiac), sénateur du Cantal. — Le Dr CANEPA (de Gênes) a succombé à une attaque de choléra. — Le Dr H. V. ZEISSL est mort à Vienne le 23 septembre à l'âge de 67 ans. En 1860, il avait été nommé professeur extraordinaire à la faculté de médecine de Vienne en 1869 ; il fut chargé de la direction de la deuxième division des syphilitiques à l'hôpital général. Depuis quelques années, la maladie l'empêchait de continuer à donner ses cours. Parmi ses nombreux travaux nous citerons les suivants : *Compendium der Pathologie u. Therapie der primar-syphilitischen u. einfach venerischen Krankheiten* (plusieurs éditions). — *Lehrbuch der syphilis u. vener. Krankheiten* (plusieurs éditions). La traduction de l'ouvrage de Davasse sur *la glycérine et son emploi en thérapeutique*.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin** et Cie, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

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

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES FOSSÉS-ST-JACQUES.

BLANCHARD (R.). **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode du professeur P. Bert. Un vol. de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*
GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. MIOT, in-8° de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix ; 1 fr. 50. Pour les bonnés du *Progrès*. 1 fr.

Louise Lateau ou la Stigmatisée belge Nouvelle édition, revue, corrigée et augmentée, par BOURNEVILLE. In-8° de 88 pages avec 2 fig. dans le texte et une eau-forte, dessinées par P. Richer, 2 fr. 50, — pour nos abonnés, 1 fr. 50.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou,

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. **L'Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—**Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *névralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 55, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

RECHERCHES
CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SUR
L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1883

Par BOURNEVILLE, BONNAIRE, BOUTIER, LEFLAIVE, P. BRICON et SEGLAS.

Volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50

DELASIAUVE. **Du double caractère des phénomènes psychiques.** Brochure in-8 de 00 p.— Prix : 50 cent.— Pour nos abonnés. 35 cent.

DELASIAUVE. **Traité de l'épilepsie.** Volume in-8 de 560 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50.

DELASIAUVE (J.). **Journal de médecine mentale,** résumant au point de vue médico-psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes (1860-1870). — Prix : 100 fr. — Réduit à. . . . . 40 fr.

DELASIAUVE. **Classification des folies.** Discussion à propos d'une prétendue monomanie religieuse. Brochure in-8° de 31 pages. Paris, 1882. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 90 c.

DELASIAUVE. **Distribution des prix à l'École des enfants idiots et épileptiques de la Salpêtrière.** (Discours). Brochure in-8° de 8 pages. — Prix : 30 c. — Pour nos abonnés . . . . . 20 c.

D'HEILLY (M.-E.) et CHANTEMESSE (M.-A.). **Note sur un cas de cécité et de surdité verbales.** Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . . 35 c.

DIGNAT (P.). — **Sur quelques symptômes qui peuvent se montrer chez les hémiplégiques.** Br. in-8 de 24 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

DRANSART (H.-N.) **Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologique des tumeurs urineuses, et des abcès urineux.** Brochure in-8 de 32 pages avec 1 figure. — Prix : 70 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DU BASTY. **De la piqûre des hyménoptères porte-aiguillon.** Gr. in-8 de 48 pages.— Prix : 1 fr. 25.— Pour nos abonnés . . . . . 85 cent.

DUBRISAY (J.). **De la réorganisation des services d'accouchements dans les hôpitaux et chez les sages-femmes agréées.** Brochure in-8° de 28 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

DUGUET et VEIL. **Lymphadénome de la rate** étendu au diaphragme, à la plèvre, aux poumons et aux ganglions lymphatiques, sans leucémie. Pleurésie cloisonnée. Cachexie. Brochure in-8° de 16 pages. — Prix, 60 cent.— Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

DUPLAY (S.). **Leçons sur les traumatismes cérébraux.** (Commotion, Contusion, Compression, etc.) faites à la Faculté de médecine et recueillies par P. POIRIER. Un volume in-8 de 56 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 75.

DUPLAY (S.). **Conférences de clinique chirurgicale,** faites aux hôpitaux de Saint-Louis et Saint-Antoine, recueillies et publiées par DURET et MAROT, internes des hôpitaux.— In-8 de 180 pages. Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

DUPLAY (S.) **Conférences de clinique chirurgicale,** faites à l'hôpital Saint-Louis, recueillies et publiées par E. GOLAY et COTTIN. In-8 de 150 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.

DUPLAY (P.). **Leçons sur les périarthrites coxo-fémorales,** recueillies par DURET. Maladies des bourses séreuses péri-trochantériennes et du grand trochanter simulant la coxalgie. Brochure in-8° de 18 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 c.

DUPUY (L.-E.). **Des injections sous-cutanées d'éther sulfurique.** De leur application au traitement du choléra dans la période algide. Brochure in-8° de 30 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés 1 fr.

DUPUY (L.-E.). **Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies.** Broch. in-8 de 16 p.— Prix : 50 cent. — Pour nos abonnés 35 c.

DURAND-FARDEL (M.) **Considérations sur le caractère nosologique qu'il convient d'attribuer au rhumatisme articulaire aigu ou fièvre arthritique.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés . . . . . 50 c.

DURET. **Des variétés rares de la hernie inguinale.** Vol. in-8 de 143 p. avec 2 planches. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 75

DURET (H.). **Des contre-indications à l'anesthésie chirurgicale.** Vol. in-8 de 280 pages.— Prix : 5 fr.— Pour nos abonnés. . . . 4 fr.

DURET (H.) **Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.** Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878.— Prix : 15 fr.— Pour nos abonnés. 10 fr.

DURET (H.). **Étude générale de la localisation dans les centres nerveux,** suivie d'une **Étude critique sur les recherches de physiologie des localisations en Allemagne.** Vol. in-8° de 236 pages.— Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.

Librairie J.B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

ALLIOT (E.). — Traitement du choléra par la pilocarpine. Brochure in-18 de 48 pages. — Prix : 1 fr.

FÉRY (H.). — Etude comparée sur le lait de la femme, de l'ânesse, de la vache et de la chèvre, suivie de tableaux d'analyse. Br. in-de 46 pages. — Prix : 1 fr. 25

HANHART (H.). — La lutte contre le choléra. Broch. in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c.

GARRIGOU-DESARÈNES et MERCIÉ (J.). — Du catarrhe chronique des fosses nasales et de l'ozène. Traitement par le galvano-caustique chimique. Broch. in-8 de 19 pages. — Paris, 1884. — Imprimerie A. Parent.

BASSI (U.). — Sulle stratificazioni mucose dell'intestino (Enterite membranoza). Broch. in-8 de 11 pages. Extrait de la *Rivista Veneta di scienze mediche.* — Venezia, 1884. — Typographie de G. Cecchini.

BASSI (U.). — Sulla vertigine oculare. Broch. in-8 de 8 pages. Extrait de *Lo Sperimentale.* — Firenze, 1884. — Tipografia Cenniniana.

CASTORANI (R.). — Memoria sulla cura d'ell'ectropio cicatriziale (autoblefaro-plastia). Broch. in-8 de 32 pages, avec 36 planches. Extrait de la *R. Acc. medico chirurgica di Napoli.* — Napoli, 1884. — Tipografia P. Piscopo.

THOMPSON (H.).— On tumours of the bladder, their nature, symptoms and surgical treatment, preceded by a consideration of the best methods of diagnosing all forms of vesical disease, including digital exploration and its results. 1 vol. in-8 cartonné de 111 pages, avec 6 planches hors texte et 41 figures. — London, 1884. — Librairie J. et A. Churchill.

HARDH (A.). — Reseberättelse. — Broch. in-8 de 23 pages. — Helsinzforet, 1884.— J.-C. Frenckellsson.

F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

FRANCO (P.). — Petit traité sur les hernies. Extrait de la *Revue de chirurgie.* Broch. in-8 de 92 pages. — Prix : 3 fr.

UFFELMANN (J.). — Des maisons hospitalières destinées au traitement des enfants faibles et scrofuleux des classes pauvres, particulièrement des hospices maritimes, des établissements salins, des maisons de santé à la campagne, des maisons de convalescence et des colonies de vacances. Traduit de l'Allemand par le Dr H. GILSON. — Préface par le Dr Nicaise. Broch. in-8 de 60 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie G. MASSON, 120, boul. Saint-Germain

NACHTEL (H.). — L'organisation à Paris d'ambulances urbaines analogues à celles des grandes villes d'Amérique, Premiers secours aux malades et blessés tombés sur la voie publique, dans les ateliers, usines, etc., avec une lettre de M. VICTOR HUGO. Broch. in-8 de 32 pages.

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne.

SECHEYRON (L.). — Note sur un cas de rupture complète de l'utérus. Broch. in-8 de 14 pages.

GAUDARD (E.). — Contribution à l'étude de l'hémiplégie cérébrale infantile. Broch. in-8 de 179 pages. — Genève, 1884. — Imprimerie Taponnier et Studer.

Twentieth report of the trustees of the city hospital. Boston, with reports of the superintendent and professional staff, rules for admissions and discharges, prospectus of training-school for nurses, etc. Broch. in-8 de 95 pages. — 1883-84. — Boston. — Rockwell and Churchill.

SÉGUIN (Ed.). (In memory of) being remarks made by some of his friends, at the lay funeral service held october, 31, 1880. Br. in-8 de 51 pages. — New-York. — Librairie G. P. Putnam's sons.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 41. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 11 OCTOBRE 1884.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

Note pour servir à l'histoire des fractures du péroné ;

Par le Dr A. ROUTIER, ancien prosecteur de la Faculté, chef de clinique chirurgicale à la Charité.

Depuis que David, William Bromfield et Pouteau ont attiré l'attention des pathologistes sur la fracture du péroné de cause indirecte, bien des auteurs se sont efforcés d'en montrer le mécanisme exact ; en 1840 Maisonneuve, dans un important mémoire, ajoutait la torsion du pied à l'adduction et à l'abduction, seuls mouvements invoqués par Boyer, Richerand et Dupuytren.

En 1872, M. Tillaux publiait dans la *Gazette hebdomadaire* le résultat de ses expériences cadavériques et montrait surtout la succession des lésions qui accompagnent les mouvements forcés du pied, soit en adduction soit en abduction, la rotation intervenant toujours plus ou moins.

Nous n'avons certes pas la prétention de venir, après des maîtres aussi éminents, proposer une nouvelle théorie pour expliquer le mécanisme de ces fractures ; mais notre a attention a été éveillée par l'étude de deux cas qui se sont présentés simultanément à notre observation, et il nous a paru intéressant de publier l'histoire de nos deux malades :

Obs. I. *Fracture de jambe.* — Le nommé Deus (Jean), âgé de 46 ans, marbrier, est entré le 11 décembre 1883, salle Sainte-Vierge (service de M. Terrillon).

Cet homme, assez fort, d'une bonne constitution, a été bousculé sur le bord du trottoir, et est tombé sur la chaussée; cet accident est arrivé hier soir. Il nous montre avec son pied droit qui est sain, ce qui est arrivé à son pied gauche. Il montre bien que son pied s'est mis en abduction forcée, et il insiste pour dire que la pointe du pied a tourné aussi en dehors, il aurait butté pour ainsi dire contre le bout de son pied. A la suite de la chute, il n'a pu se relever, on l'a mis en voiture et porté ici. La jambe gauche est gonflée et chaude ; le gonflement existe surtout au mollet et à la partie interne et inférieure; large ecchymose couvre la région de la malléole interne et s'étend sur les téguments qui recouvrent le calcanéum, ces téguments sont œdémateux et font des plis. Seconde ecchymose surtout étendue en longueur le long du péroné, commençant au-dessous de la pointe, et remontant jusqu'à la réunion du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs. Le malade peut soulever sa jambe et détacher le talon du lit, sans souffrir. Il fait même des mouvements non trop douloureux dans son articulation tibio-tarsienne ; quand on cherche les mouvements de latéralité, on n'en trouve pas. Appuyant avec le doigt tout le long de la face interne du tibia de haut en bas, on sent dès qu'on arrive sur la région de la malléole interne, une arête vive, et au-dessous une portion plane, un peu mobile, on provoque en outre une grande douleur sur ce point. Il y a donc, ce n'est pas douteux, arrachement de la malléole interne.

Du côté du péroné, la pression de l'extrémité inférieure vers l'extrémité supérieure ne réveille de douleur qu'au-dessus de la partie moyenne du péroné ; en cherchant avec soin dans la région qui correspond à la réunion du 1/4 supérieur et des 3/4 inférieurs, on sent de la crépitation. Il y a donc arrachement de la malléole interne, et fracture *très élevée du péroné, sans diastase de l'articulation tibio-péronière inférieure.* Le gonflement de la jambe est énorme, la tension très grande, la chaleur très vive. Comme il n'y a pas le moindre déplacement, une gouttière avec des compresses résolutives est appliquée pendant six jours ; après quoi j'applique un appareil plâtré : au bout de 45 jours, le malade part pour la campagne. Ecchymose verdâtre au niveau de la fracture du péroné; mouvements de l'articulation tibio-tarsienne parfaits. Il appuie sans douleur, cependant, il se sert par prudence d'une canne. Sorti le 23 janvier 1884.

Obs. II. *Fracture des malléoles. Abduction.* — Le nommé Manon (Jules), âge de 30 ans, sellier, est entré le 24 janvier 1884, salle Sainte-Vierge (service de M. Terrillon).

En sortant ce matin de chez le marchand de vins, il a été poussé par un camarade et est tombé du trottoir ; il avait des galoches assez larges ; son pied s'est embarrassé et a tourné, nous dit-il, en valgus, dans l'extension, et il y a eu rotation en dehors de la pointe qui appuyait seule sur le sol. Ce malade, intelligent d'ailleurs, insiste beaucoup sur le mécanisme qu'il simule avec le pied droit qui n'est pas malade. Après sa chute il n'a pu se relever, on l'a mis en voiture et conduit à Tenon ; faute de place on l'a envoyé au Bureau central qui l'a dirigé sur la Charité. Ce soir, dix heures après l'accident, sa jambe gauche est gonflée, tendue, chaude, douloureuse. Large ecchymose à la partie interne, couvrant toute la région de la malléole, remontant à 4 larges travers de doigt au-dessus du ligament annulaire, descendant sur toute la face interne du calcanéum, les téguments de la région sont infiltrés et font des plis. En dehors, ecchymose qui couvre le 1/4 inférieur de la jambe, dépassant en bas la pointe du péroné qui se dessine nettement à travers les téguments un peu gonflés. Il peut détacher le talon du lit, mais ne peut faire aucun mouvement dans son articulation tibio-tarsienne à cause de la douleur qu'il réveille. Les mouvements provoqués ne sont cependant pas très douloureux à condition qu'on ne les exagère pas. Les mouvements anormaux sont faciles à constater : il y a des mouvements de latéralité, et en même temps on voit les malléoles externes qui s'éloignent en totalité de l'axe de la jambe. La pression faite méthodiquement de haut en bas sur le tibia révèle une douleur vive au niveau de la malléole qui est mobile. On dirait que le trait de fracture qui sépare la malléole du tibia est parallèle au grand axe du tibia. Au-dessous et sur le calcanéum il n'y a pas de douleur. Sur la région externe, la malléole péronière n'est pas douloureuse. On peut ainsi, en exerçant des pressions, arriver jusqu'au 1/4 supérieur du péroné ; là, le malade accuse une vive douleur et on y perçoit nettement, sans la chercher, de la crépitation. Il y a donc ici fracture de la malléole interne, fracture haute du péroné et diastase complète de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, mais sans déplacement du pied. L'état de gonflement et de tension du membre sont tels que nous nous contentons d'une gouttière en fil de fer garnie avec des compresses résolutives, l'absence des déformations nous permettant d'attendre pour appliquer un appareil contentif.

29 *janv.* Gouttière plâtrée. Le dégonflement s'est fait, il ne souffre plus.

Février. La gouttière est très bien supportée; le malade guéri part pour Vincennes.

Ce qui nous a frappé surtout, c'est d'abord l'analogie absolue du mécanisme qui a présidé à la fracture chez nos deux malades ; tous les deux bousculés sur le bord d'un trottoir ont pu se rendre compte des moindres détails de leur accident, et il était curieux de les voir tous deux simuler avec leur pied sain ce qui était arrivé à leur pied malade ; ils n'avaient certainement pas lu le

© BIU Santé

mémoire de Maisonneuve, et cependant avec quelle insistance ils montraient comment, outre l'abduction, il y avait eu rotation de la pointe du pied en dehors ; dans les deux cas, on aurait dit que la pointe du pied était fixée sur le trottoir pendant que le corps et la jambe décrivaient un mouvement de rotation durant la chute, car ici c'est vraiment la jambe qui a tourné sur le pied, celui-ci restant immobile ; nos deux malades le disaient eux-mêmes, du reste, en montrant combien le genou malade s'était tordu en dedans.

Puis, lorsque passant à l'examen méthodique des membres malades, nous avons vu notre premier sujet exécuter des mouvements de flexion et d'extension du pied sans douleur, nous en avons tout de suite conclu que la mortaise ne devait pas être très endommagée : en effet, nos recherches sur les mouvements de latéralité ont été négatives.

Nous avons alors pensé à la fracture par divulsion, l'ecchymose siégeant sur le 1/4 inférieur du péroné semblait confirmer notre hypothèse ; quelle fut aussi notre surprise de trouver le péroné indolent à la pression dans toute sa moitié inférieure ; ce ne fut qu'en poursuivant nos recherches, parce qu'il nous semblait que nous devions trouver une fracture, que l'exploration de la partie supérieure du péroné nous révéla la crépitation, ce ne fut, du reste, qu'après plusieurs tentatives que nous obtinmes ce résultat.

Chez notre second malade, au contraire, malgré l'ecchymose située à la partie inférieure de la région externe de la jambe, la diastase de l'articulation péronée tibiale inférieure nous conduisit à rechercher la fracture en haut et, dès nos premières explorations, nous perçûmes la crépitation vers le quart supérieur du péroné.

Voilà donc deux malades ayant subi un même traumatisme, abduction du pied gauche, rotation de la pointe en dehors ; tous les deux ont eu un arrachement de la malléole interne et une fracture du péroné vers son quart supérieur ; cependant, chez l'un d'eux, l'articulation tibio-péronière inférieure était indemne ; sa guérison complète, sans raideur consécutive, le démontrerait surabondamment, s'il avait pu y avoir le moindre doute.

Chez le second, cette articulation était disloquée, dans les mouvements de latéralité qu'on pouvait imprimer au pied, la malléole externe s'éloignait du tibia, et ce déplacement était très appréciable à la vue ; comment expliquer cette différence qui parait capitale. En effet, à l'exemple de Maisonneuve, Nélaton et Duplay décrivaient deux sortes de fractures du péroné par abduction et rotation du pied en dehors.

La fracture par divulsion qui se produit à 5 ou 6 centimètres de la pointe de la malléole, mais avec conservation des ligaments péronéo-tibiaux inférieurs ; et la fracture par diastase caractérisée par la rupture de ces ligaments et le siège élevé de la fracture ; ils décrivent même les signes de ces fractures à l'encontre de l'auteur de l'article jambe, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* qui dit : page 529, tome XIX : « Si les ligaments se brisent entre le tibia et le péroné, et que la torsion continue, le péroné éclate beaucoup plus haut, vers la tête, c'est la fracture par diastase dont les exemples sont encore inconnus chez le vivant (1). »

Or, notre second malade est un type de fracture par diastase, et son cas ne nous aurait pas paru mériter les honneurs de la publication s'il n'y avait intérêt à le rapprocher du premier qui a les mêmes fractures, arrachement de la malléole interne et fracture haute du péroné, mais avec conservation absolue et intégrité de son articulation tibio-péronière inférieure, ce qui vient démentir, pour ainsi dire, la théorie du mécanisme de ces fractures. Il nous semble qu'ici le péroné ne pouvant casser par le mécanisme de la diastase qui ne s'est pas produite, a dû céder à un mouvement de torsion, et la fracture s'est faite dans le point le plus faible, vers la partie supérieure de l'os.

On peut donc conclure qu'il est difficile, sinon impossible d'assigner un mécanisme particulier à chaque espèce de fracture, et que, dans ce genre comme dans beaucoup d'autres, quelques cas échappent à toute classification.

(1) Nous venons d'observer un autre cas de fracture haute du péroné (1/4 supérieur environ) avec arrachement de la malléole interne et diastase de l'articulation tibio-péronière inférieure, produite par le même mécanisme.

THÉRAPEUTIQUE

De la transfusion directe du sang vivant (1) ;

Par M. le Dr J. ROUSSEL.

Phénomènes produits par la transfusion directe.

Messieurs,

La transfusion directe du sang vivant produit, pendant son exécution, quelques phénomènes peu mar-

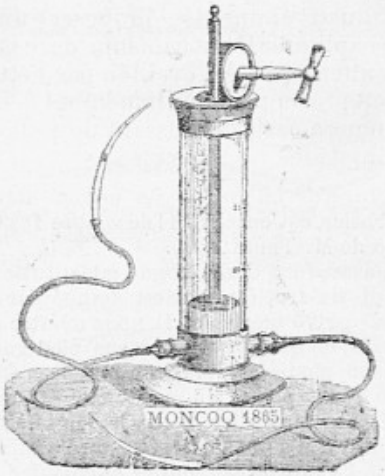


Fig. 104 (2).

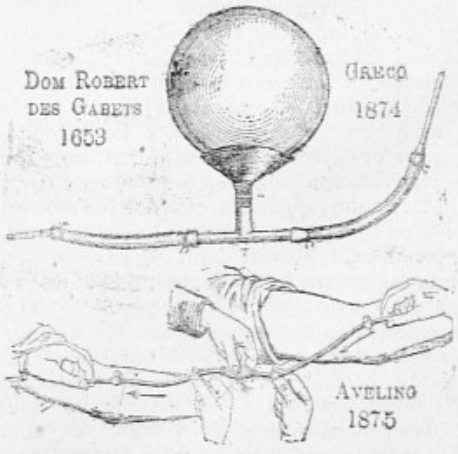


Fig. 105.

(1) Voir les nos 21, 22, 24, 25, 28, 30.

(2) Par suite d'une erreur de mise en pages les figures ci-dessus ont été omises dans l'article du n° 25, p. 491 et 492.

© BIU Santé

qués d'excitation et de dyspnée qui tiennent à la surcharge, encore irrégulière, du cœur et des poumons; ils sont d'autant plus légers que l'apport du sang est plus lentement conduit.



Fig. 106.

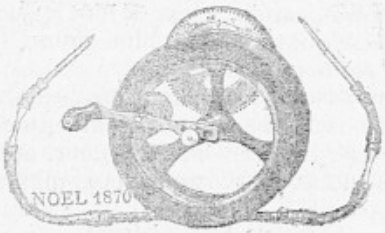


Fig. 107.

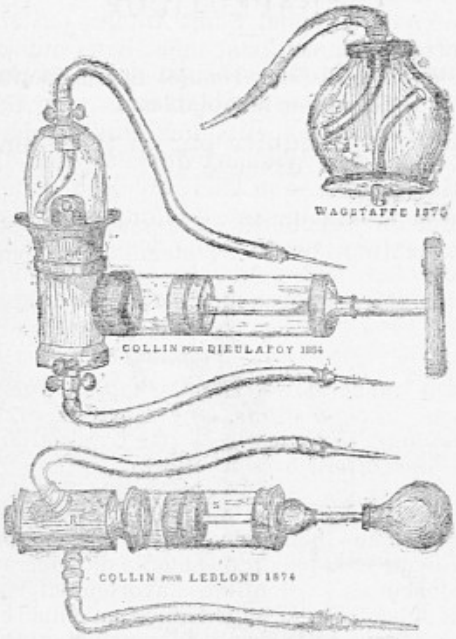


Fig. 108.



Fig. 109.

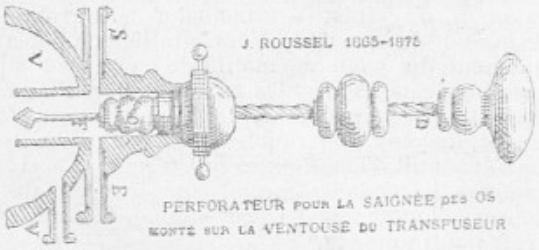


Fig. 110. — Cette figure se rapporte au n° 28, p. 562.

C'est par l'observation de ces troubles que j'ai été amené à poser pour règle de n'envoyer le sang que par doses de dix grammes, cinq à six fois par minute.

En opérant ainsi, le cœur du transfusé battant au moins 100 pulsations, ne reçoit qu'une addition d'un demi-gramme environ à chaque diastole ; ce qui ne saurait troubler le cœur d'un malade même non hémorrhagique.

Cette condition nécessaire d'une lenteur relative dans la propulsion des ondées sanguines, jointe à celle de ne pas faire attendre le sang, qui se coagulerait par le repos dans un réservoir, m'ont conduit à formuler une seconde règle importante, c'est de ne tirer le sang de la veine du donneur qu'au fur et à mesure que l'on peut l'envoyer dans la veine de l'opéré. Ceci ne peut être obtenu qu'au moyen d'une anastomose directe entre les deux circulations.

La congestion primitive se calme assez vite : mais elle est bientôt suivie d'un *frisson*, souvent modéré, d'autres fois plus violent, allant jusqu'au claquement des dents et au tremblement général. Il est accompagné de concentration, de petitesse et d'accélération du pouls. La température de la peau est abaissée, pendant que celle du rectum ou du vagin paraît augmentée.

La respiration devient rapide et même haletante.

J'ai vu d'ordinaire les assistants s'inquiéter de cette prostration subite ; aussi ai-je soin de les prévenir que j'attends un frisson qui n'aura rien de grave et sera passager et unique. Je fais boire à l'opéré du thé chaud alcoolisé, et je chauffe son lit avec des bouillottes et des édredons.

J'ai observé que des inspirations profondes et des expirations prolongées constituent le meilleur moyen d'interrompre le frissonnement, ainsi que le claquement spasmodique des mâchoires. Aussi ai-je l'habitude de prendre entre mes mains la tête du malade, d'approcher ma face de la sienne, et de lui dire : « Faites comme moi, respirez lentement, profondément, retenez-vous de trembler ; respirez », et cela à plusieurs reprises, car si on le laisse à lui-même, l'opéré paraît quelquefois oublier de respirer.

Après quinze ou vingt minutes, la respiration reprend son type normal, le frisson cesse, la chaleur et la couleur reviennent à la peau, et la réaction chaude commence.

Le frisson indique la rupture d'équilibre et les oscillations du système vaso-moteur. Par le fait même de leur élasticité physique et anatomique, les vaisseaux se laissent dilater, puis se contractent, se dilatent encore et oscillent jusque dans la profondeur des organes, sous les poussées successives des ondées du sang nouveau qui augmente la tension circulatoire du corps entier.

Quoique produit par une cause inverse, ce frisson est l'analogue de celui qui accompagne les hémorrhagies excessives et qui, à lui seul, dénonce à l'accoucheur une métrorrhagie interne. Celui-ci est un précurseur de la mort, qui indique la rupture d'équilibre des organes qui se vident. Le frisson de la transfusion est un précurseur de vie, indiquant la rupture d'équilibre des organes qui se remplissent. La réaction chaude prouve que l'équilibre s'est rétabli dans une tonalité supérieure, et aussi que le sang nouveau commence à produire les effets désirés d'excitation et de reconstitution générale.

Cette réaction, qui tarde rarement plus de dix à vingt minutes après le commencement du frisson, est rapidement progressive.

Le malade accuse un sentiment de chaleur et de bien-être général, sa peau se colore et devient humide. La sueur commence à perler au front, s'étend sur la poitrine et envahit bientôt le corps entier ; son intensité augmente et le malade est bientôt entièrement mouillé d'une transpiration chaude et agréable. Sa respiration est devenue plus lente, plus régulière et plus profonde, sa voix est sonore, ses yeux brillants, son esprit lucide ;

© BIU Santé

le pouls tend à se rapprocher du rythme normal, il est plein, régulier, bien frappé aux environs de 90 ou de 100°. Il y a rarement un peu d'agitation pendant cette période, à moins que la transpiration ne devienne exagérée, auquel cas j'éloigne progressivement les bouillottes et les couvertures. Bientôt un sommeil profond et réparateur vient démontrer le succès de l'opération. Après une ou deux heures, le réveil est ordinairement provoqué par un pressant besoin de miction et de défécation.

J'ai toujours soin d'examiner attentivement l'urine, et j'ai constamment le plaisir de la trouver abondante, transparente, jaune paille-clair ou un peu plus foncée, mais libre de sang, de globules et d'albumine. Cela me prouve que le sang que j'ai transfusé n'est pas un corps étranger destiné à être éliminé, mais qu'il est devenu partie intégrante du corps de l'opéré, qu'il demeure et circule bien vivant dans les vaisseaux, que sa fibrine va obturer les capillaires des blessures, et que ses globules vont restaurer une vitalité, une synergie naguère près de s'éteindre. Dans l'urine est le *critérium* de la transfusion.

Après l'accomplissement des besoins naturels, l'activité vitale se manifeste par un impérieux désir d'alimentation. J'ai été bien souvent frappé de voir tel malade ou telle parturiente qui, tout à l'heure, vomissait jusqu'aux moindres gouttes de bouillon ou de lait, avaler gloutonnement et digérer sans fatigue plusieurs grandes tasses de ces aliments ; dès le lendemain ce sont de véritables et copieux repas que réclame l'opéré. Cet appétit, que la prudence oblige souvent à modérer, se continue jusqu'à la complète reconstitution des forces perdues. L'organisme entier manifeste une joie de vivre qui conduit bientôt à bon port la convalescence commencée par la transfusion.

Si l'opération a été nécessitée par les hémorrhagies chroniques de l'hémophilie, de l'ulcère simple de l'estomac ou du fongus utérin, les pertes ne reparaissent plus. Le sang transfusé est un véritable hémostatique, ses substances fibrinogènes viennent obturer les capillaires ulcérés et rendre au sang du sujet la viscosité dont il a besoin pour ne pas s'écouler comme de l'eau par la moindre ouverture.

Lorsque le sujet porte des plaies atones répandant en abondance un pus mal lié, l'aspect change subitement. Les bourgeons cicatriciels deviennent rosés et actifs ; le pus louable, plus rare, et la réparation des tissus marche à grands pas; des consolidations osseuses longtemps retardées s'affirment et s'achèvent en peu de jours.

Quant à la plaie opératoire, traitée avec les précautions ordinaires, elle se guérit de la façon la plus simple, et la veine demeure perméable, chaque fois que l'on a pris soin de ne pas trop l'offenser pendant la dissection.

Inversément, chaque fois que j'ai assisté à une transfusion de sang d'un animal d'espèce étrangère, ou à une injection de sang opérée selon les méthodes dites de transfusion indirecte ou instantanée, ou par défibrination, j'ai vu que l'urine contenait *souvent* du sang en nature, en plus ou moins grande abondance, et *toujours* de l'hémoglobine et de l'albumine en masses notables. Dans ces cas, le microscope retrouve de l'épithélium et des *acini* du rein, entraînés pendant un travail d'élimination excessif accompagné de violentes douleurs à la région rénale.

J'ai vu plusieurs fois ce processus d'élimination se manifester par des selles sanguinolentes, des crachements et des vomissements de sang pur ; l'intensité et la durée de ce phénomène sont relatives à la quantité injectée de sang altéré, et il se continue jusqu'à l'entière disparition du *corps étranger*.

En même temps, se produisent de très graves engorgements cardiaques et pulmonaires, allant parfois jusqu'à l'asphyxie complète ; et aussi des congestions cérébrales produisant un délire de haute gravité. Ces troubles apparaissent souvent dès les premiers temps de l'opération, et la menace d'une mort imminente oblige le chirurgien à suspendre son injection ; c'est là tout le secret et toute la raison de ceux qui professent l'indication de ne transfuser que de petites doses de sang.

Ces dangereuses perturbations générales sont notées dans les relations des transfusions tentées par Neudoïfer, Gesellius, Hassé, Behier, Gibert, Anger, etc. On peut y lire aussi que le fait de la rapide coagulation du sang dans leurs appareils les a obligés d'en soustraire au donneur une quantité excessive, quadruple et même décuple de celle qu'ils ont pu injecter au malade.

Les opérés de l'hôpital Saint-Antoine ont échappé à de tels accidents immédiats; mais leurs autopsies ont découvert des congestions rénales et des épanchements pleuraux singulièrement semblables à ceux que produisent des myriades de petits infarctus vasculaires, et l'exosmose hors des vaisseaux de la sérosité d'un sang rendu diffluent par le sang altéré qu'on lui a mélangé.

Cette perte inutile du sang du donneur et les dangers opératoires avoués même dans les trop rares cas de succès, devraient faire renoncer à ces méthodes imparfaites les chirurgiens soucieux de se tenir au niveau du progrès.

TRANSFUSIONS DIRECTES. — *Hémorrhagies puerpérales. Douze cas. Six guérisons. Une mort de péritonite au neuvième jour. Cinq insuccès par traumatisme puerpéral.* (*Observations personnelles*).

Voici la première de mes opérations de transfusion.

Il s'agissait d'une hémorrhagie *post partum*, indication la plus fréquente et la plus indiscutable de l'opération.

Des circonstances particulières ; avortement, enquête du parquet, expulsion de la sage-femme, m'empêchèrent de divulguer à Genève cette première transfusion. Publiée en 1867, à Paris, dans un opuscule chez Barousse, toute l'édition fut supprimée par un « ami », rival en construction d'un transfuseur et, pendant onze ans, cet exemple d'un succès de la *transfusion directe* est resté dans l'ombre au grand détriment du progrès scientifique.

Le 3 décembre 1865, à minuit, femme, 17 ans, avortement provoqué, hémorrhagies répétées et foudroyantes : deux sage-femmes abandonnent la parturiente la croyant morte, collapsus complet, face grippée, peau froide, pas de respiration ni de pouls, — transfusion 300 grammes du sang de la sœur de la malade. Vers le milieu de l'opération, un battement du cœur se manifeste, nouveau silence. Quelques inspirations inégales superficielles. Flagellation de la face et de la poitrine : hoquet, la respiration s'établit, le cœur bat, les yeux s'ouvrent hagards, convulsés en haut, la sœur s'évanouit d'émotion, ce qui termine l'opération à 300 grammes. La malade reprend complète connaissance, mais conserve longtemps l'aspect étonné, hagard, l'air de revenir de l'autre monde.

Vingt minutes après le moment où pour les assistants elle avait rendu le dernier soupir, elle était absolument sauvée. Boisson cordiale, toux violente, mucosités aux lèvres, respiration régulière et profonde. Pouls 120. Demi-syncope qui me fait craindre le retour de l'hémorrhagie, l'utérus venait d'expulser le placenta sans une goutte de sang liquide.

Convalescence franche, l'opérée se lève au dix-huitième jour. Elle est aujourd'hui mère de famille.

© BIU Santé

J'ai dit précédemment que cette opération avait été faite avec mon premier modèle de transfuseur dont la ventouse et les ajutages étaient d'argent, avec de grandes poches de caoutchouc noir. Ces poches retenaient près de 200 gr. de sang perdu en vain par le donneur. Cette constatation m'amena à simplifier l'appareil dans la forme qu'il tient encore aujourd'hui.

Hémorrhagies puerpérales. Le 25 *décembre* 1881, à Paris, Mme Maloigne, marchande de volailles à la Halle, est prise, après un accouchement difficile, d'une métrorrhagie excessive qui ne cède qu'au tamponnement.

Le 12 *janvier* 1882, nouvelles hémorrhagies, syncopes fréquentes jusqu'au 7 février, hémorrhagies répétées, inappétence complète, vomissements et diarrhée opiniâtre. Insomnie, état excessivement grave, syncopes.

Le 7 *février*, coma de l'agonie, faciès cadavérique, pouls filiforme de 140 à 150. Nombreuses injections d'ergotine et d'éther sans résultat durable. *Transfusion* de 170 grammes, frisson violent, suivi de réaction chaude, sueurs prolongées, vitalité recouvrée.

Dix heures du soir, état satisfaisant, sommeil, nulle douleur.

8 *février*. Urine normale, pas de sang, pas de globules. Appétit réveillé, sensation de forces, de bien-être. Une seule selle. Pouls fort, plein, à 100, respiration 35; lèvres colorées, peau chaude, yeux brillants.

9 *février*. Nuit excellente, pouls 95 le matin, 100 le soir.

10 *février*. Elle absorbe cinq repas dans la journée, et prétend avoir encore faim.

Cet appétit formidable, signe de réparation générale, se maintient pendant une dizaine de jours; la digestion, le pouls et la température sont normaux.

Au sixième jour, la malade se lève, la convalescence est franchement établie. Bientôt elle va passer quelques semaines à la campagne, puis reprend sa place à la Halle de Paris. Aujourd'hui, 1er août 1884, Mme M... est rayonnante de santé.

La blessure du bras s'est cicatrisée par première intention, ainsi que celle du fort de la Halle qui lui a donné son sang.

Il faut noter ici que non seulement la transfusion a chassé la mort imminente, mais qu'en rendant de la plasticité au sang, elle a obturé les sources de ces hémorrhagies à récidives incoercibles. (*A suivre.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur la présence des micrococci pneumoniques dans la broncho-pneumonie de la rougeole (1);

Par le Dr GIACOMO LUMBROSA (de Livourne, Italie).

La présence des micro-organismes dans le poumon des pneumoniques est un fait désormais bien démontré; je ne parlerai pas ici du rôle qu'ils peuvent jouer dans la production de cette maladie. Ces microbes, décrits par Klebs, Eberth, Koch, Friedländer, Talamon, Salvioli, ont été récemment étudiés en France par le Dr Afannassiew (de Saint-Pétersbourg), au laboratoire d'anatomie pathologique de M. le professeur Cornil. D'après les conseils de M. Cornil, j'ai cherché si l'on rencontrait les mêmes microbes, ou des formes différentes dans les poumons des malades morts de broncho-pneumonie dans le cours de la rougeole. M. Richardière a bien voulu me fournir les matériaux nécessaires à mes examens.

Il s'agissait d'une petite fille, âgée de 3 ans, qui entra à l'hôpital le quatrième jour de sa maladie. L'éruption apparut le lendemain de son entrée; elle fut régulière et assez abondante, mais une broncho-pneumonie se manifesta et emporta la malade le huitième jour de son affection. A sa mort, on pouvait encore apercevoir des traces de taches éruptives. Pendant la vie, l'examen du sang, pris sur les papules et sur les doigts, a été complètement négatif.

L'Autopsie, pratiquée 24 heures après la mort, fit reconnaître la broncho-pneumonie. A l'aide d'instruments stérilisés à la flamme d'une lampe, on prit du suc pulmonaire dans les points hépatisés et on le fit sécher sur des lamelles. Des morceaux de poumon ont été conservés dans l'alcool absolu. Les lamelles, après une macération de 24 heures dans le bleu d'Hertesberg et dans le violet d'Erlich, furent placées dans la solution iodée, puis lavées à l'eau distillée. Celles qui avaient subi l'action du bleu furent décolorées par l'alcool absolu et par l'essence de girofle, puis montées dans le baume de Canada; les autres furent d'abord colorées par l'éosine, puis décolorées et montées de la même façon. Dans toutes les préparations, on a trouvé des micrococcus semblables à ceux qu'a récemment décrits M. Afannassiew, à savoir : 1° Des micrococcus ronds, de deux sortes, les uns plus petits, les autres plus gros; 2° Des micrococci ovoïdes (ceux de Friedländer, Talamon) : ils offrent des dimensions variables, et sont accolés très souvent deux à deux, rarement ils forment des chaînettes plus longues (1).

J'ai également pratiqué des coupes sur le poumon, et après 28 heures d'immersion dans les substances colorantes, je pus les examiner. Les colorations employées ont été le violet d'Ehrlich et le bleu d'Hertesberg; quelques coupes furent traitées par la solution iodée, d'autres colorées à deux reprises par la coccinine; enfin, craignant que l'alcool n'eût une influence fâcheuse sur la coloration des micrococcus, j'en ai séché d'autres et décoloré seulement à l'essence de girofle. Les préparations les meilleures ont été celles obtenues par le violet d'Ehrlich; dans toutes les autres, néanmoins, les micrococci apparaissent, mais en moindre quantité. Ces micrococci présentent les mêmes formes que ceux du suc pulmonaire précédemment décrits.

Ces faits me paraissent avoir assez d'importance pour m'engager à entreprendre des recherches plus complètes dans les cas de pneumonies et de broncho-pneumonies d'autres maladies infectieuses, afin de voir si l'on y rencontre toujours le micrococcus de la pneumonie, ou s'il en existe de différents. Mais les résultats obtenus jusqu'à présent porteraient à croire que ce n'est pas le virus de la rougeole qui se localise dans le poumon et qui engendre la pneumonie, mais que, dans ce cas, son action se borne à produire un terrain des plus favorables au développement des microbes pneumoniques. Je tâcherai de voir dans mes recherches ultérieures si ce micrococcus n'a pas une action différente de celui de la pneumonie franche.

(1) *Société anatomique*, 5 juillet 1884.

(1) On m'a fait observer, que je n'avais pas essayé de faire ressortir la capsule décrite par Friedländer. Cette capsule, à laquelle, avec M. Afanassiew je ne donne aucune importance, j'ai pu la trouver en traitant mes préparations avec l'acétate de potasse : je n'ai cependant pas réussi à la bien colorer.

Le fléau de l'alcoolisme. — La *Gazette de l'Allemagne* du Nord du 1er octobre, se préoccupant des progrès de l'alcoolisme en Allemagne, constate que dans certaines localités, il y a un débit de boissons par 31 habitants. A Berlin, la proportion est de 1 à 119 habitants. Elle est à Lubeck de 1 à 116 et à Hambourg de 1 à 71. La *Gazette de l'Allemagne* du Nord émet le vœu que des mesures soient prises pour remédier à cette situation dont elle ne se dissimule pas la gravité.

Muséum d'histoire naturelle. — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude de la structure intime des tissus constitutifs des animaux ont lieu, dès maintenant, tous les jours, de midi à cinq heures du soir, sous la direction de MM. Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et G. Pouchet, professeur au Muséum, au laboratoire d'anatomie comparée et d'histologie zoologique, rue de Buffon, 55, où les élèves doivent se faire inscrire près du Directeur-adjoint.

La Société de biologie reprend ses séances aujourd'hui samedi 11 octobre.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du syphilicoccus (1).

Le 5 septembre 1882, M. Martineau fit à l'Académie de médecine (2) une communication sur la *bactéridie syphilitique* découverte par lui en collaboration avec M. Hamonic. Il s'agissait de l'inoculation au porc de la syphilis au moyen d'un liquide de culture dans lequel ils avaient laissé séjourner 24 heures un chancre induré, excisé de la petite lèvre gauche d'une femme. Le liquide de culture contenait deux espèces différentes de bactéridies et de plus quelques micrococcus. Dès le lendemain de l'inoculation, ces auteurs constataient la présence de bactéridies dans le sang du porc. Un mois plus tard, une syphilide papulo-squameuse (?). Dans un second cas (porc de 4 semaines) ils trouvaient des bactéridies dans le sang quatre jours après l'inoculation et une syphilide papuleuse le 14e jour. Les bactéridies du sang de ces deux porcs, cultivées et inoculées à un porc et à un chevreau, ne donnèrent que des résultats négatifs. M. Koch (3) a jugé sévèrement ces premières expériences de M. Martineau qu'il considère comme « appartenant à une catégorie de choses qui sont en opposition flagrante avec l'expérience acquise et avec les opinions admises par la science et qui ne sont bonnes qu'à saper de nouveau la confiance que l'on commençait à accorder aux recherches étiologiques. Aussi ne pouvait-il qu'être utile à cette branche de la science de rectifier, aussi vite que possible, de pareilles erreurs ou de les livrer à l'oubli. »

Ces expériences n'ont, en effet, qu'une signification fort douteuse et leur technique est loin d'être irréprochable. Mais le fait suivant est plus intéressant et paraît assez probant.

Le 16 novembre de la même année (4), M. Martineau inocula à un singe du liquide de chancre induré en lui faisant trois piqûres sur le prépuce à l'aide d'aiguile à vaccin. 28 jours après le singe présenta, au niveau du prépuce, deux chancres ayant tous les caractères classiques du chancre induré ; ils furent suivis d'accidents secondaires typiques ; puis en septembre 1883 on constata une syphilide ulcéreuse du voile du palais qui dura trois semaines ; le 21 octobre des accès épileptiformes d'une durée de quatre à cinq minutes, et enfin le 3 décembre une syphilide papuleuse hypertrophique sur la moitié droite du scrotum. Le 18 janvier 1884, nouvelle syphilide papuleuse du palais, disparue en 14 jours. Depuis, le singe jouit d'une bonne santé et paraît complètement guéri. Nous rappellerons que dans ces derniers temps M. Letnick (5) n'a obtenu que des résultats négatifs dans ses inoculations au jeune porc et au lapin, quoiqu'il ait constaté la présence de *micrococcus* dans toutes les lésions syphilitiques et qu'il ait pu les cultiver ; que MM. Köbner (1), Neumann (2) et Bayer ne furent pas plus heureux dans leurs essais d'inoculation à différentes espèces d'animaux : lapins, chiens, porcs, chèvres, singes, etc. Les expériences récentes de MM. Horand et Cornevin (3), faites avec toutes les précautions voulues et exécutées d'une façon très scientifique semblent démontrer assez nettement que le « porc est réfractaire à la syphilis, il ne pourrait donc être employé, selon ces auteurs, expérimentalement comme terrain de propagation du virus syphilitique, ni cliniquement comme moyen de diagnostic différentiel des affections vénériennes ». Et ils ajoutent « que pour le moment l'animal doué d'une réceptivité franche pour la syphilis leur paraît encore à trouver. » Les résultats enregistrés par M. P. Hänsell (4) en introduisant dans la chambre antérieure de l'œil du lapin des parcelles de plaques muqueuses, etc., paraissent offrir plus d'intérêt sans être décisifs.

M. Cognard (5) croit aussi avoir réussi à inoculer la syphilis au singe avec la sécrétion cultivée d'une plaque muqueuse ; il se serait développé au point d'inoculation une espèce d'induration, puis sur la peau des lésions semblables à de l'ecthyma, et dans la cavité buccale des plaques ressemblant à des plaques muqueuses. Cette communication faite à la *Société médicale de Lyon* a soulevé une discussion dans laquelle MM. Dron et Horand ont critiqué la façon d'opérer de M. Cognard, et ont fait observer qu'il serait possible que celui-ci ait inoculé la septicémie. L'animal aurait en effet été très malade après l'inoculation, les éruptions ressemblaient plutôt à de l'ecthyma cachectique qu'à de l'ecthyma syphilitique, et les plaques buccales auraient été reconnues à l'examen histologique comme étant des plaques de muguet.

M. Petrone (6) a tout récemment publié une note sur les inoculations qu'il a pratiquées sans succès sous la conjonctive oculaire de 24 animaux divers (cobayes, lapins, chiens, chats) avec des fragments et la sécrétion de chancres indurés provenant de six malades. Les animaux furent soumis à une observation de plus de quatre mois. Sur un lapin et sur un cobaye seuls on nota des signes évidents de tuberculose oculaire. A l'autopsie, sur aucun des animaux on ne constata de lésions syphilitiques, mais on trouva chez les deux animaux atteints de tuberculose oculaire des lésions tuberculeuses dans les poumons, les plèvres, le péritoine, les intestins, les reins, contenant des bacilles de Koch. — Les recherches microscopiques faites par l'auteur sur les produits de sécrétion et les fragments de chancre ayant servi aux inoculations, lui permirent d'y constater la présence du microbe décrit par M. Klebs (voir p. 760).

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 37 et 38.
(2) Martineau. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1882, séance du 5 septembre, p. 1007.
(3) R. Koch. — *L'inoculation préventive du charbon. — Réplique au discours prononcé à Genève par M. Pasteur.* Cassel et Berlin, 1883, p. 10.
(4) Martineau. — *Société médicale des hôpitaux*, 12 et 26 janvier 1883.
(5) L. Letnick. — *Zur Frage der Syphilis-Impfung an Thieren und des Vorhommens von Mikroorganismen im syphilitischen Schanker* (*Wien. med. Wochenschrift*, 1883, n° 35.)

(1) Köbner. — *Zur Frage der Uebertragbarkheit der Syphilis auf Thiere* (*Wien. med. Wochenschrift*, 21 juillet 1883).
(2) Neumann. — *Uber die Uebertragbarkheit d. Syphilis auf Thiere* (*Wien. med. Woch.*, n° 8 et 9, 1883).
(3) Horand et Cornervin. — *Essais de transmission de la syphilis au porc* (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 6, p. 323, 1884.)
(4) Hänsell. — V. *Græfe's Archiv. f. Ophthalm.*, XXVII, 3, p. 43, 1882.
(5) *Lyon médical*, 8 juin 1884.
(6) Luigi M. Petrone. — *Sulla trasmissione della sifilide agli animali* (*Gazetta medica Italiana-Lombardia*, n° 31, p. 315, 2 août 1884).

© BIU Santé

Les inoculations faites par M. A. Seweke (1) avec les produits de sécrétion ou des fragments de chancre induré et de plaques muqueuses sur des cochons de lait, ne donnèrent aucun résultat ; les animaux furent soumis à une observation de six mois (2).

Les recherches histologiques de M. Leistikow (3) au sujet de la bactéridie syphilitique sont restées négatives.

M. Morison (4) aurait toujours réussi à démontrer la présence de bactéries dans la sécrétion des chancres indurés et des plaques muqueuses. Les procédés qu'il utilisa pour ces recherches ne diffèrent pas sensiblement de ceux employés pour la démonstration des autres bacilles. M. Morison cite à l'appui 15 cas de malades atteints d'accidents syphilitiques divers. Il eut aussi l'occasion de faire quelques recherches, toujours positives, suivant lui, sur des chancres et plaques muqueuses excisées (objectif à immersion à huile de Reichardt 1/15, grossissement de 800 diamètres). L'examen du pus du chancre mou fait voir dans celui-ci des bactéries différentes de celles constatées dans la syphilis ; elles seraient plus larges, plus minces et semblables aux bactéridies charbonneuses, quoique plus petites. L'examen du sang d'individus sains ou atteints d'eczéma, de pemphigus, etc., ne donne généralement que des résultats négatifs. M. Morison ne saurait se prononcer sur l'identité des bactéries qu'il a rencontrées dans la syphilis avec celles qui ont été trouvées par MM. Birch-Hirschfeld, Martineau et Hamonic.



Fig. 111.

Mais dans un travail plus récent (5) M. Morison dit avoir rencontré les mêmes bactéries dans les ulcérations de l'eczéma impétigineux, de l'acné, etc.

M. Neisser (6) admet que les accidents syphilitiques sont dus au développement de micro-organismes spécifiques. Dans ses conclusions il donne une ingénieuse théorie de la marche des accidents syphilitiques en rapport avec le développement successif des parasites.

Tout récemment M. Barduzzi (7) a observé dans le liquide d'une bulle de pemphigus syphilitique de nombreux micrococcus et des bactéries « formées d'une série de petites cellules, qui isolées avaient l'aspect de très petits micrococcus » entourés d'une aréole gélatineuse (*fig.* 111). La longueur de ces bactéries serait de 0 μ, 000 285 à 0 μ, 00 569. Comme il est facile de s'en assurer en examinant la *fig.* 111, empruntée à M. Barduzzi, le nom de bactéries donné à ces chainettes de micrococcus est quelque peu arbitraire.

MM. de Tornery et Marcus (1) ont fait au laboratoire de M. Vulpian des recherches sur le microbe de la syphilis. Après avoir recueilli au moyen d'un fil de platine porté au rouge de la sérosité de chancre infectant et de plaques muqueuses lavés au préalable avec une solution microbicide, ils ont ensemencé un certain nombre de tubes remplis d'une infusion de viande de bœuf peptonisée et additionnée de gélatine et alcalinisé. Des tubes furent infectés avec du liquide septique, et d'autres conservés sans germe comme témoins. Tous ces tubes furent exposés à une température de 35 degrés.

« Au bout de peu de jours, disent-ils, ceux qui renfermaient des germes septiques eurent leur terrain transformé en une bouillie infecte. Les tubes qui n'avaient rien reçu demeurèrent intacts et gardèrent leur transparence et leur solidité primitive. Ceux où nous avions introduit du virus syphilitique présentèrent, au bout de trois jours, une petite capsule opaque au point de l'inoculation et qui se développa peu à peu vers la profondeur. Au microscope ces traînées se révélèrent comme des colonies de coccus.

« On rencontre encore, dans les produits syphilitiques et dans les cultures, mais en infime minorité, des bâtonnets déjà signalés, par Birsch-Hirschfeld et Martineau, qui disparaissent au bout de la troisième culture et ne résistent pas à l'alcool acidulé (3 pour 100); Aussi ces bâtonnets nous paraissent-ils accidentels et d'origine septicémique. Ces bâtonnets semblent souvent résulter de la juxtaposition de deux ou trois coccus, Ils se retrouvent dans les chancres indurés et dans les ganglions syphilitiques en employant les mêmes procédés de coloration ou en traitant les coupes par des alcalis qui font ressortir les coccus. Ajoutons que pour ces recherches il est bon d'user de forts grossissements (immersion à l'huile de Verick n° 12 ou immersion K. de Zeiss) et se servir de l'éclairage Abbé, à diaphragmes ouverts (2).

Ces recherches sont certainement intéressantes et plus rigoureuses que celles qui ont été faites par les auteurs précédents. Les cultures successives leur ont permis d'isoler le micrococcus qui semble être le véritable agent infectieux de la syphilis. Nous ignorons si MM. de Tornery et Marcus ont essayé d'inoculer aux animaux ou à l'homme du liquide de leurs cultures.

Avant de terminer nous ajouterons que M. Diday (3) est partisan de la théorie parasitaire de la syphilis et que, si nous sommes bien renseigné, M. Leloir poursuit depuis quelques années des recherches dans ce sens.

Il parait ressortir des travaux que nous avons passés en revue : 1° que la syphilis est une maladie parasitaire ; 2° que le microbe de la syphilis est probablement un micrococcus, car si l'on excepte quelques rares auteurs qui l'ont décrit comme bactérie ou comme bacille, la description de la plupart des autres se rattache à un micrococcus de nature encore indéterminée ; 3° que les inoculations faites avec des produits syphilitiques sont restées infectieuses, ou tout au moins douteuses, à part peut-être le cas de M. Martineau (singe) qui serait jusqu'ici unique ; 4° que les inoculations faites avec des

(1) W. A. Seweke.—*Versuche die Syphilis auf Ferkel ueberzuimpfen* (*Wratsch*, 1884, nos 21 et 22), analyse in *Centralbl. f. Chirurgie*, n° 37, p. 611, 13 sept. 1884.

(2) Nous ne croyons pas devoir rappeler les nombreux essais d'inoculation faits précédemment par beaucoup d'auteurs, nous renvoyons aux traités spéciaux et aux articles des dictionnaires.

(3) Leistikow. — *Charité Ann.* ; VII, 1882, p. 750.

(4) Morison. — *Ueber das Vorkommen von Bakterien bei syphilis* (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 3, 1883.)

(5) Morison. — *Prager med. Wochenschrift*, n° 13, 1883.

(6) Neisser. — *Die chronischen Infections-Krankheiten der Haut*, III, *Syphilis* (*Handbuch d. Haut-Krankheiten*, t. I, in *V. Ziemssém's Handbuch d. spec. Path. u. Th.*, B. XIV, p. 664, et suiv., 1883.)

(7) Barduzzi. — *Il microbio della sifilide* (*Gazetta degli ospitali*, n° 12, 10 février 1884, p. 89 et *Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle*, mars, avril, 1884, p. 79.

(1) *Recherches sur le microbe de la syphilis*. Travail du laboratoire de M. Vulpian, présenté par M. Bochefontaine, à la *Société de Biologie*, le 12 juillet 1884 (*Comptes rendus*, p. 472.)

(2) Pour la coloration des microbes ces auteurs ont employé la méthode de Gram.

(3) Voir *Progrès Médical*, n° 21, p. 415, 1884. — *Conférence de M. Diday à l'hôpital de la Charité.*

© BIU Santé

liquides de culture n'ont encore donné aucun résultat positif; mais il est à remarquer que le plus souvent ces cultures n'étaient pas pures et que les essais de culture étaient généralement faits avec le liquide de première génération (1). P. Bricon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Congrès de Blois.

Séance du 9 septembre.

M. Régis fait une communication *sur l'hérédité de la paralysie générale*; il rappelle que dès 1849, M. Lunier a le premier appelé l'attention sur la fréquence des maladies cérébrales chez les ascendants des paralytiques, et que M. Doutrebente a repris la question en 1870; lui-même a publié, en collaboration avec M. Ball, des faits qui confirment les vues de ces deux observateurs; il résulte de ces diverses recherches que l'hérédité que l'on observe dans la paralysie générale n'est pas l'hérédité vésanique, mais bien l'hérédité cérébrale; si les affections cérébrales se retrouvent fréquemment, à l'exclusion des affections mentales, chez les ascendants des paralytiques, elles se retrouvent aussi chez leurs descendants, qui ne sont guère exposés qu'à cette forme d'hérédité; il est bien entendu d'ailleurs que cette hérédité cérébrale est loin d'être fatale chez les descendants des paralytiques, et que beaucoup d'entre eux ne se distinguent que par le grand développement de leur intelligence. Ainsi, en résumé, les enfants des paralytiques échappent à l'hérédité volcanique; tout au plus peuvent-ils présenter une certaine prédisposition aux affections cérébrales: on conçoit toute l'importance de cette notion au point de vue, par exemple, des mariages à contracter par le descendant, ou avec le descendant d'un paralytique, mariages au sujet desquels le médecin est habituellement consulté.

— A propos de cette communication, M. Lunier se félicite de voir se confirmer ainsi les idées qu'il a émises il y a trente-cinq ans, et il insiste sur la grande portée sociale de cette étude et de la démonstration qui en est sortie.

M. Demons fait une communication très intéressante *sur l'emploi des pointes métalliques pour fixer les os après certaines résections articulaires*. Quand on vient de pratiquer la résection du genou, l'on cherche à juxtaposer exactement les surfaces sectionnées, et à les maintenir dans ce rapprochement étroit, de manière à obtenir une guérison aussi rapide que possible, une soudure osseuse certaine, et la rectitude définitive du membre. L'expérience a démontré que ce but n'était pas toujours atteint, malgré les appareils les plus perfectionnés. Il se produit quelquefois un soulèvement du fémur en avant, qui est difficile à réduire, et se reproduit aisément. De là des accidents divers: sphacèle, inflammation, clapiers purulents, suppurations prolongées, nécrose, consolidation vicieuse, pseudarthrose. Pour les éviter, on a imaginé la suture au catgut, moyen insuffisant; la suture métallique, quelquefois aussi insuffisante, et compliquée de la difficulté d'enlever les fils. M. Demons préfère les pointes métalliques, avec lesquelles on cloue le tibia au fémur, comme on cloue deux morceaux de bois l'un à l'autre; ces pointes ont dix centimètres de longueur et deux millimètres de diamètre; il les enfonce, au nombre de deux ou trois, à travers le tibia recouvert de ses téguments, à deux travers de doigt de la section osseuse, obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, à petits coups de marteau; elles traversent le tibia et pénètrent dans l'épaisseur du fémur. Préalablement, M. Demons assure bien l'hémostase (il n'emploie pas la bande d'Esmarch, qu'il regarde *ici* comme inutile ou même nuisible). Ces pointes, devenues mobiles, sont enlevées vers le 20e jour; elles sont efficaces, et réussissent bien à maintenir les os en contact; de plus, elles sont inoffensives: l'orateur les a employées dix fois depuis trois ans, et toujours avec avantage, sans avoir eu ni carie, ni nécrose, ni abcès pouvant leur être imputés; il n'est pas en mesure de prouver que la guérison a été plus rapide; car la durée du traitement post-opératoire tient souvent, dans les cas de résection du genou, à la longue suppuration des fongosités; mais, en tout cas, la soudure osseuse a toujours été prompte. — Ce procédé peut être employé dans tous les cas de résections articulaires où l'on considère l'ankylose comme inévitable ou désirable. M. Demons l'a employé dans un cas de résection tibio-tarsienne, où, après avoir enlevé l'astragale, il souda ainsi le calcanéum au tibia, au moyen d'une pointe enfoncée au travers du talon; la guérison fut rapide et complète. — La relation de ces cas, qui n'a jamais été publiée, a été envoyée à la Société de chirurgie le 8 novembre 1882. Le 20 décembre 1882, dans son rapport, M. Le Fort se déclare disposé à se servir des pointes dans l'amputation de Pirogoff. — M. Demons ne revendique pas l'honneur d'avoir imaginé ce procédé, qu'il a vu employer plusieurs fois dans les cliniques étrangères, mais seulement le très mince mérite de l'avoir utilisé le premier en France, ou tout au moins sur une plus large échelle. Il le recommande comme efficace et inoffensif.

Discussion. M. Duplouy partage complètement la sécurité de M. Demons, en ce qui touche l'introduction dans les os de fils ou de tiges métalliques; il les a employés sans jamais avoir le moindre accident, notamment dans un cas de résection du genou, où il opérait avec Dolbeau; dans ce cas, toutefois, il eut quelque difficulté à en pratiquer l'extraction; aussi avait-il imaginé de les munir d'une tête mobile; M. Duplouy est également de l'avis de M. Demons, en ce qui touche l'emploi de la bande d'Esmarch dans les amputations et les résections. — M. Delore est disposé aussi à adopter les pointes dans les cas indiqués par M. Demons; en ce qui concerne la bande d'Esmarch, il croit qu'elle rend l'opération plus facile, plus prompte, en même temps qu'elle lui donne plus de précision. — M. Nicaise dit que l'emploi des pointes métalliques n'est pas nouveau; il rappelle l'usage qu'en faisait Malgaigne, dans son appareil à griffe; elles sont signalées aussi dans l'ouvrage de M. Bérenger-Féraud, sur les fractures non consolidées. L'emploi de ces pointes ne doit naturellement être tenté que lorsqu'on a recours à la méthode antiseptique; si M. Demons n'a pas mentionné cette condition nécessaire, c'est qu'il a jugé sans doute que cela coulait de source, car M. Nicaise sait que M. Demons est de ceux qui pratiquent fidèlement et scrupuleusement l'antisepsie; dès que l'on a recours à la méthode antiseptique, M. Nicaise est convaincu que l'introduction des pointes est absolument inoffensive. Relativement à la bande d'Esmarch, il pense que l'hémorrhagie qui se produit lors de son enlèvement est due à une paralysie des vaso-moteurs, et qu'elle est proportionnelle à l'intensité et à la durée de la compression exercée; elle est, d'ailleurs, facile à arrêter promptement par les moyens les plus simples.

M. Demons, répondant à M. Duplouy, dit que l'emploi des pointes métalliques doit probablement hâter la guérison. Quant à la bande d'Esmarch, il n'est pas systématiquement opposé à son emploi, mais il pense que l'on peut aisément s'en passer et que l'on s'épargne ainsi des inconvénients et des ennuis; ce qui importe d'ailleurs, comme l'a fort bien dit M. Nicaise, c'est l'emploi scrupuleux de la méthode antiseptique; s'il n'en avait point parlé c'est qu'il estime qu'aujourd'hui c'est une

(1) Le micrococcus syphilitique n'a pu jusqu'à présent être différencié soit par les procédés de coloration, soit par ses propriétés physiques d'autres micrococcus rencontrés dans diverses maladies. Nous ferons observer que les bactéries décrites par certains auteurs, ne paraissent être autre chose que des diplococcus ou chainettes de micrococcus; il est du reste regrettable, que la plupart des mémoires ne soient pas accompagnés de figures représentant les organismes décrits plus ou moins exactement par les auteurs.

© BIU Santé

religion qui ne doit plus compter d'infidèles. — M. Duplouy tient à établir qu'il ne repousse pas l'emploi de la bande d'Esmarch d'une façon absolue, mais seulement dans certaines opérations, parmi lesquelles il range les amputations et les résections.

M. Delore fait une communication *sur l'étiologie de l'éclampsie*; il rappelle les diverses théories qui ont été proposées pour rendre compte de l'étiologie de l'éclampsie. Quant à lui, il la considère comme une entité morbide et non comme un phénomène symptomatologique; il estime qu'elle existe avant de se manifester. Il insiste sur les particularités que présente la température dans l'éclampsie, et il rappelle à ce sujet les recherches de M. Bourneville; il estime que la maladie est due à une altération du sang, et il développe les raisons qui lui font penser que cette altération est d'origine bactéridienne; l'une des principales parmi ces raisons, c'est l'hyperthermie observée pendant la vie et même après la mort. A la vérité, la contagiosité de l'éclampsie n'est pas prouvée, mais ce ne serait pas la seule maladie d'origine microbienne pour laquelle cette preuve ne serait pas faite; en tout cas, on a signalé des épidémies d'éclampsie. M. Delore a fait des expériences pour essayer de découvrir le microbe de l'éclampsie; mais les résultats obtenus jusqu'ici n'ont pas été satisfaisants.

Discussion. M. Bouley répond à M. Delore que le propre de la médecine microbienne c'est de ne pas admettre d'hypothèses; en matière de microbes, il faut avoir vu. — M. Delore répond qu'il n'a proposé la théorie en question qu'avec la plus grande réserve, et en la donnant pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une simple hypothèse. Il partage, d'ailleurs, tous les scrupules de M. Bouley, en matière de précision scientifique, et il l'a montré en instituant ses expériences et ses recherches dans un laboratoire dont la rigueur scientifique est bien connue, celui de M. Chauveau.

M. Delore présente ensuite deux instruments d'obstétrique, dont il explique le mécanisme et les avantages : le premier est un *crochet à tige flexible*, et le second un *forceps avec tracteur* imaginé par M. Poulet.

Séance du 10 septembre (matin).

M. Landowski présente un *support utérin* qui lui a, depuis longtemps déjà, rendu de grands services dans les cas de rétroflexion et de rétroversion; il rappelle que les variétés de pessaires sont extrêmement nombreuses, et que presque tous ces instruments, bons et ingénieux en eux-mêmes, n'ont d'autre défaut que de s'appliquer imparfaitement à chaque cas particulier; le pessaire devrait en quelque sorte être fait sur mesure; c'est cette condition qu'il s'est appliqué à réaliser, en faisant faire d'abord un instrument très malléable, en étain, que l'on modifie suivant les besoins du cas particulier, et que l'on fait ensuite reproduire en une substance rigide telle que l'aluminium; le support utérin imaginé par M. Landowski doit être placé très haut; il prend son point d'appui sur la symphise pubienne, et la femme peut le mettre en place elle-même sans difficulté.

M. Delthil fait une communication *sur le traitement de la cystocèle vaginale* ou hernie de la vessie; il rappelle les divers traitements qui ont été préconisés contre cette affection et leurs résultats peu satisfaisants. Le traitement qu'il propose consiste à soutenir le bas fond de la vessie et à maintenir cet organe constamment vide pendant toute la durée du traitement; le premier de ces résultats s'obtient par l'introduction d'un ballon à air dans le vagin, et le second, par le maintien à demeure dans la vessie d'une sonde de Sims à double courant, que l'on ne retire que pour la nettoyer, et à l'aide de laquelle on lave la cavité vésicale avec une solution boratée pour empêcher la fermentation ammoniacale. Dans deux cas de cystocèle vaginale, M. Delthil a employé cette méthode avec un plein succès.

Discussion. M. Delore rappelle quelques moyens employés contre la cystocèle vaginale, et dont M. Delthil n'a pas parlé dans son résumé historique; quant à lui, il a recours, en même temps qu'à la sonde à demeure, à la cautérisation au fer rouge des culs de sac antérieur et postérieur du vagin : il n'a eu qu'à se louer de cette méthode. — M. Nicaise dit que, dans le cas de M. Delthil, il y avait de la cystite en même temps que de la cystocèle vaginale; celle-ci est en soi une infirmité assez peu grave. — M. Delthil ne partage pas l'opinion de M. Nicaise, sur le peu de gravité de la cystocèle vaginale; mais ce qu'il a surtout voulu faire ressortir, c'est la possibilité d'obtenir la guérison sans avoir recours à une opération.

M. Delthil fait une seconde communication *sur le traitement des fractures du tiers supérieur du fémur par la position du membre dans l'abduction*. On sait que dans ces fractures, la direction prise par le fragment supérieur est celle de l'abduction, tandis que la partie inférieure du membre reste dans l'attitude normale; il en résulte cette déformation en crosse bien connue, qui constitue l'une des causes les plus actives de raccourcissement du membre. C'est pourquoi M. Delthil propose de placer le fragment inférieur dans la direction où se trouve forcément le fragment supérieur, c'est-à-dire dans l'abduction; on obtient ainsi la continuité de la rectitude du membre et la déformation en crosse n'a plus de raison d'être. M. Delthil a soigné trois malades de cette façon, et le raccourcissement a été insignifiant, car il n'a pas dépassé 1 cent. à 1 cent. et demi.

Discussion : M. Demons demande à M. Delthil s'il laisse le membre tel quel sur le lit, ou s'il applique un appareil. — M. Delthil répond qu'il se borne à pratiquer l'extension : mais que tous les appareils ordinaires peuvent être employés, si on le juge utile; il suffit qu'on les dispose de façon à maintenir le membre dans l'abduction. — M. Nicaise a été, lui aussi, frappé de la difficulté que l'on éprouve à amener les fragments bout à bout; il a été amené aussi à employer l'abduction, qui est un moyen fort utile, et il rappelle à ce propos, les services que rend l'appareil d'Hennequin. — M. Delthil fait observer que le travail de Hennequin est de 1873, tandis que c'est en 1869, dans sa thèse inaugurale, qu'il a proposé pour la première fois la méthode de l'abduction; il revendique en conséquence la priorité. — M. Delore dit qu'à Lyon, on emploie habituellement chez les vieillards, la gouttière de Bonnet, qui rend de grands services; mais rien n'empêcherait d'associer la méthode proposée par M. Delthil à l'emploi de la gouttière de Bonnet. — M. Delthil répond que lui-même a précisément modifié la gouttière dans un sens conforme au principe de sa méthode.

M. Chaumier fait une communication *sur une maladie à manifestations multiples*. Ayant eu l'occasion d'observer une véritable épidémie d'impétigo, affection qu'il se refusait autrefois à croire contagieuse, mais au sujet de laquelle il a complètement changé d'avis, il a vu apparaître simultanément des tournioles, des furoncles, des panaris, et par un examen attentif des faits, il a été conduit à admettre que toutes ces affections, y compris l'impétigo, sont des affections sœurs et peuvent être considérées comme les modalités diverses d'une seule et même maladie, qui est inoculable, contagieuse et épidémique, et pour laquelle une première atteinte ne confère pas l'immunité. Quelques-unes des manifestations de cette maladie sont assurément bénignes; mais il en est d'autres, comme le panaris, comme le furoncle lorsqu'il atteint certaines régions, qui ne sont pas, ou tout au moins qui risquent de ne pas être inoffensives. A cet égard, les mesures prophylactiques, celles surtout qu'il est aisé de prendre dans les écoles, peuvent rendre de réels services. Actuellement, cette maladie n'a aucun nom; M. Chaumier se contente de la signaler, sans savoir exactement quel nom lui donner; d'autres prendront soin de la baptiser.

Discussion : M. Verneuil rappelle que la contagiosité et l'épidémicité du furoncle ont été signalées depuis longtemps; quant à l'impetigo, sa contagiosité, indiquée par Devergie en

© BIU Santé

France, a été admise par un grand nombre de dermatologistes, tant étrangers que français : il engage M. Chaumier à poursuivre ses recherches dans cette direction, et rappelle que, récemment, un de ses élèves, M. Verchère, dans une bonne thèse sur les portes d'entrée de la tuberculose, a signalé l'impetigo comme l'une de ces portes d'entrée.

M. Ferrand (de Blois) présente un malade atteint de *chorée respiratoire à forme apnéique*; tel est du moins le diagnostic auquel s'est arrêté M. Ferrand après quelques hésitations et un examen approfondi du malade. Le sujet est âgé de 20 ans, il est cultivateur; il n'a jamais été malade, n'a jamais eu ni chorée, ni rhumatisme, ni syphilis; la dyspnée a débuté brusquement il y a plus de six mois; elle est continue pendant la veille, mais cesse pendant le sommeil; elle est rhythmique, mais son rhythme a varié; dans le principe, il y avait huit inspirations rapides, suivies d'un temps de repos; actuellement, le temps d'arrêt survient après deux inspirations saccadées; il est caractérisé par une inspiration calme et profonde, comme dans le phénomène de Cheyne-Stokes. On ne trouve rien d'anormal ni à la percussion, ni à l'auscultation; le malade est très affaibli et très amaigri, ce qui tient surtout à la difficulté de l'alimentation; il ne lui faut pas moins d'une heure pour ingérer avec de grands efforts une petite assiettée de potage ou de bouillie; la défécation est difficile aussi, comme d'ailleurs tous les actes qui nécessitent un effort. Il y a de la gêne précordiale; mais l'examen du cœur ne révèle aucune lésion. La marche est impossible. L'urine ne contient ni sucre ni albumine. M. Ferrand fait l'énumération des moyens thérapeutiques très divers auxquels il a eu recours chez ce malade, sans obtenir d'amélioration. Il se demande, sans pouvoir formuler de réponse précise, s'il existe une lésion centrale à l'origine du nerf phrénique, ou bien si la lésion siège dans l'appareil moteur de la respiration. La cessation de la dyspnée pendant le sommeil a contribué à faire admettre par M. Ferrand qu'il s'agit dans ce cas d'une chorée respiratoire à forme apnéique.

Discussion : M. Duboué (de Pau) a observé plusieurs cas d'affections nerveuses, sans lésion appréciable, qui se rattachaient à l'impaludisme, et qui ont parfaitement guéri par le sulfate de quinine; il cite quelques faits, notamment un strabisme intermittent, un cas de ronflement nocturne dont la sonorité devenait une véritable infirmité, une paraplégie; tous ces malades ont été débarrassés par le sulfate de quinine des affections dont ils étaient porteurs. M. Duboué demande, en conséquence, si le malade est suspect d'impaludisme et si on lui a donné du sulfate de quinine; il rappelle que dans les divers cas qu'il a mentionnés, il a pu constater la douleur splénique qui est caractéristique de l'impaludisme. — M. Bernheim fait remarquer que, s'il y a des dyspnées nerveuses, il y en a d'autres qui sont révélatrices de la néphrite interstitielle, d'autres encore qui se rattachent à l'asthme sénile; mais ce sont là des formes dont il ne saurait être question chez ce malade; dans le cas actuel, il s'agit en quelque sorte d'une angine de poitrine organique du poumon; on peut se demander si les nerfs pulmonaires ne seraient pas englobés dans quelque tumeur.

M. Duplouy confirme l'opinion de M. Duboué; il a guéri par le sulfate de quinine une jeune fille de 12 ans atteinte d'une dyspnée nerveuse, se rattachant certainement à l'impaludisme; il demande à M. Ferrand s'il a cherché et réussi à endormir son malade avec le chloroforme. — M. Ferrand répond à M. Duboué qu'il a donné le sulfate de quinine à son malade, bien qu'en effet, il ait oublié de le mentionner lorsqu'il a énuméré les divers médicaments qu'il avait employés; il avait d'autant plus de raison de penser à l'impaludisme, que cette affection est endémique dans l'endroit qu'habite le malade; mais le traitement quinique n'a donné aucun résultat; répondant à M. Bernheim, M. Ferrand dit qu'il a exploré avec le plus grand soin le trajet du phrénique sans trouver la moindre trace de tumeur; à la vérité, cette tumeur pourrait être située profondément et échapper à l'exploration la plus attentive; mais l'hypothèse d'une cause permanente, comme une tumeur, s'accorde mal avec la cessation des accidents pendant la nuit; enfin, s'adressant à M. M. Duplouy, l'orateur répond qu'il a fait des tentatives pour endormir le malade avec le chloroforme, mais que les phénomènes d'excitation ont été tels que, tant de son propre mouvement que pour se conformer au désir de la famille, il a cru devoir les discontinuer. — M. Duboué conseille de reprendre l'emploi de la quinine, sous la forme de bisulfate et à la dose de 1 gramme par jour, au minimum.

M. Delore fait une communication *sur le traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse;* si ce procédé a l'inconvénient d'être douloureux, très douloureux même, il faut le reconnaître, il a en revanche l'avantage d'être extrêmement précis, et de ne laisser que des cicatrices insignifiantes : de plus, si l'on n'atteint pas du premier coup le but que l'on s'est proposé, on peut avec l'électrolyse, reprendre et compléter l'opération; c'est là une facilité précieuse que ne donnent pas tous les procédés. Avec cette méthode, on n'a pas seulement une action thermique, mais encore une action chimique très persistante. En résumé, M. Delore estime que toutes les fois que la tumeur érectile n'est ni trop volumineuse, ni trop envahissante, la méthode électrolytique est de beaucoup supérieure à toutes les autres. La plus grande difficulté consiste à avoir un appareil sur lequel on puisse compter, alors même que l'on ne s'en sert que d'une façon intermittente; celui de M. Chardin répond à toutes les indications et satisfait à toutes les exigences. M. Delore indique ensuite le mode opératoire qu'il a adopté, et signale les divers accidents ou incidents que peut présenter cette petite opération. — Enfin, lorsque la tumeur est trop volumineuse, il a recours à l'exérèse, qu'il pratique en faisant la ligature par la méthode de Rigal (de Gaillac) et en cautérisant le fond de la plaie avec la pâte de Canquoin.

Discussion : M. Henrot a employé souvent l'électrolyse; mais dans le traitement des tumeurs érectiles, il se contente d'employer le thermo-cautère; le grand avantage qu'il reconnaît à l'électrolyse, avantage qu'il a mis à profit, par exemple, dans le traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte, c'est son action coagulante; c'est surtout dans les cas où la coagulation importe plus encore que la cautérisation, que la méthode électrolytique retrouve tous ses avantages. — M. Duplouy se demande quelle est la supériorité de l'électrolyse sur l'ignipuncture, et il avoue ne pas se rendre bien compte de cette supériorité, à moins que l'on ne recherche surtout l'action coagulante signalée par M. Henrot. — M. Delore répond qu'il ne connaît pas de procédé aussi facile à appliquer que l'électrolyse et qui laisse des cicatrices aussi minimes. — M. Nicaise est d'avis que l'on peut avoir recours à l'ignipuncture pratiquée avec une aiguille de platine chauffée au moyen du polyscope de Trouvé.

Séance du 10 septembre (Soir).

M. Meusnier (de Blois) fait une communication *sur les nodosités rhumatismales*; il a eu occasion d'observer dans sa clientèle des nodosités d'origine rhumatismale, analogues à celles auxquelles M. Verneuil a fait allusion dans sa communication, et qui ne rentrent pas tout à fait dans le cadre de celles qui ont été récemment l'objet d'une discussion à la *Société médicale des hôpitaux*. Il s'agissait d'une dame, très arthritique, qui portait au creux poplité deux petites tumeurs, du volume d'un noyau de cerise, sans aucune modification de la peau; bientôt le bras et l'avant-bras du même côté furent couverts de petites tumeurs analogues; toutes étaient sous-cutanées. La malade, en outre, se souvenait fort bien d'avoir eu, trente ans auparavant, une poussée analogue; la simultanéité d'apparition de ces tumeurs et d'une poussée rhumatismale ne pouvait laisser à M. Meusnier aucun doute sur leur nature. L'orateur rappelle, à propos de ce cas, que les nodosités rhumatismales décrites par M. Troisier ne sont pas tout à fait semblables à celles qu'a décrites M. Féréol; celles qu'il a observées se rapprochaient davantage de la forme décrite

© BIU Santé

par M. Troisier; mais leur durée ayant été de cinq à six semaines, elles ne sauraient être qualifiées d'éphémères.

M. Meusnier a de nouveau la parole pour une communication *sur les épanchements pleuraux consécutifs aux cancers du sein*; on sait que, dans ces derniers temps, M. Verneuil a attiré l'attention sur les épanchements pleuraux qui se produisent consécutivement aux opérations de cancer du sein; les faits observés par M. Meusnier se sont produits au contraire chez des malades atteintes de cancer du sein, mais non opérées; M. Meusnier ne peut affirmer qu'il y ait entre le cancer et l'épanchement pleural une relation de cause à effet; toutefois cette relation lui paraît assez probable.

Discussion. M. Demons fait observer que ces faits sont loin d'être rares: l'épanchement pleural peut, suivant lui, reconnaître trois causes différentes; ou bien il est le résultat d'une simple propagation à la plèvre de l'inflammation de la paroi thoracique; ou bien il est dû à des noyaux cancéreux; ou bien enfin, il doit être rangé parmi les hydrothorax d'origine cachectique.

M. Bouchard fait une très importante communication *sur la perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré*; il établit tout d'abord que ce symptôme n'est ni constant, ni général; mais il est assez fréquent, puisque dans ces trois dernières années, sur 66 diabétiques qu'il a examinés à ce point de vue, il a constaté 19 fois l'abolition du réflexe tendineux. Ce symptôme, en outre, n'est nullement propre à telle ou telle forme de diabète; on peut le rencontrer dans tous les diabètes, pourvu qu'ils soient anciens. Il arrive quelquefois qu'après avoir disparu, ce réflexe reparaît; ce fait est exceptionnel; M. Bouchard ne l'a observé que deux fois, et dans ces deux cas il coïncidait avec une amélioration notable de l'état général; la maladie vient-elle à s'aggraver, les réflexes disparaissent de nouveau. Au point de vue du pronostic, la conservation ou l'abolition des réflexes tendineux présente une réelle importance; durant les trois dernières années, M. Bouchard n'a compté que 2 décès parmi les 47 diabétiques chez lesquels le réflexe était conservé, tandis qu'il n'en a pas constaté moins de six chez les 19 malades qui avaient présenté l'abolition du réflexe. M. Bouchard insiste de nouveau sur ce fait qu'il n'y a pas deux catégories de diabètes, l'une avec conservation, l'autre avec perte des réflexes; seulement quand le diabète entre dans une phase grave, les réflexes disparaissent. Mais ce n'est pas seulement au point de vue du pronostic, c'est encore au point de vue du diagnostic que l'on peut utilement tirer parti de ce symptôme, lorsqu'on le rencontre. M. Bouchard rapporte deux cas où la disparition du réflexe rotulien le mit sur la voie du diagnostic, alors que les autres symptômes du diabète faisaient défaut; dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune collégien tombé subitement dans le coma; dans le second cas il s'agissait d'un médecin atteint de rétention d'urine avec phénomènes généraux assez graves; dans ces deux cas le diabète était resté ignoré, et la disparition du réflexe rotulien prit toute la valeur d'un symptôme révélateur. Tel est, dit M. Bouchard, le fait empirique; il a une valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic; en a-t-il une au point de vue de la pathogénie? On pourrait le penser, et dans une maladie où la glycosurie a été si souvent attribuée à des modifications du système nerveux, on doit se demander si un phénomène aussi important que la disparition des réflexes tendineux ne vient pas étayer la théorie nerveuse du diabète; or M. Bouchard déclare nettement qu'à son avis l'abolition des réflexes n'a pas cette signification, et qu'elle ne peut pas être invoquée en faveur de la pathogénie nerveuse du diabète; en effet, s'il en était autrement, cette perte des réflexes devrait se rencontrer surtout dans les diabètes d'origine nerveuse; or, il n'existe à cet égard aucune différence entre les diabètes d'origine nerveuse et les diabètes qui reconnaissent une autre étiologie. Il convient donc actuellement d'accepter purement et simplement ce symptôme, avec sa valeur diagnostique et pronostique, mais sans essayer de lui attribuer au point de vue de la pathogénie nerveuse du diabète une signification qu'il ne paraît pas avoir.

M. Dunoyer fait une communication sur *un cas d'aphasie transitoire d'origine toxique*; il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, dans un état très avancé de cachexie tuberculeuse (elle mourut quinze jours après le fait qui va être rapporté), qui, se croyant incommodée par des helminthes, prit cinq centigrammes de santonine; trois heures après, M. Dunoyer la trouva dans l'impossibilité de parler, elle ne pouvait que répéter le mot *mais*, et témoignait très vivement par des gestes son impatience de ne pouvoir exprimer sa pensée. Le lendemain, lorsque M. Dunoyer la revit, elle parlait parfaitement; l'aphasie avait commencé au moment même où la malade avait commencé à voir jaune, et elle avait disparu lorsque la perception normale des couleurs était revenue, c'est-à-dire une heure environ après la visite de M. Dunoyer la veille, et quatre heures après l'ingestion du médicament.

On peut tirer de ce fait quelques enseignements sur la prudence avec laquelle il convient de manier la santonine, même à faibles doses, et aussi sur la possibilité des aphasies transitoires d'origine toxique.

Au nom de M. Leroux, il est donné lecture par M. Picqué, secrétaire, d'une note *sur le traitement de l'invagination intestinale par la dilatation au moyen de liquides gazogènes*: M. Leroux conseille en pareil cas, et quelle que soit d'ailleurs la cause de l'invagination, de recourir aux lavements d'eau de Seltz, ou mieux encore de provoquer la formation du gaz dans l'intestin même par l'administration successive, en lavement, de deux solutions, l'une d'acide tartrique, et l'autre de bicarbonate de soude; il faut en outre comprimer l'anus pour empêcher la sortie du gaz dont on a ainsi déterminé la production.

Discussion. M. Magaud (de Lyon) se souvient d'avoir vu guérir un cas d'invagination par une méthode assez bizarre, dont l'emploi n'avait pas été sans lui causer quelque inquiétude, et qui consistait à faire ingérer au malade 125 grammes de mercure métallique. — M. Nicaise fait remarquer que ce procédé n'est pas nouveau, et qu'il en est fait mention dans les vieux traités de chirurgie.

M. Chardin présente des *appareils d'électricité médicale*, notamment un appareil portatif toujours prêt à fonctionner, et l'appareil à électrolyse dont se sert M. Delore et dont il a été question dans sa communication à la séance du matin.

M. Ranque présente un *appareil destiné à l'éclairage de la cavité vaginale*; c'est une petite lampe à incandescence, grosse comme un pois, qui se place dans le spéculum et fournit une lumière suffisante pour l'exploration du vagin.

A ce propos, M. Nicaise rappelle quelques tentatives faites pour faciliter l'éclairage des cavités naturelles, et notamment la lampe frontale de Hélot.

Séance du 11 septembre.

Sur la demande qui lui en a été adressée, la section de médecine émet un vœu favorable à la création, à Paris, d'un *musée d'ophthalmologie*.

Au nom de M. Pineau (du château d'Oléron) il est donné lecture par M. Picqué, secrétaire, d'une *note sur un cas d'exostose sous-unguéale consécutive à un traumatisme*. Il s'agit d'un homme vigoureux, âgé de 34 ans, qui par suite du glissement d'une poutre, reçut au pied une contusion grave, sans fracture; plus de trois ans après, ce malade s'aperçut qu'il portait sous l'ongle une petite tumeur, et M. Pineau procéda à l'énucléation d'une exostose sous-unguéale ayant à peu près le volume d'un haricot; l'examen anatomique pratiqué par le professeur d'anatomie de l'Ecole de médecine navale de Rochefort ne laissa pas de doute sur la nature du néoplasme. Quinze jours après, la tumeur avait récidivé et son volume était égal à celui de la tumeur primitive; l'excision fut de nouveau pratiquée et la cautérisation fut faite avec le caustique Filhos. Depuis cette

© BIU Santé

dernière opération, qui remonte à six mois, il n'y a pas eu de récidive. Suivant l'opinion de divers auteurs, et notamment de Gosselin, de Cornil et Ranvier, les exostoses sous-unguéales doivent être considérées camme de véritables néoplasmes; ce sont d'ailleurs des tumeurs rares, et il n'existe dans la science, suivant M. Pineau, que 23 cas analogues. Les antécédents arthritiques ont été recherchés avec soin; M. Pineau n'a rien trouvé chez le malade lui-même; l'arthritisme toutefois est probable, sans être absolument certain, chez ses ascendants.

A propos de ce travail, M. Nicaise fait observer que, l'auteur n'étant pas présent, le mémoire ne peut être discuté ; il croit néanmoins de son devoir de formuler de grandes réserves au sujet de cette observation.

M. Delthil fait une communication *sur l'ulcération diphthéroïde de la coqueluche* ; il attribue à cette ulcération une valeur toute différente de celle qu'on lui prête généralement, et il l'appelle diphthéroïde à cause de son aspect, et aussi à cause des microbes pathogènes qu'elle contient ; on attribue généralement cette ulcération au frottement de la langue sur les dents ; bien des raisons tendent à faire repousser cette interprétation ; d'abord le siège de cette ulcération est variable, on peut la rencontrer sur le plancher de la bouche, sur les lèvres, etc.; ensuite, cette ulcération peut précéder la toux ferine ; enfin, et ce dernier argument est le plus probant, elle peut précéder la première dentition. Elle apparaît d'ordinaire douze à quinze jours après le contact avec le sujet contagionnant, et sa durée moyenne est de trois à huit jours; l'appareil fébrile disparaît en même temps qu'elle. Sa forme est variable, sa couleur est habituellement blanche ou jaunâtre ; mais ce qui la caractérise le mieux, c'est son aspect nacré ; il faut savoir qu'elle laisse parfois des cicatrices indélébiles. Elle est généralement unique. M. Delthil se demande si des ulcérations analogues n'existent pas dans les voies aériennes et si une infiltration des ganglions bronchiques ne pourrait pas survenir consécutivement à la propagation par les voies lymphatiques des produits de cette ulcération spécifique.

M. Chaumier fait une communication *sur l'asthme chez les jeunes enfants;* contrairement à ce qu'enseignent les auteurs, l'asthme n'est pas très rare chez les jeunes enfants, et l'orateur a pu en observer plusieurs cas ; seulement l'accès ne se présente guère chez les très jeunes sujets avec tous les caractères qui constituent l'accès classique ; cette forme classique est d'ailleurs plus rare qu'on ne pense, même chez l'adulte. L'examen le plus attentif a montré à M. Chaumier que la dyspnée ne pouvait être rattachée, chez ces petits malades, à aucune cause organique, et qu'elle était bien réellement de nature asthmatique. L'iodure d'éthyle est le médicament qui a donné à l'auteur les résultats les plus prompts et les meilleurs ; mais son usage doit être continué pendant un temps assez long, pour assurer la guérison.

M. Cagny a expérimenté les *injections de vératrine* sur les animaux domestiques, et il insiste sur les services que rend ce médicament dans la pathologie vétérinaire; il agit à la façon d'un excitant énergique, et même chez des animaux voués à une mort certaine, il détermine un réveil passager de la vitalité ; M. Cagny indique d'ailleurs les principales affections dans lesquelles la vératrine rend des services chez les animaux ; la pneumonie figure au premier rang de ces maladies.

L'ordre du jour étant épuisé, M. le Président déclare les travaux de la section de médecine terminés. Avant de se séparer, les membres de la section de médecine ont nommé M. Henrot (de Reims), président de cette section au Congrès de Grenoble en 1885. R. de Musgrave Clay.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 octobre 1884. — Présidence de M. Larrey.

Suite de la discussion sur le choléra. — M. de Villiers lit un travail relatif à une enquête qu'il a poursuivie sur le réseau du chemin de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. Cette enquête concerne l'épidémie actuelle de choléra et se trouve basée sur les documents recueillis auprès des divers médecins de ce réseau.

M. Ricord, à l'occasion de la discussion actuelle, tient à faire sa profession de foi, et à dire son *Credo* en fait de choléra. En 1832, M. Ricord dirigeait un hôpital de 600 malades ; à cette époque, il s'est trouvé à même de constater qu'aucun malade, en traitement pour une affection quelconque, n'a contracté le choléra ; bien plus, aucun élément du personnel hospitalier ne fut atteint par cette cruelle maladie. Depuis 1832, ses convictions ne se sont pas amoindries. Pour ces raisons, M. Ricord se déclare partisan de la non-contagion du choléra et il regarde cette maladie comme susceptible de se produire par spontanéité. On a bien invoqué un génie épidémique, mais personne ne s'entend sur cette expression. Quant à la question des quarantaines, M. Ricord les combat vigoureusement par cela même qu'elles ne s'opposent à rien ; elles seraient excellentes s'il était possible d'empêcher les gens bien portants de se rendre dans les foyers épidémiques.

M. Daremberg fait une communication sur l'état des *eaux de Paris* dans certains quartiers de Paris. De ce travail il résulte que les eaux qui servent à l'alimentation sont infectes et nauséabondes, parce qu'elles renferment une notable proportion de matières organiques, et principalement de matières fécales. M. Daremberg voudrait qu'on s'empressât de remédier à ce déplorable état des eaux, en ne souillant plus la Seine et en alimentant Paris avec une eau de source ou avec toute autre eau réputée saine.

M. Gautier fait observer que le Conseil d'hygiène et de salubrité s'est préoccupé depuis longtemps de cette question et a admis qu'en prévision d'une épidémie cholérique, on irait chercher les eaux en amont de Paris.

M. Hérard déplore que la question des eaux potables de Paris n'ait pas fait un pas depuis 1865, car elles sont aussi malsaines en 1884 qu'à cette époque.

M. Bouley partage toutes ces objections. La loi de 1791 avait pour but de protéger les eaux en s'opposant qu'elles ne soient souillées par les moindres ordures. Malheureusement la loi n'a cessé d'être violée. Depuis longtemps, M. Bouley demande que les eaux des égouts n'aillent pas à la Seine, mais soient dirigées sur Gennevilliers et Achères. De cette manière, les matières fécales, les fumiers, seraient réservés à la terre, et ne souilleraient plus les fleuves. Cette pratique serait excellente ; celle qu'on subit est inqualifiable. L'Achéron est un fleuve idéal, si on le compare à l'eau de la Seine.

M. Brouardel partage les griefs qui viennent d'être soulevés et admet, sans conteste, que les eaux de Paris ne peuvent être souillées plus longtemps. Reste maintenant à étudier le remède. L'exposition des matières fécales dans les champs constitue-t-elle une pratique excellente, sans aucun inconvénient ? Personne n'oserait l'affirmer. Il y a lieu assurément de débarrasser la Seine de toutes ses immondices. Mais encore une fois par quel procédé ? C'est ce que personne n'est capable de résoudre. A. Josias.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Des maladies mentales et nerveuses; par E. Billod, directeur médecin en-chef honoraire des asiles de la Seine, membre correspondant de l'Académie de médecine. Paris, 1883, G. Masson.

II. Les aliénés en Italie. Etablissements qui leur sont consacrés. Enseignement des maladies mentales et nerveuses, par E. Billod. Paris, 1884. G. Masson.

III. Traité clinique de la folie à double forme, par A. Ritti, médecin de la Maison Nationale de Charenton. Paris, 1883. O. Doin.

I. M. Billod présente au public médical, réunis en deux volumes, les principaux travaux publiés par lui en divers recueils, dans le cours de sa carrière. Il espère, en les coordonnant, faciliter les recherches. La pellagre ne se trouve pas comprise dans le nombre parce qu'à elle seule elle

© BIU Santé

forme un tout. Ces mémoires, qui reflètent exactement les idées des époques auxquelles ils ont été écrits, sont riches en observations de faits recueillis à la manière de l'école psychologique. Comme tels, ils ont une grande valeur historique et témoignent de l'activité de l'auteur.

Nous en énumérerons les titres abrégés et nous les daterons. Ce sont :

Symptomatologie de l'épilepsie, 1843. — *Observations d'épilepsie hystériforme*, 1843. — *Traitement des hallucinations par le datura Stramonium*, 1841, 1844. — *Traitement de la folie* (thèse inaugurale), 1846.—*Maladies de la volonté*, 1847.—*Alimental. forcée des aliénés* (*bouche d'argent*), 1850.— *Intervalles lucides*, 1852, 1867. — *Recherches sur la paralysie générale;* on y trouve des notions touchant le caractère spécial du délire des hystériques et des épileptiques, 1850.— *Des diverses formes de lypémanie*, 1856. —*Lésions de l'associat. des idées*.—*De l'amaurose et de l'inégalité des pupilles chez les aliénés.* — *Des aliénés dangereux*, 1869. — *Des aliénés avec conscience de leur état*, 1869, — *Réorganisation du service des aliénés de la Seine.* — *Mariage des aliénés dans les asiles*, 1875. — *Droit et devoir des aliénistes en présence des opérations urgentes chez les aliénés*, 1876. — *Contribution à l'étude de l'aphasie*, 1876. — *Chronicité et hérédité dans certains types de folie*, 1879. — *Aliénés criminels*, 1878. — *Epilepsie larvée et communications diverses à la Société médico-psychologique.* — *Congrès médical d'Amsterdam et visite aux asiles hollandais*, 1879. — *Congestion cérébrale apoplectiforme et épilepsie*, 1861. — *Rapports médico-légaux. Obs. inédites, etc.*

II. Nous venons de détailler l'œuvre du Dr Billod. Ce monument n'est pas à dédaigner. Et cependant son importance est, à notre avis, surpassée par le petit volume de trois cent cinquante pages dans lequel, mettant à profit les loisirs de sa situation de directeur médecin en chef honoraire, M. Billod s'est proposé d'analyser l'organisation médico-administrative des établissements d'aliénés en Italie, et l'enseignement en ce pays des maladies mentales et nerveuses, Dès l'abord, M. Billod nous apprend que depuis 1846 les progrès réalisés sont considérables. A cet avis nous ajouterons que la tendance scientifique positive est manifeste, et que les améliorations ou créations nouvelles énumérées prouvent, une fois de plus, que le sort des malades est intimement lié à l'intérêt scientifique. Autrement dit, en médecine mentale, comme en toute autre branche de la pathologie, les progrès administratifs et humanitaires marchent, quoi qu'on en dise, de front avec les progrès de la science. Le médecin qui se désintéresse de ces derniers laisse tout naturellement péricliter les premiers. Il peut, grâce à son autorité, conserver les apparences d'un personnage utile ; mais, quiconque fouille le dossier préfectoral, met rapidement en lumière le désarroi qui règne dans son esprit et le mépris des lois qui doivent présider au perfectionnement de l'homme. Puisse cette formule, appuyée par l'exemple d'une nation qui marche à la régénérescence, entrer dans l'esprit de l'administration centrale. Qu'elle lise notamment les pages consacrées dans le livre qui nous occupe au manicome de Turin, à celui de Voghera (Pavie), à celui de Saint-Lazare de Reggio (Emilie), de Saint-François-de-Sales à Naples, de Palerme. Partout on met entre les mains des aliénistes des laboratoires ou des éléments de laboratoires ; on favorise le développement de la science ainsi que les exigences hygiéniques et l'extension du travail des aliénés. Nos notes sont trop nombreuses pour que nous songions à les consigner, ou, en les copiant ici, à suppléer à la lecture de l'ouvrage. Disons simplement, à titre d'indication, qu'elles portent encore sur les manicomes de Gênes et de Saint-Clément (Venise), sur la clinique psychiatrique de Padoue, sur le manicome de Santa-Maria della Scaletta d'Imola, de Ferrare, de Florence, de Fregionaia, de Saint-Nicolas (de Sienne), de Sainte-Marie de la Piété (Rome), d'Aversa (Naples). En plusieurs endroits, M. Billod signale l'abondance des médecins, l'amélioration des régimes, la division très bien ordonnée de l'observation et de la recherche à l'aide des moyens modernes, l'utilisation des appareils de contrôle pour la surveillance de jour et de nuit et des instruments de transmission pour le contact permanent des divers fonctionnaires, à l'aide de l'électricité. En somme, l'Italie progresse, dans cette branche de connaissances humaines, sur tous les points de son territoire. Imitons-la et publions, à l'exemple de M. Billod, tous les documents qui nous serviront de jalons pour élever nos asiles au rang d'instituts cliniques et expérimentaux.

III. Le travail de M. Ritti résulte de l'impression d'un mémoire qui a obtenu le prix Falret (1880). Il est, comme le dit l'auteur, exclusivement clinique et il se base sur 89 observations dont 9 personnelles et 15 empruntées aux médecins allemands. Il s'agit, en un mot, de la description de la folie à double forme (Baillarger) ayant pour synonymes : folie circulaire (Falret, Krafft-Ebing), folie à double phase (Billod), à formes alternes (Delaye, Legrand du Saulle), psychose cyclique (Ludwig Kirn) ; termes dont l'application convient selon que les accès sont isolés, ne se reproduisent qu'à intervalles plus ou moins longs (double forme proprement dite ou type périodique), ou qu'ils se suivent sans présenter entre eux d'intervalles lucides (double forme continue ou type circulaire). Après un long voyage à travers les livres, M. Ritti traite, dans le chapitre II, de la symptomatologie. Il montre que les accès présentent, dans l'espèce, deux périodes régulières : l'une de dépression, l'autre d'excitation. Il en décrit les symptômes psychiques et somatiques. Ainsi, la période de dépression comprend 3 degrés : l'état de dépression mélancolique (3 obs. dont 1 personnelle) ; le délire mélancolique (7 obs. dont 2 personnelles) ; la mélancolie avec stupeur (4 obs. dont 1 personnelle) ; les signes physiques de cette phase marchent de pair avec les symptômes psychiques, ils témoignent de l'adynamie fonctionnelle de tous les appareils. M. Ritti parle encore de l'asphyxie locale des extrémités de Maurice Raynaud, qui, lorsqu'elle survient, prouve un degré extrême de spasme des capillaires (obs. personnelles, XVI et LII). La période d'excitation comporte : un état d'exaltation mentale (7 obs.) ; un état d'agitation maniaque avec incohérence (3 obs.) ; un état de manie avec délire des grandeurs (3 obs.) ; ici encore les signes physiques sont exactement parallèles aux phénomènes intellectuels et moraux (obs. XXIII à XXXIV). — Evolution de la maladie : 1° L'accès. Tous les accidents se ressemblent chez un même malade, à part quelques légères variantes dans la durée et l'intensité ; d'après l'auteur, malgré les résultats contradictoires des psychiatres, le plus habituellement la phase mélancolique précède ; le passage d'une période à l'autre a lieu soit brusquement (dans l'espace d'une nuit), surtout quand les accès sont courts (obs. XXV), soit lentement par degrés insensibles (accès longs), soit par oscillations successives (alternatives rapprochées de manie et de mélancolie entre les phases vraies de mélancolie et d'excitation) soit enfin par l'intermédiaire d'un intervalle lucide (d'abord mélancolie, puis intervalle lucide, puis manie). Ce dernier rapport, dit M. Ritti, après discussion des faits, indique qu'on a affaire non plus à une folie à double forme mais à une folie périodique à formes alternes, car on ne saurait faire entrer dans un cadre pathologique un état de santé intervallaire. — Nous ne pousserons pas plus loin notre analyse, car ce qui précède constitue l'étude nosographique, c'est-à-dire, d'après nous, le cœur même du traité. Nous laissons de côté, en agissant ainsi, les degrés de l'accès, sa durée, l'étiologie, la marche générale de la maladie, son évolution, le pronostic, le diagnostic. Un chapitre doit en outre être signalé ; c'est celui qui traite de la folie paralytique à double forme ou circulaire et de la folie à double forme avec ataxie locomotrice. Le traitement et les médications ne nous arrêteront pas non plus. Par ce que nous venons d'enregistrer nous espérons avoir suffisamment aiguisé la curiosité pour pousser notre génération à la lecture d'une monographie consciencieuse, savante et judicieuse qui condense, sans exclure les vues personnelles, la note originale, tout ce que nous connaissons de la folie à double forme. La clarté, l'élégance même du style, jointe à la parfaite utilisation des documents de tous pays n'en constitue pas le moindre attrait.

P. KÉRAVAL.

© BIU Santé

CORRESPONDANCE

Les transferts dans les asiles d'aliénés de la Seine.

Épinay-sur-Orge, le 5 août 1884.

A M. le Rédacteur en chef du *Progrès médical*.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Vous avez été le promoteur, au Conseil général, d'une mesure conférant aux médecins et aux internes des asiles de la Seine, le droit exclusif de diriger les transferts de malades, dans le but de leur permettre de compléter ainsi leur éducation médicale en visitant les asiles de la province et de l'étranger, et d'assurer en même temps aux malades en voyage des soins médicaux.

Or voici ce qui se passe actuellement dans les asiles et notamment à Vaucluse; au mépris de la décision prise par le Conseil général, des gens absolument étrangers à l'internat et au corps médical, s'emparent de la direction de la plupart des transferts.

C'est ainsi qu'à Vaucluse sur seize transferts qui se sont succédé depuis le 1er janvier 1884, quatre seulement ont été faits sous la direction d'un interne. Permettez-moi, Monsieur le Rédacteur en chef, de mettre quelques faits sous vos yeux.

M. H..., employé de la Préfecture, parti le 8 août comme chef de transfert à Bégard, est à peine de retour qu'il se hâte de repartir, au même titre, en Russie, le 18 août, emmenant avec lui, comme gardiens, un de ses collègues, sous-chef de bureau à la Préfecture et un garçon de bureau de Vaucluse.

Tel autre, M. R., un sous-chef de bureau qui émaille les asiles de ses nombreux parents, tient à les faire profiter de la situation qu'il occupe à la Préfecture: de retour de Pont-l'Abbé où il vient de faire un transfert, il part à Auch le 21 août, ayant comme gardien son cousin, garçon de bureau de Vaucluse.

Vous pouvez remarquer, Monsieur le Rédacteur en chef, que ce ne sont pas des gardiens, c'est-à-dire des gens qui ont l'habitude des malades, que ces messieurs emmènent avec eux, mais des employés, des garçons de bureau.

Tout récemment encore, ce même M. R. est parti le 25 septembre en destination de l'Allemagne, ayant comme gardien son neveu, barbier de l'asile de Vaucluse et comme gardienne sa nièce, ne remplissant aucune fonction à l'asile et n'ayant d'autre droit à ce transfert que celui que lui conférait sa parenté avec M. R.

Il serait désirable, en outre, qu'une enquête fût faite sur les procédés employés dans la façon de régler ces transferts. Dès qu'on a quitté le point de départ, dans une gare intermédiaire, on empile les malades dans le wagon, on réserve un compartiment de façon que le chef de transfert qui devrait payer sa place en est ainsi dispensé. Il met à profit ce compartiment réservé pour lui et ses amis ou parents, tout en se faisant rembourser au retour les frais qu'il est censé avoir déboursés pour son voyage.

Je craindrais d'allonger, outre mesure, cette lettre, en produisant d'autres faits; j'ai d'ailleurs des documents que je tiens à votre disposition, et si une enquête était provoquée je les produirais et ils montreraient la vérité de mes assertions.

En présence de ces faits, je pense, Monsieur le Rédacteur en chef, que vous ferez tout ce qui sera en votre pouvoir pour faire cesser un pareil état de choses et réduire à néant les manœuvres de certains employés de la Préfecture.

Je suis, avec respect, Monsieur le Rédacteur en chef, etc.

X.

Les faits signalés par notre correspondant nous paraissent extrêmement graves, et nous croyons avec lui qu'il est absolument nécessaire que le Conseil général procède à une enquête et prenne les mesures pour qu'ils ne se renouvellent pas.

BIBLIOGRAPHIE

Saint Thomas's hospital Reports, vol XII. — London, 1883. — Churchill, new Burlington street.

Ce volume contient, entre autres articles, une étude du Dr W. Ord, sur quelques particularités du diabète; il a observé l'angine de poitrine dans trois cas, huit fois la goutte, une fois le rhumatisme. Le Dr Gulliver rapporte deux cas d'endocardite ulcéreuse succédant à une pneumonie aiguë: il pense que ces deux localisations morbides reconnaissent la même origine. Mais il faut noter que les deux malades avaient présenté autrefois des accidents rhumatismaux aigus; ne peut-on pas admettre que des lésions anciennes et latentes de l'endocarde aient préparé le terrain à l'endocardite ulcéreuse? Signalons une note du Dr Hadden concernant la *rigidité paraplégique* chez les hémiplégiques, un article du Dr Stone sur quelques troubles de l'écriture d'origine cérébrale, et différents autres travaux sur les maladies de la bouche, du larynx, sur une hémorrhagie de la carotide interne consécutive à une amygdalite suppurée (Dr Bernard-Pitts), sur la paraplégie douloureuse (Dr Bristowe), sur la gangrène spontanée des orteils chez un enfant (Dr Makins), sur le traitement des kystes hydatiques du foie (Dr John Harley), etc., etc. J. Comby.

Bureau d'hygiène de la Ville de Reims pour l'année 1883: 1 vol. de 120 pages, avec neuf planches lithographiées et dix figures dans le texte; par le Dr Langlet, directeur du bureau d'hygiène. — Prix : 3 fr. franco poste : 3 fr. 50.

Ce Rapport contient de nombreux documents, montrant sous tous ses aspects la vie et le mouvement d'une ville de 100,000 habitants. — Mouvement de la population. — Analyse des causes de décès. — Recherche de tous les éléments qui peuvent influencer l'hygiène publique. — Consommation d'eau, alimentation publique, etc. Il se termine par des Etudes faites dans le Laboratoire municipal d'analyses, dépendant du Bureau d'hygiène.

VARIA

Assistance publique.

Nous ignorons encore quel est le successeur de M. Quentin à la direction de l'Assistance publique. Toutes les affaires restent en suspens. La réunion du conseil de surveillance, qui devait avoir lieu le 9 octobre, et dans laquelle des projets urgents devaient être discutés, a, paraît-il, été ajournée. Il est très regrettable que le gouvernement ne prenne pas une décision plus promptement, car s'il est une administration où tout doive fonctionner avec la plus grande régularité, c'est assurément l'Assistance publique.

Choléra.

Espagne.—Dans la péninsule la situation semble encore s'améliorer; l'épidémie est en décroissance, on ne signale aucun foyer nouveau, il y aurait eu toutefois quelques cas suspects à *Barcelone*.

Italie. — L'épidémie est en décroissance dans presque toutes les localités précédemment atteintes. On a enregistré quelques cas isolés à *Milan* et à *Venise*.

Gênes. — On attend depuis plusieurs jours l'arrivée du professeur Klebs (de Zurich) qui vient étudier les causes du développement et les effets de l'épidémie. — Le Dr Camille Canepa, dont nous avons annoncé la mort dans le dernier numéro, atteint par le choléra avait été presque immédiatement déclaré décédé et laissé pour tel sur son lit. Six heures après il revenait à la vie, quittait l'appartement où il avait été laissé, et se rendait dans une chambre voisine où toute la famille était réunie pleurant sa mort. Canepa reprocha aux siens leur façon d'agir, et après le premier moment de stupeur passé, on s'empressa de lui donner les soins que nécessitait son état, mais tout fut vain, quelques heures après, le docteur avait cessé de vivre et cette fois-ci pour tout de bon.

France. — Le choléra continue à ne plus faire que quelques rares victimes dans les départements atteints. La situation s'est de même améliorée à *Oran* et à *Bône*. Aucun cas n'est signalé à *Alger*.

Paris. — On ne signale aucun cas de *choléra asiatique*; l'état sanitaire est excellent.

Oran. — Détail curieux : un rabbin, deux jours après l'apparition du choléra, a vu en songe une personne (?) qui lui prédisait de grands malheurs, mais l'apparition ajoutait que le fléau respecterait tout individu portant un ruban rouge. Le bruit de ce songe répandu parmi la population israélite n'a pas tardé à produire son

© BIU Santé

effet ; dès le lendemain, tous les juifs étaient porteurs de l'insigne protecteur ; mais voilà que le capricieux bacille (sans doute pour faire mentir le rabbin) se prend d'un amour effrené pour la couleur écarlate et frappe presque exclusivement parmi ces fanatiques (*Journal de Genève* du 7 octobre).

Asiles d'aliénés de la Seine.

Concours pour la nomination à cinq places vacantes d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles du département de la Seine, Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard et Vaucluse. — Le lundi 8 décembre 1884, à une heure précise, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, bureau du personnel, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 6 au samedi 22 novembre 1884 inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir : Tout aspirant qui veut se présenter au concours ouvert pour les places d'élève interne en pharmacie doit être âgé de vingt ans au moins et de vingt-sept ans au plus. Il doit produire : 1° Un acte de naissance ; 2° Un extrait du casier judiciaire ; 3° Un certificat de vaccine ; 4° Un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de police de son quartier ; 5° Des certificats constatant trois années d'exercice dans les pharmacies, dont une année dans la même maison. Ces certificats devront, sous peine de nullité, indiquer quelle a été la conduite de l'élève pendant son séjour dans les pharmacies. Ceux qui s'appliqueront à un stage fait dans les pharmacies hors de Paris devront, sous peine de nullité, être visés par les maires des communes où elles sont situées. Les élèves des pharmacies de Paris justifieront, en outre, de leur inscription à l'École de Pharmacie. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées, ne sera point accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'élève interne en pharmacie sont réglées comme suit : Epreuves d'admissibilité. — 1° Une épreuve de cinq minutes pour la reconnaissance de vingt plantes et substances appartenant à l'histoire naturelle et à la chimie pharmaceutique ; 2° Une épreuve de dix minutes consistant dans la reconnaissance de dix préparations pharmaceutiques proprement dites, et dans la description du mode par lequel on doit obtenir une ou plusieurs de ces préparations qui seront désignées par le jury. Epreuves définitives. — 1° Une épreuve verbale de dix minutes portant sur la pharmacie proprement dite et la chimie ; 2° une épreuve écrite de trois heures embrassant la pharmacie, la chimie et l'histoire naturelle. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Epreuves d'admissibilité : Reconnaissance des plantes et des substances, 20 points ; Reconnaissance des préparations pharmaceutiques, 20 points. Epreuves définitives : Epreuve verbale, 20 points ; écrite, 30 points. Les plantes et substances à reconnaître seront communes à tous les candidats qui subiront les épreuves dans la même séance ; elles seront choisies par le jury avant d'entrer en séance. Pour les épreuves orales, les questions sont rédigées par le jury, chaque jour d'épreuve, au nombre de trois, avant d'entrer en séance. La question tirée au sort est la même pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance. Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats ; il est tiré au sort entre trois questions qui seront rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de la séance. A l'ouverture du concours, le 8 décembre, à une heure, le président du jury tirera immédiatement au sort les noms des élèves qui devront subir dans cette séance l'épreuve de la reconnaissance des plantes, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance.

La durée des fonctions d'interne titulaire est de trois ans (1). La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Les internes titulaires en pharmacie des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de huit cents francs à l'asile de Sainte-Anne et de Villejuif, et de onze cents francs aux asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse.

(1) Il sera nommé, à la suite dudit concours et dans l'ordre de mérite, cinq internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement. — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier 1885. — L'interne provisoire pourra se représenter au concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui se fait recevoir pharmacien renonce implicitement à se représenter au concours, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée.

L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

Comité consultatif d'hygiène publique.

Par décret du 30 septembre, le comité a été réorganisé de la façon suivante :

Art. 1er. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France, institué près du ministère de commerce, est chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre spécialement en ce qui concerne : la police sanitaire maritime, les quarantaines et les services qui s'y rattachent. Les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et pour améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles. La propagation de la vaccine. Le régime des établissements d'eaux minérales et le moyen d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres ou peu aisés. Les titres des candidats aux places de médecins-inspecteurs des eaux minérales. L'institution et l'organisation des conseils et des commissions de salubrité. La police médicale et pharmaceutique. La salubrité des logements, manufactures, usines et ateliers. Le régime des eaux au point de vue de la salubrité. Le comité indique au ministre les questions à soumettre à l'académie de médecine. Il est publié chaque année, un recueil des travaux du comité et des actes de l'administration sanitaire.

Art. 2. — Le comité consultatif d'hygiène publique est composé de vingt-trois membres. Sont de droit membres du comité : 1° Le directeur des affaires commerciales et consulaires au ministère des affaires étrangères ; 2° Le président du conseil de santé militaire ; 3° L'inspecteur général, président du conseil supérieur de la santé de la marine ; 4° Le directeur général des douanes ; 5° Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique ; 6° Le directeur du commerce intérieur au ministère du commerce ; 7° L'inspecteur général des services sanitaires ; 8° L'inspecteur général des écoles vétérinaires ; 9° L'architecte-inspecteur des services extérieurs du ministère du commerce. Le ministre nomme les autres membres dont huit au moins sont pris parmi les docteurs en médecine. En cas de vacances parmi les membres nommés par le ministre, la nomination est faite sur une liste de trois candidats, présentés par le comité.

Art. 3. — Le président et le vice-président choisis par les membres du comité, sont nommés par le ministre.

Art. 4. — Un secrétaire, ayant voix délibérative, est attaché au comité. Il est nommé par le ministre. Un secrétaire-adjoint peut, si les services l'exigent, être attaché au comité ; il est également nommé par le ministre ; ses fonctions sont gratuites. Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, avec voix délibérative, à toutes les séances du comité et de ses commissions.

Art. 5. — Le ministre peut autoriser à assister aux séances du comité, avec voix consultative et à titre temporaire, soit les fonctionnaires dépendant ou non de son administration, soit les docteurs en médecine ou toutes autres personnes dont la présence serait reconnue nécessaire pour les travaux du comité.

Art. 6. — Des auditeurs peuvent être attachés au comité avec voix consultative, ils sont nommés par le ministre sur les propositions du comité et pour une période de trois ans toujours renouvelable. Leurs fonctions sont gratuites.

Art. 7. — Le ministre peut nommer membres honoraires du comité les personnes qui en font partie.

Art. 8. — Le comité se réunit en séance au moins une fois par semaine. Il se subdivise, pour l'étude préparatoire des affaires, en commissions dont le nombre et la composition sont arrêtés par le président. Ces commissions se réunissent sur la convocation du président.

Art. 9. — Il est institué près du ministère du commerce, un comité de direction des services de l'hygiène composé du président, du comité consultatif d'hygiène publique, de l'inspecteur général des services sanitaires, et du directeur du commerce intérieur. Le chef de bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, avec voix consultative, aux séances de ce comité.

Art. 10. — Les membres du comité consultatif d'hygiène publique et du comité de direction des services de l'hygiène ont droit, pour chaque séance à laquelle ils assistent, à un jeton d'une valeur de quinze francs. Le secrétaire du comité consultatif d'hygiène publique ne reçoit pas de jetons de présence : il touche une indemnité annuelle qui est fixée par arrêté du ministre.

Art. 11. — Sont rapportés les décrets susvisés des 23 octobre 1856, 5 novembre 1869, 15 février 1873, 7 et 14 octobre 1879, 4 mars 1881 et 8 mars 1884.

© BIU Santé

Enseignement médical libre.

M. le Dr Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Laënnec, commencera ses conférences de *clinique chirurgicale*, le samedi 4 octobre, à dix heures et les continuera les mardis et samedis suivants.

Cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire. — Le Dr H. Picard commencera ce cours le vendredi 17 octobre à 5 heures, 13, *rue Suger*, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

NÉCROLOGIE

Le Dr Oulmont.

Le Dr Oulmont, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, vient de mourir dans sa 70e année, après une carrière des plus honorables, et des mieux remplies. Ancien élève de la Faculté de Strasbourg, il était venu terminer ses études à Paris. Successivement nommé interne des hôpitaux, médaille d'argent et médaille d'or, chef de clinique de la Faculté, il avait été nommé médecin des hôpitaux le premier au concours de 1852.

Depuis 1849, il était médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Est, où l'organisation du service médical montra ses brillantes qualité d'administrateur. Enfin, depuis nombreuses années, il faisait partie de l'Académie de médecine, section de thérapeutique.

Il a publié de nombreux travaux disséminés dans les divers journaux et revues de médecine. Parmi les plus importants, il faut citer sa thèse inaugurale sur la *Pleurésie chronique*, question qu'il compléta plus tard par son *Etude sur l'auscultation de la voix dans les épanchements pleurétiques*, et une note sur *Quelques cas de tumeurs intra-thoraciques* offrant les signes de la pleurésie chronique. On lui doit aussi des études sur l'*hydropisie de l'amnios*, l'*hématocèle rétro-utérine*, le *diagnostic des tumeurs aiguës intra-pelviennes* ; un mémoire sur les *Oblitérations de la veine cave supérieure* ; la relation intéressante d'une *épidémie d'angine couenneuse* à l'hôpital Saint-Antoine, des notes sur la *cyanose*, l'*ataxie locomotrice*. Dans la dernière partie de sa carrière, il s'était surtout livré à des recherches de thérapeutique clinique et expérimentale, et avait étudié particulièrement les propriétés de la *digitale*, du *veratrum viride*, et de l'*aconit*.

M. le Dr Oulmont a laissé par testament, à des compagnies savantes, à des Sociétés charitables, une somme de quatre-vingt mille francs : l'*Association des médecins de la Seine* et l'*Association générale des médecins de France* sont comprises dans ces libéralités, l'une pour un legs de six mille francs, et l'autre pour un don de dix mille francs en faveur de la caisse des pensions.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 26 septembre au jeudi 2 octobre 1884, les naissances ont été au nombre de 1112, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 419; illégitimes, 164. Total, 583. — *Sexe féminin* : légitimes, 397 ; illégitimes, 132. Total, 529.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 26 septembre au jeudi 2 octobre 1884, les décès ont été au nombre de 806, savoir : 429 hommes et 377 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8. F. 10. T. 18.—Variole : M. .. F. .. T. .. — Rougeole : M. 7, F. 6, T. 13. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 1, F. 2. T. 3. — Diphthérie, Croup. M. 10, F. 13, T. 23. — Dyssenterie : M. .. F. 1, T. 1. — Erysipèle : M. 1, F. .. T. 1. — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 18, F. 25, T. 43. — Phthisie pulmonaire : M. 111, F. 82. T. 193. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 2. T. 13. — Autres affections générales : M. 16, F. 39. T. 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 21, F. 14, T. 35. — Bronchite aiguë : M. 2. F. 7. T. 9. — Pneumonie : M. 21, F. 12, T. 33. — Athrepsie : M. 46, F. 39. T. 85. — Autres maladies des divers appareils : M. 132, F. 109, T. 241. — Après traumatisme : M. 3, F. 1, T. 4. — Morts violentes : M. 17, F. 7. T. 24. — Causes non classées M. 5, F. 1, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36 ; illégitimes, 16. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 21 ; illégitimes, 8. Total : 29.

Concours. *Bureau central (médecine)*. — Jury : MM. les Drs Moutard-Martin, Hayem, Triboulet, Lecorché, Féréol, Fauvel, Gallard, Cadet de Gassicourt, Nicaise.

C. pour une place de médecin-adjoint à la Salpêtrière. — Jury : MM. les Drs Falret, Espian de Lamaestre, Charpentier, J. Voisin, Proust, R. Moutard-Martin, Guyot.

C. de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris : Le jury est composé de MM. Luys, Grancher, Quinquaud, Polaillon, Henriet, Kirmisson et Bar. — L'épreuve écrite a eu lieu mercredi. Les questions ont été : *voies biliaires* (anatomie et physiologie). — Symptômes, diagnostic et traitement des *kystes hydatiques du foie*.

Faculté de médecine de Nancy. — *Concours pour la place de chef des travaux anatomiques.* — Un concours pour l'emploi de Chef des travaux anatomiques s'ouvrira à Nancy, le 19 janvier 1885. Ce concours se composera, conformément aux dispositions de l'article 51 du règlement du 11 juillet 1842, des épreuves suivantes : 1° Une préparation extemporanée, sur un sujet anatomique dont le choix sera déterminé par le sort. Il sera accordé cinq heures au plus pour cette préparation. 2° Deux leçons, l'une sur un sujet d'anatomie descriptive, l'autre sur un sujet d'anatomie pathologique, tous deux tirés au sort. Les candidats auront chacun trois heures pour préparer le sujet de la leçon qui leur sera échu, mais ils ne pourront sortir du lieu des séances, ni consulter aucun livre. 3° Une opération chirurgicale, dont l'objet est déterminé par le sort, et qui sera pratiquée sur le cadavre. 4° La présentation d'une série de préparations anatomiques et histologiques, effectuées conformément à l'indication du jury, et dans un délai par lui déterminé. Les aspirants se feront inscrire au secrétariat de la Faculté, trente jours au moins avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours. Chaque candidat, en se faisant inscrire, produira son acte de naissance, son diplôme de docteur, et, s'il y a lieu, ses états de services dans l'Université. Nul ne pourra être admis à concourir, s'il n'est français ou naturalisé français ; s'il ne jouit de ses droits civils, s'il ne présente un diplôme de docteur en médecine ou en chirurgie obtenu devant une des facultés de l'Etat.

Amphithéatre d'anatomie. *Année* 1884-1885. — MM. les élèves internes et externes des hopitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 20 octobre, à l'Amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant : 1° *Anatomie topographique*. — M. le Dr Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis ; 2° *Physiologie*. — M. Ricard 1er prosecteur, les mardis et jeudis. — 3° *Anatomie descriptive*. — M...., 2e prosecteur, les mercredis et samedis. — 4° *Histologie*. — M. le Dr A. Siredey, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures. Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le Musée d'Anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Hospice de bicêtre. — Par arrêté ministériel en date du 23 septembre 1884, notre ami et collaborateur, M. le Dr Charpentier, médecin-adjoint du service des aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, est nommé médecin du service du quartier d'aliénés à l'hospice de Bicêtre, en remplacement de M. le Dr Falret, passé à l'hospice de la Salpêtrière.

Hospices civils de marseille. — Le lundi; 10 novembre 1884, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de *médecin-adjoint des hôpitaux*. Les épreuves du concours sont : 1° une question d'anatomie et de physiologie ; 2° Question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte ; 3° Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes Les médecins-adjoints sont appelés, en cas de vacances, à remplir les fonctions de chirurgien ou de médecin, chefs de service, et à leur succéder suivant les conditions du règlement sur le service de santé.

Assistance publique. — *Personnel médical des bureaux de bienfaisance*. Par arrêt ministériel en date du 17 septembre 1884, M. le Dr Rogron (Jean-Fernand), demeurant boulevard Voltaire, 112, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XIe arrondissement de Paris.

Médecins-inspecteurs des écoles. — MM. les Drs Henriet, chirurgien des hôpitaux, Piéchaud, médecin du Sénat, et Blayat sont nommés médecins inspecteurs-adjoints du personnel enseignant du département de la Seine.

Nominations. — M. H. Kronecker, professeur de physiologie à la faculté de Berlin, a accepté l'appel qui lui a été fait par la faculté de Berne pour remplacer à cette faculté M. Grützner nommé à Tübingue. — M. Rabl-Rückhard, privat-Docent à la faculté de médecine de Berlin a été nommé professeur titulaire à la même faculté. — M. W. Hack, privat-Docent des maladies syphilitiques et

© BIU Santé

cutanées à la faculté de Fribourg-en-Brisgau a été nommé professeur extraordinaire à la même faculté.

M. le professeur Semmola (de Naples) qui, comme nous l'avions annoncé avait été atteint du choléra, est complètement rétabli.

Nouveaux journaux. —Nous avons reçu le premier numéro (juillet 1884) du *Boletin de Medicina*, publié à Santiago (Chili) sous la direction de la Société Pedro R. Videla (abonnement 5 pesos par an). — Nous avons reçu le premier numéro du *Medical Chronicle*, (oct. 1884), revue mensuelle paraissant à Manchester sous la direction des Dr J. Niven et Sinclair. — Nous recevons également un numéro de l'*American journal of ophthalmology*, revue mensuelle paraissant à Saint-Louis, sous la direction du Dr Adolf Alt.

Nécrologie. — On annonce la mort à la suite d'une attaque de choléra du Dr Caccialupi, assistant de clinique médicale du professeur Baccelli ; il s'était rendu il y a quelques jours à Treviglio pour y faire des études sur le choléra. — M. le professeur Louis Somma (de Naples), est mort victime du choléra le 19 septembre dernier. Il était directeur de l'*Archivio di Pathologia infantile*, revue trimestrielle paraissant à Naples.

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'Ossian Henry

Composition : 1 gr. d'alcaloïdes, 12 gr. d'extractifs pour 1000 gr. de vin d'Espagne diastasé. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'Ossian Henry

Composition : 10 centigr. de sel ferreux pour 30 gr. de vin de quinquina titré. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

PEPTO-FER du Dr JAILLET

ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Le plus assimilable des Fers combiné à la Peptone.—PHARMACIE RATIONNELLE, 4, Faubg Poissonnière, PARIS
DOSE : Le PEPTO-FER, *d'un goût très agréable, se prend comme une liqueur, une cuillerée à bouche après chaque repas.*

MÉDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

VALS

SOURCES

PAULINE. Amie de l'estomac, elle en combat les fatigues et favorise la digestion.
1 GRAMME SEL ALCALIN

CHLOÉ. Affections des voies digestives, dyspepsie, gastralgie, gastrite simple, gastrite-entéralgie.
2 GRAMMES SEL ALCALIN

SOUVERAINE. Maladies du tube intestinal, gastrite chronique et les affections du système nerveux.— 3 GRAMMES SEL ALCALIN.

CONSTANTINE. Affections du foie, de la rate, des voies urinaires, goutte, rhumatisme, calculs, albuminurie.—5 GRAMMES SEL ALCALIN.

MARQUISE. Maladies des reins, gravelle, diabète, coliques néphrétiques.
7 GRAMMES SEL ALCALIN

St-LOUIS. Arsenicale, sans analogie avec les précédentes. Très reconstituante, réussit dans la chlorose, cachexie paludéenne, spermatorrhée, fièvres intermittentes, eczéma, urticaire, psoriasis, anémie, débilité.

Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — *Dose, une bouteille par jour.*

Détail : dans tous les Dépôts d'Eaux minérales naturelles, principales Pharmacies, **80 cent.** *la Bouteille.*

Le Commerce doit adresser ses Commandes à
LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE VALS (ARDÈCHE)

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — MIGRAINES
SPÉCIFIQUE
des maladies nerveuses en général
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 102 Faubg Montmartre
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

TRÉLAT (U.). Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital de la Charité (1875-1876) recueillies et rédigées par A. Cartaz. Paris, 1877. in-8 de 127 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

RECHERCHES
CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SUR
L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1883

Par BOURNEVILLE, BONNAIRE, BOUTIER, LEFLAIVE, P. BRICON et SEGLAS.

Volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50

FÉRÉ (Ch.). **Du cancer de la vessie.** Un volume in-8° de 144 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.

FÉRÉ (Ch.) **Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales.** (Amblyopie croisée et Hémianopsie). Un vol. in-8° de 241 pages. Paris, 1882. — Prix 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50.

FÉRÉ (Ch.). **Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie** (De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie d'origine cérébrale). Brochure in-8° de 54 pages avec fig. dans le texte. Paris, 1882. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

FÉRÉ (Ch.). **Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin.** Brochure in-8° de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Fractures par torsion de la partie inférieure du corps du fémur.** Brochure in-8° de 8 pages avec 2 figures. — Prix : 30 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 20 cent.

FÉRÉ. (Ch.). **Note pour servir à l'histoire des luxations et des fractures du sternum.** Brochure in-8. de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

FÉRÉ (Ch.) et QUERMONNE (L.). **Contribution à l'histoire des phénomènes simulés ou provoqués chez les hystériques.** (Craquements articulaires et synoviaux). Brochure in-8° de 7 pages. Paris, 1882. — Prix : 40 c. — Pour nos abonnés . . . . . 30 c.

FÉRÉ (Ch.). **Des lésions osseuses et articulaires des ataxiques.** Cas d'hémiplégie avec paraplégie spasmodique. Broch. in-8 de 28 pages avec 18 figures intercalées dans le texte. Paris, 1882. Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

FÉRÉ. — **Les hypnotiques hystériques considérées comme sujets d'expérience en médecine mentale.** (Illusions, hallucinations, impulsions irrésistibles provoquées; leur importance au point de vue médico-légal); Broch. in-8 de 15 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. 40 c.

FÉRÉ. *Voir* GUYON, BERNARD, CHARCOT.

FÉRÉ. **Étude anatomique et critique sur le plexus des nerfs spinaux.** Broc. in-8 de 16 pages, avec 2 fig. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. 35 c.

FERRIER. **Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie cérébrales.** Traduction avec l'autorisation de l'auteur, par H. DUBET. In-8 de 74 p. avec 11 fig. dans le texte. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

FOURNIER. (A.) **De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique.** Leçons recueillies par E. BRISSAUD. Paris, 1878. In-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 65 cent.

GELLÉ. — **Étude clinique du vertige de Ménière dans ses rapports avec les lésions des fenêtres ovale et ronde.** Brochure in-8 de 47 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr.

GÉRENTE (P.). — **Quelques considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie.** Brochure in-8° de 31 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 70 c.

GIRALDÈS (J.-A.) **Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire.** Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A.) **Etudes anatomiques ou recherches sur l'organisation de l'œil considéré chez l'homme et chez quelques animaux.** Paris, 1866. In-4 de 83 pages avec 7 planches. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50

GIRALDÈS (J.-A.) **Des luxations de la mâchoire.** In-4 de 50 pages avec 2 planches. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

GIRALDÈS (J.-A.) **De l'anatomie appliquée aux beaux-arts.** Cours professé à l'Athénée des Beaux-Arts. Compte rendu par Mlle Lina Jaunez, Paris 1856. In-8 de 8 pages. — Prix : . . . . . 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) **Plan général d'un cours d'anatomie** appliqué aux beaux-arts. Paris 1857. In-8 de 8 pages. — Prix : . . . . . 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) **Recherches anatomiques sur le corps innominé.** Paris 1861. In-8 de 12 pages avec 5 planches. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

GIRALDÈS (J.-A.) **De la fève de Calabar.** Note présentée au Congrès médico-chirurgical de France tenu à Rouen le 30 septembre 1863. Paris, 1864, Brochure in-8 de 8 pages avec figures. — Prix. . . . . 50 cent.

GIRALDÈS (J.-A.) **Note sur les tumeurs dermoïdes du crâne.** Paris, 1866. In-8 de 7 pages. Prix. . . . . 40 cent.

GOLAY (E.) **Des abcès douloureux des os.** Un volume in-8 de 162 pages. — Paris, 1879. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50

GOMBAULT (A.). **Contribution à l'étude anatomique de la névrite parenchymateuse subaiguë ou chronique.** (Névrite segmentaire périaxile). Brochure in-8° de 40 pages, avec 2 pl. chromo-lithographiques. Paris, 1880. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

GOMBAULT. **Etude sur la sclérose latérale amyotrophique.** Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

GOMBAULT. *Voir* CHARCOT.

GOUGUENHEIM (A.). **Des névroses du larynx.** Leçons professées à l'hôpital de Lourcine en 1882, recueillies par G. MORIN. Broch. in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

GUÉRARD. *Voir* BOURNEVILLE.

GUÉRIN. (A.). **Du pansement ouaté.** Résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1876. Brochure de 24 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

GUYON (F.) et FÉRÉ (Ch.). **Note sur l'atrophie musculaire consécutive à quelques traumatismes de la hanche.** Brochure in-8° de 14 pages. Paris, 1881. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

GRASSET (J.). — Des rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse. Broch. in-8 de 80 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

GOUY (E.). — Histoire de la fièvre jaune au Brésil. Broch. in-8 de 108 pages. — Prix : 2 fr.

BROSSARD (P.). — Des fractures du cubitus par cause indirecte et de la fracture du radius par torsion. Broch. in-8 de 121 pages avec 4 planches hors texte. — Prix : 3 fr.

MATHIEU (M.). — Du cancer précoce de l'estomac. Broch. in-8 de 148 pages. — Prix : 3 fr.

BAYONNE (A.-T.). — De l'ignium ou magnétisme animal. Br. in-8 de 106 pages. — Auch., 1884. — Imprimerie Cocharaux.

JAVAL. — Hygiène des écoles primaires et des écoles maternelles. Rapport d'ensemble. Broch. in-8 de 140 pages. — Paris, 1884. — Imprimerie nationale.

LANGLET. — Rapport annuel du bureau d'hygiène de la ville de Reims (Deuxième année, 1883). Broch. in-8 de 119 pages, avec 9 planches hors texte. — Reims, 1884. — Matot-Braine.

MOLLIÈRE (H.). — De l'élévation de la température centrale et des exacerbations fébriles chez les chlorotiques. Broch. in-8 de 8 pages. — Genève, 1884. — Librairie Georg.

PÉCHOLIER. — Note sur les effets antizysmatiques du tabac. Broch. in-8 de 12 pages. — Montpellier, 1883. — Typographie Boehm et fils.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

SOLARES (V.). — Aplicaciones terapeuticas del oxigeno. — Brochure in-8 de 31 pages. — Prix : 1 fr.

REYES (A.-W.). — De las fiebres de Borras o calenturas malas de las Antillas. Broch. in-8 de 42 pages. — Habana, 1884. — La Propaganda literaria.

CANTARANO (G.). — Colorazione bronzina della cute per sifilide costituzionale. Broch. in-8 de 14 pages, avec 1 planche hors texte. — Napoli, 1884. — Il Movimento medico-chirurgico.

PIANA e BALLOTA. — Il sistema Tollet nelle costruzioni ospedaliere. Lettera al prof. Cav. Luigi Casati. Broch. in-8 de 30 pages. — Bologna, 1884. — Nicola Zanichelli.

THOMAYER (J.). — Bericht von der J. medicinischen Klinik des Professor Docteur Theophil Tiselt für das Jahr. 1882. Broch. in-8 de 92 pages. — Prague, 1884. — Aerztlicher Bericht des R.-A. Krankenhauses.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 42. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 18 OCTOBRE 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

HÔTEL-DIEU. — **M. Germain SÉE.**

Saturnisme ; hémorrhagies cérébrale et bulbaire; hémiplégie et paralysie des extenseurs du même côté. Hypertrophie du ventricule gauche, néphrite interstitielle, albuminurie ;

Par MM. ALBERT MATHIEU, chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, et MALIBRAN, interne des hôpitaux.

L'observation qui va suivre nous a paru mériter d'être rapportée. Elle ne renferme évidemment aucun fait nouveau ; mais elle est intéressante parce que l'étude clinique a permis de faire de ses éléments une analyse complète. Elle montre une fois de plus les relations qui unissent le saturnisme, la dégénérescence artério-scléreuse, la néphrite interstitielle, l'hypertrophie du cœur et l'hémorrhagie cérébrale. D'autre part, il nous semble que les circonstances qui ont amené la mort sont assez particulières, et qu'il est possible d'en reconstituer les diverses phases au point de vue de la physiologie pathologique.

Le nommé F... B..., 41 ans, plombier, entré le 8 février 1884, salle Saint-Christophe, lit n° 20.

Cet homme a travaillé dans la fabrication du plomb depuis l'âge de 15 ans. Il n'a cessé d'être exposé aux émanations plombiques que pendant son service militaire qui a duré 7 ans. Depuis 1871, il a eu des coliques de plomb presque continuellement. En 1881, il a été traité pour un chancre qui a été suivi de l'apparition d'un bubon suppuré dans l'aine gauche. Pas d'accidents vénériens depuis cette époque. Vers le 1er novembre 1883, il a été pris brusquement pendant son travail, d'une hémiplégie droite qui n'a pas entraîné de perte de connaissance ni de paralysie complète de la jambe. Il a en effet pu se relever, étourdi, et rentrer chez lui à pied.Il y avait seulement un peu d'embarras de la parole. Entré successivement à Necker et à Saint-Antoine, il fut traité dans ces deux hôpitaux par le régime lacté exclusif.Peu satisfait de la monotonie de cette thérapeutique, il entre à l'Hôtel-Dieu un peu amélioré du côté de sa paralysie et se présente à nous dans l'état suivant :

Le côté droit est simplement parésié, les mouvements sont normaux, mais plus faibles que ceux du côté gauche. De plus, il existe une paralysie complète des extenseurs de la main droite. Cette paralysie surajoutée est manifestement de cause saturnine. Le long supinateur est intact.La commissure droite des lèvres est un peu abaissée et la pointe de la langue est déviée du même côté. La parole est pénible, mais il n'y a pas d'aphasie proprement dite. Depuis longtemps déja le malade est polyurique et ses artères sont nettement indurées. Il existe une albuminurie très abondante. A la région précordiale, on entend un redoublement du premier bruit. La pointe du cœur est notablement abaissée. Après trois semaines de séjour dans le service, l'état de ce malade ne s'était pas modifié, lorsque le 1er mars, à 9 heures du matin, il fut pris d'une attaque d'apoplexie.

Au début de la perte de connaissance, survenue brusquement, le membre supérieur droit présenta des mouvements convulsifs qui durèrent quelques minutes. Le côté gauche complètement paralysé est dans une complète résolution et le bras correspondant soulevé et abandonné à lui-même retombe lourdement sur le lit. La tête est légèrement déviée du côté droit et les yeux sont dirigés du même côté.

Au bout de quelques instants, la respiration est suspirieuse, irrégulière, présentant par moments le type de Cheyne-Stokes. La sensibilité est nulle partout sauf à la région épigastrique. Vient-on à pincer la peau de cette région, il se manifeste aussitôt quelques mouvements dans le bras droit, qui attestent que la sensation a été perçue. Bientôt la résolution est complète, la déviation de la tête et des yeux a disparu.

Température axillaire : 36° du côté paralysé ; 36° 1 du côté droit. La mort a lieu au bout de deux heures.

En présence de ces manifestations comateuses et en raison des antécédents du malade, on devait hésiter entre deux diagnostics : urémie comateuse et hémorrhagie cérébrale.

AUTOPSIE, le 2 mars. — *Cerveau* : Stase veineuse très prononcée. L'hémisphère droit paraît plus volumineux.En séparant la protubérance des pédoncules cérébraux, on reconnaît un foyer d'hémorrhagie qui a son siège dans la moitié droite de l'étage supérieur du pont de varole et qui se prolonge dans la partie correspondante du pédoncule du même côté dans une très petite étendue. La protubérance est mise de côté avec le cervelet pour être conservée dans du bichromate d'ammoniaque. Dans l'hémisphère droit on trouve un vaste foyer hémorrhagique qui a labouré la substance cérébrale, envahi le ventricule latéral et se manifeste à la base du cerveau dans les confluents arachnoïdiens par une effusion sanguine abondante. Il est impossible d'en reconnaître le point de départ. Ces deux hémorrhagies sont absolument distinctes. Dans l'hémisphère gauche, on trouve la cause de la première hémiplégie datant de quatre mois. C'est un foyer ocreux allongé d'avant en arrière et présentant une dimension de 6 à 7 centimètres. Il occupe la capsule externe et la partie externe du noyau lenticulaire dont il a isolé la face externe, séparant cette dernière du lobule de l'insula. On ne peut retrouver l'avant-mur correspondant.

Poumons. Le poumon droit présente des adhérences solides avec la paroi thoracique antérieure. Le gauche en présente aussi quelques-unes. On constate aux deux sommets quelques rares tubercules crus.

Cœur. Le ventricule gauche est considérablement hypertrophié. C'est un type de sclérose du myocarde. La paroi et les piliers sont durs et très épaissis. L'aorte est saine. Il en est de même des orifices et des valvules.

Reins. Peu atrophiés et de couleur un peu jaunâtre ; à leur surface il existe des kystes assez volumineux. Au-dessous de la capsule qui s'enlève facilement, on trouve le tissu granuleux, à la coupe, la substance corticale paraît presque absente,tellement elle est atrophiée. En certains points les pyramides sont atrophiées et le tissu scléreux de la substance corticale a envahi la substance médullaire.

Foie. Congestionné et un peu gras, mais non scléreux en apparence. La *Rate*, au contraire, est assez dure, présente dans son épaisseur quelques tractus fibreux et est augmentée de volume.

L'intoxication saturnine était évidente et invétérée chez notre malade. Il était facile d'y rattacher directement ou indirectement les divers phénomènes morbides qu'il présentait. Ainsi l'albuminurie et la polyurie, les troubles de la vue indiquaient nettement une lésion des reins. D'autre part, l'hypertrophie évidente du cœur, le bruit de galop entendu à la pointe, l'athérome artériel montraient que le système cardio-vasculaire était intéressé, et, qu'il y avait sans doute une artério-sclérose généralisée.

Il était tout naturel de rapporter l'hémiplégie droite à un foyer cérébral et d'attribuer ce foyer lui-même à une

© BIU Santé

rupture vasculaire, à une hémorrhagie. L'absence de l'aphasie était en faveur de ce diagnostic.

L'hémiplégie droite était incomplète, il s'agissait beaucoup plutôt d'une parésie hémiplégique que d'une véritable paralysie. Sur ce fond parésié, il était facile de reconnaître une paralysie très nette des extenseurs, de date plus reculée du reste, et parfaitement caractérisée par la conservation de l'énergie du long supinateur. C'était là un autre méfait du plomb, plus localisé.

L'autopsie justifia pleinement le diagnostic: il est inutile d'y insister. Nous appellerons seulement l'attention sur le foyer hémorrhagique ancien. Il s'agissait d'un vaste kyste ocreux, résultat certain d'une hémorrhagie ancienne, qui avait détruit la plus grande partie de la capsule externe du côté gauche, et avait séparé sur toute son étendue la face externe du noyau lenticulaire de la face profonde de l'insula. C'était là un vaste foyer, de 5 à 6 centimètres de diamètre, qui eût certainement produit des troubles moteurs plus accentués, une paralysie plus complète, s'il eût siégé dans un autre point. C'est là, comme on le sait, une sorte de point neutre où les épanchements de ce genre agissent seulement par compression sur les parties voisines.

La façon dont est mort ce malade n'est pas la partie la moins intéressante de son histoire. Il est pris subitement de perte de connaissance. Quelques secousses cloniques se font dans le côté droit du corps. Immédiatement après on constate que les membres du côté gauche retombent lourdement sur le lit lorsqu'on les soulève, tandis qu'il existe encore un peu de résistance dans les membres du côté droit. Les yeux et la tête sont déviés vers la droite. On est amené à penser, naturellement, qu'un foyer, sans doute hémorrhagique, s'est produit à droite, et l'on diagnostique une attaque apoplectique.

Cependant, un quart d'heure après environ, les yeux et la tête sont revenus dans la position directe; la résolution du corps est complète, égale des deux côtés, le phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes est très marqué; la température est prise et l'on trouve 36° dans l'aisselle. Ces diverses particularités font qu'on se demande s'il ne s'agit pas d'une attaque d'urémie. La chose est possible puisque le malade est albuminurique.

A l'autopsie on a trouvé un vaste foyer hémorrhagique dans l'hémisphère droit du cerveau, et un autre foyer dans l'épaisseur de l'étage supérieur du pédoncule de l'isthme du cerveau. N'est-il pas vraisemblable que ces deux hémorrhagies se sont faites successivement? N'est-il pas probable que l'hémorrhagie de l'hémisphère droit, la première en date, a provoqué la résolution complète des membres à gauche et la déviation de la tête et des yeux vers la droite, c'est-à-dire vers le foyer?

Dans une seconde phase, au contraire, s'est faite l'hémorrhagie de l'isthme; elle a provoqué la respiration de Cheynes-Stokes, la résolution générale et peut-être l'abaissement de la température.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, ce qu'il faut retenir, c'est que la déviation conjuguée des yeux et de la tête, et la résolution uni-latérale des membres conservent, dans ces conditions de respiration anormale et d'abaissement de la température, une valeur diagnostique considérable; elles indiquent une lésion en foyer, et font le diagnostic entre l'apoplexie et l'urémie.

THÉRAPEUTIQUE

De la transfusion directe du sang vivant (1);

Par M. le Dr J. ROUSSEL.

Phénomènes produits par la transfusion directe.

HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES. — *Dix cas. Quatre guérisons. Deux morts par récidive aux sixième et neuvième jours. Quatre cas sans résultats.*

Le 14 *juin* 1882, M. Louis A..., boucher, 19 ans, à Montereau (Seine-et-Marne), travaillant à l'étal, hors de ville, se plante dans le haut de la cuisse son couteau à dépecer, qui tranche la veine crurale et ouvre l'artère fémorale.

Hémorrhagies foudroyantes pendant le transport au logis.

Le Dr Goupil des Pallières, ex-interne des hôpitaux, fait les pansements nécessaires; il administre l'alcool et de nombreuses injections d'éther qui ne produisent que des excitations passagères, bientôt suivies de nouvelles menaces de mort. Syncopes profondes. Grands mouvements convulsifs qui sont les prodromes d'une mort inévitable, selon Hayem. « Il a perdu plus de sang qu'un veau, il s'est secoué et étendu comme une bête qui meurt, saignée, » disent les bouchers, témoins.

Pouls carotidien filiforme, 170 à 190.

Transfusion de 120 *grammes*, le malade ranimé, annonce une grande chaleur provenant du bras et lui remplissant la poitrine, pouls 120 net et bien frappé. Frisson léger. Réaction chaude, pouls 130, puis 110, le soir 96.

Le jour suivant, pouls 96 le matin, 100 le soir.

Urine normale, sans albumine. Grand appétit, amélioration considérable.

Le 22 *juin*, la cuisse se réchauffe, l'engorgement diminue, la blessure se cicatrise.

Le 2 *juillet*. Convalescence franche, appétit. Cuisse à température normale. Circulation collatérale à peu près établie, engorgement disparu, sauf au niveau de la blessure. Cicatrice solide de la peau. Le sang perdu se reconstruit rapidement. L'incision de la veine médiane pour l'introduction de la canule s'est cicatrisée simplement, de même que la saignée du donneur de sang, M. Turquet, qui n'a pas cessé de jouir de la meilleure santé.

14 *juillet*. Le blessé se lève pour voir la fête nationale, un anévrysme artério-veineux se produit subitement au siège de la blessure près du triangle fémoral.

1er *septembre*. Après un long et difficile traitement par la compression, l'anévrysme a disparu; M. A... reprend son pénible métier de boucher.

2 *avril* 1883. M. A... redevenu aussi vigoureux que jadis, saute en bas de sa voiture et court arrêter son cheval emporté. L'anévrysme se reforme plus considérable et nécessite un traitement de plusieurs mois qui amène une seconde guérison.

Août. Notre intéressant blessé est dans l'état le plus satisfaisant, il a repris les pénibles travaux de la boucherie, malgré nos pressantes recommandations d'éviter tout violent effort musculaire.

M. Turquet, de Montereau, le donneur de sang, homme déjà distingué par plusieurs sauvetages, n'a souffert en rien de son utile sacrifice pour lequel il vient d'être décoré. Son exemple et cette noble récompense sont de bon augure pour la propagation de la transfusion, qui ne peut s'accomplir qu'avec du sang humain. J'espère que M. Guislin-Dupuich qui m'a donné cinq fois son sang dans de pareilles circonstances, recevra aussi la distinction qu'il mérite, et que l'inventeur de la *transfusion directe* ne sera pas oublié, quoiqu'il n'ait pas de parents sénateurs.

HYPOGLOBULIE PAR SUPPURATIONS PROLONGÉES. — *Huit cas. — Quatre guérisons. — Quatre sans résultats.*

(1) Voir les nos 21, 22, 24, 25, 28, 30, 41.

© BIU Santé

Observation publiée par le Dr Barwel, chirurgien en chef à l'hôpital Charing-Cross de Londres.

Je désirais étudier si la transfusion a quelque valeur curative dans ces cas, que l'on peut nommer anémie traumatique chronique, produite par des suppurations intarissables, pendant un travail de réparation excédant les forces du patient jusqu'à épuisement total de sa vitalité. J'étais, depuis longtemps, frappé de l'impuissance de la thérapeutique dans ces cas où l'assimilation diminue constamment; et je pensais que si l'on pouvait fournir du sang tout préparé, sans avoir besoin du concours de l'estomac, on arriverait à sauver la vie de maints malades aujourd'hui incurables. En examinant l'appareil de Roussel au Collège des chirurgiens, j'ai perdu toute crainte des dangers jadis si fréquents, et surtout de l'embolie pendant la transfusion, et je me suis décidé à l'expérimentation dans le cas suivant:

John D..., 44 ans, est entré le 2 décembre dans mon service à Charing-Cross, pour une fracture comminutive pénétrante du tibia et du péroné.

28 *février*. Pendant trois mois, une très abondante suppuration a épuisé le malade, les fragments osseux se sont nécrosés et ont été réséqués. La vaste et profonde plaie suppure sans tendance à la cicatrisation, les bourgeons se flétrissent, la douleur est violente et constante. Malgré tous les soins, le blessé devient de plus en plus misérable, pâle, cachectique, son pouls est très faible à 115, température 36,5; appétit nul.

Transfusion directe par le Dr Roussel; la veine médiane est très petite et contractée. 250 gr. du sang de M. Watson étudiant en médecine, sont transfusés lentement. Pendant l'opération, les yeux du patient deviennent brillants, sa face est colorée, sa peau chaude et moite, son pouls plus plein et fort à 95.

Après la transfusion il accuse un sentiment de force et de plénitude, avec une légère dyspnée de peu de durée. Les granulations de la plaie précédemment pâles et flétries se gonflent, se colorent et laissent suinter un peu de sang. Après une heure, légers frissons, puis sueur abondante, chaleur, soif. Pouls 94; temp. 39, puis 37,8.

Urine abondante, odorante, mais parfaitement libre d'albumine et de sang.

1er *mars*. Nuit bonne, meilleur déjeuner que depuis trois mois; pouls 100, temp. 36,8, légère sueur, pas de douleurs à la jambe. Le soir pouls 90; temp. 37,8.

6 *mars*. Etat satisfaisant, quoique une légère inflammation du bras ait un peu fatigué l'opéré; je tiens à noter que ce fut une simple cellulite locale et non pas une phlébite.

14 *mars*. La plaie de la jambe est très belle, il paraît y avoir déjà un peu de réunion entre les os. Il n'y a plus aucune douleur dans la fracture depuis la transfusion.

15 *avril*. Il me paraît inutile de poursuivre cette relation car le blessé va parfaitement. Depuis la transfusion son état a changé du tout au tout. Le pouvoir d'assimilation a été rétabli d'emblée et a produit la convalescence.

Cet exemple démontre pleinement le grand bénéfice que l'on peut retirer de la transfusion dans les cas d'extrême faiblesse, après blessures graves, car au lieu d'exposer le blessé à tous les dangers d'une amputation secondaire, on peut lui sauver ainsi, non seulement la vie, mais aussi un membre qui avait paru condamné.

La transfusion deviendra l'une des plus importantes ressources de la chirurgie. L'ingéniosité de la construction de l'appareil de Roussel est tout à fait admirable ainsi que la façon dont l'auteur exécute le Manuel opératoire.

R. Barwel.

Hémorrhagies gastro-intestinales. — *Quatre cas.— Deux ulcères de l'estomac. — Guérisons. — Une dysentérie hémorrhagique. — Guérison. — Un cancer hémorrhagique de l'estomac.— Cessation des hémorrhagies pendant 2 mois. — Succès.*

Hopital Cochin, salle Beau, service du Dr Dujardin-Beaumetz.

Somet Joseph, 38 ans, mécanicien, — ni syphilitique, ni buveur, ni fumeur. — En 1881, ulcération stomacale, fréquents vomissements et selles de sang noir. En mars 1884, vomissements sanglants presque quotidiens.

En avril, le 18, le 25, le 27, cuvettes pleines de sang artériel.

Le 2 mai hémorrhagie excessive de sang rutilant, deux cuvettes pleines. Syncope. Pouls fuyant.

Le 3 mai il paraît mourant. M. Dujardin-Beaumetz, qui depuis plusieurs jours prévoyait l'urgence d'une transfusion, m'écrit ce billet, que je cite pour prévenir cette sotte et trop fréquente objection — le malade aurait guéri sans la transfusion. — « J'ai un malade qui va succomber aux hémorrhagies répétées qu'il éprouve. Voulez-vous préparer une transfusion pour lundi 5 mai, s'il vit encore. »

5 *mai* 10 h. m. Selon tous les assistants la mort du malade est imminente sous peu d'heures. Peau très froide et sèche, voix éteinte, respiration superficielle, pouls filiforme, fuyant à 120.

Afin de ne pas répandre une goutte de sang du malade et pour rendre visible la veine exsangue dans laquelle il faut insinuer la canule, je place un lien serré sur le biceps, et une bande ischémique de la main jusqu'au coude. Un court tronçon de la veine céphalique est ainsi séparé de la circulation générale et est rendu turgescent par le sang de l'avant-bras. La veine est habilement préparée par M. Legendre interne du service, et la canule du transfuseur y est introduite pleine d'eau.

150 gr. de sang sont lentement et facilement transfusés. On constate le gonflement rapide de la veine, que l'on voit onduler jusque sous l'aisselle.

L'opéré était tellement exsangue et supportait si bien l'opération, sans le moindre trouble, que mon intention était de continuer jusqu'à 250 ou 300 gr. certain d'avance qu'une grande dose de sang pouvait lui être transfusée sans aucun danger et très utilement; mais je dus m'arrêter sur la demande expresse du professeur qui déjà à 100 gr. me disait de cesser. En détachant le transfuseur du bras du donneur de sang, il fit constater que le sang coulait librement de la saignée, que celle-ci était de forme absolument classique, et que l'appareil ne contenait que du sang liquide sans caillots. Disons de suite que la veine de l'opéré reçut un simple pansement en 8, sous lequel elle se cicatrisa *per primam* et demeura perméable; disons que M. Guislin du Puich, qui venait pour la *cinquième fois* de me donner son sang pour des transfusions, n'a souffert en rien, et se déclare prêt à se rendre encore à un nouvel appel. Ce qui prouve qu'il y a des hommes dévoués; et au point de vue opératoire, que le jeu de ma lancette est fidèle autant qu'inoffensif, enfin que ma méthode ne prenant au donneur que le sang strictement nécessaire à sauver les malades, sans en perdre une goutte, n'impose au donneur qu'un sacrifice minimum, facilement réparé; on n'en saurait dire autant des autres méthodes.

10 *heures et demie*. L'opération est terminée, la voix du sujet est bonne, ses yeux brillent, son pouls très plein et fort à 90. Temp. 37,5.

11 *heures*. Léger frisson qui dure un quart d'heure à peine. Pouls 124. Temp. 37,8. Lit chauffé.

11 *heures et demie*. Sueur et chaleur modérées. Pouls 110. Temp. 38,3.

12 *heures et demie*. Temp. 38,3, *urine normale*, abondante, jaune-paille, sans albumine ni traces de sang. Aucune douleur, sommeil. Pouls 100, plein, régulier. Piqûre de morphine au creux épigastrique, afin d'immobiliser l'estomac du malade auquel je n'ai pu donner de boissons chaudes pendant le frisson, selon mon habitude.

6 *heures*. Il a dormi deux heures, état excellent.

6 *mai*. Il a eu une très bonne nuit. Pouls, 90. Temp. 37,8. Urines normales, un peu chargées d'urée, sans albumine; elle a été soigneusement analysée chaque jour.

Je demande pour lui des piqûres de morphine afin d'immobiliser l'estomac pendant la formation de la cicatrice, autant que pour tromper le sentiment de la faim; et quelques paquets de bicarbonate de soude et de charbon, pour

© BIU Santé

neutraliser le suc gastrique, et pour former sur la plaie stomacale une sorte de pansement protecteur.

Les hémorrhagies ne se sont pas renouvelées.

Pendant plus de 18 jours, l'opéré craignant de voir revenir les vomissements sanglants, n'a voulu prendre que quelques gouttes de lait glacé. Sa vitalité s'est accentuée très énergiquement soutenue par le sang transfusé.

30 *mai*. Pas d'hémorrhagies, diète lactée, œufs, peptones.

1er *août*. Somet se lève chaque jour, depuis longtemps. Il mange de la viande et retrouve ses forces. Cet homme, qui, avant la transfusion, vomissait son sang en abondance mortelle, et presque chaque jour, vous démontre que le sang transfusé est non seulement le plus énergique restaurateur et soutien de la vie, mais aussi un admirable hémostatique ; ce que j'avais déjà publié en 1874. (*Archives de médecine* et volume chez Asselin.)

AFFECTIONS MÉDICALES SANS HÉMORRHAGIES RÉCENTES. — *Vingt-huit cas. 11 guérisons, 4 améliorations très prolongées, 13 sans résultats, pas d'accidents.*

Anémie, suite de fièvre. Albuminurie. Saint-Pétersbourg, clinique de pathologie du professeur Eichwald.

Isakoff, 38 ans, marchand de Moscou, a été atteint il y a quinze mois du typhus grave du Caucase, avec dysentérie hémorrhagique prolongée et récidivante. Anémie extrême, bouffissure de la face, œdème du ventre et des jambes, souffle au cœur, palpitations, dyspnée la nuit, anorexie, dyspepsie ; il reste au lit tout le jour dans une extrême faiblesse. Diarrhées muco-sanguinolentes, fétides, 8 à 10 fois par jour malgré tout traitement ; urines louches, muqueuses et albumineuses ; globules rouges du sang diminués, globules blancs augmentes.

23 *février*. *Transfusion* très facile et rapide : 300 grammes de sang d'un infirmier Aucuu phénomène perturbateur ; il parle, dit se sentir très bien ; chaleur dans le bras, puis dans tout le corps, sueur légère, sommeil calme, appétit au réveil ; de tout le jour, *pas de diarrhée* ; urines louches, *sans albumine*.

24 *février*. Bonne nuit, pas de diarrhée, grand appétit.

25 *février*. Il se lève ; grand appétit ; deux selles liquides, on y trouve des parasites. Traitement approprié.

26 *février*. Le professeur Eichwald amène le malade, qui marche de sa salle à l'amphithéâtre, fort éloigné. Clinique sur cette rapide et surprenante guérison de l'anémie cachectique.

2 *mars*. Très bien, se lève tous les jours, grand appétit, forces revenues. Convalescence solide.

DYSCRASIE. LEUCOCYTHÉMIE.

L'anémie leucocythémique est susceptible d'être heureusement modifiée par la transfusion, lorsque les organes hématopoiétiques ne sont pas encore profondément altérés. Avec le concours du Dr Kouprianoff et de ses collègues, médecins de la prison de Saint-Pétersbourg, j'ai pratiqué une transfusion sur un prisonnier de 28 ans, qui, une année auparavant, avait été atteint d'un très grave typhus hémorrhagique, à la suite duquel s'était déclarée une leucocythémie très prononcée. Son sang, examiné au microscope, montre une grande exagération du nombre des globules blancs, avec une diminution proportionnelle des globules rouges. Pâleur cireuse de la peau, décoloration absolue des muqueuses, bouffissure de la face et œdème des pieds. Diarrhées fréquentes et souvent sanguinolentes, gonflement et douleur de toutes les articulations ; sensation de froid permanent. Inappétence complète. Urine souvent albumineuse.

15 *février*. Il reçoit une transfusion de 260 grammes sans aucun trouble ; température avant l'opération, 35°,5 ; pendant, 37°,2 ; après, 37°,8. Pouls : avant, 60, puis monte à 72, 90 et 98. Le soir même, il manifeste un grand appétit et passe une bonne nuit.

21 *février*. L'urine est normale, la diarrhée a cessé, la plaie du bras est guérie, l'appétit est considérable, l'aspect du visage est tout autre, il n'y a plus de bouffissure ; il se sent, dit-il, tout renouvelé ; il reste levé tout le jour.

13 *mars*. Les chefs du service médical constatent son entière guérison ; ses muqueuses sont bien colorées ; la peau est d'apparence normale, le pouls est régulier et plein à 82.

AFFECTIONS MENTALES. — Dans une précédente publication (*Journal de médecine*, 1883), j'ai donné quelques observations tendant à démontrer :

1° Que certaines formes d'affections mentales dépressives paraissent produites ou entretenues par une anémie cérébrale chronique, suivie plus ou moins lentement d'une dégénérescence atrophique incurable.

2° Que pendant le stade d'anémie, la transfusion du sang en supprimant la cause, peut aussi supprimer l'effet, soit en guérissant d'une façon subite certains aliénés mélancoliques confirmés et certaines femmes atteintes de chloro-hystérie, avec obnubilation intellectuelle dépressive fort voisine de la lypémanie mélancolique ; soit en modifiant la condition cérébrale de certains autres mélancoliques, d'une façon telle qu'ils deviennent curables par un traitement jusqu'alors impuissant.

J'ai *six cas* de cet ordre avec trois guérisons, un mélancolique lypémaniaque, deux chloro-hystériques avec dépression intellectuelle ; deux améliorations marquées ; un sans résultat. Comme exemple de cette amélioration marquée, qui est peut-être un prélude de guérison complète, je citerai sommairement ma dernière opération, dont la publication appartiendra au Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté.

Hôpital Sainte-Anne. — Le 14 février 1883, entrée du nommé H. Sylvestre, 35 ans, avec le certificat de M. Legrand du Saulle : Délire mélancolique, craintes chimériques, dyspnée, insomnies, état général fâcheux.

5 *septembre*. Certificat du chef de clinique : « Depuis quelque temps, plus apathique que jamais ; aucune amélioration, malgré douches et frictions sèches, à l'alcool, térébenthine, pointes de feu ; marche très difficilement, urine au lit, oublie d'uriner. » Il ne parle jamais ; il faut le nourrir à la cuillère.

19 *janvier* 1884. Le professeur Ball, connaissant mes opérations dans les hôpitaux d'aliénés de Londres, m'autorise à tenter une transfusion.

11 *h*. 1/2 *matin*. Transfusion de 50 grammes du sang de M. Dupuich. Avant l'opération : P. 96 ; T. R. 36°,8. Poids, 65 kil. 500 grammes. La face entière, les oreilles, les mains sont froides. Nul trouble, par quelques exclamations, le malade indique qu'il sent en lui quelque chose d'anormal à l'arrivée du sang. Un quart d'heure après, léger frisson très court.

1 *h*. 3/4 *p. m*. La face est colorée ; il a causé tout le temps, nul malaise. Le pouls est toujours à 96, mais ses caractères sont nettement changés ; de mou et dépressible, il est devenu fort et plein. T. 37°,6. Sa peau est chaude, sa face colorée ; il s'endort à 2 heures. Urine abondante, très claire, jaune citrin. A l'analyse, ni albumine, ni sucre. Appétit très marqué.

20 *janvier*. Il paraît plus éveillé que de coutume ; il répond à la première interrogation. Nulle douleur.

22 *janvier*. Accoudé sur son lit, il mange de lui-même.

25 *janvier*. Il marche plus rapidement, il mange seul, est moins apathique. Les infirmiers signalent un notable changement. On reprend activement les traitements ordinaires, auxquels on joint l'électrisation du crâne.

Juillet 1884. Il est beaucoup moins déprimé, il travaille volontiers, il mange seul, il parle plus librement. Il paraît avoir maintenant plusieurs chances sérieuses de guérison.

Je ferai remarquer que, selon moi, la dose de sang transfusé qu'a reçu H... fut beaucoup trop faible. C'est peut-être

© BIU Santé

pourquoi l'amélioration ne fut pas plus prononcée ni plus rapide. L'aliéné lypémaniaque de Vienne était beaucoup plus bas que celui de Sainte-Anne, il a été subitement et réellement guéri par 300 grammes. — Les femmes chloro-hystériques ont été guéries : l'une par 250 grammes, l'autre par 160 grammes. Toujours est-il que le professeur Ball n'a pas eu lieu de regretter d'avoir été favorable à une tentative progressiste. Il est tout au moins convaincu que la transfusion directe est parfaitement innocente lorsqu'elle est opérée suivant une méthode rationnelle.

Pour conclure et résumer l'enseignement qui découle de ces leçons et de ces quelques observations: je tiens pour certain, que la transfusion directe— à doses suffisantes, de sang humain, vivant, complet et inaltéré, *in transitu*, soit par le contact de l'air, soit par celui de surfaces de métal et de verre, — est non seulement un traitement héroïque contre la mort prochaine par pertes sanguines subites, ainsi qu'un admirable moyen hémostatique contre les hémorrhagies chroniques ; mais qu'elle est encore un agent curatif d'une valeur considérable dans une foule de cas graves, de dyscrasies sanguines, alors que les organes essentiels à la vie et à la genèse globulaire ne sont pas encore profondément dégénérés.

Je fais tous mes vœux pour que la Faculté s'intéresse à la transfusion directe et puisse enfin lui pardonner de n'être pas née dans son sein (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Seconde note (2) sur la présence des micrococci pneumoniques dans la broncho-pneumonie de la rougeole, de la diphthérie, etc.

Par le Dr GIACOMO LUMBROSA (de Libourne, Italie).

Dans ma précédente note j'ai eu l'honneur de communiquer les résultats d'une autopsie faite dans un cas de broncho-pneumonie de la rougeole, dans laquelle, ayant eu le soin d'examiner le suc obtenu par le raclage de la partie du poumon affectée et les coupes microscopiques du tissu malade, j'ai trouvé les mêmes micrococcus qui ont été décrits, dans la pneumonie lobaire franche, par Koch, Eberth, Klebs, Friedländer, Talamon, Salvioli, etc., et récemment par le Dr Afanassiew, de St-Pétersbourg.

J'ai conclu de ces faits qu'il n'y avait aucune différence, quant à la forme, entre ces micrococcus et ceux qu'on rencontre dans la pneumonie lobaire ; mais en même temps j'hésitais à décider si ces micrococcus avaient les mêmes propriétés biologiques, capables de produire selon les terrains et les diverses conditions, soit la pneumonie franche, soit la broncho-pneumonie, ou bien si, au contraire, quoique semblables en apparence, ils possédaient des propriétés biologiques différentes.

Grâce à l'obligeance de MM. Richardière et Le Page, qui ont bien voulu me fournir les matériaux nécessaires, j'ai pu continuer mes études et faire d'autres observations, qui, quoique peu nombreuses, me paraissent permettre d'affirmer dès à présent l'égalité de forme de ces micrococcus et de me prononcer avec beaucoup de probabilité, au point de vue de leurs propriétés, en faveur de l'une des deux hypothèses ci-dessus énoncées.

En effet, sur deux cas de rougeole, sur un cas de diphtérie et un cas de croup dans lesquels on observa une broncho-pneumonie mortelle, j'ai pu toujours constater l'existence des micrococcus ayant la même forme que ceux de la pneumonie lobaire ; tandis que je n'ai jamais pu en trouver d'autres qui puissent être propres aux maladies générales, dans le cours desquelles la broncho-pneumonie s'était développée. Ces observations ont été faites vingt-quatre heures après la mort, avec toutes les précautions et les méthodes déjà décrites dans ma précédente communication. Quant à la capsule, j'ai toujours pu la faire ressortir en traitant les pièces par la solution d'acétate de potasse : elle n'était pas toujours bien colorée, mais toujours bien nette ; quelques-uns parmi ces micrococcus en étaient privés, de même que ceux qu'on observe dans la pneumonie lobaire. Afin de prévenir une objection qu'on pourrait me faire, j'ai étudié le suc obtenu par le raclage d'un poumon sain, examiné plus de vingt-quatre heures après la mort, et je n'y ai jamais trouvé de micrococcus pareils à ceux ci-dessus décrits ; je n'ai jamais pu faire ressortir la capsule autour de quelques micrococcus ronds et gros, qui, en très petit nombre, se présentaient dans le champ microscopique. — Mes micrococcus n'étaient donc pas cadavériques.

Quant à la *capsule*, sans vouloir en discuter la nature, on peut affirmer qu'elle n'est pas exclusive de la pneumonie lobaire, puisque je l'ai trouvée dans la broncho-pneumonie ; par conséquent, et étant donnés les moyens d'observation que la science possède aujourd'hui, je crois pouvoir conclure qu'il n'existe (quant à la forme) rien de caractéristique pour la pneumonie franche, question qui est restée douteuse pour Friedländer (voir son traité technique microscopique, 1884).

Mais ces micrococcus, pareils entre eux, quant à la forme, le sont-ils aussi quant aux propriétés biologiques? Non seulement je crois que non ; mais je pense que probablement ils ne possèdent aucune propriété biologique ; car les cultures faites par moi n'ont jamais pu reproduire sur les animaux, la même maladie ni aucune autre. Je dis *probablement* parce que mes observations ne sont pas encore assez nombreuses, pour me permettre d'arriver à une affirmation absolue.

Je suis arrivé à ces conclusions par les cultures que j'ai faites dans les quatre cas ci-dessus mentionnés, du suc pris sur les poumons vingt-quatre heures après la mort. Ces cultures ont été faites pour l'un des cas de rougeole dans la gélatine de Koch, et pour les autres dans le bouillon de Pasteur ; toutes les précautions prescrites ont été prises afin d'éviter toute cause d'erreur.

Les cadavres étaient en bonne condition, mes expériences ayant été faites il y a environ deux mois, c'est-à-dire à une époque où la chaleur n'était pas encore bien forte. Tous les liquides ont été cultivés à la température ordinaire, et lorsque le liquide fut bien troublé, j'ai fait sur des cobayes, avec la seringue de Pravaz, des inoculations qui n'ont jamais donné de résultats. Mes animaux se portaient très bien, et trois jours après l'inoculation j'en ai tué deux pour constater s'ils présentaient quelque altération, mais je n'ai rien trouvé du côté du poumon ni autre part. Ces opérations ont été faites avec toutes les précautions antiseptiques indiquées. Dans le liquide de culture j'ai toujours constaté l'existence de micrococcus pareils à ceux trouvés dans les poumons. J'ai essayé aussi, dans deux cas, des cultures successives dans le but de séparer les différents micrococcus mentionnés dans ma précédente communication, et avec les résultats de ces cultures j'ai pratiqué des inoculations successives sur des animaux de la même espèce. Ces inoculations sont également restées sans résultats. Je dois avouer cependant que je n'ai jamais pu obtenir l'isolement complet.

Tels sont, Messieurs, les faits d'après lesquels il me semble qu'on peut conclure que les micrococcus que l'on rencontre dans les poumons de la broncho-pneumonie, dans le cours de maladies infectieuses (jusqu'ici, selon mes études, rougeole, diphthérie, croup) sont pareils, quant à la forme, à ceux de la pneumonie franche ; mais qu'ils n'en ont pas les mêmes propriétés.

(1) La Rédaction rappelle que, pour les travaux originaux, elle laisse toute liberté aux collaborateurs du *Progrès médical*.

(2) *Société anatomique*, 12 juillet 1884.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les médicaments de garde.

Le premier semestre de l'année 1884 aura vu s'agiter une question au premier abord de peu d'importance mais qui, lorsqu'on veut bien y réfléchir, mérite d'être prise en sérieuse considération. Nous voulons parler des médicaments qu'il est permis à l'interne de garde de prescrire aux malades confiés à ses soins dans l'intervalle de deux visites. La responsabilité est lourde : l'Assistance publique croit ses internes à la hauteur de la situation puisqu'elle n'hésite pas à les en charger. Voyons si les moyens qu'elle met à leur disposition, sous forme de médicaments, sont satisfaisants pour leur permettre de mener à bonne fin la mission qui leur est confiée.

Il est bien entendu que nous ne ferons aucune allusion aux interventions chirurgicales si fréquentes ; là, tout réside dans l'habileté manuelle de l'opérateur et les prescriptions administratives n'ont rien à voir avec une ligature d'artère ou la façon de poser plus ou moins adroitement un appareil à fracture. Dans certains cas graves, l'interne doit appeler un chirurgien désigné à cet effet : il n'en reste pas moins chargé de pratiquer des opérations dangereuses qui réclament une grande habitude et beaucoup de sang-froid : la trachéotomie, par exemple. Dès lors, on doit penser que celui qui est appelé à opérer un enfant du croup doit avoir tout au moins à sa disposition tous les médicaments usités — pour ne parler que de ceux-là — pour enrayer la marche de la diphtérie et empêcher sa propagation au larynx. Il est loin d'en être ainsi : aussi bien un récent conflit soulevé dans un des hôpitaux du centre à propos d'une prescription d'*eau oxygénée* dans un cas d'angine couenneuse, nous amène-t-il à formuler la proposition suivante dont il va nous être facile de démontrer le bien-fondé : *Les médicaments mis à la disposition de l'interne de garde sont tout à fait insuffisants, et à ce point que dans certains hôpitaux le service médical est tellement entravé qu'il devient entièrement illusoire.*

Avant de faire la preuve complète de ce que nous avançons, il convient de rappeler certains détails historiques qui nous semblent indispensables pour la juste compréhension du sujet qui nous occupe.

Le 25 février 1884, M. le Directeur de l'Assistance publique, cédant à des préoccupations budgétaires, envoyait dans tous les hôpitaux un triple communiqué prescrivant diverses mesures économiques : surveillance étroite dans la distribution des aliments extraordinaires, restriction dans le régime lacté, etc., etc. A ce triple essai de réformes, était joint un *Formulaire des hôpitaux et hospices civils de Paris* dont le chapitre deuxième contenait un paragraphe intitulé : *Fixation des substances et médicaments que les élèves de garde peuvent prescrire dans l'intervalle des visites.* Après avoir énoncé certaines dispositions fort respectables, puisqu'elles datent du 21 juin 1837, le rapporteur donne la liste complète de ces médicaments, établie d'après un arrêté du 20 avril 1865 et formulée ainsi qu'il suit :

Acétate d'ammoniaque.
Acide tartrique.
Alun.
Alun calciné.
Ammoniaq. liquide.
Assa fœtida.
Calomel.
Chlorhydrate de morphine.
Eau distillée de laurier-cerise.
Emétique.
Ergot de seigle.
Ether sulfurique.
Extrait de Belladone.
Extrait gommeux d'opium.
Huile blanche.
Huile de croton.
Julep diacodé.
Julep gommeux.
Kermès minéral.
Laudanum de Sydenham.
Lavement purgatif du Codex.
Liniment oléo-calcaire.
Liqueur de Labarraque.
Magnésie calcinée.
Nitrate d'argent cristallisé.
Perchlorure de fer (solution titrée).
Permanganate de potasse (solution titrée).
Pommade mercurielle.
Poudre d'ipéca.
Sirop de morphine.
Sous-nitrate de bismuth.
Sulfate d'atrophine (solution à 1/10).
Sulfate de quinine.
Sulfate de soude.
Sulfate de fer hydraté.
Tannin.
Teinture de cannelle.
Teinture alcoolique de digitale.
Teinture d'iode.
Vin cordial ainsi employé :

Teinture de cannelle. . . .	10 gr.
Vin rouge . .	90 gr.
	100 gr.

avec lequel on composera une potion cordiale formulée comme suit :

Vin cordial.	120 gr.
Sirop d'écorces d'oranges	30 gr.
	150 gr.

De plus, afin que personne ne doutât du désir qu'on avait en haut lieu de ne pas voir prescrire d'autres médicaments que les substances réglementaires, le *formulaire* était accompagné d'une liste manuscrite des remèdes permis, destinée à être affichée dans les salles de garde de médecine et de pharmacie. Des protestations se produisirent : les pharmaciens refusèrent, et avec juste raison, de délivrer des médicaments non réglementaires et il devint nécessaire d'aviser. Le 17 juin 1884, une nouvelle liste était promulguée, imprimée, encadrée et affichée dans les salles de garde où elle remplaçait l'ancienne. Les internes pouvaient désormais ordonner : le *bromure de potassium*, le *diascordium*, l'*ergotine*, l'*hydrate de chloral*, et, article 2, « en cas d'urgence et à titre tout à fait exceptionnel, des *potions de Todd*, composées avec 60 grammes de rhum et d'eau-de-vie. » En revanche, il ne leur était plus permis de faire usage : de l'*acide tartrique*, du *chlorhydrate de morphine*, de l'*extrait de belladone*, de l'*huile de croton*, du *nitrate d'argent cristallisé*, du *sulfate d'atropine*, de la *teinture d'iode* et de *cannelle*. On donnait d'une main, on reprenait de l'autre : toutefois les acquêts étaient sensiblement plus forts que les pertes. Nous faisons néanmoins une exception pour le *chlorhydrate de morphine* qui, en injection sous-cutanée, est de première utilité et soulage si efficacement dans les cas d'urgence : coliques hépatiques, néphrétiques et autres affections douloureuses pour lesquelles l'interne est si souvent appelé pendant sa garde. Où prendre également un purgatif énergique puisqu'on n'a même pas remplacé l'huile de croton par l'eau-de-vie allemande? Et quand bien même on pourrait prescrire ces deux substances et toutes celles qui ont été supprimées, n'est-il pas évident que cette nouvelle liste serait encore des plus incomplètes. Nous parlions à l'instant de la diphtérie : où se trouvent donc le copahu, le cubèbe, le chlorate de potasse qu'on donne journellement à l'intérieur (1) : avec quoi faire un badigeonnage pharyngien, puisque ni le citron, ni

(1) Nous apprenons que de nouveaux désagréments viennent d'avoir lieu à propos d'une prescription de *sirop d'ipéca*, médicament qui n'existe qu'à l'état de *poudre* dans le Formulaire.

© BIU Santé

l'eau oxygénée, ni les huiles minérales ne font partie de ce pauvre arsenal thérapeutique. Et combien d'autres substances indispensables qu'il serait trop long d'énumérer!

Mais, supposons encore que cette liste soit très suffisante pour pourvoir aux besoins médicaux d'un hôpital affecté au traitement des maladies aiguës. En peut-il être de même dans ces maisons de retraite où, comme à la Salpêtrière, sont réunies plus de 5.000 invalides. Après la visite réglementaire du matin dans les *infirmeries* en compagnie du chef de service, l'interne de garde est appelé dans les *dortoirs des divisions* où journellement il doit consulter une vingtaine de malades. Parmi celles-ci, trois ou quatre généralement sont assez souffrantes pour être dirigées sur l'infirmerie : les autres moins gravement atteintes peuvent être soignées sur place. Là commencent les difficultés ; la *liste* comprend-elle les médicaments si souvent usités en pareils cas : baume tranquille, baume opodeldoch, salycilate de soude, bicarbonate de soude, iodure de potassium, teinture d'iode, pilules de fer ou d'opium qui coûtent moins cher que les juleps diacodés, etc., etc.? Aussi qu'en advient-il? — et il nous est permis d'en parler par expérience — le nombre des admissions à l'infirmerie est plus que doublé : les autres malades non soignées vont grossir le total des admises du lendemain : et la journée de dortoir qui coûte un franc à l'administration se transforme en journée d'infirmerie qui revient à trois fois plus cher. De plus, comme les lits d'infirmerie sont très limités, il n'est pas nécessaire d'être médecin pour prédire à l'avance le résultat final.

Et pourtant il serait bien facile de modifier une situation aussi fâcheuse : puisque le 17 juin on a révisé la liste établie du 20 avril 1865, pourquoi ne pas réviser à son tour la liste le 20 avril, d'une façon radicale, en la supprimant. En vérité, n'est-il pas au moins singulier de voir un interne qui le matin, à la visite, pendant une absence ou un congé de son chef, peut prescrire tous les médicaments du codex, être forcé une heure plus tard de subir des mesures restrictives et qui sont surtout vexatoires pour les malades.

Nous sera-t-il permis en terminant de demander à M. le Directeur de l'Assistance publique de vouloir bien user de toute son influence pour faire cesser un si pénible état de choses? nous nous portons garant qu'il s'attirera la reconnaissance des malheureux et que le budget de l'Assistance publique, loin d'en être augmenté, s'en trouvera bien au contraire diminué.

G. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 octobre 1884. — Présidence de M. M. Duval.

M. Gellé offre à la Société un exemplaire de son *Précis des maladies de l'oreille*, précédé d'une introduction comprenant l'anatomie et la physiologie de l'appareil auditif.

M. Ch. Richet apporte trois nouvelles observations de *suggestions sans hypnotisation* chez des individus non hystériques. L'explication la plus plausible de ces phénomènes résiderait dans un automatisme tout spécial des sujets, dans une *aboulie* particulière, ainsi que l'a dit M. Ribot.

M. Laborde dépose un travail de M. Courtin sur le *curaire blanc*. Poursuivant ses recherches sur la pureté chimique et l'activité physiologique des médicaments, M. Laborde donne le résumé des expériences qu'il a faites avec M. Duquesnel sur la *digitaline*. L'Allemagne, comme on le sait, nous inonde de ses produits chimiques et pharmaceutiques qui, vu l'infériorité de leurs prix, pénètrent dans nos hôpitaux à l'aide des soumissions au rabais. Il a pris des échantillons de digitaline allemande sortant d'une maison très connue et très achalandée, et il a fait des expériences comparatives avec la digitaline française, préparée particulièrement par le procédé de Nativel. Celles-ci lui ont démontré, tant au point de vue chimique qu'au point de vue physiologique, que la digitaline de provenance allemande était tellement mauvaise que son administration ne produisait pour ainsi dire, et à doses toxiques, aucun effet physiologique. Rappelant les falsifications du sulfate de quinine, il espère que les hôpitaux se montreront désormais plus soucieux de la qualité des produits qu'ils acceptent de leurs fournisseurs. M. Duquesnel et lui sont résolus à poursuivre leurs recherches et à signaler toutes les falsifications qui ont pour effet de ruiner la thérapeutique.

M. Brown-Séquard rappelle que, dès 1849, il a dans une séance de communication fait connaître le rôle important que jouait l'acide carbonique qui fait battre le cœur, respirer les poumons, etc. Combattues très vivement en Allemagne, ces idées n'ont pas tardé, ainsi qu'il arrive souvent dans ce pays, à être reprises en sous main et publiées comme des nouveautés. Depuis cette époque, M. P. Bert a soutenu que c'était le manque d'oxygène qui, dans l'asphyxie, produisait les convulsions. C'est la découverte des effets d'inhibition qui a permis à M. Brown-Séquard de donner la véritable interprétation qui convient à tous ces faits. L'acide carbonique jouit au suprême degré de cette propriété d'inhibition et si en projetant avec force un jet de cette substance on arrête des convulsions de nature variée, c'est que l'excitation est tellement forte qu'elle produit un effet inhibitoire. C'est donc la trop grande quantité d'acide carbonique qu'il faut incriminer dans la production des convulsions de l'asphyxie et non le manque d'oxygène.

M. R. Blanchard dépose un travail de M. Pillet fait au laboratoire de Concarneau : *sur l'appareil digestif de quelques poissons de mer*.

M. Quinquaud a étudié les oscillations de l'urée à l'état physiologique et sous l'influence de l'alimentation azotée. Les dosages précis qu'il a effectués lui ont démontré que l'urée se formait surtout dans les viscères abdominaux et que la rate qui, à jeun, contenait 0,25 milligrammes d'urée, n'en contenait pas moins de 110 la quatrième heure après l'ingestion des aliments : le sang de la veine-porte est donc le sang le plus riche en urée. Quant au mécanisme intime de cette formation, M. Quinquaud se réserve de donner des conclusions ultérieurement.

M. Beauregard expose le résultat de nouvelles recherches sur le *développement des vésicants*.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 octobre 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Gautier communique à l'Académie les résultats d'une enquête qu'il a faite relativement aux *eaux de Paris*. Au mois de septembre dernier, les analyses de l'eau de Seine, prise à Saint-Ouen et à Saint-Denis, ont démontré qu'elle contenait 23 à 39 milligrammes de matières organiques par litre. A cette occasion, M. Gautier rappela à M. le Directeur des travaux publics sa promesse de faire distribuer des eaux de source ou de Seine, prises en amont, à tous les habitants de la ville. Or, la banlieue nord de Paris reçoit les eaux de la prise de Saint-Denis et de Neuilly, mais on doit les remplacer par des eaux de Seine prises en amont

© BIU Santé

et par des eaux de source. La prise d'eau de Saint-Denis doit être fermée. Quant à l'eau de Saint-Ouen, elle se rend dans l'enceinte de Paris où elle ne sert qu'au lavage des ruisseaux et des rues du nord de la ville. Montmartre et une partie des rues comprises dans l'enceinte de Paris puisent leur eau en aval de la ville, mais des fontaines ont été déjà établies qui reçoivent de l'eau de source. L'eau est distribuée à Paris sous trois formes : elle s'écoule au ras des trottoirs par des prises d'eau sans saillies, ou s'écoule par des bornes-fontaines. Mais les bornes-fontaines à bouton, seules, devraient servir aux usages alimentaires. Paris est la seule ville du monde où existent, dans la plupart des rues, des canalisations séparées alimentées par des eaux ayant des destinations différentes. Au point de vue de la quantité d'eau, Paris distribue 220 litres par tête. Au point de vue le plus grave et le plus pressant, l'administration de la ville de Paris s'est mise en mesure de fournir à la banlieue, alimentée jusqu'ici par les eaux infectées de la prise de Saint-Denis, 8.000 mètres cubes d'eau de Seine prise en amont. Elle a fait établir aux abords de toutes les rues où il n'y a pas de double canalisation, des fontaines à repoussoir alimentées en eau de source. Au point de vue des égouts et de l'assainissement du fleuve, MM. les Ingénieurs du département viennent de présenter au Conseil général un projet de double égout collecteur longeant parallèlement les deux rives de la Seine et allant déboucher à Achères. Les deux égouts draineront toutes les déjections de Paris et de ses usines, depuis et avant Ivry. Enfin, dans sa dernière session, le Conseil municipal de Paris s'est montré favorable à l'exécution prochaine d'un nouvel aqueduc destiné à doubler l'alimentation de Paris en eau de source. Les études déjà faites permettent de compter sur plus de 150.000 mètres cubes d'eau par jour.

M. Marey fait une communication sur la *contamination des eaux comme source de propagation du choléra*. Imbu des idées qui sont admises à Londres sur la contamination des eaux, et instruit par l'épidémie de 1849, M. Marey est d'avis qu'on doit désormais diriger toutes les investigations et toutes les réformes sur les eaux qui servent à l'alimentation.

M. Le Roy de Méricourt lit un *rapport* sur les travaux et mémoires qui ont été adressés à l'Académie, à l'occasion du choléra. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 29 février 1884. — Présidence de M. Cornil.

50. Observation, goître; par M. Barth ; — **Examen histologique**; par M. Gombault.

La tumeur est constituée par des parties de structure très différente puisqu'elle comprend, en outre des lobes du corps thyroïde, des ganglions lymphatiques nombreux, des aponévroses du tissu cellulo-adipeux et même la paroi de la trachée sur une certaine étendue de la hauteur de ce conduit.

Or, quel que soit le point qu'on observe, l'ensemble des lésions constatées a toujours essentiellement le même aspect. Ce qui frappe lorsqu'on examine des coupes histologiques provenant des points les plus variés, c'est l'existence de nappes ou de nodules colorées en jaune par le picrocarmin, alternant avec d'autres nappes ou nodules colorées en rose ou en rouge. Toutefois, ces parties de couleur différente ont tantôt des contours sinueux et se pénètrent réciproquement, tantôt elles sont limitées par des lignes assez régulières. Mais partout la ligne de séparation est nettement tranchée, et le plus souvent on observe entre les deux une sorte de zone limitante, variable d'épaisseur, mais de coloration rouge intense.

Les parties jaunes sont manifestement des parties caséifiées. On y rencontre des blocs réfringents étoilés, des cristaux d'acide gras réunis en amas sombres, les cellules, tassées les unes contre les autres, ont perdu la netteté de leurs contours. Rarement, mais sur certains points cependant, le tissu est craquelé, les aliments constituants absolument confondus, modifications qui indiquent le début de la fonte caséeuse. On a vu du reste que certains de ces foyers ramollis étaient ouverts dans la trachée. En dehors de ces quelques points ramollis, la structure des zones caséifiees est reconnaissable et reproduit exactement celle des parties voisines, à cette différence près que, dans ces dernières, les éléments ont conservé la propriété de fixer le carmin. Or, ce qu'on observe dans les parties normalement colorées, ce sont tous les signes d'une inflammation interstitielle subaiguë. Ainsi, par exemple, à la périphérie de la tumeur existe une sorte d'écorce constituée par des pelotons de tissu cellulo-adipeux, séparés par des bandes de tissu conjonctif fibroïde. A ce niveau les amas cellulo-adipeux sont envahis par des cellules rondes très réunies en ilots péri-vasculaires, ou bien formant des traînées et parfois de larges nappes. Dans les bandes fibreuses, les cellules rondes forment des cordons parallèles aux faisceaux de fibres. Au fur et à mesure qu'on s'approche de la partie caséifiée, l'infiltration embryonnaire devient de plus en plus abondante et constitue la zone limitante de colorisation rouge signalée plus haut. On doit faire remarquer toutefois que les faisceaux de tissu conjonctif, écartés mais non detruits, traversent cette zone embryonnaire et vont se continuer, sans interruption, jusque dans les parties caséeuses où on les retrouve à peine teintes en rose, mais parfaitement reconnaissables. On reconnaît de même dans ces parties caséifiées et les amas de cellules embryonnaires désormais incolores, et certains amas cellulo-adipeux incomplètement transformés par l'infiltration embryonnaire.

Les lésions observées dans les parties profondes sont essentiellement les mêmes, la structure seule des tissus y est différente. On y rencontre des portions du corps thyroïde encore très reconnaissables. A ce niveau, des travées conjonctives assez épaisses et tachetées de petits amas embryonnaires séparent des amas de vésicules arrondies. De ces vésicules, les unes sont remplies de matière colloïde jaune et réfringente, les autres sont occupées en majeure partie par un amas de cellules épithéliales. Sur les limites de ces parties relativement saines, les travées conjonctives deviennent plus épaisses, plus riches en cellules rondes, les vésicules caractéristiques deviennent de plus en plus rares, celles qui demeurent distinctes sont aplaties ou déformées, remplies de petites cellules. Dans un grand nombre d'entre elles s'observent des figures en tout semblables à des cellules géantes. Puis brusquement, la coloration par le carmin cesse et on pénètre dans une masse caséeuse.

En résumé, qu'on envisage, soit le centre, soit la périphérie de la tumeur, on retrouve partout une lésion identique, consistant essentiellement dans l'existence d'une néoplasie inflammatoire arrêtée dans son évolution sur des points nombreux par la transformation caséeuse.

Cette transformation caséeuse se lie suivant toute vraisemblance à une lésion du système vasculaire qui est partout présente et très accusée. Elle consiste dans une artérite oblitérante : grosses et petites artères sont intéressées de la même façon au début. C'est une accumulation de petites cellules rondes qui se fait autour de l'artère dans l'adventice, puis la membrane interne végète, soit uniformément, soit par bourgeons isolés, bien visibles sur certaines artères de calibre ; la membrane moyenne est plus longtemps respectée ; mais, en fin de compte, dans les zones caséeuses, toutes les artères apparaissent sur les coupes transversales, comme autant de cylindres pleins, dans lesquels les membranes élastiques dessinent des stries concentriques.

Il est donc très évident qu'il ne s'agit pas ici d'une tumeur, d'un néoplasme malin. Nulle part les éléments caractéristiques d'un cancer, carcinome, épithéliome, sarcome, n'ont été rencontrés, mais bien ceux d'une néoplasie inflammatoire infiltrée dans le tissu préexistant, mais ne le détruisant pas par compression. Du reste, l'examen de ganglions de petit volume est l'examen de la paroi de la trachée au-dessous des fistules mentionnées dans l'observation, c'est-à-dire dans des points où la lésion doit être à son début

© BIU Santé

pure de toute modification, cet examen n'a donné que des résultats absolument négatifs à cet égard. Dans les ganglions on n'observe que les lésions de l'adénite subaiguë, dans la trachée un épaississement scléreux de tout le derme muqueux; une infiltration embryonnaire de la plupart des glandules; de distance en distance, des nodules ou des nappes de tissu caséifié.

Il est plus malaisé de déterminer la nature de cette inflammation subaiguë, régionale en quelque sorte et envahissant toute la partie antérieure du cou. Il est difficile de s'arrêter à l'idée d'une thyroïdite simple, primitive, en raison de l'extension du mal en dehors des limites de la glande, en raison surtout de la transformation caséeuse des produits inflammatoires. On se trouve conduit par élimination en quelque sorte à incriminer l'une des deux diathèses qui donnent le plus habituellement naissance aux inflammations caséeuses, à savoir la tuberculose et la syphilis. Infiltration embryonnaire, artérite oblitérante, caséification, présence de cellules géantes, sont des traits communs aux produits de la syphilis et de la tuberculose. Ici comme dans beaucoup de cas de ce genre les élements d'un jugement définitif, si ce jugement est possible, doivent être cherchés en dehors de la lésion elle-même dans les renseignements fournis par le reste de l'observation sur l'étiologie, l'évolution clinique, les lésions concomitantes. On doit se borner, en terminant, à faire ressortir quelques particularités d'ordre anatomique plus favorables à l'une des deux hypothèses qu'à l'autre. C'est, d'une part, l'absence non pas seulement de granulations véritables, il n'en existe trace dans aucune des préparations, mais même de formation nodulaire. L'infiltration embryonnaire est partout plutôt diffuse. Il existe des cellules géantes mais il n'en existe que dans les follicules du corps thyroïde, et nulle part ces cellules ne constituent le centre d'un amas embryonnaire. C'est, d'autre part, le fait que malgré des essais nombreux employant des liquides préalablement essayés, et cela sur des préparations prises dans des points très différents, il a été impossible de colorer par la méthode d'Erhlich un seul bacille de Koch.

M. Barth donne des détails cliniques sur la malade en question. Elle n'avait pas eu de chancre ni de plaques muqueuses, mais de la kératite interstitielle dans l'enfance et des périostoses tibiales. On pouvait penser à la syphilis héréditaire à manifestations tardives, d'autant mieux qu'elle ne présentait pas de tuberculose pulmonaire.

M. Cornil dit que le débat doit évidemment se circonscrire entre la syphilis et la tuberculose du corps thyroïde ; les probabilités cliniques sont en faveur de la syphilis.

51. M. Ch. Lejard fait voir un poumon tuberculeux à la surface duquel se trouvent de petites bulles emphysémateuses à demi remplies de pus et prêtes à se rompre. Elles ressemblent aux vacuoles que l'on trouve à la surface de la plèvre dans la bronchopneumonie des enfants. Leur rupture eût évidemment déterminé la production d'un pneumothorax.

52. M. Chantemesse montre un cas d'ulcère de l'estomac avec induration blanchâtre de la muqueuse qui pourrait faire croire à l'existence d'un cancer. Au niveau d'une perte de substance de l'estomac une couche semblable tapisse le foie : elle paraît absolument fibreuse et dépourvue de tout suc cancéreux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 octobre 1884. — Présidence de M. Millard.

La *Société médicale des hôpitaux* a repris ses séances vendredi dernier. Bien que ce fût une réunion de rentrée, l'ordre du jour était peu chargé. Mais la Société a eu la bonne fortune d'entendre une intéressante communication faite par M. Dieulafoy sur le *traitement de la fièvre palustre* par les injections d'*acide phénique*. On sait avec quel talent l'auteur sait donner de l'intérêt et de l'importance aux petites choses. Ainsi, bien qu'il s'agit d'un simple fait, recueilli un peu au hasard de la clinique, et non d'une étude de longue haleine, la communication de M. Dieulafoy a été l'occasion d'une instructive discussion.

Le cas dont il s'agit est le suivant : Un malade, âgé de 36 ans, avait été atteint en 1877 de fièvre tierce, et traité avec succès par le sulfate de quinine. En 1882, nouvelle attaque, encore à type tierce, encore traitée par le sulfate de quinine et guérie au bout de trois semaines. En mai 1883, le malade est repris de ses accidents. La fièvre disparaît sous l'influence de la médication quinique, prolongée pendant un mois.

Enfin, en juin dernier, nouvelle récidive. C'est alors que le malade entra dans le service de M. Dieulafoy. Là on lui administra, en injections sous-cutanées, et en faisant usage d'un solution au centième, 2 centigr. 1/2 d'acide phénique le premier jour, puis 5 centigr. les jours suivants, en élevant la dose jusqu'à 7 centigr. les jours d'apyrexie. Après dix-sept jours, il y eut guérison complète. Le malade avait alors absorbé 84 centigr. d'acide phénique. A aucun moment, il n'y eut de phénomène d'intoxication.

M. Laveran n'est pas persuadé que dans le cas rapporté par M. Dieulafoy, la guérison ait été le résultat de la médication employée. Les accès de fièvre intermittente peuvent suivre spontanément une marche décroissante, et l'unique observation produite par l'auteur perd, de ce fait, beaucoup de sa valeur. Au surplus, le traitement des accidents palustres par l'acide phénique n'est pas nouveau, il a été tenté dès 1869; il a été expérimenté en Amérique et n'a pas donné, semble-t-il, de bien bons résultats (1). M. Laveran considère que, particulièrement en Afrique, où la fièvre revêt souvent le caractère pernicieux, il y aurait de sérieux inconvénients à renoncer à un agent aussi sûr que le sulfate de quinine, pour en expérimenter un dont l'efficacité ne lui paraît rien moins que démontrée.

M. Richard s'associe à l'opinion exprimée par M. Laveran. Il remarque toutefois que l'emploi de l'acide phénique n'est pas irrationnel, si la fièvre palustre est de nature parasitaire, comme l'affirme M. Laveran.

M. Huchard profite de la discussion pour rappeler qu'il a obtenu, après M. Vallin, de bons résultats du bromure de potassium dans la fièvre intermittente. M. Vallin confirme l'opinion de M. Huchard. Il considère le bromure comme un précieux agent, qui agit non seulement sur les accidents nerveux palustres, ou à titre d'adjuvant du sulfate de quinine, comme le prétend M. Laveran, mais qui possède une efficacité très grande dans les cas ordinaires et même dans certains cas rebelles de fièvre intermittente. L'auteur a vu notamment le bromure de potassium guérir, chez un Arabe, des accès quotidiens qui avaient résisté à toutes les autres médications.

M. Labbé considère comme très rationnel le traitement de la malaria par l'acide phénique. L'acide phénique est un antipyrétrique, et on ne voit pas pourquoi il n'agirait pas dans la fièvre intermittente, comme il le fait dans certaines autres pyrexies. M. Labbé insiste sur ce fait que, chez le malade de M. Dieulafoy, le traitement n'a été suivi d'aucun accident. Il considère en effet qu'on a rendu l'acide phénique responsable de complications qui ne lui incombent pas : la pneumonie par exemple, et des congestions du poumon, chez les individus atteints de fièvre typhoïde. Il profite de l'occasion pour rappeler les bons effets qu'on obtient de la médication arsénicale, peut-être trop négligée, dans l'intoxication palustre. G. B.

(1) L'emploi de l'*acide phénique* dans les fièvres intermittentes est déjà ancien ; Jessier l'employait en 1868 (15 succès sur 27 cas). Après lui viennent Declat, Hueter, Hirschberg, Aufrecht, Motta (25 guérisons, 8 insuccès). Voir Bourneville et Bricon. *Manuel des injections sous-cutanées*, 1883, et *Progrès médical*, 1882, p. 918 (note de la Rédaction).

Nouveau journal. — Nous recevons les premiers numéros de *La Medicina moderna*, revue mensuelle paraissant à Bogota; elle est destinée à propager la doctrine Hahnemannienne en Colombie.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 octobre 1884.— PRÉSIDENCE DE M. DELPECH.

M. C. PAUL lit le *Compte Rendu* des travaux de la Société pendant l'année 1883-1884. Après cette lecture, il informe la Société qu'il a été chargé de lui proposer de souscrire pour la somme de 200 fr. pour la construction d'un édifice où les diverses Sociétés savantes tiendraient leurs réunions périodiques. Cette proposition ne saurait que rencontrer un bon accueil de la part des membres de la Société : elle est patronnée par des personnalités qui la rendent recommandable à tous égards ; sa réalisation serait à tous très profitable. L'étude qu'on en a déjà faite a montré que la réussite du projet était assurée.

M. BUCQUOY dit que la Société médicale des hôpitaux a déjà donné son adhésion.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ ajoute que depuis longtemps il faisait des vœux pour la construction d'un semblable édifice dont on peut voir un spécimen à Bruxelles.

La proposition de M. C. PAUL est mise aux voix et adoptée.

G. GILLES DE LA TOURETTE.

REVUE DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

I. Bresgen — **Grundzüge einer Pathologie und der Therapie der Nasen-mundrachen und Kehlkopf Krankheiten.** Wien. und Leipzig, 1884.

II. Moure. — **Recueil clinique sur les maladies du larynx.** Tome I, fasc. I, 1884.

III. Joal. — **Etude sur les fluxions de la muqueuse laryngée,** 1884.

IV. Loupiac.—**De la pharyngite latérale.** Thèse, Bordeaux, 1884.

V. Joal. — **Hypéremie et inflammation de la muqueuse nasale, catarrhe chronique du nez,** 1884.

VI Vérité. — **Concrétions muqueuses de la partie postérieure des fosses nasales,** 1881.

VII. Bouty. — **Contribution à l'étude de l'épistaxis.** Thèse Montpellier, 1884.

I. Le Dr Bresgen vient de faire paraitre un traité sur les maladies du nez, du pharynx et du larynx dont la première partie est consacrée à l'anatomie et à la physiologie, et la seconde à la laryngoscopie et à la rhinoscopie. L'auteur donne la préférence au miroir fixé à un bandeau frontal au moyen duquel il dirige la lumière sur les parties qu'il examine.

Dans la troisième partie, il donne les notions générales sur la thérapeutique locale, en indiquant les principales solutions et les principaux appareils servant au pansement ou aux opérations du larynx et du nez.

La quatrième partie traite des maladies parmi lesquelles nous citerons la diphtérie, l'érysipèle, le lupus, la syphilis et la tuberculose de ces divers organes, le rhinosclérome, le lupus et la névrose du larynx.

156 figures intercalées dans le texte facilitent la lecture de cet ouvrage.

II. Cet opuscule est le premier fascicule d'une série de publications que se propose de faire le Dr Moure. Après y avoir rappelé en quelques mots la manière d'explorer le larynx, l'auteur traite de l'œdème aigu primitif des replis aryténo-épiglottiques. Pour lui, cet œdème est une affection spéciale qui devrait avoir une place distincte dans la nosographie médicale. Il se développe sous différentes causes (brûlures, traumatismes, refroidissements), tandis que l'œdème secondaire se montre dans le cours d'une laryngite ou d'une maladie hydropigène, comme le définit, du reste, M. le professeur Jaccoud.

Dans un troisième chapitre, sur la laryngite syphilitique, l'auteur pense que l'on doit conserver les dénominations de laryngites secondaires (érythème, plaques muqueuses, paralysies) et tertiaires (ulcérations, gommes, caries, nécroses). Les manifestations secondaires seules sont limitées aux couches superficielles du larynx.

M. Moure étudie ensuite quelques formes de paralysies laryngées :

1° La paralysie isolée et complète du muscle aryténoïdien ;

2° La paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs ou dilatateurs de la glotte d'origine nerveuse ;

3° Les paralysies unilatérales.

Puis il passe aux kystes du larynx que, contrairement à Cervesato, il croit rares, d'autant plus qu'on n'a pu recueillir jusqu'à ce jour que 117 cas. Au reste, l'auteur a déjà traité cette question plus longuement il y a deux ans.

Des deux chapitres suivants, l'un sur la laryngite sèche a déjà paru dans ce journal, l'autre sur le pronostic et le traitement de la tuberculose laryngée a été analysé dans l'*Année médicale* de cette année. Le dernier chapitre est consacré aux poussées congestives du larynx au moment de l'apparition des règles. Il ne faut pas faire d'attouchement dans le larynx aux époques menstruelles, ou si l'affection l'exige, on ne doit employer que des solutions faibles.

III. Les modes d'apparition de l'hypérémie laryngée peuvent être rattachés à trois types principaux : certains malades sont atteints d'une façon accidentelle et isolée, la poussée peut se produire une ou deux fois dans l'année. Chez d'autres, les fluxions sont successives et répétées, trois ou quatre fois par mois ; enfin, une troisième classe de sujets voit les accidents reparaître périodiquement et presque quotidiennement. Généralement, l'hypérémie laryngée a pour cause un refroidissement ; elle apparait à la suite d'une variation brusque de température ou après un séjour dans une salle surchauffée, ou encore à la suite d'inhalations de vapeurs d'éther, de chloroforme, etc.

Les fluxions laryngées se voient moins fréquemment chez les artistes féminins que chez les chanteurs ; elles se montrent chez les jeunes gens, à l'époque de la mue, chez les jeunes filles atteintes de dysménorrhée. Mais ce sont les arthritiques qui sont le plus sujets à ces poussées congestives du larynx.

On atténuera cette affection par des inhalations et des pulvérisations émollientes et légèrement astringentes ; par des attouchements laryngés avec une solution faible de chlorure de zinc ; par des compresses mouillées autour du cou ; par des purgatifs salins et des sinapismes aux extrémités, et par une potion à l'alcoolature d'aconit. Naturellement on y joindra le traitement approprié à l'état diathésique.

IV. Après avoir consacré quelques mots à l'anatomie du pharynx en général et à celle de l'amygdale pharyngienne en particulier, l'auteur dit que l'hypertrophie du pli salpingo-pharyngien se développe le plus souvent sous l'influence d'irritations locales, chez des personnes atteintes déjà d'une diathèse.

Cette affection occupe les parties latérales du pharynx en arrière des piliers postérieurs où la muqueuse apparait sous forme d'un bourrelet inégal ou d'un pli boursouflé en formant des reliefs de couleur jaunâtre, dus à des amas de granulations très rapprochées ou à l'hypertrophie simple de la muqueuse. Le malade éprouve principalement de la difficulté à avaler la salive et les liquides ; mais c'est lorsqu'il déglutit à vide que la douleur est marquée. Des troubles de l'ouïe, de l'odorat, de la voix, de la respiration même accompagnent cette affection, qui outre un traitement hygiénique et une médication générale, relève de moyens locaux tels que gargarismes (borax, chlorate de potasse, bromure de potassium) d'inhalations d'eau tiède ou de chlorydrate d'ammoniaque, de badigeonnages au tannin, au sulfate de zinc, au nitrate d'argent ; mais aucun de ces moyens n'est supérieur aux caustiques (acide chromique, pâte de Vienne, nitrate d'argent en crayon) et surtout au galvano-cautère.

V. La médication du Mont-Dore est d'une heureuse influence sur le catarrhe chronique des fosses nasales sans hypertrophie trop grande de la muqueuse ; mais il n'en est pas de même lorsque la rhinite s'accompagne d'atrophie du cornet inférieur ; dans ce cas, l'ozène qui en est la conséquence n'est nullement modifiée par le traitement thermal.

© BIU Santé

Les rhinites scrofuleuses se trouveront bien d'une saison à Challes, à Luchon ou à la Bourboule.

Les rhinites arthritiques et herpétiques, au contraire, bénéficieront d'une cure au Mont-Dore.

VI. Les concrétions observées par l'auteur avaient la forme de cupules ou de godets moulés sur les parties postérieures des fosses nasales. Elles provenaient de trois jeunes femmes atteintes d'affections cutanées. Pour M. Vérité, elles sont liées au coryza arthritique que modifie avantageusement la douche de Weber. Si des manifestations cutanées coexistent avec l'affection nasale, une cure à la Bourboule pourra être conseillée avec utilité.

VII. Rejetant toutes les classifications proposées par ses devanciers, M. Bouty expose l'étude de l'épistaxis dans les diverses maladies où elle se présente sans tenir compte des épistaxis actives, ou passives, ou par altération des vaisseaux, etc.

Rares dans le jeune âge, elles deviennent d'autant plus fréquentes qu'on approche de la puberté ; puis à mesure qu'on avance en âge, elles se montrent moins souvent, mais elles sont remplacées par un flux hémorrhoïdal où donnent naissance à des pleurésies, à des péricardites, à des péritonites, à des maladies du foie, à l'apoplexie ou à l'engorgement des viscères. L'auteur étudie tour à tour l'épistaxis dans l'hémorraphilie, le scorbut, la fièvre typhoïde, la diphtérie maligne, la tuberculose, le rhumatisme, la scarlatine, la rougeole, la variole, la cirrhose, la fièvre jaune ainsi que l'épistaxis supplémentaire des hémorrhoïdes ou complémentaires des règles.

Quelques points semblent oubliés, tels que les épistaxis dues aux varices nasales, aux ulcérations liées aux diverses rhinites, etc.

J. Baratoux.

CORRESPONDANCE

Les Instituts de la Faculté de Prague.

Prague, 1er septembre 1884.

L'Université de Prague, fondée en 1348, cinq ans avant celle d'Heidelberg, est la plus ancienne des universités allemandes ; et la faculté de médecine qui en fait partie, soutient sa vieille réputation. Partout de grands et beaux instituts ; à l'hôpital, de nombreuses cliniques. Vous connaissez déjà (*Progrès médical*, 5 juillet 1884) l'*Allgemeine Krankenhaus*, le grand et vieil hôpital de Prague, construit en 1790, comme l'indique à son frontispice une plaque commémorative, et devenu bien vite insuffisant, malgré ses huit cents lits. Nous y avons visité la clinique chirurgicale du professeur Güssenbauer ; aussi, la simple énumération des professeurs placés à la tête des cliniques et des *Abtheilungen* (services hospitaliers), achèvera de vous montrer les ressources dont dispose la faculté médicale allemande.

Le professeur *Pick*, ancien assistant de *Hebra*, possède un important service de *dermatologie*, une section de vénériens, et le bâtiment d'isolement des varioleux, toujours nombreux ici. C'est là que sont venus finir tristement les Esquimaux que nous avions vus au Jardin d'Acclimatation de Paris. La clinique d'*otiatrie* est confiée au professeur *Zouphal*, auteur de publications spéciales ; celle d'*opthalmologie* était aux mains du professeur *Hasner*, innovateur de la classification anatomo-pathologique en opthalmologie, et réputé un des meilleurs opérateurs de la cataracte. Le Hofrath professeur Hasner, élève de Fischer, le fondateur de l'école opthalmologique de Prague, n'a plus voulu rester à la tête d'un service dont une partie avait été donnée aux Tchèques ; et le Dr Schenkel, son ancien assistant, Privat docent depuis de longues années, a pris sa place il y a un an.

On compte deux *cliniques médicales*, celle du professeur Halla, bon clinicien, qui sera bientôt remplacé pour raison d'âge par le professeur extraordinaire Kahler, connu par ses travaux expérimentaux et cliniques sur les localisations cérébrales ; et celle du professeur Pribram, ancien assistant de Halla. Enfin, la clinique *gynécologique* est confiée au Hofrath prof. Breisky. Tels sont les moyens d'enseignement du Krankenhaus.

En dehors de l'hôpital, nous trouvons encore les deux cliniques *pédiatriques* de la *Findel Anstalt* (hosp. des enfants trouvés) et du Franz Josef Kinder spital, et la clinique des maladies mentales de la Land. Irren Anstalt, qu'il est question de donner au professeur Kraft Ebing de Gratz.

Les instituts sont remarquables ; celui de physiologie est sous la direction du célèbre professeur Hering, auteur d'une théorie de la perception des couleurs, *Farben Empfindung*, contraire à la théorie d'Helmholz-Young ; il a aussi publié, en collaboration avec son assistant Biedermann, récemment nommé professeur extraordinaire, de nombreux travaux sur la physiologie des muscles et des nerfs.

Le professeur de pathologie expérimentale, Knoll, connu par ses belles études sur le pneumo-gastrique, a son laboratoire dans l'institut clinique, à côté du professeur de chimie médicale Huppert. Nous allons, si vous le voulez bien, visiter un ou deux de ces instituts.

L'*institut d'anatomie pathologique*, situé à côté de *Krankenhaus*, est confié depuis trois ans au professeur Chiari, ancien assistant des professeurs Rokitansky et Heschl, à Vienne. Le professeur a pris la succession de Klebs, aujourd'hui à Zürich. Tous les jours, dans le *Hörsaal*, ont lieu les *Vorlesungen*, cours pour les élèves, avec présentation de pièces ; et, trois fois par semaine, les *Secirübungen*, ou exercices d'autopsie, faits sous les yeux du professeur. Toutes les autopsies, dont le nombre varie de 700 à 1,300 par an, sont faites à l'institut par le professeur ou les assistants, en présence des différents services, les trois assistants du professeur pour le prochain semestre sont les Drs Elbogen, Schumann-Leclercq et Dittrich.

Le manuel opératoire pour les autopsies est un peu différent du nôtre, mais ces particularités sont sans importance ; signalons, toutefois, sur la table à autopsies, la présence d'un bassin rempli d'une solution de permanganate de potasse, dans laquelle l'assistant trempe ses mains. Les autopsies, rédigées soigneusement, sont collectionnées depuis environ un demi-siècle.

Dans les sous-sols, à côté des salles où se fait la préparation des pièces pathologiques, nous trouvons la salle des morts ; chaque cadavre a un doigt passé dans un anneau suspendu à l'extrémité d'un long fil métallique ; ce système met en jeu, au moindre déplacement de l'anneau, une sonnerie électrique qui fait accourir le garçon d'amphithéâtre. Cette disposition est exigée par les règlements de police.

Les cadavres sont montés jusqu'au rez-de-chaussée au moyen d'ascenseurs, et portés à la salle d'autopsies, *Secirsaal*, qui servait primitivement d'amphithéâtre pour les cours. Devant les fenêtres sont placées trois tables en marbre, dont l'une, montée sur un charriot, peut tourner sur son axe. Aux murs, quelques dessins représentent les coupes cérébrales du Dr Pitres.

Les trois assistants ont chacun leur cabinet de travail, et, en outre, une vaste salle où se font les injections et le durcissement des pièces histologiques. Les fenêtres ont vue sur le jardin, où sont remisés les animaux destinés aux expériences. Un long corridor va d'une extrémité du bâtiment à l'autre, et sépare ces différentes pièces du Hörsaal, l'amphithéâtre où le sympathique professeur fait ses cours.

Au premier étage, au-dessus du Secirsaal, est une magnifique salle destinée aux élèves qui étudient l'histologie pathologique. Les coupes microscopiques sont faites à l'aide de microtomes mécaniques, aujourd'hui construits dans presque toute l'Allemagne ; les principaux constructeurs sont Katsch, à Munich ; Schanze, à Leipzig ; le Dr Long, à Breslau ; Rothe, à Prague.

Quatre chambres et des microscopes sont mis à la disposition des docteurs étrangers. Une chambre hermétiquement close et dont la température est maintenue à un niveau constant, sert pour la culture des bactéries. Enfin, dans une dernière pièce, servant de cabinet au professeur, nous remarquons une bibliothèque riche en ouvrages d'anatomie pathologique. Au-dessus du Hörsaal, se trouve le musée pathologique, avec 3,800 préparations contenues dans deux grandes salles donnant sur la rue ; on y admire une magnifique collection de bassins viciés, parmi lesquels nous citerons les *Prager Becken*. On dé-

© BIU Santé

crit sous ce nom deux variétés de déformations : des bassins spondylolysthésiques, et le *Zigeuner Becken*, rétréci suivant le diamètre transversal, trouvé sur une femme Tzigane morte à l'ancien Gebœrhaus, et décrit par le professeur Seiffert.

Dans l'institut se trouve encore la salle d'autopsies du professeur de médecine légale Maschka, et, dans les sous-sol, qui sont de plein-pied avec le jardin, l'institut pharmacologique du professeur Hofmeister.

En face de l'institut d'anatomie pathologique, nous voyons l'institut anatomique, grand et beau bâtiment construit en 1877, et sur lequel il serait peut-être malaisé de formuler une critique.

Dans les sous-sols sont des chambres pour la préparation et la macération des pièces anatomiques, pour les appareils à ventilation, etc. Au-dessus des sous-sols, le *Hörsaal*, magnifique amphithéâtre où le professeur Told enseigne l'anatomie ; puis deux longues salles de dissection avec cinq tables de marbre, de grandes fenêtres, et des placards à l'usage des étudiants. Chaque année, l'institut dispose d'environ 200 cadavres ; le professeur est aidé par deux assistants, les Drs Della Rosa et Rex, et par deux étudiants *demonstratoren*. Les élèves ont la faculté d'étudier pendant et après la dissection dans une salle spéciale. Plus loin est la bibliothèque de l'institut anatomique. La plupart de ces pièces donnent sur des jardins.

Sur la façade, le musée occupe deux salles vastes et bien éclairées ; dans les vitrines, un grand nombre de préparations remarquables des professeurs Hirschl et Bochdaleck ; une collection de cerveaux destinés à l'étude du développement de cet organe, et préparés par le Dr Luigi Della Rosa, qui fait gracieusement les honneurs de l'institut. Intéressante est la collection crâniologique, qui comprend un grand nombre de crânes tchèques ; on y remarque le moule des crânes des rois Wenzel I et Wenzel II, et celui de la reine Elisabeth. Ces crânes rappellent les crânes trochocéphales d'auvergnats que possède le Muséum de Paris. Nous avons également vu, en passant, des crânes d'assassins, un crâne naphocéphale, deux crânes trigonocéphales, un bel échantillon de crâne dolicocéphale par soudure de la suture bi-pariétale, don du professeur Breisky. Sur un crâne, une suture parallèle à la suture bi-pariétale divise le pariétal droit dans toute son étendue en deux parties égales ; un autre crâne, atteint d'hypérostose, présente des parois de 3 centimètres d'épaisseur : les cavités nasales sont effacées, les cavités orbitaires et crânienne fort exiguës ; il est impossible d'introduire le petit doigt dans le trou vertébral. Plus loin, se trouve le crâne d'un géant herzégovinien, etc., etc. Je ne puis vous énumérer toutes les richesses de ce musée, où j'ai passé un temps fort long. Remarquons, cependant, dans une vitrine, un schema gigantesque du Dr Arby, représentant au moyen de fils de fer la direction des fibres nerveuses dans l'encéphale et la moelle. Au second étage, nous traversons une série de salles consacrées à l'ostéologie comparée, à l'embryologie, ainsi qu'aux *Missbildungen* (malformations). A côté sont les *Microscopirsœle*, fort grandes, bien éclairées, et le Hörsaal où le professeur Sigmund Meyer fait les cours d'histologie normale.

Dr Jules DAGONET.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine clinique ; par M. le professeur J. SÉE et le Dr LABADIE-LAGRAVE. — **De la phtisie bacillaire des poumons** ; par le professeur G. SÉE. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

M. le professeur Sée, en concevant l'idée d'écrire une encyclopédie médicale qui comprendra dix-neuf volumes, renfermant toute la pathologie interne, a cherché à répondre à de nombreux desiderata ; il a voulu faire une série de volumes exposant sur chaque point particulier l'état actuel de la science, les dernières découvertes, donner à la clinique la place prépondérante qui lui revient de droit, mais aussi l'aider de tous les moyens que lui fournissent les autres sciences ; emprunter à ces sciences non seulement bien des données, mais souvent même certains procédés de technique, enseigner en un mot la médecine telle qu'il faut la comprendre aujourd'hui. Le titre du premier volume qui vient de paraître suffit pour montrer les tendances du professeur.

C'est qu'en effet, aujourd'hui, il n'est plus qu'une caractéristique de la phtisie, c'est le bacille, sans lequel l'anatomie pathologique, bien souvent, ne peut rien affirmer, et qui, dans bien des cas, peut seul venir en aide à la clinique hésitante jusqu'alors. C'est donc par l'étude du bacille tuberculeux que M. Sée commence. Mais avant d'étudier cet organisme, l'auteur, qui s'adresse au public médical encore peu au courant des questions de microbiologie, a voulu faire dans une première partie une étude biologique générale des microorganismes. Après avoir indiqué les principales données que fournit l'étude des microbes, en donnant une large place aux travaux les plus récents, l'auteur passe à l'étude des microphytes pathogènes, en insistant avec détail sur l'histoire du bacille tuberculeux.

Dès lors, étant connue la cause de la tuberculose, M. Sée étudie les lésions résultant de la pénétration et du développement du bacille dans l'organisme, « c'est-à-dire les diverses formes et modalités du tubercule, lésion d'ailleurs susceptible d'interprétations diverses et qui ne présente pas de véritable caractéristique ». La granulation et son évolution sont étudiées en détail, puis les lésions qu'elle produit sont exposées, depuis la simple bronchite jusqu'à la formation des cavernes ou la transformation scléreuse. Toutes ces lésions, quels que soient leur forme, leur aspect, n'ont qu'une seule caractéristique : le bacille. C'est par l'étude des diverses causalités de la maladie que la démonstration peut être établie. L'expérimentation permet de faire la preuve ; les principaux parmi les multiples travaux publiés sur ce point sont résumés et rendent la démonstration très claire.

Mais l'action pathogène du bacille introduit expérimentalement dans l'organisme étant démontrée, l'auteur, sous la rubrique causalités externes, étudie l'origine du bacille, son mode de propagation d'un organisme malade à un organisme encore indemne. La transmission par l'atmosphère est un des modes possibles de contamination, et à ce sujet, M. Sée, passant en revue les conditions atmosphériques phtisiogènes, reproduit les derniers résultats qu'a fournis l'étude des germes atmosphériques. La contamination par le lait, les aliments divers, etc., est ensuite étudiée, puis les divers modes de contagion sont exposés et discutés ; l'influence de la scrofule, de l'hérédité est mise en lumière et interprétée d'après les données actuelles. Les causalités physiologiques ou pathologiques constituent la prédisposition qui « serait la faculté inégale selon les individus de subir l'infection bacillaire » ; elles reconnaissent bien des causes diverses qui sont exposées en détail.

Cette longue étude, indispensable pour comprendre la tuberculose ainsi qu'elle doit l'être aujourd'hui, étant achevée, M. Sée entre de plain-pied dans l'étude clinique de la maladie. Il établit quatre formes : 1° les *phtisies latentes*, par leurs signes physiques, ne se révélant que par l'examen microscopique des crachats. Cette forme peut revêtir les aspects les plus divers, simuler la chlorose, la dyspepsie, etc. ; toutes ces modalités sont étudiées en détail.

A côté de ces troubles généraux, les accidents locaux se traduisent par une série de symptômes fonctionnels pouvant même ne pas être accompagnés de signes physiques caractéristiques. L'hémoptysie est bien souvent dans ce cas ; l'auteur expose ses diverses formes, son diagnostic différentiel. A propos de la forme quinteuse, M. Sée étudie la physiologie de la toux et l'applique à l'étude clinique de la toux tuberculeuse. Suivant la même méthode, avant de faire l'exposé des résultats fournis par l'auscultation dans la phtisie, le professeur étudie ce qu'est l'auscultation en général, la signification, le mode de production du murmure vésiculaire, ses modifications, etc. Partant alors de ces données physiologiques, il étudie ses variations pathologiques, surtout dans la tuberculose.

Arrivant alors à l'étude des *phtisies avérées*, M. Sée étudie de la même manière l'auscultation de cette période en la comparant à l'auscultation normale. Les divers râles, leur mode de production, leur signification, leur nature, etc., sont étudiés avec soin, et les dernières recherches publiées sur ce point, exposées avec détail. Il en est de même

© BIU Santé

pour la percussion ; les divers sons de percussion sont classés, d'après Traube, en sons tympaniques, sous-tympaniques, mats et sons de résonnance : chacune de ces variétés est expliquée et interprétée cliniquement. C'est en somme un vrai petit traité d'auscultation et de percussion conçu sur un plan neuf et avec les idées modernes.

L'utilité de la recherche des bacilles dans les crachats, avantageuse dans tous les cas, et nécessaire dans les formes latentes ainsi que la constance de la présence des bacilles dans les cas avérés (2.417 fois sur 2.509 cas ; statistique de Fergusson, juin 1883) sont démontrées par une série d'observations, dont plusieurs recueillies dans le service du professeur.

La troisième catégorie se rapporte aux *phtisies larvées*, c'est-à-dire à toutes les formes de phtisies qui peuvent simuler une autre maladie des organes respiratoires ou circulatoires, ou bien encore aux phtisies génito-urinaires que l'on peut prendre pour des lésions autres de ces organes. Les diverses formes, les variétés de cette grande catégorie de phtisies sont exposées avec soin et la preuve est faite de la nécessité de la recherche des bacilles dans les crachats ou produits expulsés, comme seul moyen de poser, dans bien des cas, un diagnostic certain.

Un quatrième groupe comprend les *phtisies avancées*, mais dont les signes pourraient être attribués à une autre maladie. La phtisie confirmée cavitaire a une séméiologie toute spéciale qui est étudiée avec soin. Signalons en passant la réaction rouge orange, indiquée récemment par Ehrlich et que fournissent les urines des phtisiques avancés, — ainsi d'ailleurs que celles des typhiques, — en présence de l'acide sulfanilique additionné d'acide nitreux et de nitrate de soude. Le diagnostic différentiel de la nature des cavernes est fait avec détail. La phtisie miliaire aiguë est ensuite étudiée cliniquement et expérimentalement.

L'hygiène se déduit facilement de l'exposé pathogénique fait au début du livre ; l'étude de la préservation atmosphérique, alimentaire, individuelle, et surtout l'hygiène des faibles et des prédisposés, sont traités en plusieurs pages.

La thérapeutique de la phtisie occupe une place très importante ; elle est conçue d'une façon absolument moderne. La thérapeutique climatérique est étudiée en premier lieu : les climats maritimes, les climats d'altitude, leurs effets, leurs modes d'action et leurs indications sont indiqués et appréciés à leur juste valeur. Quant à la thérapeutique pharmacologique, avant d'examiner en détail chacun des principaux médicaments préconisés dans la phtisie, M. Sée établit les indications générales du traitement ; il les range sous quatre chefs : 1° Il faut d'abord empêcher les parasites de vivre, de se multiplier et de se généraliser ; on y arrivera à l'aide de *moyens antiparasitaires*. — 2° Il faut que cet agent destructeur du parasite soit reconstituant de l'individu ; l'antivirulent doit être un *moyen trophique*. — 3° Si l'antivirulent ne peut être trophique, au moins doit-il être un *médicament respiratoire*. — 4° Tout moyen de traitement qui ne répond pas à l'une de ces deux indications est imparfait, mais il peut être encore utile s'il est un *aliment médicamenteux*.

La première série des médicaments comprend ceux qui sont à la fois antiparasitaires, trophiques et respiratoires : l'iode, l'iodoforme, les iodures et les alcalins sont dans ce cas ; l'arsenic est un faible antiparasitaire, mais un puissant moyen d'épargne et un médicament respiratoire actif. Dans la seconde série, M. Sée range tous les médicaments trophiques : les graisses neutres, l'huile de foie de morue, la glycérine et le lait, la gélatine, l'alcool et ses dérivés. La troisième série renferme les oxydants, les acides aromatiques : l'oxygène, l'ozone, l'acide benzoïque, la créosote, les térébenthines ; enfin, le soufre, les sulfures qui agissent sur les sécrétions, puis le phosphore et les hypophosphites. Chacun de ces médicaments est étudié en grand détail ; l'iodothérapie occupe un long chapitre ; les moyens d'épargne ne sont pas étudiés avec moins de développements. L'histoire du quatrième groupe : les aliments minéraux, est faite également avec grand soin. Enfin, dans un dernier chapitre fort long aussi, le professeur étudie le traitement de chacune des formes de phtisie, les diverses indications qu'elles présentent, le mode d'action de chaque substance dans tel ou tel cas ; tous les médicaments proposés pour la curation de la phtisie sont successivement indiqués et jugés après long examen.

Tel est ce livre dont nous avons tenu à indiquer à grands traits l'économie générale : les faits s'y pressent extrêmement nombreux et ayant été généralement publiés tout récemment ; les théories ne viennent qu'ensuite, et encore elles s'appuient toujours sur de nombreux faits ; le tout est exposé avec une forme concise, des divisions nombreuses rendant, surtout pour ceux qui ont besoin de lire pour apprendre, le travail facile et rapide. Le livre de M. Sée, en effet, est un livre d'enseignement ; on ne saurait trop le recommander à tous ceux, élèves ou docteurs, qui veulent se mettre rapidement au courant de la science sur cette grave et si complexe question de la phtisie pulmonaire, et par là être capables d'instituer une thérapeutique utile et réellement scientifique. L. CAPITAN.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Trousse pour injections sous-cutanées.

L'apparition du *Manuel des injections sous-cutanées* de Bourneville et Bricon et la publication de la 4e édition de la *Médication hypodermique* de Bartholow, écrit *The British medical* (12 janv. 1884), a donné l'idée à MM. Burroughs et Welcome de faire construire une trousse, portative pour ces injections. Cette trousse dont *The British medical Journal* donne le modèle que nous reproduisons, se compose (*fig.* 112),

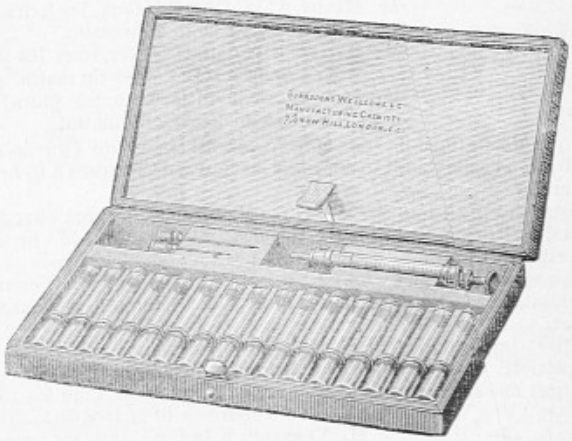


Fig. 112.

outre la seringue, d'un certain nombre de tubes renfermant des tablettes hypodermiques de Wyeth ; ces tablettes, dont nous regrettons de ne pas voir l'usage se généraliser en France, sont constituées par un alcaloïde mêlé à une quantité suffisante de sulfate de soude pour obtenir la consistance voulue ; il suffit, au moment de l'emploi de faire fondre une de ces tablettes dans un peu d'eau. On comprend combien par ce moyen la rapidité de l'injection peut être augmentée sans compter les avantages qui résultent pour le praticien d'avoir toujours une collection des principaux alcaloïdes à sa portée.

VARIA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885).

Cours d'hiver.

Les Cours du semestre d'hiver ont lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 Novembre 1884.

Physique médicale : M. GAVARRET. — Phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. — Lundi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — M. GARIEL, agrégé-suppléant : Notions sommaires de mécanique appliquée. — Acoustique. — Chaleur. — Optique géométrique. Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit Amphithéâtre).

© BIU Santé

Pathologie médicale : M. Peter. — La scrofule, la tuberculose, le rhumatisme, la goutte, la chlorose. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie : M. Sappey. — Les os, les articulations, les muscles, les vaisseaux et les nerfs, considérés au point de vue de l'anatomie spéciale et générale, de l'anatomie philosophique et de l'anatomie topographique. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Chimie médicale : M. Gautier (Armand). — Chimie organique et biologique. Mardi, jeudi, samedi, à midi (Grand Amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale : M. Lannelongue. — De la chirurgie des membres. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Opérations et Appareils : M. Duplay. — Traitement des maladies de l'appareil locomoteur. — Opérations qui se pratiquent sur les os, les articulations et les muscles. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Histologie : M. Robin. — Etude des éléments anatomiques et des tumeurs (1re partie du programme imprimé). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie pathologique : M. Cornil, — Lésions du système cardio-vasculaire, du système lymphatique, du système nerveux et du système digestif. Lundi, mercredi, à 5 heures, Faculté (Petit Amphithéâtre). Vendredi, à 1 heure 1/2 (Ecole pratique). — Autopsies par M. Cornil, tous les jours, à 10 heures (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu).

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie : M. Laboulbène. — Celse et la médecine romaine. — Histoire des découvertes en médecine et en chirurgie. — Biographie et bibliographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Conférences de Médecine légale pratique : M. Brouardel. Conférences de médecine légale pratique. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques.

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. Hardy, à la Charité, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. Potain, à l'hôpital Necker, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. Jaccoud, à la Pitié, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies des enfants : M. Joffroy, agrégé chargé du cours, à l'Hospice des Enfants Assistés, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'Hôpital Saint-Louis, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies du système nerveux : M. Charcot, à la Salpêtrière, tous les jours de 8 heures à 10 heures du matin.

Cliniques chirurgicales : M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. Verneuil, à la Pitié, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. Trélat, à la Charité, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. Lefort, à l'hôpital Necker, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique d'accouchements : M. Pajot, à la Clinique de la Faculté, de 8 heures à 10 heures du matin.

Cours auxiliaires.

Cours auxiliaire de pathologie interne : M. Debove. — Maladies des appareils circulatoire et respiratoire. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (*Amphithéâtre Laënnec*).

Cours auxiliaire de pathologie externe : M. Bouilly. — Maladies des os, maladies de la tête (y compris les yeux et les oreilles), maladies du rachis et de la moelle épinière. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (*Amphithéâtre Laënnec*).

Cours complémentaires.

Cours complémentaires de chimie : M. Hanriot, agrégé. — Les métalloïdes. — Mercredi, à 4 heures (*Petit Amphithéâtre*).

Cours complémentaires d'histoire naturelle médicale : M. Raphaël Blanchard, agrégé. — Zoologie médicale : Etude des vertébrés et des arthropodes intéressant la médecine. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (*Grand Amphithéâtre*).

Cours complémentaires d'accouchements : M. Budin, agrégé. — Anatomie obstétricale du bassin. — Grossesse régulière. — Accouchement normal. — Délivrance simple — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (*Petit Amphithéâtre*).

Cours complémentaires de physiologie : M. Rémy, agrégé. — Reproduction. — Digestion. — Sécrétions. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (*Grand Amphithéâtre*).

Cours complémentaires d'anatomie pathologique : M. Straus, agrégé. — Anatomie pathologique générale. — Maladies causées par les bactéries. — Inflammation. — Dégénérescences. — Néoplasmes. — Jeudi, à 2 heures (*Ecole pratique*, rue Vauquelin).

Travaux pratiques.

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, chef des Travaux anatomiques. — Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de midi à 4 heures.

Anatomie : Cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Organes génito-urinaires. — Centres nerveux. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures et demie (*Ecole pratique*, rue Vauquelin).

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des Travaux. — Exercices pratiques : Zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série) ; mardi et samedi (2e série), de 9 h. à 11 h.

Chimie médicale : M. Hanriot, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, mercredi, jeudi, de 8 heures à 10 heures 1/2.

Physique médicale : M. Gernhard, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des Travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Tous les jours, à 2 heures (*Ecole pratique*, rue Vauquelin, laboratoire d'anatomie pathologique).

Histologie : M. Cadiat, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histologie (Voir pour les jours et heures, l'affiche spéciale d'ouverture qui paraîtra prochainement).

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale. — Travaux pratiques : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques : anatomie, histologie, physiologie.

Troisième année : Anatomie, histologie, anatomie pathologique, physiologie, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques : stage hospitalier, anatomie, histologie, physiologie.

Quatrième année : Pathologie interne, pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales. — Travaux pratiques : stage hospitalier, médecine opératoire, anatomie pathologique.

Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 heures et demie à 10 heures.

Inscriptions. Formalités à remplir.

I. *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, dans le cabinet du Doyen, du mercredi 15 octobre au samedi 15 novembre inclus. Le dossier scolaire de ces Elèves sera constitué conformément aux règles établies ci-dessous (articles 3 et 23 du décret en date du 30 juillet 1883). Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'Etudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des Droits universitaires.

II. *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883 fixant le régime des Cours dans les Facultés et Ecoles supérieures de plein exercice et préparatoires). — Art 1er. — Un règlement préparé par la Faculté ou Ecole et approuvé par le Recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscriptions à chaque trimestre. Les bacheliers reçus à la session de novembre, et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception

© BIU Santé

ou leur libération. Il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Le registre est clos par le Doyen ou par le Directeur et visé par le Recteur de l'Académie ou par son délégué.

Art. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'Etudiant ne peut en aucun cas faire prendre ses inscriptions par un mandataire. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Recteur peut, sur l'avis de la Faculté ou de l'Ecole, accorder l'autorisation de prendre une inscription après clôture du registre. Pour des motifs graves, après avis conforme de la Faculté ou Ecole, le Recteur peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions de droit, de médecine et de pharmacie, avant le 15 janvier. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou Ecole après le 1er janvier. En aucun cas, l'Etudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Art. 3. — Tout Etudiant qui se présente pour prendre sa première inscription dans un établissement d'enseignement supérieur est tenu de déposer : 1° Son acte de naissance; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur ; 3° Les diplômes exigés par les règlements.

Les aspirants au Doctorat doivent produire les diplômes suivants (Décret du 20 juin 1878) : 1° Baccalauréat ès lettres ; 2° Baccalauréat ès sciences (complet ou restreint ou de l'enseignement secondaire spécial); 3° Les aspirants à l'Officiat doivent (Décret du 1er août 1883), à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat d'examen de grammaire, complété par un examen portant sur les éléments de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial. Toutefois, en ce qui concerne l'examen complémentaire du certificat de grammaire, il a été décidé (Circulaire ministérielle du 9 octobre 1883) que, durant une période de deux ans, qui prendra fin le 1er novembre 1885, des dispenses pourront être accordées sur l'avis motivé de la Faculté ou Ecole, aux étudiants qui ont subi l'examen de grammaire avant le 1er août 1883.

Art. 4. — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté ou Ecole.

Art. 6. — Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine, l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée sans recours par la Faculté ou Ecole à laquelle apartient l'étudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : 1° Son acte de naissance ; 2° Un certificat de scolarité, délivré par le Doyen ou Directeur et visé par le Recteur; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournement, stage, travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis d'une Faculté à une autre, par les soins du Recteur. En cas de refus du Doyen ou Directeur de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquête.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté ou Ecole, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté ou Ecole.

Les aspirants *officiers de santé* ne pourront, dans aucun cas, convertir en inscriptions de Doctorat, pendant la durée de leurs études, les inscriptions qu'ils auraient déjà prises. Aucune concession d'inscriptions de Doctorat, correspondant à un certain nombre d'inscriptions d'Officiat, ne sera accordée (Décret du 20 juin 1878 et arrêté du 20 juillet 1882).

Fin de l'ancien régime d'études médicales.

A partir du 1er novembre 1885, le nouveau régime d'études médicales établi par décret du 20 juin 1878 sera seul en vigueur.

Dispositions transitoires : La circulaire ministérielle suivante, adressée aux recteurs (26 avril 1884), indique : 1° Les principales catégories dans lesquelles pourront se trouver les élèves appartenant à l'ancien régime qui, au 1er novembre 1885, n'auront pas terminé leurs études ; 2° Les dispositions qu'il y aura lieu d'appliquer à ces élèves.

Monsieur le Recteur, le règlement d'administration publique en date du 20 juin 1878, relatif aux études de Doctorat en médecine, décide que, à partir du 1er novembre 1885, le régime établi par ce décret sera seul en vigueur. Il convient de déterminer quelle sera la situation des Etudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études. Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer :

I. Etudiants qui, ayant subi le premier examen de fin d'année, seront pourvus de quatre à huit inscriptions. — (Ces étudiants devront subir le premier examen probatoire avant de poursuivre leurs études).

II. Etudiants qui, ayant subi le 2e examen de fin d'année, seront pourvus de douze inscriptions, sans avoir subi le 3e examen de fin d'année. — (Ces Etudiants devront, suivant le nombre des inscriptions qu'ils possèdent, subir le 1er examen, ou le 1er examen et la 1re partie du 2e examen, avant d'être admis à continuer leur scolarité).

III. Etudiants pourvus de douze à seize inscriptions, et qui auront subi le 3e examen de fin d'année. — (Ces Etudiants seront autorisés à prendre régulièrement, aux époques trimestrielles réglementaires, les dernières inscriptions et à passer leurs examens après la seizième).

IV. Etudiants pourvus de seize inscriptions et n'ayant subi aucun examen probatoire. — (Ces Etudiants subiront tous les examens dans l'ordre prescrit par le décret du 20 juin 1878).

V. Etudiants pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès un ou plusieurs examens probatoires d'après l'ancien régime. — (Ces Etudiants conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et, pour les autres, seront soumis au nouveau programme dans l'ordre indiqué par le décret du 20 juin 1878),

VI. Etudiants qui, en juillet 1885, auront été ajournés au 3e examen de fin d'année ou à un examen probatoire, ou, en général, qui seront sous le coup d'un échec à la fin de l'année scolaire 1884-1885. — (1° Les Etudiants ajournés au 3e examen de fin d'année en juillet 1885 ou qui seraient sous le coup d'un échec à cet examen, à la fin de l'année scolaire 1884-1885, auront la faculté de se présenter de nouveau au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire avant le 1er novembre. — D'après le résultat de l'examen, ils seront rangés, soit dans la 2e, soit dans la 3e catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie ; 2° Les élèves ajournés à un examen probatoire au mois de juillet 1885, ou qui seraient sous le coup d'un échec à la fin de l'année 1884-1885, conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et seront assimilés aux étudiants de la 5e catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie).

Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les Doyens et Directeurs des Facultés ou Ecoles de votre ressort académique et de veiller à leur exécution.

1er trimestre de l'année scolaire 1884-85. — Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

I. *Inscriptions* : Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 15 octobre. Il sera clos le vendredi 21 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi: 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17, samedi 18, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25, mercredi 29, jeudi 30, vendredi 31 octobre, et les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7 novembre. — 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, mercredi 19, jeudi 20 et vendredi 21 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions des 3e et 4e années de doctorat et des 2e, 3e et 4e années d'Officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du lundi 10 novembre 1884. — *Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux* : MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1883-1884. — Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens* : Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés à partir du 13 octobre, les lundi et les mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le 1er examen de doctorat (nouveau régime) et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 13 et le mardi 14 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

III. *Travaux pratiques* : Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant

© BIU Santé

au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite : 1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ; 2° Les docteurs français ; 3° Les docteurs et étudiants étrangers à la faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois. (Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. *Cartes d'étudiant* : Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1884-85, seront délivrées au secrétariat de la faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Ecole pratique.

Année scolaire 1884-85. — *Exercices de dissection*. (Sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques).

Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du mercredi 5 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon. — A. Les étudiants de 1re année ne prennent pas part aux travaux anatomiques. B. Les exercices de dissection sont obligatoires, pour tous les étudiants de 2e et de 3e année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets. C. Pour les autres étudiants et les docteurs les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique); 2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 2, rue Vauquelin, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° Sa feuille d'inscription mise à jour, par le secrétariat de la faculté ; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'école pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Bibliothèque. — La bibliothèque de l'école est ouverte depuis le 16 octobre aux jours et heures ordinaires.

Choléra.

L'épidémie est en décroissance en *Italie* ; il y a eu une légère recrudescence à *Naples* ; on ne signale aucun nouveau foyer de quelque importance.

En *France* le choléra ne fait plus que quelques rares victimes, à *Toulon*, *Marseille* et *Perpignan* il n'a été plusieurs fois enregistré ni cas ni décès cholérique dans les 24 heures. Les deux cas que plusieurs journaux avaient signalés dans le département de la *Corrèze* ne seraient d'après l'enquête médicale que deux cas d'empoisonnement par les champignons.

A *Oran* et à *Bône* l'épidémie est aussi en décroissance.

En *Espagne* le nombre des cas a de même considérablement diminué.

Paris.—L'état sanitaire continue à être excellent ; aucun cas de *choléra asiatique* n'a été signalé. — L'Assistance publique a fini par comprendre qu'il était profondément ridicule de laisser sans usage l'hôpital Bichat en vue des cholériques, ainsi que des salles dans divers hôpitaux. Elle vient de donner des ordres pour que l'hôpital Bichat et ses salles soient rendus aux malades ordinaires. Nous reviendrons sur ce sujet dans notre prochain numéro.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Les pansements antiseptiques devant les tribunaux allemands.

Un domestique recevait, en avril dernier, un coup de couteau dans la poitrine. Il fut traité, dès le début, par un médecin praticien, le Dr N... qui, dédaignant la méthode antiseptique, le soigna selon les anciennes méthodes. Le 30 avril, le malade succombait de septicémie. Le Dr N... poursuivi, en vertu de l'art. 222 du Code pénal pour mort par négligence, fut condamné par le tribunal correctionnel qui déclara que tout médecin praticien doit se tenir au courant des progrès accomplis par la science, qu'il doit avoir une connaissance exacte des traitements employés à son époque, et que par suite, dans le cas spécial, le traitement mis en usage par le Dr N... pouvait avoir occasionné la mort du blessé. La Cour d'appel confirma, en date du 3 juillet, ledit jugement. Il a été appelé de ce dernier jugement. Sans connaître les détails de la cause, nous ne serions pas éloigné, malgré les protestations de certains organes de la presse médicale allemande, de partager l'opinion des tribunaux qui ont condamné le Dr N..., en ce qui concerne l'obligation pour tout médecin de se tenir au courant des progrès modernes.

Dans ces conditions, il serait difficile à M. Desprès d'appliquer en Allemagne ses pansements septicémiques. Il perdrait vite les bénéfices que lui procure chacune de ses lettres contre la laïcisation.

Le médecin est-il obligé d'obtempérer au réquisitoire de l'autorité.

Il est important, dit le *Scalpel*, que chacun soit fixé sur la portée de cette question. Or voici un jugement qui lui donne une solution qui sera accueillie avec joie par beaucoup de praticiens. Jugement rendu par M. le suppléant du juge de paix de Montaigne, le 31 mai 1884, en faveur du Dr Alfred Gouin (de Montaigne) lequel, le 7 mars 1884, avait refusé d'obtempérer à une réquisition de M. le juge de paix de cette localité.

Le tribunal, vu le procès-verbal sus-daté, ouï le prévenu en ses explications et le ministère public en ses conclusions ; — Attendu que la médecine légale est une science qui exige des études spéciales ; que chaque tribunal civil doit avoir un médecin légiste assermenté ; — Attendu que la loi ne peut être attentatoire et à la liberté et à la dignité du médecin qui ne veut pas être expert ou n'en a pas la capacité ; que le législateur a agi équitablement en ne précisant pas une obligation absolue pour cette fonction ; — Attendu que, si l'autorité judiciaire a le droit de requérir le sieur Gouin en sa qualité de citoyen français, elle n'a pas le droit de le requérir à titre de médecin légiste ; — Par ces motifs, renvoyons le prévenu des fins de la poursuite, sans amende ni dépens.

Enseignement médical libre.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — M. le Dr Baratoux, 17, rue Séguier. Mardi et samedi de 4 à 6 heures. Examen des malades et exercices pratiques. Conférences cliniques sur l'otologie et la laryngoscopie à partir du 2 décembre. Cours complet en deux mois.

Cours d'accouchements de MM. Bar et Auvard. — M. Auvard commencera le cours le lundi 3 novembre. Les leçons auront lieu chaque jour à 4 heures 1/2, 5, *rue du Pont-de-Lodi*. Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. le Dr Auvard les lundi, mercredi et vendredi de 1 à 2 heures, 21, rue de Lille.

Cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire. — Le Dr H. Picard commencera ce cours le vendredi 17 octobre à 5 heures, 13, *rue Suger*, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 8 octobre au jeudi 9 octobre 1884, les naissances ont été au nombre de 1188, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 443; illégitimes, 150. Total, 593. — *Sexe féminin* : légitimes, 403 ; illégitimes, 182. Total, 585.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 3 octobre au jeudi 9 octobre 1884, les décès ont été au nombre de 852, savoir : 483 hommes et 369 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12. F. 7. T. 19.—Variole : M. 1. F. 1. T. 2. — Rougeole : M. 6. F. 8. T. 14. — Scarlatine : M. 1. F. 2. T. 3. — Coqueluche : M. 3. F. 4. T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 12. F. 8. T. 20. — Dyssenterie : M. .. F. .. T. .. — Erysipèle : M. 2. F. . T. 2. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. 1. F. .. T. 1. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 17. F. 14. T. 31. — Phthisie pulmonaire : M. 112. F. 53. T. 165. — Autres tuberculoses : M. 12. F. 3. T. 15. — Autres affections générales : M. 22. F. 28. T. 50. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 11. F. 24. T. 35. — Bronchite aiguë : M. 7. F. 9. T. 16. — Pneumonie : M. 22. F. 21. T. 43. — Athrepsie : M. 51. F. 44. T. 95. — Autres maladies des divers appareils : M. 168. F. 129. T. 297. — Après traumatisme : M. .. F. .. T. .. — Morts violentes : M. 23. F. 9. T. 32. — Causes non classées M. .. F. .. T. ..

Mort-nés et morts avant leur inscription : 93 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40 ; illégitimes, 11. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 32 ; illégitimes, 10. Total : 42.

© BIU Santé

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Il sera procédé le jeudi 30 octobre, dans une des salles de la mairie du VIIe arrondissement à l'élection dn médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— M. CH. QUENTIN, ancien directeur de l'Assistance publique, a été nommé percepteur à Paris (2e division du Ve arrondissement, 1re classe).

— M. BINOUD, préfet de Meurthe-et-Moselle, serait, dit-on, nommé directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

NÉCROLOGIE. — *The Practitioner* annonce, dans son numéro d'octobre, la mort de l'un de ses collaborateurs, le Dr John NETTEN RADCLIFFE. Le Dr Radcliffe était l'un des hygiénistes les plus distingués de l'Angleterre. Il a fait de nombreuses recherches sur le choléra à propos des épidémies de Turquie (1875), de Londres (1865). Ses travaux lui avaient valu d'être nommé inspecteur près du *Privy Council Office*. On lui doit aussi des recherches sur les relations entre l'érysipèle et la pyémie, sur la propagation de la fièvre par le lait, sur les moyens de prévenir les inconvénients provenant des déjections des vidanges, etc. — Le *Concours médical* annonce la mort du Dr HUARD (de Brest), celle du Dr FROC (de Sermaines-Loiret). — La *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, nous apprend la mort du Dr PASSAMA (de Perpignan), il était âgé de 86 ans. — Le Dr Louis MAZZA, directeur d'un hospice des incurables, dont il était le fondateur, est mort le 4 courant à Pizzighettone (province de Crémone), d'une attaque de choléra. — Nous apprenons le décès, à l'âge de 44 ans, du Dr BRUGEROLLE, sénateur du Cantal.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

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

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

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES FOSSÉS-ST.-JACQUES.

BOURNEVILLE ET BRICON. Manuel des injections sous-cutanées. Un vol. in-32 de 210 p. — Prix cartonné : 3 fr. ; broché : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, cartonné : 2 fr. 50 ; broché 2 fr.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. —

Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du **Dr Clin.**

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées

délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :

Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

RAYMOND. De la puerpéralité. Volume in-8 de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 4 fr.

BLANCHARD (R.). De l'anesthésie par le protoxyde d'azote, par la méthode du professeur P. Bert. Un vol. de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la Coca envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de Coca. L'Elixir, le Vin et les Pastilles de Coca de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'Elixir de Coca de J. Bain est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*. — Le Vin de Coca de J. Bain est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *névralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE (Rapport présenté par M.), au nom de la 8e commission (*Assistance publique. Mont-de-Piété*), sur les dépenses de l'Assistance publique pour 1882 (Projet et Budget, chap. XX, chap. XXI, art. 10, et Projet de Budget spécial de l'Assistance publique. Broch. in-4 de 111 pages. Prix . . . . . 2 fr. 50 c.

COTARD. — Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse. Broch. in-8 de 7 pages. Prix : 50 c. Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 35 c.

RAYMOND (F.) et ARTAUD (G.). — Contribution à l'étude des localisations cérébrales (Trajet intra-cérébral de l'hypoglosse). Brochure in-8 de 43 pages, avec 5 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50 c. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr.

JOSIAS (A.). De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées. Vol. in-8 de 65 pages avec trois courbes de températures. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

KELLER (Th.). De la céphalée des adolescents. Brochure in-8 de 32 p. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

KELSCH (A.). Les affections du foie en Algérie et les Variations de l'urée. Brochure in-8 de 32 p. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés 75 c.

KELSCH (A.) Note pour servir à l'histoire de l'endocardite ulcéreuse. Brochure in-8 — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos abonnés. . 35 cent.

KELSCH et WANNEBROUCQ. Note sur deux cas de sarcome du péritoine et du tissu cellulaire rétro-péritonéal. Brochure in-8° de 11 p. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . . 35 c.

KELSCH et WANNEBROUCQ. Contribution à l'histoire des localisations cérébrales. Brochure in-8° de 18 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

KOJEVNIKOFF (A.). Cas de sclérose latérale amyotrophique. (Dégénérescence des faisceaux pyramidaux se propageant à travers tout l'encéphale.). Brochure in-8 de 23 pages avec 3 planches hors texte. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 70

LABADIE-LAGRAVE et DERIGNAC. — Otorrhée; pseudo-méningite (Guérison subite pendant un voyage à Lourdes). Brochure in-8 de 11 pages. — Paris : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

LANDOLT (E.). Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux, faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris pendant le semestre d'été de 1875, recueillies par CHARPENTIER. Paris 1877. Vol in-8 de 204 pages. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 4 fr.

LANDOUZY (L.). De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête par excitation ou paralysie des 6e et 11e paires, leur valeur en séméiotique encéphalique, leur importance au point de vue anatomique et physiologique, à propos d'une observation d'épilepsie hémiplégique débutant par les yeux et la tête (Déviation et rotation conjuguées convulsives). Un volume in-8° avec une planche. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 50

LANDOUZY (L.). Trois observations de rage humaine. Réflexions. Brochure In-8 de 16 pages. — Prix : 50 cent. — Pour les abonnés. . 35 cent.

LAVERAN (A.). Un cas de myélite aiguë. 1876. In-8 de 13 p. . 30 cent.

LAVERAN (A). Tuberculose aiguë des synoviales . . . . . 50 cent.

LEGRAND DU SAULLE. — Vertiges épileptiques; Assassinat. — Acquittement. Brochure in-8° de 11 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

LELOIR. (H). Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. Brochure grand in-8 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

LELOIR (H.). Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse. 1 vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches en chromo-lithographie et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50

LEROY (A.). De l'état de mal épileptique. Un volume in-8 de 92 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 25

LIOUVILLE (H.). Contribution à l'étude de la paralysie générale progressive des aliénés. In-8, 50 cent. — Pour nos abonnés. . . . 35 cent.

LIOUVILLE et DEBOVE. Note sur un cas de mutisme hystérique, suivi de guérison. Paris, 1876. In-8. . . . . 30 c.

LOEWENBERG (H.). Le furoncle de l'oreille et la furonculose. Brochure in-8° de 47 pages. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

LONGUET (F.-E.-M.). De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes. Vol. in-8 de 124 pages. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

MAGNAN. De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 0. 75. — Pour nos abonnés . . . . . 50 cent.

MAGNAN. Leçons sur l'Épilepsie, faites à l'Asile Sainte Anne, en 1881-1882, recueillies par Marcel BRIAND. Un volume in-8 de 84 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

MAGNAN. Des hallucinations bilatérales de caractère différent, suivant le côté affecté. Brochure in-8° de 20 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

Manuel de la garde-malade et de l'infirmière, publié sous la direction du Dr Bourneville, par MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon, rédacteurs du *Progrès médical*. — Ouvrage formant trois volumes in-16. — 1er volume : *Anatomie et Physiologie*, 180 pages, 8 figures. Prix : 2 fr. — 2e volume : *Pansements*, 316 pages, 60 gravures. Prix : 3 fr. 50. — 3e volume. *Administration des Médicaments*, 160 pages. Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, l'ouvrage complet (2e édit.), broché, prix . . . . . 5 fr.
Nous avons fait faire un élégant cartonnage anglais pour chacun des trois volumes du Manuel. — Prix par volume 75 c., l'ouvrage complet . . 2 fr.

MARANDON de MONTYEL. — Recherches cliniques sur la folie avec conscience. Brochure in-8 de 64 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 35 c.

MARCANO (G.). Des ulcères des jambes entretenus par une affection du cœur. Brochure in-8. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. 85 cent.

MARCANO (G.). De l'étranglement herniaire par les anneaux de l'épiploon. Paris, 1872. In-8 de 8 pages. — Prix . . . . . 30 cent.

MARCANO (G.). De la psoïte traumatique. Vol. in-8 de 160 pages. — Prix : 3 f. — Pour nos abonnés. . . . . 2 f.

MARCANO (G.). Notes pour servir à l'histoire des kystes de la rate. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés . . . . . 40 cent.

Librairie A. DELAHAYE et LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine

URRUETA (R.). — Recherches anatomo-pathologiques sur l'action du venin des serpents. Actions physiologique et toxicologique. — Thérapeutique. Expériences faites au Muséum d'histoire naturelle et au laboratoire de thérapeutique. Expériences faites au Muséum d'histoire naturelle et au laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Broch. in-8 de 85 pages avec une planche hors texte.

BRÉMOND (E.). — Bains de vapeurs térébenthinés, leur emploi contre les maladies par ralentissement de nutrition. — Action de l'ozone. Broch. in-8 de 16 pages. — Paris, 1884. — Librairie Dupont.

MIGNOT. — Etudes cliniques sur les eaux minérales de Pougues. Indications et contre-indications générales. Broch. in-8 de 23 pages. — Paris, 1884. — Imprimerie A. Lanier.

PONCET (A.). — Note sur l'anesthésie rectale. Extrait du *Lyon médical*. Broch. in-8 de 16 pages. — Lyon, 1884. — Association typographique.

SMESTER. — De la respiration par la bouche et par le nez. Brochure in-8 de 25 pages, avec 9 figures dans le texte. — Paris, 1884. — Typographie G. Chamerot.

OVILO (F.) Y CANALES. — Instrucciones populares contra el colera morbo asiatico. Broch. in-8 de 76 pages. — Madrid, 1884. — Tipografia de Manuel G. Hernandez.

Second annual report of the provincial board of health of Ontario, Being for the year 1883. — Printed by order of the ligislative assembly. Vol. in-8 de 453 pages, avec diagrammes, tableaux et figures. — Toronto, 1884. — C. Blackett Robinson.

GRAZZI (V.). — Storia della penetrazione nella laringe di una moneta di due centesimi estratta dopo 43 giorni per le vie naturali. Broch. in-8 de 8 pages, avec 8 figures. — Firenze, 1884. — Tipografia cooperativa.

BERGER (O.). — Zur symptomatologie der Tabes dorsalis. Verhandlungen der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur Separat-Abdruck aus der *Breslauer ärztlichen Zeitschrift*. Broch. in-8 de 8 pages. — Breslau, 1884. — Druck von Grass, Barth et Comp.

PITRES (A.). — Sur quelques troubles vaso-moteurs et sécrétoires qui peuvent survenir au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive. Broch. in-8 de 19 pages. — Bordeaux, 1884 — Imprimerie G. Gounouilhou.

PITRES (A.). — Des suggestions hypnotiques. Leçons recueillies par le Dr DAVEZAC. Broch. in-8 de 63 pages. — Bordeaux, 1884. — Librairie Féret et fils.

Librairie A. MALOINE, 91, boulevard St.-Germain.

BOQUIN (A.). — Du rhumatisme oculaire et de ses principales manifestations. Broch. in-8 de 95 pages. — Prix : 2 fr. 50.

CASTAN, BERTIN-SANS et GRASSET. — Leçons faites par décision de la Faculté les 4, 5 et 7 juillet 1884 sur la symptomatologie, l'hygiène et le traitement du choléra. Broch. in-8 de 51 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Montpellier, 1884. — Typographie de Boehm et fils.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 43 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 25 OCTOBRE 1884.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE MÉDICALE

Traitement de la Pyurie (1) ;

Par M. le professeur R. ULTZMANN. Conférence faite à la Polyclinique générale de Vienne pendant le semestre 1882-1883. Traduite par M. le Dr Henri PICARD.

Quand la pyélite est unilatérale et que l'uretère est oblitéré, on trouve, pendant toute la durée de cette oblitération, une urine claire et normale; ce qui prouve qu'un seul rein est malade. En même temps que la rétention du côté affecté, une douleur se fait sentir dans le bassinet du rein malade, douleur que la pression rend insupportable et qui s'accompagne de nausées et de vomissements. A la palpation, on trouve profondément dans cette région une tumeur plus ou moins considérable, quelquefois fluctuante ; mais la palpation est très difficile à cause de la grande douleur. Quand la rétention d'urine dans le bassinet dilaté a duré de la sorte pendant plusieurs jours, l'uretère peut se dégager complètement. Il apparaît alors de nouveau une urine très purulente et la tension douloureuse de la région rénale disparaît. Ces accès de rétention se répètent ordinairement et deviennent de plus en plus fréquents, le bassinet s'élargit et l'uretère s'oblitère de plus en plus. Au bout de quelque temps, souvent seulement après des mois, pendant lesquels il y a eu des symptômes plus ou moins intenses d'une durée inconnue, un nouvel accès très douloureux se déclare accompagné d'une fièvre intense. La palpation de la tumeur est encore plus douloureuse et l'étendue de celle-ci est notablement accrue. Enfin, dans la région lombaire du côté malade on peut, en pressant avec le doigt, constater que la peau est légèrement œdématiée. L'inflammation du bassinet (pyonéphrose) s'est étendue au tissu conjonctif qui environne le rein en produisant une paranéphrite ou périnéphrite. La périnéphrite constitue maintenant un exsudat purulent diffus, donnant lieu à un vaste abcès qui communique avec la pyonéphrose. Des concrétions peuvent de cette manière sortir du rein purulent dans l'abcès périnéphrétique et leur expulsion commencer. Quand le processus inflammatoire atteint le muscle psoas-iliaque, les symptômes de la psoïtis apparaissent en même temps et les malades sont couchés ayant le membre inférieur fortement fléchi et horizontalement étendu dans le lit. Quand, dans cette phase de la maladie, on ne donne pas au pus ouverture avec l'instrument tranchant, quand le malade refuse toute intervention chirurgicale, la nature se charge de l'élimination du pus. L'abcès grossit de plus en plus, l'œdème s'étend jusqu'à ce qu'il y ait irruption du pus. Celle-ci a lieu parce que le pus s'insinue sous la peau en passant entre les muscles qu'il perfore au niveau du carré des lombes. C'est là le chemin le plus court et le plus favorable pour le pus et, souvent même, par cette voie, sont éliminés des calculs du rein, en sorte que la guérison survient spontanément. Cependant l'abcès peut descendre vers la cavité abdominale et fuser vers le ligament de Poupart ou même à travers la canal inguinal. Une autre voie pour les abcès périnéphrétiques, c'est encore le poumon. Cette issue du pus, relativement rare, est d'ailleurs fort redoutable à cause du danger permanent d'asphyxie ; cependant, j'ai déjà observé deux cas dans lesquels après le rejet du pus pendant plusieurs semaines par les poumons et une longue maladie, les patients ont guéri. Dans l'un de ces cas, il y eut de si grandes masses de pus rejetées au début par les poumons, que le patient menaçait d'étouffer à chaque expectoration. Enfin, le pus peut encore suivre le canal intestinal et être ainsi évacué avec les excréments. L'évacuation du pus peut bien avoir lieu aussi dans la cavité péritonéale, mais, heureusement pour les patients, c'est rare, l'inflammation adhésive les en préserve.

La para ou périnéphrite peut se déclarer primitivement et alors à la suite d'un traumatisme. Plus souvent elle est consécutive à un processus inflammatoire du rein et du bassinet, comme nous l'avons dit avec détail dans ce qui précède. Les exanthèmes aigus et le typhus peuvent aussi, quoique rarement, être cause de paranephrite.

L'urine dans la paranéphrite offre des caractères divers suivant qu'elle est primitive ou consécutive à une inflammation du bassinet. Dans la paranéphrite primitive l'urine est fébrile, sa couleur est foncée, mais néanmoins claire et limpide. Dans le sédiment on ne trouve pas d'éléments cellulaires, mais parfois seulement une petite quantité d'albumine. Dans la paranéphrite dérivée d'une pyélite ou d'une hydronéphrose on trouve, au contraire, toujours, quand l'uretère du côté malade n'est pas totalement oblitéré, les caractères de la pyélite et de la pyélo-néphrite, décrits précédemment. Quand le pus de l'abcès périnéphrétique coule en partie avec l'urine, on voit souvent au microscope, dans le sédiment urinaire, les cellules en petits grains foncés caractéristiques du pus d'abcès.

Le traitement de la pyurie varie suivant qu'elle est *aiguë* ou *chronique* et suivant son siège. A part l'uréthrite aiguë, dans le traitement de laquelle on fait entrer les injections, l'expérience enseigne que les pyuries aiguës, principalement celles du corps et du col de la vessie, ne doivent jamais être traitées localement, mais seulement par le régime diététique et médicamenteux, tandis que les pyuries chroniques, qui ont envahi tout l'arbre urinaire, exigent avant tout une thérapeutique locale appropriée.

V. TRAITEMENT DE LA SUPPURATION DE CETTE PARTIE DU CANAL QUI S'ÉTEND DU MÉAT AU COLLET DU BULBE.

Cette espèce de suppuration est la conséquence des diverses espèces d'uréthrites. Le but de cet exposé n'est pas de décrire un traitement complet de la blennorrhagie, au moins de la blennorrhagie aiguë. Nous ne dirons rien non plus de la méthode endoscopique. Ceux qui désirent s'instruire sur ce sujet trouveront des renseignements suffisants dans le manuel de Zeisse et dans les publications d'Auspitz, Grunfeld, Gschirhakl et autres. Notre intention est de décrire en détail les médications locales et les instruments qui nous ont donné les meilleurs résultats dans le traitement de la blennorrhagie chronique et de ses suites qui, à cause de leur facile application, sont à la portée de tous les praticiens.

L'*uréthrite catarrhale*, cette forme d'inflammation du canal, qui ne se montre d'ordinaire qu'à la suite d'un traumatisme ou d'une application topique intempestifs, n'a besoin pour se guérir que d'un régime diététique convenable. Le repos et la propreté du canal sont les indications principales. De légères injections d'alun, de sulfate de zinc, de permanganate de potasse favorisent singulièrement la guérison.

La gonorrhée dure ordinairement de quatre à six semaines. Pendant cette période, l'inflammation s'avance du méat vers les parties profondes et se termine, si aucune complication ne survient, au collet du bulbe. Cependant, tout n'est pas toujours fini au bout de ce temps; car, quand bien même l'écoulement a diminué au point de ne plus laisser suinter de liquide au méat, de nombreux fils blennorrhagiques en suspension dans l'urine montrent qu'il

(1) Voir *Progrès médical*, nos 3, 4 et 5, 1884.

© BIU Santé

existe encore une légère inflammation, et ces fils, la blennorrhagie aiguë terminée, ne sont certainement pas rares. Le traitement a pour but de guérir la maladie quand elle a évolué et d'en prévenir les complications. Il doit, autant que possible, éviter que l'inflammation ne dépasse le collet du bulbe et ne s'étende au loin soit vers l'appareil urinaire, soit vers l'appareil génital. Malheureusement, le médecin ne peut pas toujours obtenir ce résultat. Les prédispositions individuelles, la faiblesse ou la vieillesse jouent là un grand rôle. Ainsi, on voit souvent la blennorrhagie, même chez les cavaliers obligés de vaquer à leurs exercices fatigants, marcher d'une façon tout à fait normale, tandis qu'en d'autres cas, malgré les soins les plus attentifs, les complications les plus fâcheuses surviennent. Cependant, le médecin a fait son devoir, quand, outre le traitement médicamenteux, il a réglé l'hygiène du malade.

La première blennorrhagie est d'ordinaire, comme les patients ont coutume de le dire eux-mêmes, la plus douloureuse, tandis que dans les suivantes les phénomènes inflammatoires sont moins intenses. On sait aussi qu'une blennorrhagie suit ordinairement le même chemin que la précédente. Si, par conséquent, la première blennorrhagie était compliquée de catarrhe vésical ou d'inflammation du testicule, il est probable que la deuxième et la troisième offriront les mêmes complications. On aura donc, dans des cas semblables, égard à ces circonstances.

Le régime diététique du malade consiste à se fatiguer le moins possible et à vivre frugalement. Néanmoins, si le malade est contraint de marcher, il est indispensable de lui faire porter un suspensoir, surtout vers la troisième ou la quatrième semaine, c'est-à-dire à l'époque où l'inflammation blennorrhagique va atteindre le collet du bulbe. Comme alimentation, le lait est excellent; il en est de même des légumes, des fruits et des végétaux en général, qui agissent d'une manière favorable sur la marche de la maladie. La viande ne doit être prise qu'en quantité nécessaire. Les épices, le vin, la bière, ainsi que toutes les autres boissons mousseuses ou spiritueuses doivent être évitées. Quand l'inflammation est violente dans la première semaine et que l'urèthre est très sensible, des compresses froides appliquées sur le membre sont très utiles.

Le traitement au moyen de la médication interne n'a pas grande valeur dans la blennorrhagie. Comme cette affection est localisée à l'urèthre et ne donne lieu à aucuns phénomènes généraux, comme la syphilis, une thérapeutique générale par médication interne est inutile. De plus, l'usage du copahu, du cubèbe ou d'autres remèdes analogues ne paraît pas indifférent à l'organisme général. Non seulement l'estomac et la digestion souffrent de l'emploi de ces remèdes, mais l'albuminurie peut s'en suivre si les doses ont été trop fortes. On croit aussi avoir observé que l'administration de fortes doses de ces remèdes est plus fréquemment suivie d'orchite que si on s'en est tenu au traitement local. A petites doses, ces médicaments n'ont pas d'action sur la muqueuse uréthrale, parce qu'ils sont trop dilués par l'urine. De fortes doses, d'un autre côté, étant nuisibles, il vaut mieux ne pas employer ces médicaments contre la blennorrhagie et s'en tenir à la médication locale. Puisque le copahu, le cubèbe, l'essence de santal agissent d'une façon si bienfaisante sur la muqueuse de l'urèthre, au contact de laquelle l'urine par laquelle ils sont éliminés les amène, pourquoi ne choisirait-on pas le chemin le plus court et pourquoi n'administrerait-on pas ces médicaments sous forme d'injection, de manière à les mettre en contact immédiat avec la muqueuse?

Comme la blennorrhagie aiguë débute toujours par le méat, et ne gagne le bulbe que peu à peu, il semble, en effet, très avantageux de l'attaquer dès le début avec énergie et détruire le germe au point où il est né. Pour se conformer à cette idée, on a essayé jadis plusieurs méthodes abortives, mais jusqu'ici elles ne se sont pas montrées efficaces. Cependant, il est réservé à l'avenir d'essayer encore cette méthode. S'il était prouvé que l'infection blennorrhagique est la conséquence de la propagation des microorganismes spécifiques, on pourrait lui opposer un traitement antibactérien. Tout récemment, Watson-Cheyne a décrit un nouveau traitement abortif consistant dans l'application de petits bavons d'iodoforme, traitement qui a donné des résultats favorables.

La méthode de traitement généralement en usage consiste à faire des injections méthodiques dans le canal lui-même. Quand, au début, l'inflammation uréthrale est très violente et douloureuse, des solutions astringentes, même faibles, ne sont pas supportées. Alors, on injecte soit de l'eau fraiche, ou une solution d'acide phénique au 1/10e. Mais quand le canal n'est pas très sensible, on peut débuter immédiatement par des solutions légèrement astringentes. Les plus convenables sont les suivantes :

Alun non calciné.	ää
Sulfate de zinc.	
Acide carbolique	0,30 centigr.
Eau distillée.	200 grammes.

ou :

Permanganate potasse. . . .	0,02 centigr.
Eau distillée	200 gr.

On injecte chaque jour, de 3 à 6 fois, ce liquide dans le canal en se réglant sur l'intensité de la sécrétion. Le malade devra uriner, avant chaque injection, de manière à débarrasser le canal de sa sécrétion purulente. On fait ensuite de 2 à 4 injections consécutives, en commençant par une demi-seringue qu'on laisse de suite s'écouler. Plus tard, dans la 2e et 3e semaine, on fait pénétrer doucement toute une seringue dans le canal en tenant son orifice fermé pendant une ou deux minutes. L'introduction du cathéter ne convient pas à la blennorrhagie aiguë. Un pareil procédé augmente l'inflammation qui gagne plus rapidement les parties profondes du canal.

On augmente la force des injections précédentes du double et du triple à mesure que la sécrétion et la sensibilité du canal diminue et on s'en tient là jusqu'à la fin de la blennorrhagie. Plus tard, cependant, on peut mettre en usage le tannin ou une de ses combinaisons avec un autre astringent. Les injections dans lesquelles le médicament se dépose sous forme de précipité, comme le sulfate de zinc combiné avec l'acétate de plomb, sont très en faveur. Elles ont l'inconvénient que les poudres formées par le dépôt bouchent parfois les petites glandes ayant leur orifice dans le canal et occasionnent ainsi des abcès folliculaires de la muqueuse. On voit, consécutivement à l'usage de ces injections, quelquefois après plusieurs jours, un précipité être éliminé, avec l'écoulement, sous forme de bouchons cylindriques. Il semble donc plus convenable d'employer des solutions limpides et filtrées de médicaments astringents pour le traitement de la blennorrhagie aiguë. Si des réactions douloureuses se font sentir ou que le phénomène de la corde apparaisse, il faut contenir ces symptômes

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Œdèmes éphémères de nature arthritique;

Par le Dr NEGEL (de Jassy), ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

L'observation suivante est relative à des accidents singuliers rarement observés et qui nous paraissent offrir un réel intérêt pratique.

Mme X..., âgée de 40 ans, rentière, de constitution assez forte et légèrement obèse, présente dans ses antécédents des manifestations de l'impaludisme, — surtout à forme gastrique, — et se plaint aussi d'avoir eu à plusieurs reprises quelques douleurs rhumatoïdes, localisées principalement dans les jointures. Elle est en outre très nerveuse et n'a jamais eu d'engelures. Pas de troubles de la menstruation.

Le 27 *août* 1883, la malade se présenta à nous avec les

© BIU Santé

symptômes suivants : quelques jours auparavant, embarras gastrique fébrile, à la suite de fièvre nocturne qui dura jusqu'au matin. Pas de sueurs ; distension énorme du ventre, surtout dans la région épigastrique et sur le trajet du côlon transverse, quelques douleurs abdominales légèrement augmentées par la palpation, mais pas par la nourriture. Pas de vomissements, ni pituite, mais seulement du pyrosis, de la constipation et du météorisme. *Traitement* : purgatif, sulfate de quinine et teinture de noix vomique.

1er *septembre*. La fièvre a disparu, ainsi que le météorisme, mais la malade se plaint de quelques nausées. C'est seulement ce jour-là que la malade nous raconta qu'il y a quelques années elle a été, pour la première fois, soignée pour un phénomène très curieux et dont nous avons pu actuellement nous rendre compte par nous-même : ainsi, il y a dix ans, en se baignant comme d'habitude dans une rivière, sans s'en apercevoir elle est devenue gonflée de tout le corps, de sorte qu'on a été obligé de la faire retirer de l'eau. Elle présentait en même temps des démangeaisons et des douleurs (cuissons) généralisées. Quelque temps après, elle a eu des *troubles gastriques* (vomissements, ballonnement du ventre et douleurs de l'estomac). La malade ignore complètement le traitement qu'elle a suivi, mais pendant 7 ans consécutifs, le gonflement (l'œdème) du corps n'a pas reparu, et ce n'est qu'en 1881 qu'il est revenu pour la seconde fois. Depuis cette époque-là, à l'approche de l'automne et pendant toute cette saison, le gonflement se manifeste de la façon suivante : Lorsque la malade se lave les mains dans de l'eau froide (température ordinaire), elle éprouve au bout de deux à cinq minutes des *démangeaisons formidables* dans les doigts (le reste des mains n'ayant pas touché l'eau), de *très fortes douleurs*, une sensation de brûlure et de constriction, ainsi qu'une chaleur mordicante ; quelques minutes ensuite, les doigts se gonflent, deviennent rougeâtres, luisants et fortement distendus ; la *température locale* se trouve un peu élevée. Pas d'empreinte par la pression du doigt, mais la rougeur disparaît pour y revenir bientôt. Lorsque le gonflement devient très intense, les douleurs commencent à se calmer, et *au bout d'une à trois heures*, tout disparaît (œdème, douleurs, etc.). Ce phénomène s'est passé sous nos yeux ; mais comme les douleurs étaient très intenses, nous n'avons pas voulu abuser de la bonne volonté de la malade pour pousser l'expérience plus loin. A son dire, ce même gonflement, ainsi que tous les autres symptômes indiqués plus haut, se montrent aux pieds, bras, nez, oreilles et même à tout le corps. Disons aussi que la malade est très intelligente et qu'on peut donner pleine confiance à tout ce qu'elle nous raconte sur son état. Ainsi, elle affirme que ce même gonflement apparaît sous l'influence de l'*air froid* ou par le simple contact d'*un corps froid* ; souvent, en sortant, elle n'a de gonflé que les oreilles ou le nez, si elle n'a pas pris la précaution de les recouvrir.

Lorsque la malade s'est baigné les doigts dans de l'eau froide, nous n'avons pas remarqué l'empreinte caractéristique de l'œdème, mais il est probable que nous l'aurions constatée si l'expérience avait atteint aussi le reste des membres. A l'examen des urines, pas d'albumine ni de sucre. — *Traitement* : Ayant pensé à l'arthritisme, nous avons prescrit du salicylate de soude et la liqueur de Fowler et deux bains alcalins par semaine.

Au bout d'un mois de traitement, la malade est complètement guérie et l'œdème ne reparaît plus sous l'influence d'aucune des causes citées plus haut. Depuis sa guérison, nous avons appris qu'elle a eu une légère poussée d'eczéma sur l'un des membres supérieurs.

Réflexions. — Prenant en considération les antécédents rhumatismaux et dyspepsiques de la malade, ainsi que son état d'obésité, nous croyions avoir affaire à une arthritique, — mais alors comment expliquer les œdèmes passagers, ainsi que tout le cortège symptomatique qui les accompagnaient ! En lisant les différents traités et journaux de notre bibliothèque, il nous a été impossible de trouver une observation analogue à la nôtre. Au moment où nous étions prêt à nous adresser à l'expérience d'un de nos maîtres de Paris, le hasard nous a fait lire le résumé d'une note manuscrite adressée par M. Chauvet (de Royat) à la Société médicale des hôpitaux de Paris et intitulée : *Des œdèmes éphémères de nature arthritique*. Cependant, dans l'observation de M. Chauvet, les œdèmes sont circonscrits, surviennent sans aucune cause et durent ordinairement de douze à vingt-quatre heures. Malgré ces différences, nous croyons devoir rapporter notre cas *à l'arthritisme* et non *pas à l'urticaire*, car la malade n'a jamais présenté cette éruption, et tous les accidents ont disparu sous l'influence des arsénicaux, des bains alcalins et du salicylate de soude.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Obstruction intestinale. — Anus contre nature. — Mort au bout de trois semaines. — Volvulus causé par une bride péritonéale. — Inflammation chronique de l'intestin au niveau du bout supérieur de l'anse étranglée ;

Par A. MARFAN, interne des hôpitaux.

Un homme de 76 ans, exerçant la profession de cordonnier, ne présentant aucun antécédent, héréditaire ou personnel, entre à la Pitié le 13 avril 1884, (service de M. Audhoui). Il raconte que, depuis quinze jours, il était constipé, et qu'ayant pris de nombreux purgatifs, il avait rendu très peu de matières fécales. Le 8 avril, il fut pris d'une douleur très vive dans le bas-ventre et dans la région lombaire, avec ténesme rectal. Il se présente à la selle et, malgré tous ses efforts, il ne rend ni matière fécale, ni gaz. Puis il est pris de vomissements : ces vomissements sont d'abord alimentaires et deviennent fécaloïdes sur le soir. Le ventre se ballonne. Un médecin appelé croit sentir une tumeur au niveau du côlon transverse sur la partie médiane. Il prescrit des purgatifs qui n'aboutissent à aucun résultat. Cet état reste le même jusqu'au jour de Pâques, 13 avril. On l'apporte en ce moment à l'hôpital.

On constate à son entrée tous les symptômes de l'obstruction intestinale : vomissements fécaloïdes, constipation absolue, algidité considérable : la douleur abdominale est très vive : elle siège au niveau du côlon transverse, et en ce point on constate un œdème très net de la paroi abdominale. M. Kirmisson étant appelé à donner son avis sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale, déclare qu'il est prêt à faire un anus contre nature, mais il se refuse à faire la gastrotomie à cause de l'âge et de l'algidité du malade. Il pratique immédiatement un anus contre nature dans la fosse iliaque droite : il attire une anse intestinale qu'il unit aux téguments par quatorze points de suture.

Le cours des matières s'est alors rétabli : la température du malade est redevenue normale : tous les symptômes de l'obstruction intestinale disparaissent. Dans les jours qui ont suivi, malgré l'absence totale de symptômes abdominaux, le malade dépérit ; il refuse l'alimentation ; il se nourrit avec quelques gorgées de lait et de bouillon. On panse tous les matins son anus contre nature et en enlevant le pansement de la veille, on le trouve souillé par des matières fécales liquides. Jamais le malade n'a rendu par l'anus des matières fécales ou des gaz. Enfin, le 1er mai 1884, c'est-à-dire trois semaines après l'opération et un mois après le début des accidents, le malade a succombé à l'inanition qui résultait du refus de toute alimentation.

Autopsie. — La cavité abdominale ayant été ouverte, on constate d'abord l'absence de lésions généralisées du péritoine : puis on suit l'intestin depuis le pylore jusqu'au cœcum. On arrive d'abord sur l'*anus contre nature* qui est isolé avec les téguments voisins. On constate : 1° qu'il est

© BIU Santé

situé sur l'intestin grêle, à environ 50 centimètres de la valvule iléo-cœcale ; 2° que l'adhérence entre la muqueuse intestinale et le tégument est parfaite ; 3° qu'il n'existe pas d'éperon sur l'intestin au niveau de l'orifice artificiel. En poursuivant l'examen et en continuant à suivre l'intestin au-dessous de l'anus contre nature, on tombe à une distance d'environ 20 centimètres de la valvule iléo-cœcale, sur une anse intestinale qui apparaît totalement noire. Cette coloration n'est nullement la coloration livide, feuille morte du sphacèle intestinal : c'est la coloration brune, foncée, due à l'infiltration sanguine des tuniques de l'intestin. Cette anse intestinale a ses deux bouts entre-croisés : quand on cherche à détruire cet entre-croisement, il se reproduit immédiatement ; si on maintient la pièce après avoir décroisé les deux bouts, on s'aperçoit qu'il existe, au niveau du point où les deux bouts se croisent, une adhérence péritonéale qui les unit intimement ; cette adhérence est extrêmement limitée ; elle a à peine un centimètre carré de surface : elle est formée de petites brides parallèles, dures, résistantes et par conséquent de formation assez ancienne. Sauf l'infiltration sanguine, l'anse étranglée ne présente pas de lésions : mais au niveau du bout supérieur, du bout pylorique de cette anse, on constate un épaississement très considérable des tuniques intestinales. Cet épaississement paraît dû à une inflammation chronique de l'intestin : il ne dépasse pas une zone de 2 centimètres et demi et le milieu de cette zone correspond à l'adhérence péritonéale dont il a été question plus haut. Au niveau de ce point épaissi, la muqueuse ne présente pas d'altérations : elle paraît seulement un peu plus plissée et un peu plus adhérente. A l'œil nu, il est impossible de dire sur laquelle des tuniques intestinales porte l'épaississement de l'intestin à ce niveau.

Examen histologique de l'intestin au niveau de l'épaississement qui siège au bout pylorique de l'anse étranglée. Les lésions portent sur toutes les tuniques de l'intestin. La muqueuse paraît presque détruite sur les préparations (on se rappelle qu'à l'œil nu, la muqueuse paraissait intacte) : on voit çà et là des fragments de villosités et des glandes. Il est probable qu'on puisse attribuer ce fait à ce que les préparations ont été faites tardivement et à ce que, pendant vingt-quatre heures, la pièce n'a été mise dans aucun liquide conservateur. Pas d'épaississement notable dans la région de la muqueuse.

Dans les points où cette tunique est conservée, on observe des vaisseaux dilatés et de petits amas de globules rouges irréguliers (foyers hémorrhagiques). La couche sous-muqueuse, un peu épaissie, présente des vaisseaux dilatés, de petits foyers hémorrhagiques et enfin des bandelettes fibreuses colorées en rose. Par place, petits amas de cellules embryonnaires.

Les deux tuniques musculaires sont à peu près intactes, sauf de petits foyers hémorrhagiques. Elles ne sont pas épaissies. La couche sous-séreuse est celle sur laquelle porte principalement l'épaississement.

Elle a, à elle seule, une épaisseur presque égale à celle du reste de l'intestin. Cette couche est constituée principalement par du tissu adipeux que limitent incomplètement, du côté de la tunique musculaire, quelques bandelettes fibreuses. Elle renferme de nombreux foyers hémorrhagiques : quelques-uns de ces foyers sont pour ainsi dire enkystés par des bandelettes fibreuses : d'autres se rencontrent au milieu d'amas de cellules embryonnaires.

En résumé, l'épaississement porte un peu sur la couche sous-muqueuse et beaucoup sur la couche sous-séreuse : et les lésions constatées sont de deux ordres : 1° lésions vasculaires (vaisseaux dilatés et foyers hémorrhagiques) qui doivent être rapprochées de celles qui s'observent dans l'étranglement des hernies ; 2° lésions du tissu conjonctif qui consistent dans une transformation fibreuse de ce tissu. Ces lésions se montrent sous forme de bandelettes séparées : elles sont certainement anciennes.

Réflexions.— A propos de cette observation, j'attirerai l'attention sur deux points :

1° Pendant la vie du malade, on a supposé que la cause de l'obstruction intestinale était une tumeur du côlon transverse : on s'appuyait pour cela sur deux données : d'abord le médecin qui avait vu le malade au début avait cru sentir une tumeur à ce niveau : en second lieu, c'est justement en ce point qu'à l'entrée du malade on a constaté de l'œdème de la paroi abdominale.

Or, l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un volvulus causé par une bride péritonéale et siégeant sur l'intestin grêle dans la fosse iliaque droite, non loin de la valvule iléo-cœcale. Ce fait montre une fois de plus combien est difficile le diagnostic du siège et de la nature de l'obstacle dans l'obstruction intestinale.

2° L'autopsie a montré au niveau du point où s'est produit l'étranglement : (*a*) une bride péritonéale unissant intimement les deux bouts croisés de l'anse étranglée, (*b*) un épaississement inflammatoire de l'intestin au niveau du bout pylorique de cette anse étranglée. Ces deux lésions ont des caractères tels qu'il est impossible, malgré leur peu d'étendue, de ne pas admettre qu'elles ont une origine ancienne et certainement antérieure à la production de l'étranglement. Elles ont été très probablement productrices de l'étranglement. Mais par quel mécanisme ces lésions ont-elles produit l'étranglement ? C'est là une question à laquelle il est assez difficile de répondre : on pourrait cependant admettre que l'étranglement s'est produit par la série des phénomènes suivants. D'abord, le rétrécissement causé par l'épaississement du bout pylorique de l'anse étranglée, bien que très incomplet, a pu être un obstacle au libre cours des matières fécales. En outre, la pression l'un sur l'autre des deux bouts croisés et attirés par la bride péritonéale, a dû de son côté gêner la marche des fèces. Peut-être, à un moment donné, ces deux causes se sont-elles ajoutées et combinées de telle sorte que l'obstruction complète s'est produite.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La recrudescence de la diphtérie.

Le bureau de statistique municipale a enregistré, pendant la dernière semaine, un nombre de décès par diphtérie notablement supérieur à celui de la semaine précédente. Il fallait s'attendre à cette recrudescence qui se produit chaque année, un peu plus tôt ou un peu plus tard, mais presque toujours vers le milieu de l'automne. Faut-il, puisque c'est là un phénomène en quelque sorte normal, se borner à le constater et admirer avec la sérénité des statisticiens la ponctualité de son retour ? Jusqu'à présent, chose triste à dire, c'est à *peu près* tout ce qu'on a fait. Il est vraisemblable cependant que la mortalité diphtérique, malgré la complexité de ses causes, eût été moindre, aujourd'hui comme hier, si on l'avait seulement voulu.

Personne, sans doute, n'ignore les ravages que font à Paris le croup et l'angine couenneuse ; on s'en occupe un peu partout, on s'en préoccupe même, surtout dans les innombrables sociétés médicales de notre capitale où l'on parle beaucoup et fort bien. D'ailleurs nous avons déjà vu s'élever des pavillons d'isolement pour les diphtériques dans l'enclave même de nos hôpitaux d'enfants ; nous avons vu s'organiser un service de voitures destinées à transporter les malades atteints d'un mal contagieux de leur domicile à l'hôpital ; ces voitures, soit dit en passant, sont réclamées par qui veut s'en servir, fût-

© BIU Santé

il atteint d'un simple mal d'oreille, aux commissaires de police, qui, il y a quelques mois à peine, en ignoraient profondément l'existence. On a aussi (paraît-il)? activé et multiplié les inspections des logements insalubres. Bref on a fait — nous ne disons pas *ce qu'on a pu*, cela serait presque injurieux — mais enfin on a fait quelque chose. D'autre part, grâce au choléra (à quelque chose malheur est bon), on a adopté certaines mesures d'hygiène générale qui ne peuvent qu'être approuvées. Le choléra n'a pas éclaté à Paris. A présent qu'il n'est plus tant à craindre, on devrait bien recommencer à s'occuper un peu et même beaucoup de la diphtérie. En pareille matière « trop n'est jamais assez. »

Quand un cas de diphtérie éclate quelque part et surtout à Paris, la contagion s'exerce de mille manières : il est certainement impossible de les prévoir toutes et d'y parer. Par exemple, comment empêcher les personnes qui soignent un enfant atteint du croup de disséminer le germe du mal par leurs allées et venues? — En revanche rien n'est plus facile que de procéder à la désinfection du local où ce malade a séjourné. Le local est le foyer d'infection par excellence, — et il l'est pour longtemps, pour des semaines et des mois sûrement, pour des années peut-être; nombre d'observations le démontrent. En particulier, dans les ménages des quartiers excentriques de Paris où la misère physiologique le dispute à la misère sociale, la contagion médiate, à travers le temps, est indéfiniment menaçante.

Le père de famille n'a ni le temps ni le moyen de purifier la chambre commune, à peine soupçonne-t-il qu'il est urgent de l'aérer. Aussi voit-on souvent dans la même maison deux ou trois enfants étranglés par le croup à quelques semaines d'intervalle. A quel médecin de l'hôpital Trousseau ou de celui de la rue de Sèvres n'est-il pas arrivé de recevoir dans son service, d'un seul coup, plusieurs enfants de la même famille, l'un malade depuis huit jours et déjà mourant, un autre atteint depuis trois jours, un autre pris seulement de la veille? Un mois plus tard il recevra encore des malades du même âge, de la même maison, du même palier.

L'isolement des diphtériques s'impose plus impérieusement peut-être que celui des cholériques. Or, jusqu'à ce jour, presque toutes les précautions qu'on a pu prendre ont été dérisoires. L'*instruction* rédigée par le Conseil d'hygiène du département de la Seine (voir le n° 22 du *Progrès médical* de cette année, page 441), n'a pas été suffisamment répandue dans les quartiers de Paris les plus maléficiés. Malgré la publicité des journaux spéciaux, bien des médecins mêmes paraissent l'ignorer. Afin de permettre à nos lecteurs de mieux s'en pénétrer, nous avons publié sur cette question si grave un *Bulletin* où notre collaborateur, M. A. Sevestre, a mis en relief toutes les précautions indispensables qu'il convient de prendre (n° 27, p. 539). Chaque année la mortalité diphtérique s'accroit suivant une progression d'une régularité désespérante. Ne nous laissons pas distancer encore par l'étranger dans l'application des mesures d'hygiène les plus élémentaires. Il y a quelques jours la police de Berlin prenait un arrêté en vertu duquel *tout médecin est tenu désormais de déclarer à la commission sanitaire royale, dans le plus bref délai, tous les cas de diphtérie qu'il sera appelé à soigner.*

Les médecins peuvent faire beaucoup pour combattre la propagation de la diphthérie sans être astreints à l'obligation — illégale en France — qui leur est imposée en Allemagne. Ils doivent insister sur la nécessité d'isoler les enfants, frères ou sœurs, des diphthéritiques, empêcher les enfants du voisinage de venir auprès de lui ou chez ses parents ; limiter au strict nécessaire le nombre des personnes qui viennent soigner le malade, etc., etc. Après la guérison ou le décès, ils doivent conseiller la désinfection des vêtements, faire détruire des objets de pansement de minime valeur ; faire nettoyer l'habitation, etc.; en un mot, se conformer aux conseils donnés minutieusement dans l'*Instruction* du Conseil d'hygiène, complétés par les conseils donnés dans le Bulletin que nous citions tout à l'heure.

Dans cette tâche, quand il s'agit de familles pauvres, le médecin devrait être aidé *sans difficultés, sans formalités inutiles*, par l'Administration. Un simple avis du médecin signalant les mesures à prendre, les matières à fournir pour la désinfection devrait suffire.

Le Choléra.

Ainsi que nos lecteurs ont pu le constater par les renseignements que nous leur donnons chaque semaine, l'épidémie cholérique, qui a sévi dans le Midi de la France, paraît toucher à sa fin.

Relativement à Paris, où quelques journaux de médecine anglais ont, à plusieurs reprises, signalé l'apparition du choléra asiatique, il n'y en a pas eu jusqu'ici un seul cas. On se rappelle que l'Administration de l'Assistance publique, à la date du 12 juillet dernier, avait affecté aux cholériques futurs : 1° deux hôpitaux, l'un au Nord, l'hôpital Bichat; l'autre au Sud, l'hôpital des Mariniers; — 2° dans la plupart des hôpitaux et hospices deux salles, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Depuis la mi-juillet jusqu'à ce jour, les salles évacuées en vue du choléra et l'hôpital des Mariniers ont conservé, ne faisant rien, leur personnel, alors que des malheureux malades attendaient en vain un lit d'hôpital, alors qu'il existait un véritable encombrement dans la plupart des autres salles, encombrement allant jusqu'à un lit supplémentaire par dix lits.

Depuis plusieurs semaines, tout annonce, et heureusement, que l'épidémie ne semble pas devoir remonter vers le Nord. L'Administration n'en maintient pas moins ces mesures ridicules, sauf en ce qui concerne l'hôpital Bichat réouvert le 13 octobre. Nous répétons ridicules, car, ainsi que nous l'avons dit, en face des menaces de l'épidémie, il fallait décider que, dans chaque hôpital, telle et telle salle seraient affectées aux cholériques et que dès l'arrivée du premier cas elles seraient évacuées, les malades les plus graves étant transférés dans les autres salles et les autres malades ou les convalescents renvoyés chez eux. De la sorte, en vue de cholériques futurs, on n'aurait pas nui aux malades présents et on n'aurait pas gaspillé l'argent des contribuables.

Si l'on veut bien jeter un coup d'œil sur le tableau ci-après, on verra que l'hôpital Bichat n'a reçu que onze individus atteints du choléra nostras ou de diarrhée

© BIU Santé

NOMS.	SEXE.	PROFESSIONS.	AGE.	DOMICILE.	NATURE DE LA MALADIE.	ENTRÉE.	SORTIE.	DÉCÈS.
Da. . . .	H.	Md des Quatre-Saisons.	46	B. de la Révolte, 111 (Clichy).	Diarrhée avec accidents cholériques.	30 juillet.		1er août.
He. . . .	H.	Journalier.	28	Rue Curial, 40.	Diarrhée et entérite.	2 août.	8 août.	
He. . . .	F.	Domestique.	28	Rue Sainte-Foy 21.	Métro-péritonite.	3 —	6 —	
Co. . . .	H.	Débardeur.	28	Pass. Valmy, 12 (Levallois).	Emb. gastrique.	5 —	11 —	
Ha. . . .	H.	Employé de commerce.	15	Rue Nicolet. 11.	Id.	5 —	9 —	
Du. . . .	H.	Md des Quatre-Saisons.	24	Chemin Latéral, 86.	Embr. gastrique et entérite.	7 —	11 —	
Pa. . . .	F.	Couturière.	25	Rue Beaubourg, 22.	Méningite tub. avec stéatose du foie et des reins.	8 —		18 août.
Gr. . . .	H.	Cocher des P.-Funèbres.	42	Rue Curial, 52.	Emb. gastrique et pleurésie	9 —	12 —	
Pe. . . .	F.	Blanchisseuse.	68	Rue du Canal-St-Martin, 6.	Entérite.	11 —	16 —	
Da. . . .	F.	Journalière.	50	Rue des Cailloux, 7 (Clichy).	Emb. gastrique.	11 —	16 —	
Ra. . . .	H.	Bourrelier.	19	Rue d'Allemagne, 121.	Entérite simple.	11 —	13 —	
Va. . . .	H.	Peintre en bâtiments.	27	Rue Titon, 16.	Entérite catarrhale.	15 —	16 —	
Ph. . . .	H.	Concierge.	64	Rue Boutarel. 23.	Diarrhée cholériforme.	16 —	23 —	
Co. . . .	H.	Journalier.	61	Rue Nivert, 155, (Clichy).	Misère.	20 —	23 —	
Su. . . .	H.	Cocher de fiacre.	44	Rue Gustin, 14.	Bronchite.	22 —	30 —	
Ad. . . .	H.	Voyageur de commerce.	37	Rue Aumaire, 18.	Tuberculose. Entérite.	22 —	11 sept.	
Vi.. . . .	F.	Cuisinière.	62	Avenue de Clichy, 164.	Vieillesse et faiblesse.	22 —	25 août.	
Pé.. . . .	F.	Gantière.	59	R. de la Fontaine-du-But, 26.	Anémie.	27 —	29 —	
Fr.. . . .	H.	Journalier.	48	Rue des Bateliers, 10 (Clichy).	Diarrhée cholériforme.	30 —		31 août.
Kr. . . .	F.	Cuisinière.	42	Passage Clichy, 18.	Tuberculose.	3 sept.	9 sept.	
Sc. . . .	H.	Journalier.	52	Rue Virginie, 69.	Choléra nostras.	5 —		6 sept.
Po. . . .	H.	Employé aux Halles.	45	Rue Monge, 13	Id.	6 —		8 sept.
Tr.. . . .	H.	Sans profession.	18	R. Solférino, 14 (Aubervilliers).	Choléra nostras.	6 —	21 sept.	
Tr.. . . .	H.	Journalier.	43	Id.	Id.	6 —	21 —	
Va. . . .	H.	Id.	63	Rue Philippe-de-Girard, 90.	Pneumonie gauche.	15 —		16 sept.
Pr.. . . .	H.	Charretier.	36	Rue de Flandre, 152.	Entérite.	26 —	29 —	
Br. . . .	H.	Sellier.	53	B. de la Révolte, 91 (Clichy).	Urémie.	27 —		4 octobre.
Be. . . .	H.	Journalier.	56	Pass. de l'Union (Aubervill.). Rue Quincampoix, 78.	Diarrhée avec complications cholériformes.	2 octobr.		2 octobre.
Da. . . .	H.	Cordonnier.	43		Bronchite tuberculeuse.	3 —	7 octobr.	
Ij. . . .	F.	Sans profession.	50	R. Benoît-de-St-Sever (Rouen).	Choléra probable.	4 —		4 octobre.
Pi. . . .	H.	Id.	5	R. des Entrepôts, 38 (S.-Ouen)	Diarrhée d'origine douteuse.	4 —		5 octobre.
Ta. . . .	H	Garçon d'écurie.	49	P. de l'Union, 29 (Aubervill.).	Diarrhée.	5 —	9 —	
Le. . . .	F.	Sans profession.	62	Rue d'Epinay, 100 *bis* (Rouen).	Entérite.	6 —	14 —	
Gu. . . .	H.	Couvreur.	36	Rue Brunel, 27.	Entérite et tuberculose.	7 —		9 octobre.
Pi.. . . .	F.	Sans profession.	36		Entérite avec accid. cholérif.	9 —		
Ra. . . .	F.	Journalière.	58	R. de la Haie-Coq. 4 (Auberv.)	Choléra probable.	10 —		10 octobr.

cholériforme, et que tous les autres malades auraient pu être soignés sans inconvénient dans les hôpitaux ordinaires. Cette statistique juge les mesures prises par l'Administration.

Quant à l'hôpital des Mariniers, il n'a reçu aucun malade. Il en a été à peu près de même pour les salles spéciales des hôpitaux ordinaires. C'est ainsi que, à la Pitié, la salle destinée aux cholériques, hommes, a reçu un *urémique*.

Concluons. L'Administration a le devoir de rendre aux malades toutes les salles rendues inutiles depuis plus de *trois mois* et si, par malheur, le choléra *asiatique* vient frapper Paris, en quelques heures elle pourra procéder à la réouverture des salles antérieurement indiquées. (Voir p. 859).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 *octobre* 1884. — Présidence de M. P. Bert.

M. Franck dépose sur le bureau, de la part de M. Baunis, un mémoire intitulé : *De la justesse et de la fausseté de la voix;* et de la part de M. Parisot (de Nancy), une thèse inaugurale ayant pour titre : *Recherches sur le pouls dans le cours et la convalescence de la fièvre typhoïde.*

M. Déjerine rappelle qu'on observe fréquemment des *paralysies musculaires* dans le cours de l'ataxie locomotrice. Ces paralysies, qui atteignent fréquemment le nerf de la troisième paire, pour ne citer que celui-ci, peuvent se borner à l'un des rameaux de ce nerf. Dans un cas que l'auteur a eu récemment l'occasion d'observer, la paralysie, déjà ancienne, survenue dans le cours d'une ataxie confirmée, se bornait aux releveurs des paupières des deux côtés. L'autopsie révéla que le rameau du releveur était en pleine dégénérescence, de même que le muscle releveur lui-même. Les autres rameaux et les autres muscles innervés par le nerf étaient sains, de même que le tronc de la troisième paire lui-même. Il est très probable que le noyau d'origine ne présentera aucune altération. M. Déjerine en conclut qu'il existe dans la sclérose des cordons postérieurs des névrites périphériques limitées des nerfs moteurs, de même qu'il existe des névrites périphériques des nerfs sensitifs.

M. Brown-Séquard, se fondant sur le caractère parfois très fugace de ces paralysies motrices, pense qu'on ne peut pas toujours les attribuer à des névrites, et qu'il doit exister aussi une autre cause encore indéterminée, opinion à laquelle souscrit M. Déjerine.

M. Brown-Séquard a montré, il y a déjà longtemps, qu'en fléchissant le gros orteil on pouvait, chez certains paraplégiques spasmodiques, faire cesser l'épilepsie spinale et même annihiler pour un certain temps l'état de contracture. La flexion de l'articulation du genou amènerait, quoique à un degré moindre, de semblables résultats. L'auteur a cherché si de semblables effets pouvaient être obtenus chez les animaux rendus paraplégiques. Il a constaté que la flexion des orteils des membres postérieurs, et à un moindre degré celle de l'articulation du genou et de la hanche, possédaient des propriétés analogues.

M. Gellé décrit, d'après cinq observations, une affection du conduit auditif externe, à laquelle il donne le nom d'*otite externe périostique circonscrite*. Cette affection, qu'il ne faut pas confondre avec le phlegmon périostique du conduit auditif, s'est toujours terminée par la résolution sous l'influence des émollients. Elle est d'origine rhumatismale, porte à la fois sur les deux oreilles et s'accompagne le plus souvent d'une angine de même nature.

M. Mathias Duval complète l'exposé de ses recherches sur *les organes annexes de l'embryon des oiseaux*. Pendant ses recherches sur les vaisseaux qui se rendent à l'or-

© BIU Santé

gane placentoïde, il a eu l'occasion de consulter un mémoire de Dutrochet datant de 1837, dans lequel il a pu constater que cette question si délicate était entièrement résolue. M. M. Duval dit à ce sujet que les médecins qui étudient en France l'embryologie négligent trop les auteurs français pour les ouvrages allemands qui, parfois, font leurs les opinions françaises. Il rapporte que, dans un ouvrage souvent consulté, le *Traité de la génération* de Hansen, on trouve longuement décrit et sans que le nom de celui qui l'a découvert soit cité, le *noyau embryogène de Balbiani* (1).

M. Bloch, étudiant *la vitesse de transmission de l'onde musculaire*, a répété chez l'homme l'expérience d'Aeby, qui n'avait encore porté que sur des muscles de grenouille. En se plaçant en dehors de toutes causes d'erreurs et au moyen d'un appareil approprié, il est arrivé à ce résultat que la vitesse de transmission est double dans le muscle humain par rapport au muscle de la grenouille.

M. Grehant, au nom de M. Philippeaux, dépose une note dans laquelle l'auteur soutient que le corps des vertébrés se développe par deux points d'ossification.

M. Pouchet, au nom de M. L. Petit, dépose une note sur l'*appareil vasculaire des holoturies*.

M. P. Bert, à propos de la dernière communication de M. Brown-Séquard sur le rôle producteur des convulsions, de l'acide carbonique, dans l'asphyxie, dit que l'opinion qu'il a soutenue ne saurait se concilier avec celle du présentateur. Il reste convaincu que c'est la privation d'oxygène qui amène les convulsions et non la présence de l'acide carbonique. Il a pu formuler cet axiome : que les convulsions se produisent toujours lorsqu'il n'y a plus que 3 à 4 0/0 d'oxygène dans le sang, et cela indépendamment de l'acide carbonique.

M. Javal rapporte une curieuse observation de *variation de courbure de la cornée* en synchronisme avec les pulsations cardiaques. G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 octobre 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Daremberg, dans la dernière séance de l'Académie, avait déclaré que l'*eau de Seine*, en amont de Paris, était déjà infectée. De nouvelles analyses lui ont démontré que cette eau contenait déjà 12 milligr. de matières organiques à Melun, 16 à Choisy-le-Roy, et 17 au Pont-d'Ivry. Si cette eau est envoyée à la banlieue de Paris pour son alimentation, le remède adopté n'aura aucune efficacité. L'analyse chimique comparée des eaux de sources contenues dans les réservoirs et versées par les robinets montre que dans les réservoirs, ces eaux ont une composition fixe et bonne (2 à 3 milligrammes de matières organiques); qu'au contraire, elles ont une composition variable dans la même rue et le même jour et que souvent elles sont très riches en matières organiques (4 à 5 milligr. par litre) : les analyses prouvent que dans la canalisation il reste en certains points des matières organiques et des germes provenant de l'eau de rivière que l'on envoie dans les moments de pénurie. Aussi ces eaux distribuées à Paris ne sont-elles pas exemptes de danger pour la santé publique.

M. Proust lit une note relative aux eaux de Paris, recueillies dans divers endroits. L'analyse de ces eaux a été faite par M. H. Fauvel, et a révélé qu'elles renfermaient de véritables colonies de micro-organismes, dans des proportions souvent considérables.

M. Colin (d'Alfort), rapporte qu'au pont de Charenton, à l'entrée d'Alfort, il existe un égout par lequel on ne cesse de souiller la Seine, en y jetant une eau trouble, chargée de matière organiques et de microbes. Cette eau, inoculée à des lapins et à des chiens, n'a jamais causé la mort, mais a toujours déterminé des accidents locaux. L'eau, qui alimente l'Ecole d'Alfort est, en conséquence, une eau impure. *Les ingénieurs ne manquent donc pas une occasion d'empoisonner les eaux qui servent à l'alimentation.*

M. Gautier se fait un devoir de protester contre les dernières paroles de M. Colin. Les matières fécales vont à la Seine, dans la proportion de 5 à 600 tonnes par jour. De deux choses l'une, ou il convient de respecter les usines de Billancourt, ou il importe alors de tout déverser dans la Seine. Dans les usines, les matières fécales sont, il est vrai, traitées d'une manière insuffisante, mais cette insuffisance a son importance pratique.

M. Brouardel ne voudrait pas qu'on établît une confusion entre ce qui tue et ce qui est simplement dangereux. Si, conformément aux idées de M. Colin, on en arrivait à fermer les usines, sous le prétexte qu'elles dégagent des odeurs désagréables, on aboutirait fatalement à ce résultat de souiller la Seine avec des matières fécales non traitées. Cet inconvénient existerait non seulement pour Paris, mais pour la banlieue. Il faut donc sauvegarder la Seine, et faire en sorte qu'elle ne reçoive pas un seul gramme de matière fécale.

M. Blachez fait la lecture d'un travail relatif à une *épidémie de fièvre éruptive* qui a sévi à la nourricerie de l'hôpital des Enfants-Assistés. Dans cet hôpital, le regretté professeur Parrot a fait installer une écurie d'ânesses, destinées à nourrir les enfants syphilitiques. Chaque ânesse peut servir durant un an, à raison de trois nourrissons par jour. L'expérience a démontré que l'ânesse échappait à la contagion de la syphilis. M. Blachez, qui a succédé au professeur Parrot, vient aujourd'hui relater une épidémie particulière qu'il a observée sur une série d'ânesses, dans des conditions fort intéressantes. Un enfant syphilitique, atteint d'une ulcération de la lèvre, tète une ânesse ; or, cette ânesse présentait une ulcération mammaire, bien antérieure à la lésion labiale de l'enfant. Dans ces circonstances, l'ânesse doit-elle être incriminée? Quoi qu'il en soit, cette même ânesse détermina, chez un deuxième enfant, une ulcération de la langue. A la même époque, successivement, trois ânesses de la même écurie présentèrent des lésions identiques, des pustules sur les mamelles. Toutes ces ânesses se trouvaient être tétées par des enfants syphilitiques. Un ânon fut un jour atteint d'une ulcération gingivale accompagnée d'une adénopathie sous-maxillaire. Une infirmière, enfin, qui avait une écorchure à la main et dont le service consistait à traire les ânesses, fut effrayée de l'aspect ulcéreux de sa plaie qui ne tarda pas à se compliquer d'une adénite axillaire des plus douloureuses. Dans ces conditions, il importait de savoir, si on ne se trouvait pas en présence de nombreux faits de contagion syphilitique, ainsi qu'on était porté à l'admettre? M. le professeur Bouley, appelé à donner son avis, résolut rapidement le problème en diagnostiquant chez les ânesses le horsepox.

Les inoculations ultérieures, faites sur une vache, à l'aide du virus recueilli sur une des pustules suspectes, ont pleinement confirmé le diagnostic de M. Bouley. Il en résulte que toutes les lésions ulcéreuses, à caractères bizarres, qui ont été successivement observées chez les ânesses, chez l'ânon, chez les enfants et l'infirmière, n'étaient autres que des lésions vaccinales. A. Josias.

(1) A ce propos, M. M. Duval nous apprend qu'un de nos plus célèbres physiologistes faisant des recherches sur l'*Amphioxus* fut amené après avoir consulté le mémoire de M. De Quatrefages qui le premier s'est occupé de cette question à lire un travail anglais dans lequel il retrouve toutes les idées de M. de Quatrefages, attribuées à un deuxième auteur anglais. Il se reporta à ce dernier travail qui n'était autre que l'analyse du mémoire français que l'auteur anglais qu'il avait consulté en premier lieu avait totalement oublié de citer.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Ce numéro est actuellement en préparation : nous invitons les personnes qui auraient des communications à nous faire, à bien vouloir nous les adresser de suite.

© BIU Santé

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES.

Session de Copenhague.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

Dans un de nos premiers comptes rendus (voir n° 34), nous avons déjà exposé une partie des travaux de la section d'obstétrique. Nous devons, pour être complet, faire une rapide revue des très intéressants sujets qui ont été mis en discussion. Nous avons vu que les honneurs de la première séance avaient été pour l'*opération césarienne* et ses modifications, et que, au cours de cette discussion, entamée par le professeur Müller (de Berne), et soutenue par MM. Eustache, Sänger (de Leipzig), Léopold (de Dresde), Lazarewitsch, Meyer et Breisky, la majeure partie des auteurs avaient donné la préférence à la méthode radicale dite *opération de Porro*.

Séance du 12 août.

Traitement des fibromes utérins par la castration. — Le Dr Wiedow (de Freiburg) fait un exposé statistique de tous les cas de castration connus, avec les résultats de l'opération à distance. Il a relevé 149 cas, sur lesquels il y a eu 17 morts, soit 11 0/0. — Sur ce total, 49 femmes seulement ont pu être suivies pendant plus d'un an; on a observé les diverses marches suivantes : 36 fois il y eut ménopause et décroissance des tumeurs; 8 fois ménopause, sans indication spéciale au sujet de l'état des tumeurs; 1 fois diminution des fibromes, sans mention de l'état menstruel; 3 fois diminution des fibromes avec persistance des hémorrhagies; 1 fois il y eut une perte de sang trois mois après l'opération; on ne parle pas en ces cas de l'état des tumeurs. Le volume des fibromes ne constitue nullement une contre-indication à la castration; ainsi, sur 12 cas dans lesquels les tumeurs remontaient au niveau ou au-dessus de l'ombilic, il y eut 10 fois ménopause d'emblée et diminution des néoplasmes. Wiedow place donc, en tête des modes de traitement opératoire des fibromes utérins, la castration; vient ensuite la myomotomie, qui donne 33 0/0 de mortalité, et qui doit être réservée pour les tumeurs fibro-cystiques et les fibromes sous-péritonéaux pédiculés.

De l'emploi de la méthode antiseptique pour les laparotomies; par le profes. Mikulicz (de Cracovie). — La pratique de l'antisepsie est la même pour les laparotomies que pour toutes les autres opérations sanglantes. Elle est d'une importance capitale, et on peut dire que c'est grâce à elle que la chirurgie s'est enrichie des grandes opérations abdominales, hystérotomie, résections de l'estomac, de l'intestin, des reins, etc. Le manuel de l'antisepsie est le même que pour les autres opérations courantes, tout en présentant quelques particularités concernant les précautions à prendre vis-à-vis du péritoine. La grande séreuse abdominale possède une facilité de résorption très grande; il faut donc, fait capital, la mettre à l'abri du contact de tout produit septique. C'est surtout une antisepsie prophylactique qu'il faut poursuivre en ce cas; l'opération faite, point n'est besoin de drainage; on doit, de plus, s'abstenir des lavages interpéritonéaux à l'aide de solutions antiseptiques, susceptibles de s'absorber rapidement et de déterminer des intoxications.

Mais il faut également se mettre à l'abri de l'infection spontanée du péritoine, accident qui se produit lorsque des produits séro-sanguins sont collectés dans des « espaces morts », et susceptibles de se résorber. Le second point capital dans le traitement antiseptique des laparotomies, est d'éviter la production de ces « espaces morts » et, par suite, d'empêcher les collections de produits sécrétés de s'accumuler dans le péritoine. Il faut faire une toilette exacte de la séreuse et prévenir la formation de cavités anormales par tous les moyens; abrasion du pédicule et des adhérences; ablation, dans certains cas, des ligaments larges et des trompes (myomotomie par le procédé de Schrœder). C'est surtout au niveau du petit bassin que les « espaces morts » sont le plus redoutables. Il est nécessaire, d'autre part, d'empêcher les sécrétions péritonéales qui se produisent notamment lors de l'emploi de substances antiseptiques trop fortes, et de maintenir un appareil compressif sur l'abdomen au moyen de bandes de gaze.

Les meilleurs agents pour le pansement des laparotomies sont le catgut et la soie parfaitement désinfectés pour les sutures, et l'acide carbolique pour la toilette du péritoine et de la plaie.

L'albuminurie des femmes enceintes. — Le professeur Halbertsma (d'Utrecht) développe à ce sujet les trois thèses suivantes : 1° La cause de l'albuminurie des femmes enceintes ne réside pas, comme on l'a dit, dans une contraction réflexe des artères rénales. 2° Elle s'observe principalement dans les cas où il y a trop grande disproportion entre le volume de l'utérus gravide et la capacité de la cavité abdominale. 3° Cette albuminurie dépend, dans la plupart des cas, de la tension et de la compression des uretères. M. Ingerslev (de Copenhague) prend la parole pour faire ressortir le rôle important que joue dans la pathogénie de ces albuminuries l'inflammation des reins.

M. le Dr Bar (de Paris) fait remarquer que c'est à tort qu'on cherche à systématiser les causes des albuminuries gravidiques. On doit aux recherches scientifiques nouvelles de savoir que l'albuminurie excrétée par les reins des femmes enceintes se présente avec des caractères polymorphes. C'est donc à des analyses d'urines plus précises qu'il faudra demander dans l'avenir et suivant les cas, la nature de la cause pathogénique qui a déterminé l'albuminurie.

Diagnostic et traitement des affections des trompes utérines; par le Dr Martin (de Berlin). — Il s'agit là d'une question qui n'est que très incomplètement traitée dans les ouvrages spéciaux; elle constitue cependant un chapitre du plus grand intérêt, et qui n'est pas aussi ardu, pour ce qui est du diagnostic, qu'on le croit généralement. A l'aide de la narcose chloroformique, on peut, par l'exploration bimanuelle, se rendre exactement compte des conditions des trompes, surtout alors qu'elles sont malades. Ces affections ne sont d'ailleurs pas rares, et Martin les a rencontrées chez 63 femmes sur 1,000, qu'il a examinées à ce point de vue. Il a eu l'occasion de pratiquer 18 fois la salpringotomie pour des cas de cette nature, et a eu sur ce nombre 5 morts, dont 4 manifestement due à la septicémie. Le traitement médical, de son côté, donne de très bons résultats; il peut déterminer, dans la plupart des cas, une grande amélioration, et l'auteur, pour sa part, a pu deux fois guérir sans opération des stérilités de vieille date, tenant à des salpingites anciennes.

M. Sänger (de Leipzig) pense que la vaginite chronique joue un rôle étiologique et diagnostique très grand dans les affections des annexes de l'utérus. Il a opéré quatre fois, et toujours avec succès, pour des maladies de la trompe; il considère que cette opération doit porter, non pas le nom de salpingotomie, mais celui d'extirpation des annexes de l'utérus.

Traitement de la délivrance. — Le professeur Stadfeldt (de Copenhague) expose les trois grands procédés usités pour pratiquer la délivrance : 1° La méthode expectative, qui abandonne à la nature le soin d'expulser spontanément le placenta; 2° la méthode de Crédé, qui consiste à chasser le délivre par expression utérine; 3° la méthode dite de Dublin, pratiquée de diverses manières par les différents auteurs; elle consiste à comprimer doucement le fond de l'utérus immédiatement après l'issue du fœtus, et, lorsque le placenta apparaît dans le vagin, à l'aller saisir avec deux doigts et à l'attirer doucement au dehors. Il penche en faveur de la méthode de Crédé, mais il reconnaît qu'elle réclame une certaine habileté; aussi, d'une façon générale, il préconise pour la pratique des sages-femmes la méthode de Dublin.

Le Dr Bar (de Paris) présente la *basiotribe* de M. le professeur Tarnier, et en fait une démonstration très précise et très claire à l'aide de planches représentant les divers

© BIU Santé

temps de l'application de l'instrument. A cette occasion, M. le professeur Simpson (d'Edembourg) fait la présentation de son basilyste, et M. Lazarewitsch décrit la pince dont il se sert pour l'extraction de la tête fœtale par morcellement.

Mortalité des femmes en couches.—M. le Dr Ingersler (de Copenhague) présente la statistique de la mortalité puerpérale du Danemark, de 1867 à 1883. La proportion de la mortalité s'est considérablement atténuée depuis trois ans, et l'auteur attribue cette amélioration à la généralisation de la pratique de l'antisepsie.

M. E. Bonnaire (de Paris), à l'appui de la communication précédente, expose les résultats obtenus par M. Tarnier, à la Maternité de Paris, de l'emploi de l'antisepsie au moyen du sublimé, depuis trois ans. Il insiste notamment sur l'utilité des injections intra-utérines post partum comme traitement prophylactique de la fièvre puerpérale. Grâce à l'emploi de cette méthode, sur 1,147 femmes accouchées pendant le 1er semestre de 1884, pas une seule n'est morte de septicémie contractée dans les salles de la Maternité.

M. le professeur Breisky (de Prague) s'élève contre la pratique des injections intra-utérines après l'accouchement, et prétend avoir des résultats tout aussi beaux sans avoir recours à cette méthode.

M. le Dr Bar présente les *sondes pour injections intra-utérines* qu'a fait construire M. le Dr Budin. Ces sondes sont de volumes divers, construites en celluloïde et présentant le grand avantage de permettre un libre écoulement des liquides, au fur et à mesure de leur injection dans l'utérus.

M. E. Bonnaire fait la description du *nouveau modèle du forceps* de M. Tarnier. MM. Simpson et Lazarewitsch présentent à la suite leurs types de *forceps respectifs*.

Remarques cliniques sur quelques médicaments utérins. — M. Cordès (de Genève) divise ces médicaments en utéro-moteurs et en utéro-sédatifs. Parmi ceux du premier groupe, il a employé 17 fois le sulfate de quinine comme antihémorrhagique ou ecbolique, et, sur ce total, 15 fois avec succès, dans des cas où l'usage de l'ergotine et des autres agents hémostatiques était devenu inefficace. Le sulfate de quinine lui a également heureusement réussi pour déterminer l'expulsion de débris placentaires et de polypes. La dose moyenne de cette substance a été de 2 grammes en 24 heures. Il a pu constater que, dans un cas, le kermès, pris à dose faible, au cours d'une bronchite, avait déterminé des contractions utérines. Il pense, d'autre part, que les émétiques, même à dose légère, sont susceptibles d'agir de même sur l'utérus.

Comme médicament utéro-sédatif, l'auteur a employé 6 fois avec succès le *viburnum prussifolium* à dose de 4 grammes en 24 heures, et il a pu arrêter par l'emploi de cette substance des avortements qui s'étaient déjà annoncés par des hémorrhagies utérines accompagnées de contractions.

Du rôle de l'adéno-lymphite dans la pathogénèse des accidents péri-utérins, par le Dr Martineau (de Paris). — L'adéno-lymphite utérine et péri-utérine est intimement liée à l'inflammation utérine. La métrite aiguë ou chronique ne peut exister sans que le système lymphatique utérin et péri-utérin participe à l'inflammation du tissu utérin. L'adéno-lymphite péri-utérine est l'origine des accidents inflammatoires dits péri-utérins, tels que le phlegmon du ligament large, le phlegmon péri-utérin, la péri-métrite, la pelvi-péritonite. La désignation de ces accidents par les noms d'adéno-phlegmon du ligament large, d'adéno-phlegmon péri-utérine, d'adéno-pelvi-péritonite est celle qui leur convient, puisqu'elle rappelle leur origine, leur pathogénie. L'adéno-lymphite péri-utérine étant adéquate à l'inflammation utérine, toute cause qui aura pour effet d'accroître cette inflammation aura pour conséquence d'augmenter l'adéno-lymphite péri-utérine et de produire les accidents dont elle est l'origine. L'adéno-lymphite, alors qu'il s'agit d'instituer le traitement local, le traitement des lésions de la métrite, constitue l'indication et la contre-indication de ce traitement, ainsi que du traitement pathogénique et nosologique pouvant produire une excitation de l'inflammation utérine.

Sur un nouveau traitement électrique des périmétrites par la faradisation utérine double, par le Dr Apostoli (de Paris). — Il décrit la modification qu'il a introduite dans le manuel opératoire de la faradisation utérine (procédé A. Tripier). Il en fait ressortir les avantages généraux dans le traitement de la métrite simple. Il applique sa méthode aussi utilement dans la périmétrite : manuel opératoire, dose, durée, intensité. Au total, il a toujours vu les courants faradiques, de tension élevée, à faible dose et de longue durée, soulager toute périmétrite, même aiguë, et amener rapidement sa résolution.

De l'ovariotomie précoce, par le Dr Knowsley Thornton (de Londres). — L'auteur établit d'abord un parallèle entre le traitement des kystes de l'ovaire par la ponction et le traitement par la laparotomie. En faveur de la première méthode se prononcent Spencer Wells, Keith et Thomson, tandis que Gross, Emmet et Tait la repoussent absolument. Pour l'auteur, l'incision exploratrice, dans les cas douteux, est le seul procédé convenable, et il qualifie de criminelle, avec Stilling, la ponction kystique, sauf dans des conditions exceptionnelles. Sous le nom d'ovariotomie précoce, M. Kn. Thornton entend l'ablation du kyste dès qu'il est assez développé pour distendre la paroi de l'abdomen. On n'a rien à attendre de la temporisation, sinon des accidents tels que l'infection du péritoine, soit par l'évacuation des poches kystiques, soit par production d'adhérences, ou bien la torsion du pédicule. Avec les procédés de pansement que possède aujourd'hui la chirurgie, qui permettent d'obtenir la guérison dans 95 ovariotomies sur 100, on est en droit de proposer l'opération précoce, alors qu'elle eût été certainement repoussée autrefois, quand la mortalité opératoire s'élevait à 20 ou 23 0/0.

Nouveau procédé de périnéorraphie.—M. le professeur Koeberlé rend compte d'un nouveau procédé de restauration du périné déchiré complètement pendant l'accouchement. Etant donné que les obstacles à la réunion définitive proviennent de la distension de l'intestin par les matières fécales, sous l'influence du resserrement de l'anus, l'auteur obvie ainsi à cette difficulté : Il divise très largement l'anus en arrière, assez profondément pour que l'incision s'étende au delà des fibres circulaires déchirées et intéresse le tissu cellulaire situé en arrière du rectum. Il s'établit ainsi une large ouverture infundibuliforme par laquelle les garde-robes s'écoulent librement, jusqu'à ce que la cicatrisation de la cloison recto-vaginale soit solide.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 octobre 1884.—Présidence de M. M. Sée.

M. Lucas-Championnière présente des fragments de côte provenant d'un malade auquel il a pratiqué trois fois l'*opération d'Estlander*. Dans une première opération il réséqua cinq côtes ; deux ans après il fit une résection complémentaire qui porta sur quatre côtes ; l'opération fut beaucoup plus difficile que la première fois. L'amélioration obtenue fut considérable ; le thorax s'affaissa ; cependant la guérison ne fut pas complète et il a été nécessaire tout dernièrement de procéder à une troisième opération. Le malade, qui ne présente aucun symptôme de tuberculose, bien qu'ayant les plus mauvais antécédents, a supporté parfaitement bien ces opérations. M. Lucas insiste sur la facilité avec laquelle les côtes se reproduisent et conseille, en conséquence, de ne pas craindre d'enlever largement.

M. Berger désire modifier un peu les conclusions trop optimistes du dernier rapport qu'il a déposé sur l'opération d'Estlander; en effet, dans ces derniers temps, les observations d'insuccès ou de résultats partiels se sont multipliés, et il convient de considérer l'opération comme présentant une certaine gravité : M. Berger regarde comme particulièrement graves les opérations dans lesquelles on est amené à réséquer les 1re et 2e côtes, ou les 9e et 10e, car alors rien ne s'oppose plus à l'affaissement du sternum et

© BIU Santé

le jeu de la respiration est fort entravé. A cette première cause de gravité il convient encore d'ajouter l'épaississement des parois de la cavité suppurante.

Suit une courte discussion sur la priorité de l'opération dite d'Estlander. M. Gayet (Lyon), prouve par la lecture d'un passage de la thèse d'un de ses élèves que, dès 1875, il avait eu l'idée de recourir à la résection costale contre certains empyèmes que l'aspiration continue ne suffisait pas à guérir. — M. Verneuil ne verrait aucun inconvénient à supprimer tout nom propre et à donner à l'opération le nom de *résection des côtes*.

M. Dumesnil (Rouen), lit un travail sur l'*application de la colotomie au traitement des fistules vésico-intestinales*. Ce travail renferme une observation très intéressante dans laquelle une fistule à double trajet mettait la cavité vésicale en communication avec le petit et le gros intestin ; la colotomie iliaque, par la méthode de Littre, n'empêcha pas l'accumulation des matières dans le bout inférieur de l'intestin et la mort survint au bout de quelque temps. M. Dumesnil pense que l'anus lombaire dans lequel l'éperon est plus prononcé s'opposerait mieux à cette accumulation des matières et doit être préféré.

M. Verneuil a été aussi frappé de cet inconvénient, et il se demande s'il ne serait pas avantageux, comme on l'a déjà proposé, d'aboucher directement et totalement le bout supérieur de l'intestin à la peau. De cette façon, toutes les matières seraient forcément amenées au dehors et l'on éviterait l'accumulation dans le bout inférieur.

M. Guéniot rappelle qu'il y a des fistules vésico-intestinales qui guérissent spontanément. Il a pu observer un de ces cas de guérison. La malade ayant remarqué que l'écoulement des matières dans la vessie n'avait lieu que dans certaines positions, le traitement consista à éviter cette position et la guérison survint.

M. Trélat sait que Madelung a tenté deux fois l'abouchement total du bout supérieur de l'intestin et les deux opérées ont succombé, sans doute à la suite de phénomènes septiques dont l'origine doit être cherchée dans le bout inférieur de l'intestin. M. Trélat rappelle les avantages de l'anus lombaire dans lequel l'éperon est d'autant plus prononcé que l'on est allé plus profondément chercher et attirer l'intestin vers la peau ; d'où il suit que l'écoulement des matières par le bout supérieur se fait assez bien pour que le nettoyage du bout inférieur ne soit pas fréquemment nécessaire.

M. Ledentu se demande si l'on ne pourrait pas aller agir directement sur ces fistules en ouvrant la vessie comme dans la taille hypogastrique.

M. Dumesnil, qui a traité dans son travail les différents points dont il vient d'être question, serait en somme assez partisan de faire quelque tentative dans la voie indiquée par M. Ledentu.

M. Poulet lit un travail sur l'*hydarthrose tuberculeuse*.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 22 octobre 1884.—Présidence de M. Delpech.

M. C. Paul offre à la Société la thèse d'un de ses élèves, M. Chameron, dans laquelle on trouvera l'exposé complet de ses idées sur la nature et le *traitement de la blennorrhagie* par les *injections du sublimé*. La blennorrhagie, dit-il, réunit les trois conditions qui sont nécessaires à une affection pour être classée parmi les maladies infectieuses. Le gonococcus existe : les procédés de coloration le décèle, et, à ce propos, M. Paul soutient l'opinion qui veut que cet organisme siège toujours dans l'intérieur des cellules épithéliales et non dans les globules de pus. Ce gonococcus est cultivable ainsi que l'auteur l'a pu faire dans le laboratoire de M. Pasteur en s'entourant de toutes les précautions désirables : il a obtenu jusqu'à neuf cultures et eût pu aller au delà. Enfin il est inoculable ; les inoculations de pus blennorrhagique ont été faites à l'étranger ; on a retrouvé le gonococcus type : M. Paul a lui-même fait une inoculation du liquide de 9e culture et au bout de 4 jours 1/2 il vit survenir une blennorrhagie uréthrale qui n'a néanmoins duré que 2 jours ; le cas est donc peu concluant. Enfin les solutions faibles de sublimé au 1/20000e tuent le micro-organisme. C'est en partant de ce principe que la blennorrhagie était parasitaire que Neisser a préconisé, en 1879, le traitement de cette affection par les injections de sublimé. M. Paul a pu contrôler les bons effets de cette méthode applicable dès le début de l'affection. Les injections doivent être données *chaudes* ; c'est un point capital, car elles pénètrent ainsi bien mieux jusque dans l'intérieur des follicules de la muqueuse uréthrale : désormais les blennorrhagies soignées de cette façon, chez l'homme, ne durent pas plus de 7 jours en moyenne. Etant donné les propriétés si efficaces du sublimé ne pourrait-on pas, dans les maisons de tolérance, prescrire de semblables lavages qui, certainement, mettraient obstacle à la diffusion des maladies contagieuses.

M. Martineau rappelle qu'il a déjà, devant la Société, vanté les bons effets du sublimé dans la blennorrhagie. La communication de M. Paul a toutefois ceci de tout nouveau, c'est qu'elle renferme l'exposé de cultures qui, jusqu'alors, n'avaient été que très imparfaitement faites. M. Martineau emploie, chez la femme, les lavages à 1/500e : ayant eu quelques cystites il a fait confectionner des suppositoires uréthraux de 2 cent. de long contenant au *maximum* 0,006 de sublimé qu'il laisse fondre en place. De plus, chez la femme, ainsi qu'il l'a montré, la blennorrhagie et son micrococcus allant se confiner dans les follicules uréthraux et péri-uréthraux, il se sert toujours de la cautérisation de ces follicules avec le galvano-cautère à pointe très fine. De cette façon la blennorrhagie qui, chez la femme, guérissait autrefois si lentement par les anciens procédés, se trouve aujourd'hui réduite à 15 ou 20 jours de durée.

M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il serait désirable qu'on recherchât si le gonococcus n'existe pas dans tous les écoulements purulents chez la femme. Quant à la prophylaxie, il rappelle qu'en Belgique la loi ordonne des prescriptions de cette nature dans les maisons publiques et que rien ne s'opposerait à ce que de semblables mesures fussent adoptées en France.

M. Moutard-Martin insiste sur la différence qui existe entre les doses du médicament suivant M. Paul et M. Martineau. Le premier assure, d'après ses expériences, que la solution au 1/20000e tue le micro-organisme. Pourquoi employer alors une solution aussi forte que celle au 1/500e qui pourrait ne pas être sans inconvénients ; à ce propos, ne serait-il pas dangereux de laisser à la portée de sujets ignorants des solutions incolores aussi toxiques ?

M. Labbée dit que Neisser n'a rien découvert : en 1834 il existait à Paris un médecin dont le nom lui échappe, qui considérait la blennorrhagie comme parasitaire et la traitait par les injections de sublimé. Enfin, M. Lereboullet a vu, en 1869, Kuss se servir, à Strasbourg, de semblables injections. Il est donc bon de rendre à chacun ce qui lui appartient.

M. C. Paul résume la discussion et engage les membres de la Société à expérimenter ce procédé de traitement et à apporter ainsi leur contingent à cette intéressante question (1).

G. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 22 octobre 1884. — Présidence de M. Proust.

M. A. Durand-Claye fait une communication sur les *Examens libres du Sanitary Institut of Great Britain* et insiste sur les exigences hygiéniques des ouvriers anglais. A Londres, en effet, aucun ouvrier, n'entre dans une maison, ne prend possession d'un logement, sans avoir préalablement visité les cabinets d'aisance.

(1) Voir pour l'historique du *gonococcus*, *Progrès médical*, nos 32 et 33, p. 643 et 660.

© BIU Santé

M. Rochard lit un rapport relatif à la construction d'un nouvel *hôpital antiseptique*, suivant les indications de M. Jastrebof. D'après cet auteur, l'antisepsie serait poussée à un tel point que tous les objets de l'hôpital, les aliments eux-mêmes seraient soumis à l'action de l'acide phénique. M. Rochard n'hésite pas à s'élever contre la mise en pratique d'une semblable innovation, qui ne tenderait à rien moins qu'à placer des malades dans un vase clos.

M. E. R. Perrin apporte une note relative à l'étude de la *décomposition cadavérique hâtive*. A l'occasion d'un individu qui s'est suicidé en recourant à l'asphyxie par la vapeur du charbon, M. Perrin a été frappé de la rapidité avec laquelle la décomposition putride s'est effectuée. Cette décomposition s'est produite en quarante-huit heures, contrairement aux données de la médecine légale. Que convient-il d'incriminer pour expliquer une pareille anomalie ? Le calorique, le terrain individuel... M. Perrin est plutôt porté à admettre l'existence d'un germe probable, encore inconnu, mais spécial à la putréfaction.

M. Javal fait une communication *sur les causes de la diminution du nombre des naissances en France*. Après avoir rappelé l'intéressante communication de M. J. Rochard sur le même sujet, M. Javal reconnaît que la population française ne s'accroît pas intentionnellement et veut remédier à ce déplorable état des choses, en recourant à des conseils de haute moralité et à tous les moyens de persuasion. Les difficultés de l'existence, la multiplicité des impôts contribuent puissamment à la diminution de la famille.

M. Cheysson a recherché quelles étaient les causes de la diminution de la natalité française. Il a constaté ainsi que les mariages étaient toujours aussi nombreux, que la mortalité n'augmentait pas, mais que la natalité ne cessait de diminuer. En un mot, les mariages ne sont plus aussi féconds qu'autrefois. Les statistiques des divers départements français, des divers pays du monde, révèlent des résultats absolument dissemblables. D'une façon générale, on peut dire que la natalité est en raison inverse de l'augmentation des impôts, par cela même que les pays où les enfants sont nombreux, expient leur fécondité.

M. J. Rochard s'est occupé depuis longtemps de cette patriotique question. Le meilleur moyen d'augmenter la population consiste à diminuer la mortalité et à augmenter la natalité. Afin d'arriver à ce perfectionnement social, il importe de faire diminuer le nombre des avortements et des morts-nés, il convient d'élever sérieusement les enfants et de protester contre le gaspillage de la vie des jeunes gens. La dépopulation va en augmentant dans des proportions désespérantes. Si cette situation se prolonge, elle facilitera l'introduction des éléments étrangers sur notre territoire. A l'heure présente, la France compte un million d'étrangers. Aujourd'hui, on vit trop bien, on meurt à un âge relativement avancé, et les mariages sont moins féconds parce qu'ils entraîneraient une augmentation des dépenses matérielles. Dans les campagnes, notamment, le paysan a le souci de conserver à son enfant le bien qu'il a péniblement acquis.

A. Josias.

CORRESPONDANCE

De San Francisco à New-York.

Les Ecoles médicales aux Etats-Unis. (*Suite.*)

(2e lettre.)

Mon cher Directeur,

Les *étudiants en médecine américains* se recrutent un peu partout, rarement dans les classes aisées : ce sont pour la plupart des fils de fermiers et de petits commerçants. On compte parmi eux d'anciens instituteurs, des gens sortis de carrières diverses, entrés dans la médecine pour y trouver une situation un peu plus élevée. Tous sont animés par le désir, commun à tous les Yankees, de faire fortune très vite et de la faire à bon marché, aussi recherchent-ils les écoles où les études se font dans un temps très restreint. Plus tard ils emploieront leurs premières économies à parfaire leur instruction médicale ; et s'il faut un petit voyage dans les universités anglaises ou allemandes pour bien se poser, ils comptent bien que ce seront leurs premiers clients qui en feront les frais. Les flâneurs, les étudiants blasés de dixième année n'existent pas. Les cours sont suivis avec régularité et recueillement ; l'étudiant écoute avec avidité, il suce tout ce qu'on lui dit et il s'en va aussitôt mettre en valeur ce qu'il a appris, avec une confiance et un aplomb qui sont les trois quarts de son succès.

Je demandais un jour à une des gloires de la médecine aux Etats-Unis, au professeur Bigelow, quel était le chiffre des opérations de Litholapaxie qu'il avait accomplies. Il me répondit : « J'ai pratiqué ma méthode assez souvent pour être désormais fixé sur sa valeur ; mais si j'avais exercé en Angleterre et en France, ma série serait bien plus nombreuse. Ici, les plus modestes praticiens viennent me voir opérer et ils s'en retournent le lendemain avec mes appareils et ils n'hésitent pas à profiter de la première occasion pour opérer eux-mêmes leurs malades. » D'autres aussi ont reconnu le vrai caractère de l'étudiant américain : Agassiz, en particulier, avait été frappé de leur assiduité, de leur application et de la confiance aveugle qui s'emparait d'eux aussitôt qu'ils quittaient l'école, emportant leur léger bagage.

La valeur des études médicales dans un pays est le produit de trois facteurs principaux : elle se mesure à la force des études classiques préliminaires, au mérite de l'instruction professionnelle et au degré des examens pour le brevet de sortie. A ce triple point de vue, les écoles médicales américaines offrent des caractères qui leur donnent un rang à part, malheureusement inférieur à nos écoles du continent.

Les *épreuves d'admission* à ces écoles sont peu sérieuses. A l'école médicale d'Harvard, à Boston, qui est la plus exigeante de toutes, on réclame des candidats une dictée, un peu d'arithmétique, un peu de latin ; ailleurs le latin est supprimé ; ailleurs encore on se contente d'un certificat délivré par un instituteur quelconque ; et en général on ferme volontiers les yeux, dans l'espoir de grossir les listes d'inscriptions de l'école. Un des hommes les plus distingués du corps médical, le professeur Pepper (de Philadelphie), secondé par quelques collaborateurs zélés, a imaginé, pour remplir cette lacune regrettable, de créer des cours particuliers de sciences accessoires, sous le titre de *Faculté annexe*. Les étudiants en médecine et même les docteurs vont puiser dans cette école les connaissances générales qui leur manquent, et ils emportent, en sortant, le titre de *bachelier ès sciences*. L'année dernière, 43 élèves ont été jugés dignes de ce titre, ce qui me paraît d'un bon présage pour l'avenir.

L'*instruction professionnelle* que l'on acquiert dans les écoles américaines est incomplète, pleine de lacunes et trop précipitée. Les meilleures écoles s'enorgueillissent d'avoir porté à *trois ans* la durée des études médicales, et encore faut-il s'expliquer sur ce cycle de trois ans. Ce n'est en réalité que trois semestres qu'il faudrait dire, puisque les cours ouvrent le 1er octobre pour fermer le 30 mars. Il existe encore pas mal d'écoles et des plus renommées, où l'on se contente de deux années, et nous avons rencontré à Philadelphie un étudiant hongrois qui n'avait pas craint de s'éloigner de son pays pour jouir de l'avantage de devenir docteur en médecine en deux ans et pour emporter le brevet d'une des meilleures écoles de l'Amérique, l'*école de Jefferson*. A la rigueur, au moyen de certains échappatoires, on peut encore réduire la présence à l'école à une seule année : il suffit de présenter une déclaration délivrée par un médecin régulier et constatant que l'on a rempli les semestres précédents sous sa direction. Tout le corps médical se sent humilié d'une pareille infériorité, et le Dr Flint prenant, cette année même, la parole à Washington, à titre de président de l'Association médicale, se faisait l'écho du sentiment général des médecins, en réclamant la prolongation des études pendant une quatrième année.

L'école de Harvard qui est toujours en avant des autres

© BIU Santé

dans la voie des réformes, a organisé les études d'après ce nouveau plan, tout en laissant les étudiants libres de choisir le plan ancien : 12 étudiants seulement ont consenti à faire la quatrième année ; les autres, au nombre de 68, ont préféré s'arrêter au seuil de la quatrième année.

Il ne sera pas facile de faire adopter une pareille innovation par tant d'écoles rivales qui se disputent les étudiants et qui se les arrachent, grâce à toutes sortes de faiblesses et de compromis. Il faudrait que les écoles indépendantes, celles qui sont suffisamment dotées, pour se passer de la redevance scolaire, se montrassent fermes et adoptassent le cycle des quatre ans ; elles ne manqueraient pas à la longue d'entraîner les autres écoles. En attendant, on cherche déjà à doubler les semestres d'hiver, en reprenant les cours pendant quelques mois de printemps et d'été. Ces cours facultatifs ont un vrai succès et ils sont fréquentés par près des deux tiers des étudiants : ceci amènera forcément à la division de l'année scolaire en deux semestres, telle qu'elle se pratique en Allemagne. Pour le moment, professeurs et élèves s'arrangent le mieux qu'ils peuvent de ce temps si restreint et il faut convenir que la journée de l'étudiant américain est bien remplie et qu'elle peut servir de modèle pour nos étudiants du continent et pour ceux de Paris en particulier, qui perdent tout leur temps dans leurs courses de l'hôpital à la Faculté, de la Faculté aux laboratoires, sans cesse exposés sur leur chemin à toutes sortes de tentations extra-médicales.

A l'ouverture de l'année scolaire, l'étudiant américain reçoit le programme des cours, imprimé sur un petit carton qui trouve aisément place dans sa poche. Sur ce schéma sont détaillées les heures des cours et leur distribution par année : on y ajoute un catalogue des principaux livres à consulter, et quelquefois la désignation des pensions à bon marché. Quelques écoles, telles que le collège des médecins de Chicago, poussent même la prévoyance jusqu'à installer un restaurant au rez-de-chaussée de l'école, à la disposition des étudiants. De la sorte, l'étudiant sait ce qu'il doit faire de son temps et il ne dépend pas d'un vétéran qui peut lui donner de bons conseils, mais qui peut aussi l'entraîner dans une autre voie que celle du travail.

Les cours théoriques, les cours pratiques, les laboratoires se trouvent réunis dans un même local et les leçons se suivent de 9 heures du matin à 5 heures du soir, sans compter les exercices de laboratoires qui se prolongent jusqu'à 8 heures du soir. La semaine scolaire ne compte ainsi pas moins de 50 heures de leçons, sans parler du temps consacré à la dissection, à l'histologie. Pendant toute la journée c'est un défilé de professeurs, de malades, de pièces anatomiques, d'expériences : c'est une véritable lanterne magique, un vrai casse-tête cérébral. Pour l'auscultation, pour les manipulations chimiques, pour l'histologie, pour certaines spécialités, les élèves sont divisés en séries plus ou moins nombreuses et on les exerce pendant six semaines ou trois mois, à tour de rôle, dans les laboratoires et dans les hôpitaux.

En résumé, on peut dire que dans les écoles des Etats-Unis, l'année consacrée aux sciences accessoires est supprimée : seule, la *chimie* a trouvé grâce ; elle est même traitée avec beaucoup de privilèges et on lui fait toujours une large place dans le bâtiment scolaire. — L'*anatomie* et *la dissection* sont enseignées d'une façon sérieuse, malgré les obstacles que l'on rencontre pour se procurer des cadavres. — La *physiologie* compte autant de professeurs que d'écoles, ce qui n'est pas peu dire ; aussi ces professeurs ne sont-ils pas tous de grands savants. Le matériel aussi laisse beaucoup à désirer, et s'il existe des Instituts physiologiques tels que celui de Baltimore, qui peuvent rivaliser avec les plus beaux Instituts d'Allemagne, en revanche, la plupart des écoles sont dénuées du nécessaire. D'ailleurs, la difficulté de l'enseignement de la physiologie se fait sentir aussi sur le continent : nous en savons quelque chose à Paris. En Angleterre, Huxley a protesté depuis longtemps contre l'éparpillement de la physiologie dans toutes les écoles d'hôpitaux du Royaume-Uni et contre la faiblesse de ces études qui en est la conséquence. L'*histologie* est généralement réunie à l'*anatomie pathologique* ; les étudiants peuvent assister à des autopsies deux ou trois fois par semaine, et les vitrines des laboratoires abondent en préparations montées qui leur permettent de voir la constitution histologique des tissus à vol d'oiseau. — La *clinique* laisse à désirer ; les étudiants voient passer sous leurs yeux beaucoup de malades, beaucoup de cas, mais ils ne vivent pas avec ces malades : ils n'en auraient guère le temps et, en outre, la discipline des hôpitaux est un obstacle majeur. Les étudiants zélés, qui ne sont pas trop pressés, une fois docteurs, sont désignés au choix pour remplir pendant dix-huit mois les places d'internes dans les hôpitaux. — Les *spécialités*, qui sont en si grand honneur en Amérique, figurent au programme de l'école, sous toutes les formes ; mais il faut convenir que les étudiants américains, toujours pratiques, ne s'attardent qu'aux choses essentielles et sauf les maladies des yeux qu'ils aiment à apprendre, ils ajournent à plus tard l'étude des autres spécialités.

Pour faciliter la digestion de tout cet énorme bol intellectuel que les élèves sont obligés d'avaler en si peu de temps, les Américains pratiquent sur une grande échelle le système des répétitions, des interrogations, des exercices ou *drills*, comme on les appelle. Les aspirants-professeurs se prêtent à cette besogne avec le plus grand zèle ; j'ai été témoin de la façon intelligente dont ces épreuves étaient conduites et nul doute que ces exercices ne soient excellents et n'aident les élèves à mieux fixer les matières des cours.

Un autre adjuvant puissant de cet enseignement à haute pression, ce sont les cours pour les praticiens, les *post-graduates courses*. Tous les ans, pendant deux mois ou six semaines, l'école est ouverte aux médecins qui désirent compléter leurs connaissances acquises un peu superficiellement pendant leurs trois années d'études. Dans leurs cours aux praticiens, les professeurs visent surtout l'enseignement des spécialités, mais on leur enseigne aussi la médecine opératoire et on les exerce dans les laboratoires. Ces cours sont très fréquentés, et à Philadelphie, ils se suivent toute l'année par séries de six semaines. Ce n'est d'ailleurs qu'une imitation des cours extraordinaires, tels qu'on les pratique dans les Universités et dans les Policliniques allemandes.

Signalons encore, à titre d'élément complémentaire d'instruction, les journaux, les revues de tous les pays que les médecins américains lisent assidûment et qu'ils trouvent au complet dans les bibliothèques, telles que celles de l'Académie de médecine de New-York, la bibliothèque de l'hôpital de New-York, la bibliothèque du collège des médecins de Philadelphie et celle des médecins militaires de Washington. On peut affirmer aussi qu'il y a bien peu de praticiens américains, si modestes qu'ils soient, qui ne complètent leur abonnement habituel aux journaux américains.

Il me reste à vous dire un mot des *examens* tels qu'on les pratique chez nos confrères. Les écoles d'Amérique ne confèrent qu'un seul grade, celui du doctorat. Personne, dans ce pays d'égalité, ne voudrait d'un grade moins élevé ; au surplus, il n'y a pas lieu d'établir des degrés lorsqu'on peut devenir docteur en trois ans. On ne donne pas non plus de titres plus élevés, tels que les titres de fellow, d'agrégé, puisque les hautes études, l'Académie, comme on l'appellerait en Allemagne, n'existe pas dans ces écoles. On se contente de faire tous les ans de vraies fournées de docteurs.

C'est à la fin du semestre d'hiver que se passent les examens, et quoique l'on autorise les étudiants à se débarrasser de l'anatomie, de la physiologie et de la chimie, dans un premier examen de fin d'année, généralement les étudiants préfèrent être quittes de tous ces ennuis en une seule épreuve. Quant à la sévérité de cette épreuve, je ne puis guère en juger ; mais, après une enquête sérieuse, je suis parvenu à me convaincre que les refusés formaient une minorité infime qui ne s'élevait guère à 4 ou 5 pour cent, et que toujours les examinateurs s'arrangeaient pour ne pas décourager les étudiants et pour les empêcher de se

© BIU Santé

sauver dans l'école rivale, ce que ces derniers ne manqueraient pas de faire si les examinateurs ne tenaient pas plus de compte de leur bonne volonté que de leur vrai savoir.

Voilà ce que sont les écoles d'Amérique ; voilà les fruits de la liberté absolue dans l'enseignement médical, et les résultats de l'instruction donnée par les écoles libres. Même dans un pays d'initiative, et qui est habité par une race vigoureuse et intelligente, la concurrence n'élève guère l'enseignement plus haut qu'une modeste officine de docteurs, sans nul souci de la science pure. Et si, malgré un enseignement si rudimentaire, malgré des bases si fragiles, on parvient à compter encore aux Etats-Unis toute une pléiade de contemporains illustres, tels que les Flint, les Bigelow, les Gaillard Thomas, les Bozeman, les Da Costa, les Pepper, les Weir Mitchell, les Hammond, les Seguin, les Billing, les Noyes, les Sayre, et tant d'autres, on se demande ce que l'on pourrait faire sur cette terre féconde, si l'on pouvait un jour introduire un enseignement sérieux, qui abriterait sous un même toit l'enseignement élémentaire de la médecine et l'enseignement plus élevé, ainsi que cela se pratique dans quelques-unes de nos Facultés du continent.

A vous. L. THAON.

Les transferts dans les asiles d'aliénés de la Seine.

Monsieur le Rédacteur en chef,

A l'occasion d'une note relative aux transferts, publiée dans le numéro du 11 octobre courant du *Progrès médical*, nous nous permettons d'attirer votre attention sur les transferts individuels de femmes.

On a pu voir dans certain asile de la Seine ces transferts effectués par un employé de l'Administration, marié il est vrai, qui emmenait avec lui sa femme en qualité de gardienne.

En règle, ce sont les bonnes sœurs accompagnées d'une ou deux filles. Car, disent-elles, c'est un grave manquement aux bonnes mœurs de la communauté religieuse que d'être durant le voyage en Compagnie d'un homme, médecin ou interne.

Ce n'est là qu'un prétexte.

Le vrai motif pour lequel les sœurs tiennent à conserver la direction des transferts c'est que, sans bourse délier, elles visitent les autres congrégations de France et de l'étranger, se mettent en rapport avec elles, nouent des relations, au besoin portent un mot d'ordre.

Ne serait-il pas bon de couper court à cet état de choses en confiant tous ces transferts, hommes et femmes, collectifs et individuels au, service médical, qui pourrait faire profiter les asiles de la Seine des améliorations observées dans les asiles étrangers ?

Veuillez agréer, etc. Y.,

Interne en médecine des asiles de la Seine.

Cette question a été portée au Conseil général par M. le Dr Chautemps. Grâce à son insistance, le Conseil a décidé qu'il y avait lieu de faire une enquête et d'en charger la troisième Commission. Nous avons la conviction que la troisième Commission appellera devant elle les médecins, les internes, qui ont fait des transferts ; qu'elle interrogera les directeurs des asiles et qu'elle se fera présenter la liste des employés, gardiens et gardiennes. Nous ne désirons qu'une chose, c'est qu'il soit démontré qu'il n'y a pas eu d'abus.

A propos de M. Quentin.

21 Octobre 1884.

Mon cher Confrère,

Dans le N° 40 (p. 804), de votre intéressant journal, le *Progrès médical*, vous annoncez la démission de M. le Directeur de l'Assistance publique. Cette démission résulterait de l'opposition faite en haut lieu, à la laïcisation des hôpitaux ; la patience de M. Quentin aurait été lassée et il a dû se retirer. En fait, il s'agirait d'une victoire cléricale et le Directeur de l'Assistance publique en serait la victime

Fort heureusement dans le N° 42 (p. 843) vous rassurez vos lecteurs sur le sort de l'ex-Directeur de l'Assistance et votre note leur apprend qu'il est nommé percepteur de 1re classe, dans la 2e division du Ve arrondissement de Paris.

Il y a, ici, une petite erreur, car d'après l'officiel du 16 octobre dernier, M. Quentin a été nommé percepteur de la 2e division du 2e arrondissement de Paris, place qui, d'après l'Annuaire des percepteurs pour l'année 1884 (chez Paul Dupont, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau) rapporte 30,028 francs par an.

Les médecins, vos lecteurs, se demanderont peut-être, combien il leur faudrait de temps et de peines pour acquérir le capital de ce revenu et, très probablement, ils en concluront que la disgrâce dont vous parlez est fort supportable.

Recevez, etc. F. TERRIER.

VARIA

Autopsie proprement dite (1)

I. Ouvertures des cavités abdominales et thoraciques.

L'opérateur se tient généralement, pour l'ouverture et l'examen des organes contenus dans les cavités abdominale et thoracique, à la *droite* du cadavre ; il ne doit plus changer de place que cet examen ne soit terminé. En règle générale, lors de l'examen des organes doubles, on procède d'abord à l'inspection et à la coupe de ceux situés à gauche ; c'est ainsi que la capsule surrénale et le rein gauches sont examinés immédiatement avant les organes similaires du côté droit.

La section des parties molles se fait par une seule et même incision pour les deux cavités. Elle est médiane, part de la fourchette du sternum pour se terminer au pubis, en passant à gauche de l'ombilic. Au niveau du thorax, la coupe va du premier coup jusqu'à l'os, mais au niveau de l'abdomen, elle doit s'arrêter dans l'épaisseur des masses musculaires. Pour faire cette première coupe, le couteau doit être tenu à pleine main, horizontalement, de façon à ne pas piquer les organes sous-jacents ; pour sectionner facilement la peau, au niveau des parties creuses, sans avoir besoin de se servir de la pointe du couteau, il est parfois nécessaire de la soulever légèrement.

A. Ouverture et inspection de la cavité abdominale. — Pour compléter l'incision de la paroi abdominale, on pratique une ouverture pénétrant jusqu'à la cavité péritonéale, permettant l'introduction de deux doigts, qui, écartés en V, et soulevant la paroi, facilitent la section complète des parties recouvrant les organes abdominaux sans les *léser* (2).

Dès ce moment, et au fur et à mesure que la section de la paroi abdominale se parfait, il peut se produire un écoulement de liquides au dehors, par exemple, dans les cas d'ascite considérable. Il faut éviter que ceux-ci ne soient perdus ; au moyen de pressions bien combinées, on les recueille dans un verre gradué ; dès que l'ouverture est assez grande pour permettre l'introduction du verre dans la cavité péritonéale, on en retire de suite une quantité de liquide suffisante pour n'avoir plus à craindre qu'il ne s'en répande au dehors. Cette façon d'agir, nécessaire quand l'on veut mesurer exactement la quantité des liquides contenus dans la cavité abdominale, devient absolument indispensable lors des autopsies faites en ville, pour ne pas souiller les objets sur lesquels repose le cadavre. Il va de soi que la présence de gaz a dû être constatée au moment de l'incision du péritoine pariétale.

L'incision médiane terminée, on sectionne alors transversalement, d'arrière en avant, les deux muscles droits près de leur insertion pubienne, afin de pouvoir rabattre plus facilement, de chaque côté, la paroi abdominale. On s'assure auparavant avec le doigt de l'état des canaux inguinaux et chez la femme des canaux de Nuck (hernies).

Saisissant alors entre le pouce et les autres doigts reposant sur les côtes, la paroi abdominale au niveau des fausses côtes, on la soulève en haut et en dehors, quelque peu, et, par une section parallèle à celles-ci, on détache les insertions musculaires, puis, rasant avec le couteau tenu à pleine main, et incliné à environ 45°, la cage thoracique gauche, on rabat les parties molles qui la recouvrent, jusqu'au delà (5 à 6 centim.) des insertions des cartilages costaux avec les côtes. Le déta-

(1) Extrait d'un *Manuel de Technique d'autopsie*.

(2) Cette précaution est indispensable parce que quand les intestins sont très dilatés par des gaz ils viennent faire hernie entre les lèvres de l'incision.

© BIU Santé

chement se fait à grands coups et en tirant (on ne dissèque jamais). Cette manœuvre est facilitée par la main gauche qui, d'abord en pronation, décrit un mouvement de rotation, la ramenant en supination ; et, par suite, en enroulant la paroi, aide au détachement des parties molles. On procède de même façon du côté droit.

L'œil suit toujours le mouvement du couteau ; on doit noter et dicter de suite les anomalies rencontrées, l'état de la peau, du tissu adipeux, des muscles (aspect, couleur, épaisseur, œdème, ecchymose, abcès, etc.), les lésions et déformations professionnelles du sternum, etc. Les mamelles peuvent dès ce moment être examinées par leur face postérieure.

Nous avons ainsi rabattu de chaque côté les parties molles qui recouvrent en avant la cage thoracique et les organes contenus dans la cavité abdominale.

Après avoir examiné les vaisseaux ombilicaux, on s'assure si le foie déborde les fausses côtes ou s'il est remonté, et de combien, puis passant la main en avant entre lui et le diaphragme, on note la hauteur de ce dernier à droite, au niveau de la ligne mimillaire (bord supérieur ou inférieur de telle côte ou espace intercostal). On a pu constater superficiellement en faisant cette manœuvre si le foie a contracté des adhérences avec les régions voisines, s'il présente des plis (pli du corset, plis respiratoires, etc.). Si le diaphragme est refoulé en bas, on peut, dans certains cas, avoir obtenu sur le doigt une sensation de flot. — On procède de même pour la recherche d la hauteur du diaphragme à gauche.

L'inspection de la cavité abdominale et des organes y contenus est alors faite ; sans rien déranger et à l'aide de la *vue* seulement on note l'état du péritoine pariétal et de la paroi abdominale relevée. Si les organes qui se présentent occupent leur position normale (1), grand épiploon, vessie, intestin grêle (dilatations, etc.), colons, S iliaque, estomac, etc. On ne doit pas oublier de constater de suite la coloration des organes découverts de la cavité abdominale. Le sang ne perd pas toujours avec la mort son aptitude d'absorber l'oxygène de l'air qui peut ainsi exercer une influence sur la coloration des organes.

Relevant le grand épiploon, on constate de suite son état, ses adhérences, etc. — On voit si une partie de l'intestin est herniée dans les canaux sous-pubiens ou cruraux ; si le péritoine qui recouvre les anses intestinales est poli ou dépoli, visqueux, hypérémié, recouvert de fausses membranes, de granulations tuberculeuses, cancéreuses, etc. On examine l'appendice vermiforme ; est-il le siège de perforations, adhérent aux organes voisins, etc., puis le cœcum (périty phlite, etc.) et la portion terminale de l'intestin grêle (perforations, coloration et traînées de tubercules miliaires permettant déjà, par leur disposition externe, de supposer des lésions typhiques ou tuberculeuses). Tout en relevant la masse intestinale, on s'assure s'il n'y a pas de volvulus ou d'invaginations (celles-ci peuvent être produites au moment de l'agonie et, en ce cas, se distinguent par l'absence d'adhérences, d'hypérémie, etc.), puis on examine quelle est la quantité de liquide contenue dans la cavité abdominale, sa nature, sa coloration, etc. On doit noter l'absence de liquide, ce qui ne peut être vérifié que par l'examen du petit bassin, la présence de corps libres, etc. — Cet examen ne peut être remis après l'ouverture de la cavité thoracique et la section de ses organes, car il est alors difficile d'éviter que le sang ou d'autres liquides ne viennent souiller la cavité abdominale. Chez la femme on examine la forme, la situation, la direction, le volume de l'utérus qui, normalement, est en latéro-flexion droite et un peu en anti-version et flexion (1) ; les trompes, les ovaires, les ligaments (le ligament rond droit, est ordinairement plus court), les culs-de-sacs vésico et recto-utérins sont de même examinés mais sans y faire aucune coupe.

On trouve souvent dans le petit bassin quand la mort a eu lieu pendant l'époque des règles, ou l'a suivie de près, une petite quantité de sang provenant de la rupture des follicules de Graaf.

On procède ensuite à l'examen du mésentère, on ne doit toujours déplacer les intestins que lentement et après constatation de leur situation normale, noter les brides qui pourraient exister, les hernies qui auraient pu se produire dans les culs-de-sac rétro-péritonéaux, etc. Le mésentère saisi à son insertion postérieure entre le pouce et la paume de la main gauche sur laquelle il repose, se présente sous forme d'éventail dont on étale successivement pour l'examen par la vue les différentes parties (2). On notera de suite les changements de coloration, les épaississements, etc., mais on attachera surtout une grande importance à l'examen des ganglions, à leur état, et s'ils sont lésés au siège exact qu'ils occupent, qui permet déjà d'affirmer que telle ou telle portion de l'intestin doit être malade.

Tout examen plus approfondi doit être renvoyé après l'examen des organes contenus dans la cavité thoracique ; on doit s'abstenir de toute coupe (3) et de toute manœuvre qui ne permettrait plus l'examen ultérieur des lésions.

Les coupes latérales thoraciques et abdominales ou simplement abdominales doivent être rejetées ; en effet, en les pratiquant, on ne peut examiner toutes les parties molles qui constituent la paroi ; de plus, les organes abdominaux sont plus facilement lésés et enfin les liquides peuvent se répandre plus facilement au dehors soit pendant, soit après l'autopsie. Elles ne doivent donc être employées que dans des cas tout à fait spéciaux (adhérences intimes avec les organes sous-jacents, etc., et dans les cas où il y a intérêt à ne pas modifier les rapports des parties lésées de la paroi avec les organes en-

(1) « Il est évident, si la cavité thoracique est ouverte, et si les attaches antérieures du diaphragme sont coupées dans une plus ou moins grande étendue, que la position des organes abdominaux ne pourra plus être exactement déterminée. »

« Au fur et à mesure que l'examen de la cavité thoracique avance, au fur et à mesure que les organes en sont enlevés, plus les liens du diaphragme avec les organes de la cavité thoraciques se trouvent par conséquent détruits, plus le diaphragme abandonné à lui-même s'affaisse et plus les organes abdominaux se déplacent dans la direction de la cavité thoracique. »

« Vient-on maintenant à découvrir une lésion jusqu'alors inaperçue et qui rend nécessaire une comparaison exacte de la position des organes abdominaux par rapport aux parties blessées des parois de corps et s'agit-il pour bien effectuer cette comparaison de confronter la plaie qu'occupaient par rapport l'un avec l'autre deux organes abdominaux, qu'il ne sera plus possible de le faire avec certitude. Et je ne parle ici que des cas les plus fréquents où l'on se trouve en présence d'un *commencement de péritonite* et où l'on doit constater si cette péritonite est de cause traumatique ou pathologique. Si la place où se manifestent les signes de cette péritonite encore circonscrite n'a pas apparu aussitôt après l'ouverture de la cavité abdominale les causes occasionnelles de cet état pouvant à grand'peine être établies, si, préalablement à l'examen de la plaie en question, la fonction originaire des intestins a été tant soit peu modifiée. » (Virchow, — *Die Sections Technik*, 3e édit. 1883, p. 11).

(1) L'anté-flexion est plus accentuée sur le fœtus et la jeune fille.

(2) Cette manœuvre est parfois rendue difficile par la trop grande distension des anses intestinales par le gaz ; on peut, en ce cas, faire sur celles-ci quelques petites ponctions à des niveaux différents.

(3) « Je veux bien admettre qu'au moment de l'enlèvement de la rate, de l'estomac et du foie, le diaphragme n'a pas été coupé quoique cette éventualité n'ait certes pas été sans se produire souvent. Il est en tout cas une chose que vous ne pouvez éviter, c'est qu'en coupant les veines du foie pour enlever le foie lui-même et en pratiquant ainsi « l'ouverture » de la cavité abdominale le sang ne s'écoule vraiment de la veine cave, ou, si ce sang n'est pas du tout coagulé, ne s'échappe complètement de l'oreillette droite par suite de la section des gros troncs veineux. Arrivez-vous ensuite à la cavité thoracique, vous trouvez naturellement l'oreillette droite et avec cette dernière, le cœur droit complètement affaissés, pauvres ou même entièrement vides de sang tandis qu'un examen bien conduit eût peut-être montré ces organes pleins de sang. « Il ne s'agit tout d'abord, en effet, que de vérifier l'état du diaphragme, la position des divers organes abdominaux, l'existence dans la cavité abdominale de contenus anormaux et la coloration des parties mises à découvert. Cette vérification préliminaire faite, il faut se hâter d'aller à la cavité thoracique à moins qu'une *raison majeure* n'en décide autrement. Lorsque cette raison majeure sera, ce qui arrive toujours dans ce cas, la supposition d'un empoisonnement, l'estomac deviendra alors le point central de tout l'examen et c'est sur cet organe que toutes les mesures de précaution les plus minutieuses devront porter afin d'arriver à garder cet organe entier et intact et à le remettre ainsi aux mains de la justice. » (Virchow. — *Loc. cit.*, p. 9.

© BIU Santé

vironnants),et encore doit-on se contenter de limiter les régions malades. — Ce n'est qu'alors que l'on passe à l'inspection, puis à l'examen de la cage et de la cavité thoracique.

B. *Ouverture et inspection de la cavité thoracique.*

Si les déformations des espaces intercostaux ou du diaphragme laissent supposer l'existence possible d'un pneumothorax, on verse de l'eau sur les parties latérales du thorax dans l'espace compris entre celui-ci et la portion de la paroi rabattue dont on ramène la partie inférieure en haut vers la ligne médiane pour former godet. En ponctionnant alors, sous l'eau, un espace intercostal, l'on constate la présence ou l'absence de bulles de gaz.

Le couteau tenu horizontalement, on sectionne non en piquant, mais en tirant, tous les cartilages costaux à quelques millimètres de leur union avec les côtes. Cette section se fait à partir du deuxième cartilage costal ; le couteau n'est pas reposé à chaque section du cartilage, mais saute sans interruption, pour ainsi dire, de l'un à l'autre. Si les cartilages sont ossifiés, on les coupe avec un *sécateur* ordinaire, bien préférable à un costotome. En ce cas, on peut faire porter la section sur les côtes, à quelques centimètres en dehors des articulations des côtes avec les cartilages, ce qui donne une plus large ouverture et permet d'agir plus librement.

Il s'agit alors de désarticuler la clavicule du sternum et de première côte ; dans ce but l'on se sert d'un scalpel à lame étroite ; on coupe transversalement le faisceau sternal du sterno-cléido-mastoïdien ; puis, le scalpel tenu verticalement, on pénètre dans l'articulation en décrivant une courbe semi-lunaire à concavité externe ; arrivé à l'angle antérieur et postéro-inférieur de la clavicule, le couteau peut être arrêté par les parties saillantes de ces angles que l'on contourne facilement en imprimant au scalpel quelques mouvements de latéralité ; on coupe alors en ramenant le scalpel vers soi le ligament costo-claviculaire et le cartilage costal de la première côte, mais il est préférable de sectionner celui-ci isolément, et de bas en haut, un peu en dehors de l'insertion chondro-costale de la deuxième côte. En cas d'ossification, il peut être nécessaire d'employer le sécateur. La plus grande attention est nécessaire si l'on veut éviter de léser les vaisseaux sous-jacents.

Saisissant le sternum par son extrémité inférieure, on coupe les insertions du diaphragme aux cartilages costaux et à l'apophyse xyphoïde, puis, relevant le sternum, on le sépare du médiastin en rasant l'os de façon à ne léser ni le péricarde ni les gros vaisseaux ; il arrive toutefois encore assez fréquemment que, malgré toutes les précautions, ces derniers soient atteints ; on a, dans certains, le temps d'examiner les cavités pleurales avant qu'elles ne soient souillées, mais il est prudent de faire comprimer par un aide, au moyen d'une éponge ou des doigts, les vaisseaux ouverts jusqu'à ce que cet examen soit terminé.

Dans la règle, on procède auparavant à l'examen de la surface interne du sternum et des cartilages intercostaux, de l'articulation sterno-claviculaire, et .

Il est ordinairement inutile de recouvrir avec la peau de la paroi les bords de l'ouverture thoracique, on ne devra le faire que lorsque par suite de l'ossification les sections ont dû être opérées avec le sécateur. L'emploi de linges, etc., est à rejeter. Passant alors la main d'abord à gauche, puis à droite, entre la paroi et les poumons, on constate les adhérences (récentes ou anciennes, etc.) qui peuvent exister entre les deux feuillets de la plèvre ; on note leur siège, les contenus anormaux des cavités pleurales (odeur, coloration, quantité, densité, etc.).

L'attention est alors portée sur la plus ou moins grande rétraction des poumons ; sur leurs adhérences avec le péricarde, sur la persistance du thymus, etc.

Le tissu connectif du médiastin antérieur est parfois le siège d'un œdème assez prononcé ; on y trouve des abcès pouvant provenir de la région cervicale et communiquer entre les deux faisceaux d'insection du diaphragme à l'appendice xyphoïde avec le tissu cellulaire de la cavité abdominale ; des ganglions hypertrophiés, caséeux, mélaniques, etc., des tumeurs, etc., toutes lésions sur lesquelles nous n'avons pas à nous appesantir.

Nous ferons toutefois observer que l'on peut y constater un emphysème artificiel produit par l'enlèvement du sternum et siégeant au-devant du péricarde ; l'étendue de la lésion aux parties supérieures du médiastin et à la région cervicale permet de distinguer l'emphysème pathologique de cet emphysème purement local et artificiel, qui peut toutefois encore être observé dans les cas de putréfaction avancée. (*A suivre.*)

Choléra.

L'épidémie est en décroissance dans toutes les localités atteintes, tant en *Italie* qu'en *Algérie*. — Les journaux politiques ne signalent plus, depuis quelques jours, de cas de choléra dans le midi de la *France* et en *Espagne*. Le *Petit Provençal* du 21 octobre enregistrait un décès cholérique à Marseille.

Paris. — L'état sanitaire continue à être excellent ; on ne signale aucun cas de *choléra asiatique*.

France. — Le bruit court que le choléra aurait éclaté à *Yport* (Seine-Inférieure) ; il y aurait eu 10 cas et 5 décès. — Cette nouvelle mérite confirmation.

Le *Journal officiel* du 15 octobre mentionne dans un tableau de l'épidémie 7 cas de choléra dans le département de la Seine pour la semaine du 4 au 10 octobre, dont *un* à Paris. Or, le *Bulletin officiel de la statistique municipale* ne cite *aucun cas*. Lequel des deux se trompe? Il est vivement à souhaiter que le *Journal officiel*, sous prétexte d'exactitude, ne confonde pas les cas de *choléra sporadique* avec les cas de *choléra asiatique*, et ne cause ainsi de graves préjudices à la ville de Paris, en empêchant les étrangers de s'y rendre.

Laïcisation des hôpitaux.

Le ministre de l'instruction publique vient de publier une statistique très intéressante sur la *laïcisation des écoles*. Il en ressort que, en 1882-1883, 3.877 écoles ont été laïcisées par les Conseils municipaux, ou d'office par les préfets ; 301 écoles maternelles ont été également laïcisées, soit un total de 4,178.

Il est vivement à souhaiter que M. le Ministre de l'intérieur fasse pour les établissements hospitaliers ce que M. Fallières a fait pour les écoles. La laïcisation des hôpitaux et celle des écoles sont connexes : il est évident qu'en laissant entre les mains des religieuses les établissements hospitaliers, les maisons de secours, les bureaux de bienfaisance, on leur fournit des moyens d'action puissants pour l'entretien et le recrutement de leurs écoles, sans compter qu'elles en profitent pour distribuer en leur nom des secours de toute nature et qui sont fournis par la municipalité, c'est-à-dire par les contribuables.

Cinquantenaire de l'Université de Kiew.

Nous apprenons par les journaux russes que l'Université de Kiew (Russie) vient de célébrer, le 20-21 septembre de cette année, son jubilé de cinquante ans avec grande solennité. A cette occasion, les savants les plus éminents de l'étranger ont été nommés membres honoraires. La France a eu comme représentants MM. les professeurs Charcot et Pasteur. On nous dit en même temps qu'on a compté sur la présence de M. Charcot et qu'on s'en faisait grande fête. T. K.

Association générale des étudiants des facultés et écoles supérieures de Paris.

L'Association générale des étudiants de Paris qui s'est fondée cette année avec l'approbation de M. le ministre de l'instruction publique et de MM. les doyens des facultés de Paris, vient d'établir son siège social, 41, rue des Ecoles.

Nous rappelons, par un extrait des statuts, que le but de cette Société est de resserrer les liens de solidarité et d'établir un centre de relations amicales entre tous ses membres. Elle réunit les étudiants dans l'intérêt de leurs études et pour la recherche des moyens de les perfectionner. Elle leur permet de s'entr'aider dans les difficultés matérielles de la vie. Le montant de la cotisation est de 12 francs par an. S'adresser à M. Eugène Bourreau, président du comité, 15, rue Linné, à Paris.

Ecole dépa[illegible]tale d[illegible]

Les co[illegible]
1884, [illegible]

© BIU Santé

nueront les mardis et vendredis suivants, à la même heure. Voici le programme pour l'année 1884-85 : hygiène ; administration ; pansement ; petite chirurgie et applications hydrothérapiques ; physiologie ; anatomie ; rapports de l'infirmier avec l'aliéné dans les différentes formes mentales ; petite pharmacie. Ces cours se feront sous la direction de MM. Bouchereau, Dagonet, Magnan, médecins en chef, et Quesneville, pharmacien en chef de l'asile Sainte-Anne. Les personnes étrangères à l'établissement qui désireront suivre ces cours gratuits devront se faire inscrire tous les jours, de 10 heures à 4 heures, à la direction de l'asile.

L'*Asile de Ville-Evrard*, près Neuilly-sur-Marne, devant être laïcisé le 1er janvier 1885, nous ne saurions trop engager les dames qui désirent exercer les fonctions de surveillantes, à suivre ces cours, car c'est parmi les élèves que l'Administration fera son choix.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 27. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. Baillon, Bouchardat, Guebhard. — 1er *de Doctorat* (N. R.). 2e *Série* : MM. Gariel, Lutz, Pouchet. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Fournier, Rémy.

Mardi 28. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Bouchard, Hayem, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Jaccoud, Cornil, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Pajot, Ball, Humbert.

Mercredi 29. — 1er *de Doctorat*. (N. R.). 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Lutz, Guebhard ; — 3e *Série* : MM. Gauthier, Bouchardat, Pouchet. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Rendu, Joffroy. — 5e *de Doctorat*. (N. R., 1re partie). : MM. Verneuil, Guyon, Pinard. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Trélat, Fournier, Ribemont-Dessaignes.

Jeudi 30. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Hardy, Ball, Hanot. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Hayem, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Jaccoud, Debove ; — 3e *Série* : MM. Bouchard, Peter, Raymond.

Vendredi 31. — 1er *de Doctorat*. (N. R., 1re *Série*) : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet ; — 2e *Série* : MM. Gautier, Lutz, Blanchard ; — 3e *Série* : MM Gariel, Bouchardat, Hanriot. — 2e *de Doctorat*. (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Guyon, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Fournier, Damaschino, Straus. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Verneuil, Potain, Pinard.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 27. — M. Monnet. De la koba (sterculia acuminiata). Etude physiologique et thérapeutique. M. Latouphis. Gommes syphilitiques du larynx. *Mercredi* 29. — M. Barbulée. De la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus, pendant la grossesse, l'accouchement et des suites de couches. M. Legoy. Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du piscidia erythrina.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 10 octobre au jeudi 16 octobre 1884, les naissances ont été au nombre de 1186, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 429; illégitimes, 167. Total, 596. — *Sexe féminin* : légitimes, 428 ; illégitimes, 162. Total, 590.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 10 octobre au jeudi 16 octobre 1884, les décès ont été au nombre de 969, savoir : 534 hommes et 435 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8. F. 7. T. 15. — Variole : M. 1. F. ., T. 1. — Rougeole : M. 8, F. 11, T. 19. — Scarlatine : M. ., F. ., T. .. — Coqueluche : M. 1, F. 1. T. 2. — Diphthérie, Croup. M. 15, F. 16, T. 31. — Dyssenterie : M. 1. F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 3, F. 2, T. 5. — Infections puerpérales : .. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 14, F. 21, T. 35. — Phthisie pulmonaire : M. 141, F. 77. T. 218. — Autres tuberculoses : M. 6, F. 5. T. 11. — Autres affections générales : M. 32, F. 21. T. 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 21, F. 31, T. 53. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 10, T. 19. — Pneumonie : M. 26, F. 26, T. 52. — Athrepsie : M. 33, F. 39. T. 72. — Autres maladies des divers appareils : M. 173, F. 148, T. 321. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 9. T. 34. — Causes non classées M. 2, F. 4, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 105 qui se décomposent ainsi : légitimes, 35 ; illégitimes, 26. Total : 61. [illegible] illégitimes. 18. Total : 44.

[illegible] *pratiques d'anatomie pathologique*, MM. les [illegible] inscrire à l'École pratique (Laboratoire d'anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis à partir du mercredi 15 octobre jusqu'au 15 novembre et de 1 heure à 2 heures de l'après-midi. Une carte d'admission leur sera délivrée. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Concours *pour une place de médecin adjoint à la Salpêtrière*. — La composition écrite a eu lieu le 20 ; elle portait sur le sujet suivant : *pneumo-gastrique* : anatomie et physiologie. Les autres questions mises dans l'urne étaient ainsi conçues : Portion cervicale du grand sympathique ; — Racines des nerfs rachidiens. Lorsque la question a été connue, l'un des candidats, M. Wallon, ancien chef de clinique de la Faculté s'est retiré ; M. Respaut avait écrit qu'il se retirait. Nous appelons l'attention des jeunes médecins sur les concours pour les places de Bicêtre et de la Salpêtrière ; car il est très probable qu'il y aura une place vers la fin de l'année 1885 et une autre vers la fin de l'année 1886.

École de médecine de Marseille. — M. Nicolas Duranty, professeur d'anatomie pathologique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne, en remplacement de M. Villard, appelé à d'autres fonctions. M. Laget, professeur de thérapeutique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Nicolas Duranty, appelé à d'autres fonctions.

École pratique des hautes études. — M. Arthaud (Gabriel) chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de physiologie générale dirigé par M. Rouget, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie et de vivisection audit laboratoire.

Faculté des sciences de Dijon. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 15 octobre 1884, la chaire de physique de la faculté des sciences de Dijon est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Missions scientifiques. — M. Jules Arronssohn, professeur de chimie organique, est chargé d'une mission scientifique en Italie, à l'effet d'y étudier le choléra au point de vue étiologique en même temps qu'au point de vue de la *chimie physiologique* et de la *thérapeutique appliquée*.

M. le docteur Jules Soller, attaché au service des Messageries maritimes, est chargé d'une mission dans l'Extrême-Orient, notamment en Chine et au Japon, pour y entreprendre des *recherches anthropologiques*.

Société médico-psychologique. — Ordre du jour de la séance du 27 octobre, rue de l'Abbaye, 3, à 4 heures : 1° Des établissements d'aliénés en Norvège : M. Moreau (de Tours) ; — 2° Communications diverses.

Nouveaux journaux. — Nous recevons le premier numéro des *Archives de médecine*, revue mensuelle, dirigée par le Dr G. de Segovia et paraissant à Madrid. Nous avons reçu également le premier numéro de la *Revue de clinique médico-chirurgicale*, paraissant à Paris, tous les mois, sous la direction de M. Martineau. Rédacteur en chef : M. Duchastelet. — Nous signalons encore l'apparition de l'*International Review of medical and surgical Technics*, revue mensuelle paraissant à Palatka (Floride).

Nécrologie. — Le Dr Neumann, professeur de psychiatrie à Breslau est décédé à l'âge de 71 ans, le 10 de ce mois ; nous possédons de cet auteur : *Lehrbuch der Psychiatrie*, Erlangen, 1859 ; — *Die Theorie u. Praxis. Blödsinnigkeiterklärung nach preuss. Gezetze. Ein Leitfaden f. Aerzte u. Juristen*, 1860 ; — *Die Irrenanstalt zu Pöpelwitz bei Breslau ein ersten Decennium ihrer Wirksamkeit*, 1862. — On annonce la mort du Dr Sébastiano Russo (de Nice) ; — celle du Dr Malhaire (d'Ecouché, Orne). — Nous apprenons la mort du Dr Millard, ancien représentant républicain de l'Aube à la Constituante de 1848, père du Dr Millard, médecin de l'hôpital Beaujon. — Le *Courier médical*, annonce la mort d'un de ses plus anciens collaborateurs, le Dr Tarvignot, décédé à l'âge de 67 ans et celle du Dr Guiraud (de Gagnières). — Le Dr Cazalas, ancien sénateur réactionnaire des Hautes-Pyrénées, ancien professeur à l'hôpital du Val-de-Grâce, est mort presque subitement à Laborde (Hautes-Pyrénées). — Les journaux politiques annoncent la mort du Dr Girard de Cailleux, ex-inspecteur général du service des aliénés du département de la Seine, il était âgé de 70 ans. On lui doit : Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses dites histériques. Paris, 1841 ; — Plan et mémoire concernant les constructions projetées à l'asile d'aliénés d'Auxerre. Auxerre, 1842 ; — De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés (*Annales medico-psychologiques*. Paris, 1843, 1845, 1846, 1847, 1851, 1853, 1854, 1855, 1856) ; — Considérations sur le traitement des maladies mentales (*Annales médico-psychologiques*, 1844) ; — Compte administratif, statistique et moral sur le service des aliénés du département de l'Yonne. Auxerre, 1846,

© BIU Santé

in-8 ; — Essai sur quelques points de physiologie et de pathologie de la moelle épinière considérée dans ses rapports avec l'organisme. In-8 de 72 pages ; — Considérations sur le programme et le plan du Dr Rottex, pour l'asile d'aliénés du département du Rhône (*Annales médico-psychologiques*, 1847, t. X) ; — De la construction, de l'organisation et de la direction des asiles d'aliénés (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*). Paris, 1848, t. XL, p. 5 à 78 et 241 à 306 ; — Mémoires, consultations et rapports sur divers objets de médecine légale (*Annales médico-psychologiques*, 1844 à 1860), *passim* ; — Spécimen du budget d'un asile des aliénés et possibilité de couvrir la subvention départementale au moyen d'un excédent équivalent de recette. Paris, 1855, 1 vol. in-4 avec tableaux ; — D l'influence des translations des aliénés chroniques de la Seine dans les divers climats de la France au point de vue de la guérison des aliénés et de leur mortalité. (*Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1862, t. XXVII, p. 700 et suivantes) ; — Etudes pratiques sur les maladies nerveuses et mentales accompagnées de tableaux statistiques suivies du rapport à M. le sénateur préfet de la Seine sur les aliénés traités dans les asiles de Bicêtre et de la Salpétrière et de considérations générales sur l'ensemble du service des aliénés du département de la Seine. Paris, 1865, in-8. — Nous apprenons la mort du Dr Carré, ancien rédacteur en chef de la *Gazette d'ophthalmologie* ; il était âgé de 43 ans.

Dyspepsie. — L'elixir chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs) qui a pris une place si importante dans le traitement des dyspepsies et des troubles gastro-instinaux des enfants se donne à la dose d'un verre à liqueur à chaque repas aux adultes et 1 à 2 cuillerées à dessert aux enfants. Une cuillerée à bouche contient 50 cent. de pepsine. Envoi franco d'échantillons.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

EAU FERRUGINEUSE ET GAZEUZE DE ST-ALBAN (LOIRE)

BICARBONATÉE, SODIQUE, CARBONIQUE, FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, Maladies de l'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel, aux repas, de l'eau de Saint-Alban, reconstitue en peu de temps les tempéraments les plus débilités.—Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stimule l'estomac et facilite la digestion.



Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE



VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé.* — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré.*— Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

PEPTO-FER du Dr JAILLET

ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Le plus assimilable des Fers combiné à la Peptone.—PHARMACIE RATIONNELLE, 4, Faubg Poissonnière, PARIS
DOSE : Le PEPTO-FER, *d'un goût très agréable, se prend comme une liqueur, une cuillerée à bouche après chaque repas.*

MEDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. *(Voir nos Mémoires sur la Glycérine.)*

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0fr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0fr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA OU QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES
MIGRAINES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, Faubg Montmartre

VALS

SOURCES

PAULINE. Amie de l'estomac, elle en combat les fatigues et favorise la digestion.
1 GRAMME SEL ALCALIN

CHLOÉ. Affections des voies digestives, dyspepsie, gastralgie, gastrite simple, gastrite-entéralgie.
2 GRAMMES SEL ALCALIN

SOUVERAINE. Maladies du tube intestinal, gastrite chronique et les affections du système nerveux.— 3 GRAMMES SEL ALCALIN.

CONSTANTINE. Affections du foie, de la rate, des voies urinaires, goutte, rhumatisme, calculs, albuminurie.—5 GRAMMES SEL ALCALIN.

MARQUISE. Maladies des reins, gravelle, diabète, coliques néphrétiques.
7 GRAMMES SEL ALCALIN

ST-LOUIS. Arsenicale, sans analogie avec les précédentes. Très reconstituante, réussit dans la chlorose, cachexie paludéenne, spermatorrhée, fièvres intermittentes, eczéma, urticaire, psoriasis, anémie, débilité.

Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — *Dose, une bouteille par jour.*

Détail : dans tous les Dépôts d'Eaux minérales naturelles, principales Pharmacies, **80 cent.** *la Bouteille.*

Le Commerce doit adresser ses Commandes à
LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE VALS (ARDÈCHE)

BLANCHARD (R.). De l'anesthésie par le protoxyde d'azote, par la méthode du professeur P. Bert. Un vol. de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(Viande et Farine de Lentilles.)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

VIENT DE PARAITRE

NOUVELLES CONFÉRENCES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

LES MALADIES DES ENFANTS

Par Jules SIMON

FORMANT LE DEUXIÈME VOLUME DES CONFÉRENCES DE M. **JULES SIMON**

Un volume in-8° de 304 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés, prix. . . . . 5 fr.

Le premier volume des Conférences publiques cliniques et thérapeutiques des Maladies des enfants, forme un volume in-8° de 326 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés, prix. . . . . 5 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

MARANDON DE MONTYEL (E). — **Incurabilité et guérisons tardives en aliénation mentale.** Brochure in-8° de 15 pages. — Prix 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

MAUNOURY (G.) **Les hôpitaux-baraques et les pansements antiseptiques en Allemagne.** Paris, 1877, in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

MAURIAC (Ch.) et VIGOUROUX (R.). **Étude sur les paralysies pseudo-syphilitiques et sur leur traitement par les æsthésiogènes.** Brochure in-8° de 31 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . 50 c.

MAYOR. **Note sur un monstre du genre janiceps.** Brochure in-8° de 40 pages. Paris, 1882. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . 90 c.

MIERZEJEWSKI. **Contribution à l'étude des localisations cérébrales.** (Observation de porencéphalie fausse double.) Brochure in-8° de 35 pages avec 3 fig. dans le texte et 5 planches en chromo-lithographie. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

MIOT (C.). **De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan.** In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50

MIOT (C.) **De la Ténotomie du muscle tenseur du tympan.** Volume in-8 de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

MIOT (C.) et BARATOUX (J.). **Considérations anatomiques et physiologiques sur la trompe d'Eustache.** Brochure in-8 de 26 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . . 90 c.

MONOD (E.) **Étude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe.** Un volume de 168 pages, avec un tableau. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50

MONOD. *Voir* BRISSAUD.

MORLOT (E.) **Sur une forme grave de l'épilepsie.** Brochure in-8 de 45 pages. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . 1 fr.

MOURSOU. **Considérations sur certains accidents de l'éruption des dents,** en particulier des oreillons et sur leur traitement par l'acotine associée à divers moyens. Broch. in-8 de 31 pages. Paris, 1882. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

NIMIER (M.) et BETTREMIEUX (M.). **La pleurotomie précoce.** Brochure in-8 de 10 pages. — Prix : 40 c. — Pour nos abonnés . . . . . 30 c.

ONIMUS. **Des applications chirurgicales de l'électricité. Leçons recueillies** par Bonnefoy. In-8 de 16 pages avec figures. — Prix : 0 fr. 60 c. Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

ORY (E.) **Maladies de la peau.** Notes de thérapeutique recueillies aux cliniques dermatologiques de M. le professeur Hardy, à l'hôpital Saint-Louis. Paris, 1877, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 70 cent.

OULMONT (P.) **Etude clinique sur l'athétose.** Paris, 1878. Vol. in-8 de 116 pages avec figures. — Prix : 3 francs. — Pour nos abonnés. . . 2 fr.

PARINAUD (H.). **Paralysie des mouvements associés des yeux.** Broch. in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 70 c.

PARROT. **Clinique des maladies de l'enfance.** Leçon inaugurale. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. 50 cent.

PARROT (J.). **La fièvre typhoïde chez les enfants.** — Leçons cliniques. Brochure in-8 de 35 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés 85 c.

PATHAULT (L.) **Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre et de ses usages thérapeutiques.** Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

PELTIER (G.) **De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.** In-8 compacte de 34 pages. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

PHILBERT. **De la cure de l'obésité aux eaux de Brides-les-Bains** (Savoie). — Brochure in-8 de 16 pages. — Prix 0 fr. 60. — Pour nos abonnés . . . . . 40 c.

PICARD (H.). **La vallée de Davos.** Brochure in-8° de 19 pages. Paris, 1882. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés . . . . . 40 c.

PITRES (A.). — **Note sur l'état des forces chez les hémiplégiques.** Brochure in-8° de 18 pages. Paris, 1882. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 c.

PITRES (A.) et VILLARD (L.). **Contribution à l'étude des névrites périphériques non traumatiques.** Brochure in-8 de 72 pages, avec 3 pl. lithographiques. — Prix : 3 fr. 60. — Pour nos abonnés. . . . 2 fr. 25

PITRES. *Voir* CHARCOT.

PLUYAUD (P.-J.). **Etude des réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde.** Broch. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

POINSOT (G.). **Contribution à l'histoire clinique des tumeurs du testicule.** Brochure in-8 de 28 pages. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

POIRIER (P.). **Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme.** (Tubercules, sarcomes, épithéliomes, carcinomes). — **Etude clinique du cancer.** — Vol. in-8 de 107 p. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr.

QUERMONNE. *Voir* FÉRÉ.

L'ALMANACH DU TRAVAIL POUR 1885 qui vient de paraître constitue une véritable innovation dans ce genre de littérature. Composer une galerie des héros de la science et du progrès n'était point chose facile, car il fallait choisir entre tous ceux qui luttent pour maintenir la France au premier rang des nations civilisées, et ils sont nombreux. M. Louis Bourne qui a eu l'heureuse idée de reprendre les longues traditions de la revue encyclopédique *Le Travail* avait entre les mains tous les éléments nécessaires pour tenter une pareille entreprise. L'exemplaire de cette nouvelle publication, que nous avons sous les yeux, atteste qu'il a pleinement réussi. L'ALMANACH DU TRAVAIL n'est point banal. Enrichi de beaux portraits, de gravures, rempli de faits utiles et instructifs, il forme un beau volume de 176 pages, que le travailleur pourra se délecter dans ses courts moments de repos, peut se procurer chez l'éditeur, rue de Provence, 2, à Paris. Franco : 0,90.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER,
Place de l'Ecole-de-Médecine.

BULLETIN de la clinique nationale ophtalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts par FIEUZAL et DUBOYS, secrétaires de la rédaction. Vient de paraître le 2e fascicule du tome II (avril-juin, 1884). Brochure in-8 de 47 pages. — Prix d'abonnement pour la France : 10 fr. — Pour l'Union postale : 12 fr. — Etranger, hors de l'Union postal : 14 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 44. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 1er NOVEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.
(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Infiltration d'urine, abcès urineux;

Leçon recueillie par M. le Dr ROUTIER, chef de clinique.

Je vais vous parler d'un accident qui survient assez souvent dans le cours des maladies des voies urinaires, et dont nous avons eu plusieurs exemples cette année ; nous avons encore dans nos salles, aux numéros 25 et 49, deux hommes qui me serviront à vous montrer la marche de ces accidents connus sous le nom d'infiltrations urineuses et d'abcès urineux.

Vous m'avez vu tous ces jours-ci m'arrêter longuement auprès d'un homme de 63 ans, couché au n° 49 et qui nous raconte ceci :

Il y a 20 ans, il a eu la chaude-pisse, qui guérit assez facilement, mais 7 ou 8 ans après, son jet d'urine devint petit, filiforme, il mettait du temps à vider sa vessie, il urinait souvent, en un mot, il présentait les signes d'un rétrécissement de l'urèthre. Depuis, cette affection de l'urèthre a augmenté progressivement, cependant le malade s'en tourmentait fort peu.

Il y a 6 ou 8 mois il a vu que l'urine passait plus difficilement que jamais ; il arrosait son pantalon, et comme on dit vulgairement, il pissait sur ses bottes.

Enfin, il y a un mois, est survenu l'accident dont je veux vous parler. Sans phénomènes bien marquants, il a senti dans la partie postérieure des bourses une grosseur qui peu à peu a augmenté ; les bourses, la région du pubis, la paroi abdominale ont été successivement envahies par ce gonflement.

Ce gonflement s'accompagna de rougeur, de chaleur et de fièvre, ce qui l'obligea à se mettre au lit ; peu à peu les accidents se sont accentués ; à la surface du scrotum il vit se développer des phlyctènes, puis il y eut des plaques noires qui se détachèrent ; et quand il est entré ici, la moitié du scrotum était détruite. Ce qui restait du scrotum, la verge et la partie inférieure du bas-ventre était rouge et induré.

Quand il pissait, l'urine sortait par les plaies scrotales et par un pertuis du fourreau de la verge. Il en passait à peine quelques gouttes par le canal. C'est là un bel exemple d'infiltration d'urine. Voyons quel est le mécanisme de ces accidents.

L'infiltration d'urine est le produit de l'épanchement de ce liquide hors de ses voies naturelles ; pour cela il faut que le canal soit perforé ; or, il peut l'être soit brusquement, comme chez ce malade du n° 44, qui, pris dans un éboulement, a eu une fracture du bassin, une déchirure du canal et une infiltration rapide d'urine. Ou bien, la perforation se produit derrière un rétrécissement sans traumatisme extérieur et voici comment : toujours, derrière un rétrécissement, la muqueuse uréthrale est malade, elle est enflammée, fongueuse, exulcérée, d'où cette goutte de muco-pus sécrété par le canal des rétrécis ; or, chaque fois que le malade fait effort pour pisser, la pression de l'urine distend la partie malade en arrière du rétrécissement.

Cette expansion ne peut pas se reproduire plusieurs fois par jour sans inconvénient ; au bout d'un certain temps il se fait une dilatation et une rupture, le plus souvent linéaire.

Cette fente dans la muqueuse et dans la paroi de l'urèthre peut se produire de plusieurs façons :

Tantôt elle est primitivement large, tantôt elle se fait peu à peu et elle ne laisse passer à chaque miction que quelques gouttes d'urine.

Au lieu d'une déchirure, il n'y a quelquefois qu'irritation de voisinage, les tissus voisins s'enflamment, s'indurent et ce n'est que très tard que l'urine sort dans des tissus déjà préparés pour ainsi dire à la recevoir.

La manière dont se fait la déchirure est capitale, car c'est ce qui règle la marche des accidents ultérieurs.

Nous allons nous occuper de la première variété, la déchirure brusque.

L'urine va donc faire brusquement irruption hors de l'urèthre ; mais il faut distinguer ; car les malades peuvent se présenter dans des circonstances différentes. Tantôt, faisant effort au moment où ils ont grand besoin d'uriner, tout d'un coup ils sentent un soulagement immédiat et souvent se croient guéris de tout leur mal ; c'est une sensation trompeuse, car c'est le signe de la rupture de l'urèthre. Bientôt il survient des frissons, de la tension, de la douleur au périnée, la fièvre s'allume ; ce cas-là est rare, car la déchirure est rarement assez grande pour que toute la vessie se vide dans le tissu cellulaire d'un seul coup ; plus souvent, à chaque miction, il entre une certaine quantité d'urine dans le tissu cellulaire, et assez rapidement, le scrotum, la verge, les tissus de l'abdomen sont successivement envahis ; quand l'urine passe en grande quantité, on a vu cette infiltration monter jusque dans l'aisselle ; chez notre malade elle est montée jusqu'à l'ombilic.

L'urine, malheureusement, altère le tissu cellulaire, cependant certaines urines produisent peu d'accidents : ce sont les urines absolument normales ; si la quantité n'est pas trop grande elle peut se résorber ; or, dans tous les cas de rétrécissement, l'urine est altérée : elle est trouble, purulente, souvent ammoniacale, et alors cette urine provoque de la gangrène.

C'est ce qui est arrivé à notre malade, il a eu successivement le gonflement, la rougeur, les phlyctènes, les escharres, et le tissu cellulaire est tombé en morceaux.

Je viens de vous dire ce qui se produit quand l'urine arrive dans le tissu cellulaire des bourses ; mais quelquefois l'urine peut aller dans des régions différentes et ceci dépend du point de l'urèthre qui s'est rompu.

L'aponévrose moyenne que traverse l'urèthre marque une grande limite ; en effet, si l'urine sort en avant de cette aponévrose, elle va se porter le long de la verge, dans le tissu cellulaire du scrotum et envahira la paroi abdominale.

Si, au contraire, la rupture se fait en arrière de cette aponévrose, l'urine ne pourra pas se porter en avant, au

© BIU Santé

moins au début, elle cheminera le long des parois latérales du rectum dans les fosses ischio rectales, alors la tuméfaction, la rougeur, la gangrène, se produiront au niveau de la partie interne des fesses. Mais, le plus souvent, l'infiltration se produit en avant parce que les rétrécissements ont leur siège habituel en avant du cul-de-sal du bulbe.

Nous connaissons dans le rétrécissement, la lésion de la muqueuse, sa rupture et la marche de l'urine suivant le point rompu. Quels sont maintenant les accidents consécutifs à cette irruption de l'urine dans le tissu cellulaire ?

La rapidité, la quantité de l'épanchement sont deux facteurs de premier ordre ; plus l'urine sort en abondance, plus l'infiltration est étendue, et c'est dans ces cas que l'abdomen est envahi, car l'urine n'ayant pas eu le temps de provoquer le sphacèle de la peau n'a pas d'issue à l'extérieur et court dans le tissu cellulaire ; au contraire, quand il en sort relativement peu, il se produit du sphacèle, des téguments; l'urine peut couler au dehors et l'infiltration est arrêtée ou au moins n'augmente pas. C'est ce qui est arrivé à notre malade : l'infiltration gagnait l'abdomen, mais à ce moment il y a eu sphacèle du scrotum et l'infiltration n'a pas fait de progrès. Cette notion va nous servir à instituer le traitement rationnel; il faudra faire brusquement cette brèche, cette soupape de sûreté que la nature fait lentement par le sphacèle.

Quel est le pronostic ? Chez les vieillards cette affection est sérieuse, le malade peut mourir par le seul fait de cette inflammation gangréneuse ; la mort, de cette façon, est relativement rare ; le plus souvent, après les accidents du début, tout se calme, on est étonné de voir ces phlegmons gangréneux donner lieu à si peu de réaction. Le pronostic est donc souvent moins grave qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Mais il reste une plaie large, étendue, qui, quelquefois, comprend tout le scrotum, toute la peau de la verge, et qui laisse après elle des fistules.

Ce qui frappe dans ces plaies, c'est la rapidité de leur réparation ; vous voyez chez notre malade ces beaux bourgeons charnus qui ont suivi rapidement la chute du sphacèle du scrotum ; c'est quelquefois si rapide que lorsque les testicules sont à nu, quand le scrotum tout entier est tombé, il se refait une poche qui remplace plus tard ce scrotum.

Ce n'est donc pas la réparation des parties molles qui doit nous préoccuper ; mais on voit quelquefois les malades avant tous ces accidents gangréneux ; revenons au début : un malade se présente à nous 48 heures environ après l'entrée de l'urine dans son tissu cellulaire ; il a le périnée dur, gonflé. Nous savons qu'il a un rétrécissement ; le diagnostic est facile à porter ; or, de ce diagnostic découle une des indications les plus urgentes de la chirurgie, il faut savoir agir, et trop souvent les médecins sont trop timorés.

Aussitôt que vous verrez un gonflement inflammatoire du périnée chez un vieux rétréci, n'hésitez pas, ouvrez le périnée soit au bistouri, soit au thermo-cautère, en suivant le raphé médian.

Ce qui fait hésiter au début, c'est qu'il faut arriver très profondément pour aller jusqu'au foyer ; souvent on se contente d'une incision superficielle ; or, il faut aller loin, sans hésiter, jusqu'à ce qu'on trouve un foyer contenant ou de l'urine, ou du pus, sans cela on n'a rien fait.

En passant sur le raphé, on n'a pas à craindre d'hémorrhagie. Quand on a ainsi ouvert une voie à l'urine, tous les accidents s'arrêtent, les points sphacélés tombent, c'est vrai, mais il n'y a pas de nouvelles poussées phlegmoneuses.

Quelquefois il faut, outre l'incision du raphé, faire des incisions latérales sur les points tendus et durs, ces incisions donnent issue à l'urine infiltrée et évitent les sphacèles qui ne tarderaient pas à se produire.

Il suffit, après cela, de faire des applications de topiques et le meilleur, à mon avis, est la solution de chloral.

Restent le rétrécissement et la fistule.

Ce rétrécissement persiste, mais il est curieux de voir que chez un malade qui pissait difficilement, qui ne pouvait être sondé qu'avec des bougies filiformes, il semble, après ces accidents, se faire un dégorgement, une sédation, l'urine et la sonde passent plus facilement.

On peut donc rapidement traiter le rétrécissement soit par la dilatation avec les bougies, soit par un autre moyen que j'ai trois fois employé et qui, je crois, n'a pas été souvent mis en pratique. J'ai fait, dans la même séance, le débridement du périnée et l'uréthrotomie interne. Du même coup vous coupez le rétrécissement et vous mettez une sonde à demeure.

On fait, en somme, d'emblée, ce qu'on devra faire plus tard.

Quant à la fistule, elle a toujours une tendance à guérir, à condition qu'on rétablisse le calibre du canal ; de cette façon, elle guérit seule, pendant qu'on fait la dilatation.

Nous venons de voir ce qui se produit quand l'urine sort en grande quantité et rapidement hors de ses voies naturelles ; voyons maintenant ce qui se produit quand la déchirure de l'urèthre est petite et qu'à chaque miction il ne sort que quelques gouttes d'urine.

Autour de cette perforation se développe un foyer d'inflammation locale sans grand retentissement, caractérisé surtout par de l'induration et un peu de douleur ; cette induration augmente peu, mais finit cependant par venir faire tumeur au périnée ; c'est ce qu'on appelle la tumeur urinaire, l'abcès urineux ; il y a toujours, en effet, au centre de ces tissus indurés une cavité plus ou moins spacieuse qui contient de l'urine et du pus ; ces tissus acquièrent la dureté du tendon, du cartilage ; au bout d'un certain temps, cependant, il se fait un œdème périphérique qui envahit la verge et les bourses.

Quelquefois même il survient, à la suite, tous les symptômes que nous avons déjà décrits sous le nom d'infiltration urineuse.

En effet, le processus destructif continue ; et si cette induration protège, pour ainsi dire, les parties voisines, c'est une protection temporaire, il faut bien le savoir. L'urèthre, déjà perforé, s'ulcère davantage, la communication avec l'abcès urineux s'établit plus large et définitive, et souvent, après la miction, le malade, en pressant sur sa tumeur périnéale, peut faire sourdre, par le canal, une quantité notable d'urine mêlée à du pus.

De plus, cet abcès obéissant à la loi générale, tend à gagner l'extérieur, il y met plus ou moins de temps, mais il y arrive ; l'ouverture se fait sur la ligne médiane ou dans la région voisine et souvent sur plusieurs points à la fois ; vous comprenez que ces ouvertures seront autant de fistules urinaires qui laisseront écouler de l'urine à chaque miction et qui, par conséquent, n'auront aucune tendance à la guérison.

Enfin, dans certains cas, il se produit une infiltration

© BIU Santé

d'urine chez un malade porteur d'une tumeur urinaire; c'est précisément l'histoire de notre malade du n° 25. Depuis longtemps ce malade pissait mal, et il avait, dit-il, une grosseur au périnée au moins depuis un mois; comme la douleur n'était pas très vive, il s'en préoccupait fort peu, quand subitement il a été pris avant-hier de frisson, de fièvre, et son périnée a beaucoup gonflé. C'est alors qu'il est venu réclamer des soins à l'hôpital, sans attendre, comme le n° 49, que la gangrène ait détruit son scrotum.

Dès son arrivée, mon chef de clinique est intervenu et a fait précisément ce que je vous conseillais plus haut, c'est-à-dire l'incision périnéale profonde sur le raphé médian.

Cette heureuse intervention a fait tomber tous les accidents ; vous le voyez, il n'y a plus de fièvre, le malade a dormi, les tissus tout autour n'ont plus cette dureté et cette tendance au sphacèle; en somme c'est un malade en voie de guérison.

Mais, sachez-le, cette guérison sera longue ; il reste, en effet, le rétrécissement et la fistule, et je ne vous parle pas de cette induration des tissus sur laquelle j'ai déjà appelé votre attention ; elle disparaît relativement vite quand on débride largement ; sachez cependant qu'il se fait quelquefois des abcès de voisinage.

Cette induration est surtout tenace dans le cas où le chirurgien n'a pas traité l'affection dès le début, c'est autour des fistules qu'elle se montre et qu'elle acquiert son maximum ; elle apporte un autre obstacle à la guérison de ces fistules, et on ne peut les guérir qu'en excisant toute la zone indurée.

Je vous signale ici une des merveilleuses applications du thermo-cautère, car vous serez étonné de voir fondre ces indurations sous vos yeux après le débridement des fistules, à l'aide de cet instrument bien supérieur par conséquent au bistouri pour ce cas particulier.

En terminant, je vous rappelle donc l'utilité d'une intervention hâtive et active, vous parerez ainsi aux grands accidents imminents et vous faciliterez la cure de la fistule et du rétrécissement.

Incisez hardiment sur la ligne médiane, vous n'irez jamais trop profondément ; incisez aussi sur les parties dures et tendues des régions voisines si vous craignez la gangrène possible, et dès les premiers jours vous pourrez commencer la dilatation de l'urèthre.

Nota. — Le malade n° 49, entré dans le service avec du sphacèle des bourses, des fesses, et une fistule périnéenne, ayant présenté au bout de quelques jours un frisson et une élévation considérable de la température, mon chef de clinique lui a fait l'uréthrotomie interne ; nous avons pu placer une sonde à demeure et par là nous avons pu laver la vessie avec la solution borique.

Le premier jour la vessie était purulente ; après le premier lavage la température est devenue normale; aujourd'hui, le malade est guéri.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Traitement de la Pyurie (1) ;

Par M. le professeur **R. ULTZMANN.** Conférence faite à la Polyclinique générale de Vienne pendant le semestre 1882-1883. Traduite par M. le Dr Henri **PICARD.**

Quand la blennorrhagie a duré plus de huit à dix semaines, elle devient *chronique*. La blennorhagite chronique consiste, le plus souvent, en ce que certains points de la muqueuse uréthrale ne se sont pas recouverts, même après un certain temps, d'épithéliums, et que, pour cette raison, ils continuent à s'irriter. Les parties malades ont tantôt l'aspect de surfaces muqueuses granuleuses, tantôt celui de tumeurs superficielles de la muqueuse. D'après Grunfeld, le produit de la blennorrhagie chronique est constitué par de petits excroissances polypeuses de la muqueuse.

Le caractère de la blennorrhagie chronique du canal, c'est que l'urine émise dans deux vases différents laisse toujours déposer les fils blennorrhagiques dans le premier vase, tandis qu'elle est normale, claire et limpide dans le second. Simultanément, il y a, le matin du moins, une petite quantité de pus au méat. Les besoins fréquents d'uriner n'existent pas.

Comme le processus de la blennorrhagie chronique n'évolue pas toujours à la surface de la muqueuse, mais souvent, dans les couches les plus profondes, il ne suffit pas d'employer simplement des astringents et des caustiques, et d'arriver ainsi à guérir le processus superficiel. Car si l'inflammation chronique arrive à son terme, les couches profondes des parties malades demeurent modifiées, comme cicatrisées, et il en résulte tantôt une rigidité des parois du canal, tantôt un racornissement sur certains points qui produisent des phénomènes fâcheux. Quand on veut obtenir une guérison aussi complète que possible, il faut simultanément que la lumière du canal et ses parois soient revenues à l'état normal, et cela ne pourra être obtenu que par un traitement local. L'urèthre normal de l'homme est un conduit mou et élastique, laissant passer facilement les sondes n° 30 et au delà de la filière Charrière. La raison pour laquelle on ne se sert pas ordinairement de sondes de ce calibre, c'est que le méat ne les laisse pas passer ordinairement. Si on fend suffisamment cet orifice, comme on est souvent obligé de le faire pour la litholapaxie, on peut se convaincre que les cathéters n° 30 et au-dessus passent facilement. Otis a le mérite d'avoir particulièrement attiré l'attention sur cette conformation et d'avoir préconisé les sondes volumineuses.

Si maintenant, dans la blennorrhagie chronique, on fend le méat quand il n'admet pas le n° 30 Charrière et qu'on explore l'urèthre avec des sondes volumineuses, on s'aperçoit que les parties malades de l'urèthre rétrécissent, en effet, légèrement sa lumière et s'opposent absolument à leur passage ou du moins ne les laissent passer qu'avec difficulté. Otis appelle ces modifications de la blennorrhagie chronique, strictions à large calibre, ces diminutions de calibre et cette perte d'élasticité du canal ne se laissant jamais constater avec des instruments minces et encore moins écarter. Quand on veut obtenir la guérison complète, il faut non seulement que le processus inflammatoire de la muqueuse soit guéri, mais il faut conserver en même temps le calibre normal de l'urèthre et lui rendre son élasticité. Si on n'obtient pas ce résultat, les parois uréthrales ainsi modifiées excitent continuellement les extrémités périphériques des nerfs du canal et il se produit soit ces névroses des organes génito-urinaires consécutives à la blennorrhagie, soit cet écoulement uréthral appelé faussement prostatorrhée et qui semble consécutif à l'obstacle qu'éprouve le sang à circuler régulièrement dans une paroi rigide.

En se plaçant à ce point de vue le traitement de la blennorrhagie chronique au moyen de sondes volumineuses est une condition *sine qua non* de la guérison.

Souvent l'emploi de ce moyen suffit seul à la guérison. On l'exécute avec des sondes en métal, lourdes, légèrement coniques, de telle sorte qu'on commence avec des numéros inférieurs qu'on augmente insensiblement, tous les jours ou tous les deux jours, d'un numéro qu'on laisse en place, en suivant la filière Charrière. On s'élève ainsi peu à peu jusqu'aux n°s 27, 28, 29 et 30. Le méat trop étroit est fendu. Quand les sondes sont habilement introduites, on voit bientôt la sécrétion purulente diminuer et les fils blennorrhagiques commencer à disparaître. Ce dernier fait donne la garantie la plus certaine que la guérison est proche,

(1) Voir *Progrès médical*, n°s 3, 4 5, et 43, 1884.

© BIU Santé

Mais quand ce traitement ne suffit pas, on peut y ajouter le traitement médicamenteux. Dans ce cas, chaque fois qu'on aura laissé la sonde à demeure quelques minutes, on la retirera pour recourir au second procédé. Il faut dire ici que les sondes ou les autres instruments doivent être enduits de glycérine et non pas d'huile, parce que quand les parois uréthrales sont recouvertes d'une couche grasse, les solutions liquides astringentes ou caustiques ne les atteignent plus suffisamment et, par suite, l'influence des médicaments sur la muqueuse ne s'exerce plus.

L'application des médicaments peut se faire sous forme *liquide*, *molle* ou *solide*. Quand il est liquide, le topique peut être étendu ou concentré. Quand ils sont étendus, on emploie les astringents sous forme d'injections par irrigations. On prend pour cela trois à quatre cents grammes de la solution qu'on fait couler lentement au travers de l'urèthre. La meilleure méthode d'irrigation uréthrale est la suivante. Le patient étant debout, un cathéter de Mercier, n° 14 Charrière, muni de deux ouvertures latérales est poussé jusqu'au bulbe de l'urèthre. De la main gauche, le malade tient le cathéter et, de la main droite, un vase quelconque. On pousse alors doucement la solution soit au moyen d'un irrigateur, soit avec une seringue. Le médicament sort d'abord des deux ouvertures du cathéter dans le bulbe de l'urèthre et, comme à cause de l'occlusion du collet du bulbe, il ne peut parvenir dans l'urèthre postérieur, il revient en avant pour sortir par l'orifice uréthral le long du cathéter et tomber dans la tasse. L'avantage de cette irrigation consiste en ce que le médicament coule abondamment et avec force sur le point le plus reculé de l'urèthre antérieur, c'est-à-dire le bulbe siège favori de la gonorrhée chronique. Cette manœuvre s'opère sans douleur. Comme solution on peut employer les astringents les plus variés. On peut cependant recommander les suivants :

Alun ordinaire. . .	
Sulfate de zinc. . .	ää 1 à 2 gr.
Acide carbolique. .	
Eau distillée.	400 grammes.

L'irrigation peut être faite une fois par jour.

Une deuxième méthode consiste à appliquer des solutions concentrées. Ces médicaments, agissant en partie comme caustiques, ne peuvent être appliqués qu'en petite quantité sous forme de gouttes. Pour cela, le mieux est de se servir d'un pinceau. L'appareil dont on se sert dans ce cas est formé de trois pièces de caoutchouc.

La figure rend toute description inutile. Le calibre du tube répond aux n°s 20 et 22 Charrière. Le pinceau par l'intermédiaire de la vis adaptée à sa tige est fixé de telle sorte que toute la longueur des poils ou leur moitié seulement sort des tubes.

On se sert de cet appareil de la manière suivante :

Le malade étant couché, le tube endoscopique droit muni de l'obturateur, enduit de glycérine, est introduit jusqu'au bulbe. L'obturateur est ensuite retiré et, le pinceau introduit, mis au point et imprégné de médicament. On tient alors d'une main le pinceau et le tube et, de cette façon, on essuie bien le bulbe par un mouvement de rotation. On peut ensuite tremper encore une fois le pinceau dans le médicament et bien essuyer de nouveau le bulbe ou telle autre partie suspecte du canal. Il est même possible en exécutant des mouvements de rotation de parcourir tout l'urèthre. Si on est simultanément familiarisé avec l'endoscopie, on peut encore, au moyen du réflecteur à main, observer plus exactement les parties avant de les toucher. Gschirhakl, il y a quelques années, a fait connaître un appareil analogue pour des applications thérapeutiques endoscopiques.

On peut se servir, comme topiques, de toutes les solutions qu'on emploie dans la blennorrhagie palpébrale. Nous recommandons particulièrement les solutions de nitrate d'argent dans l'eau distillée.

Nitrate d'argent. . . 1 gr.	Nitrate d'argent. . . 1 gr.
Eau distillée . . . . 30 gr.	Eau distillée. . . . . 20 gr.

On peut aussi employer des solutions plus fortes jusqu'à 1 pour 10, seulement on évitera alors de badigeonner une grande étendue de la muqueuse, car il en résulte une sensation fort douloureuse et plus tard, à la chute de l'escarre, une hémorrhagie qui n'a pas lieu avec une solution plus faible.

La solution la plus souvent mise en usage est à 5 0/0. Quand on en badigeonne les parois uréthrales au moyen du pinceau et qu'on examine plus tard, avec l'endoscope, les modifications produites, on trouve les parties touchées colorées en blanc grisâtre, tandis que les parties saines laissent à peine distinguer une légère coloration grise.

Les badigeonnages de l'urèthre antérieur peuvent être faits de cette façon tous les deux jours ou même tous les jours. Les patients ressentent, après l'application, une cuisson légère qui, pendant les premières minutes, augmente un peu d'intensité, mais cesse bientôt complètement.

La méthode des médicaments mous consiste à les appliquer sous forme d'onguents ou de suppositoires. Jadis on avait coutume d'enduire d'onguent médicamenteux des bougies élastiques à boule qu'on introduisait et laissait séjourner. Cette méthode est tout à fait insuffisante, parce qu'elle ne permet pas de faire pénétrer le médicament dans les parties profondes. L'onguent se détache dès l'entrée du canal et la bougie parvient seule dans les parties malades profondes. Si on voulait à toute force employer un onguent, il faudrait le porter sur la partie malade au moyen du tube droit et du pinceau.

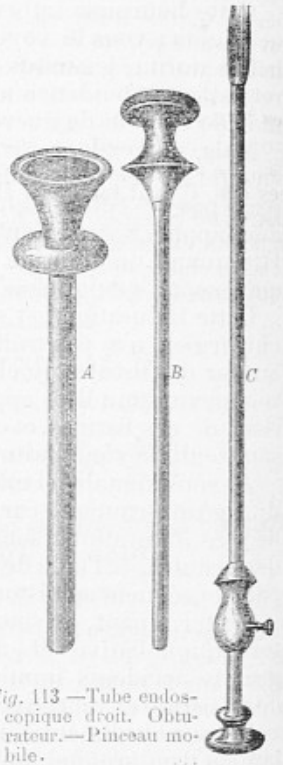


Fig. 113.—Tube endoscopique droit. Obturateur.—Pinceau mobile.

On met en usage deux sortes de suppositoires uréthraux : les longs et les courts. Ils se composent de médicaments divers, répartis également dans du beurre de cacao ou de la gélatine. Ils ont la forme de petites tiges minces Les suppositoires allongés sont ordinairement prescrits pour l'usage personnel du malade, qui les introduit dans son canal sans l'aide du médecin. Les suppositoires courts, au contraire, sont des bâtonnets de 2 centimètres destinés aux parties profondes du canal, et ne peuvent être introduits qu'au moyen du tube droit et de l'obturateur. Si les suppositoires allongés peuvent être composés de beurre de cacao ou de gélatine, les suppositoires courts doivent être en beurre de cacao, la gélatine n'offrant pas la consistance désirable. Le dosage du médicament reste le même pour les deux genres de suppositoires, il n'y a de différence que dans le volume.

Les suppositoires le plus souvent employés dans la blennorrhagie chronique contiennent de l'alun, du zinc, du cuivre, du tannin ou des médicaments analogues. Les plus usités sont les suivants :

Sulfate de zinc. . .	0,15 à 0,30 centigr.
Beurre de cacao.	q. s.
Pour 5 suppositoires.	

Alun. . . . . 1 gr.	Tannin pulv. 0,30 à 0,50 cent.
Beurre de cacao . . q. s.	Beurre de cacao q. s.
Pour 5 suppositoires courts ou longs.	Pour 5 suppositoires.

On introduit un de ces suppositoires tous les jours. Les suppositoires sont déposés dans le bulbe, le patient étant couché. Après cette application, le malade reste couché ou, s'il doit faire des courses, ramène le pénis vers la paroi abdominale en le plaçant derrière l'élastique du suspen-

© BIU Santé

soir, ce qui empêche le suppositoire de s'écarter. Ce dernier sera conservé au moins une demi-heure avant que le malade urine.

Les médicaments solides sont des poudres ou des pâtes sèches. Les poudres sont ordinairement formées d'alun ou de tannin mélangés à du sucre et insufflés dans le canal au moyen d'un tube droit. La pâte, au contraire, formée des mêmes médicaments mélangés à un peu de gomme ou de gélatine, enduit les bougies de cire qu'on introduit dans le canal aussitôt le médicament desséché. Les bougies médicinales de Hochsinger sont préparées de cette façon et renferment soit du zinc ou du tannin, de l'alun, du cuivre ou même du nitrate d'argent. On laisse ces bougies dans le canal jusqu'à ce que la pâte, fondue par sa température, se dépose sur ses parois. La bougie est ensuite retirée et on recommande au malade de ne pas uriner avant une demi-heure. Ces bougies, comme les autres suppositoires uréthraux, peuvent être introduites tous les jours ou tous les deux jours. Il faut dire qu'il est des uréthrites résistant à tous les traitements locaux. Dans ces cas, il s'agit le plus souvent d'uréthrites dyscrasiques. Dans ces cas, il faut toujours établir en même temps une thérapeutique générale destinée à combattre cette dyscrasie. La syphilis exige un traitement antisyphilitique, la tuberculose le changement d'air ou le séjour à la campagne, surtout dans le Midi, pendant l'hiver. (*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

HOPITAL TENON. — **M. RIBEMONT.**

Rétrécissement du bassin. – Hydropisie de l'amnios. — Tumeur fœtale (1) ;

Par **GIRODE**, interne des hôpitaux.

La nommée Christian Joséphine, 20 ans, fleuriste, entre le 22 mars, à l'hôpital Tenon, pavillon Baudelocque, lit n° 6 (dans le service de M. RIBEMONT).

Antécédents. — Renseignements très incomplets sur la première enfance. Il semble s'être fait quelque détermination morbide du côté du squelette ; la malade a marché tard, un médecin avait été obligé de la maintenir au lit et de faire de l'extension sur la jambe gauche qui paraissait plus courte que l'autre.

Pendant la deuxième enfance, fièvres éruptives, coqueluche, abcès froids multiples du cou et des membres, sans rapport avec le squelette. Pas d'antécédents syphilitiques.

Réglée à 14 ans. Menstruation toujours normale.

Premier accouchement en février 1883. La terminaison a nécessité une craniotomie faite par M. Ribemont. La deuxième grossesse actuelle a commencé en septembre dernier. Pendant les quatre premiers mois, rien d'anormal, sauf des douleurs lombaires tenaces. A 4 mois 1/2, la malade a senti remuer. Les mouvements actifs n'ont pas cessé d'être perçus jusqu'ici.

Il y a quatre semaines, le ventre, augmenté normalement, prit rapidement, en huit jours, un développement considérable. En même temps, recrudescence des douleurs lombaires, tiraillements dans le bas-ventre, et dans les derniers jours, véritables accès d'étouffement soulagés par l'attitude assise. Perte du sommeil et de l'appétit.

La persistance de ces troubles, l'altération de l'état général déterminent la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade de petite taille, pâle, maigre ; faciès très fatigué. R. à 28, laborieuse. P. petit à 110. T. normale. Les lèvres et la conjonctive ont une teinte légèrement bleutée. Renseignements obstétricaux importants.

Ventre volumineux, ovale. 90 centimètres de ceinture à l'ombilic. Fond de l'utérus déjà sous les fausses côtes. Le flanc droit paraît présenter une saillie plus marquée, ronde, douloureuse. Téguments normaux. Œdème sus-pubien peu étendu.

A la palpation, rénitence très accusée, générale, égale. Il est impossible de sentir nettement aucune partie fœtale dans plusieurs explorations.

A la percussion, matité régulière convexe en haut. Pas de flot. Auscultation à peu près négative : les battements du cœur fœtal n'ont pas été nettement perçus. Souffle utérin bien caractérisé au bord gauche en bas.

Les parties génitales ne présentent rien à la vue ; humidité, souplesse, pas d'œdème. Au toucher, on trouve le col modérément haut, court (1 cent.), mollasse. Orifice externe irrégulier, déchiqueté à gauche, admettant le doigt qui arrive aisément sur l'œuf. Les membranes sont tendues. Au premier examen, toute la région utérine explorable par le vagin est rénitente, mais dépressible, sans partie fœtale accesible. Mais le soir, on constate dans sa netteté la plus caractéristique du ballottement vaginal dans le cul-de-sac antérieur. Bassin à caractères spéciaux. Promontoire accessible. Diamètre promonto-pubien 8 1/2. Le doigt peut longer de chaque côté le détroit supérieur plus rapproché de la ligne médiane. Arcade pubienne étroite. Diamètre bi-épineux 19, diamètre bis-iliaque 24. On a les caractères d'un bassin vicié par étroitesse absolue. Pas d'écoulement d'aucune sorte par les parties génitales. Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas d'albumine dans les urines. Diagnostic : grossesse compliquée d'hydramnios. Bassin étroit. Le soir de l'entrée, gêne plus marquée, accès d'étouffement, agitation continuelle. On discute un instant la ponction des membranes. Cependant une potion antispasmodique ramène un peu de calme.

23 *mars.* — Au matin, effacement complet du col, douleurs à caractère intermittent. Début du travail à onze heures. Dilatation lente : agitation, impatience de la malade. A six heures du soir, dilatation comme 5 francs, poche des eaux volumineuse et tendue, bombant dans le vagin. Persistance du ballottement vaginal.

A 11 h. 1/2, dilatation comme la paume de la main. La partie fœtale qui s'engage est nettement reconnue pour être la tête. A cause de sa grande mobilité et de l'agitation de la malade, on se décide, par crainte d'une mutation défavorable, à rompre les membranes. Flot de liquide. La main règle et ralentit l'écoulement. La quantité totale des eaux déposait 3500 grammes. 11 h. 45. La rétraction de l'utérus se fait bien ; l'expulsion commence aussitôt. La tête franchit le col puis vient se dégager à la vulve en occipito-pubienne. Sortie un peu difficile des épaules et de la partie supérieure du tronc, eu égard à leur volume. Puis, dès que l'insertion ombilicale du cordon est accessible à la commissure postérieure de la vulve, expulsion arrêtée. Traction sur la tête sans résultat. Le cordon est fortement tendu et bat faiblement. On parvient avec peine à en faire la section entre deux ligatures. La ligature du bout placentaire a eu pour objet de servir de guide pour retrouver ce bout remonté.

Pendant ces manœuvres, le fœtus n'a donné aucun signe de vie. Rien d'anormal du côté du fond de l'utérus. Pas d'écoulement de sang par les parties génitales. 11 h. 55. La section du cordon n'a pas fait disparaître la résistance. La partie inférieure du tronc n'avance pas, quoique le doigt ne rencontre rien d'anormal dans la région accessible du fœtus. Les membres inférieurs sont parfaitement mobiles : on parvient à les dégager l'un après l'autre.

La nature de l'obstacle est alors perceptible. L'enfant reste en effet appendu à la mère par une masse charnue énorme, née de la région fessière, qui remplit toute l'excavation et n'est expulsée qu'après dix minutes de tractions énergiques et d'efforts expulsifs soutenus, aidés de petites manœuvres de dégagement normal. 12 h. 15. Etat de la mère satisfaisant. Soulagement considérable.

Utérus bien rétracté. Fond plus saillant en haut et à droite. Délivrance spontanée et régulière après 12 minutes. Ecoulement sanguin modéré, globe dur de l'utérus à la suite. Annexes entières. Placenta très mou, volumineux,

(1) Communication faite à la *Société anatomique*, 4 avril, 1884.

© BIU Santé

mesurant en largeur 17 cent. sur 20. Epaisseur, 3 cent. 1/2, se continuant jusque sur le bord. Poids : 870 grammes. Cordon gras, peu résistant, 30 centimètres. Fœtus en état de mort apparente avec asphyxie bleue. Quelques tentatives inspiratoires incomplètes, pas de cri ; puis, après deux minutes, cessation des battements cardiaques et mort confirmée.

Poids du fœtus avec la tumeur : 1530 grammes. Age : 6 mois à 6 mois 1/2. Sexe féminin. A partir de la délivrance, tout a été normal pour la malade dans les suites de couches. Involution utérine lente. Sortie le 4 avril.

Autopsie du fœtus le 25. — Conformation normale, sauf la saillie de la région coccygienne. Anus refoulé en avant et en haut, situé sur un plan un peu antérieur à la vulve. Conduit ano-rectal perméable.

Dans les grands appareils, aucune particularité, sauf le volume assez remarquable du cœur, la tuméfaction molle et rouge des ganglions lombo-aortiques. Cerveau normal. Os de la voûte bien développé et fontanelles relativement étroites.

Tout l'intérêt est dans l'examen de la tumeur.

Elle siège entre l'anus et le coccyx. Plan postérieur continu avec le sacrum et le dos, l'antérieur avec la région pubienne en formant là une légère dépression qu'occupent superposés les conduits uro-génital et anal.

Forme assez régulièrement arrondie. Sur le côté gauche, sillon semblant produit par l'anse du cordon.

Volume plus considérable que la tête du fœtus. Pourtour : 30 centimètres.

Consistance demi-molle, inégale. Sensation vague de lobulation. La peau qui en forme l'enveloppe extérieure est amincie, et présente par points des veines dilatées. En avant, déchirure transversale de 5 centimètres, paraissant correspondre au point de la tumeur qui a buté contre le promontoire, l'enfant était venu le dos en avant.

Tissu cellulaire sous-cutané œdémateux.

Décortication facile de la masse avec les doigts, sauf en certains points plus adhérents par suite de connexions vasculaires. Tissu de la tumeur grisâtre, d'aspect encéphaloïde, de consistance un peu molle. Petits kystes contenant, les uns une matière lactescente, les autres du liquide citrin.

Ensemble de la tumeur tapissé par une membrane d'apparence fibreuse, résistante. Disposition lobée, masses contournées, circonscrivant des culs-de-sac arrondis.

A la coupe, même aspect ; tissu cérébriforme parsemé de kystes. Suc blanchâtre abondant par le raclage ou l'expression.

En bas, extravation sanguine récente dans un point de la tumeur. Dans un autre point, petite cavité tapissée d'une fausse membrane fibrineuse, rappelant un vieux kyste hématique.

Disséqué par en haut, la tumeur semble se rétrécir, se pédiculiser. Finalement, ses adhérences paraissent réduites à quelques tractus qui s'attachent au bord gauche du coccyx. Cette apparence pédiculée, la déviation dans le même sens du coccyx fortement attiré à gauche et en avant, pouvaient faire croire un instant qu'on avait sous les yeux le point de départ de la néoplasie. Mais la ténuité des adhérences, la constitution de la masse, tout indique un développement sur place, sans autre rapport avec les parties voisines que par des connexions fibro-vasculaires banales.

Examen histologique fait par notre excellent ami et collègue Gilbert.

La tumeur, examinée au microscope par les procédés ordinaires, se montre formée des éléments suivants :

1° Cellules rondes et fusiformes.
2° Masses cartilagineuses.
3° Tubes glandulaires.
4° Agglomérats de cellules polyédriques.
5° Vaisseaux.

1° Les cellules rondes et fusiformes constituent la presque totalité de la tumeur ; elles lui donnent sur certains points l'apparence exacte du sarcome globo-cellulaire, et sur d'autres celle du sarcome fuso-cellulaire.

2° Les masses cartilagineuses sont peu nombreuses. Elles affectent la forme de bandes et de noyaux. Elles appartiennent pour la plupart au type hyalin, quelques-unes au type embryonnaire.

3° Les tubes glandulaires sont en nombre considérable, dirigés en tout sens au sein de la tumeur. Ils se bifurquent et se ramifient à la façon des conduits excréteurs d'une glande en grappe. Leur lumière est large et quelquefois obstruée par un bouchon granulo-graisseux. Sur un grand nombre de points, leur cavité se dilate subitement et donne naissance à des kystes dont le contenu, transparent ou trouble, tient en suspension des leucocytes et des granulations. Les parois de ces tubes glandulaires présentent deux couches :

A. La couche externe se confond insensiblement avec le tissu sarcomateux qui compose principalement la tumeur ; elle est formée par des cellules fusiformes concentriquement disposées.

B. La couche interne est représentée par un épithélium cylindrique, qui devient cubique ou même pavimenteux au niveau des dilatations kystiques.

4° Les agglomérats de cellules polyédriques tranchent nettement sur les parties voisines par la coloration qu'ils prennent sous l'action du picro-carmin. Les cellules qui les constituent, en effet, polyédriques volumineuses, rangées par boyaux distincts ou anastomosés offrent un protoplasma légèrement granuleux qui se colore en jaune par le picro-carmin, et un noyau qui se colore en rouge par le même réactif.

Ces agglomérats groupés en îlots arrondis, ou en traînées allongées semblent absolument indépendants des tubes glandulaires.

5° Les vaisseaux sont fort inégalement répartis. Dans certaines régions, ils manquent totalement, et dans d'autres, ils sont à la fois nombreux et volumineux.

Fibro-myôme de la grande lèvre;

Par M. E. VALUDE, interne des hôpitaux.

D... (Julia), âgée de 45 ans, entre le 6 mars 1884 dans le service de M. le professeur Verneuil, pour une tumeur de la grande lèvre droite.

Les antécédents de cette malade ne révèlent que peu de chose au point de vue de la diathèse néoplasique. Sa tante aurait eu cependant des tumeurs au sein. Elle-même a toujours joui d'une parfaite santé, pas de manifestations scrofuleuses, pas d'arthritisme, elle a fourni trois couches heureuses, dont la dernière il y a dix-huit ans. En effet, si nous examinons cette malade, nous la trouvons très fraîche, grasse, n'ayant rien dans son état général, ni à l'examen de ses viscères, qui pût faire supposer aucune affection latente. La tumeur pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté il y a huit ans, (après une chute ?) par un petit noyau indolent de la grosseur d'une noisette, logé dans la partie inférieure de la grande lèvre droite.

Aucun phénomène inflammatoire ni douloureux ne marqua le début de ce néoplasme et la malade, sans s'en inquiéter, le laissait s'accroître très lentement, quand, il y a dix-huit mois, elle vit prendre plus rapidement un volume de plus en plus grand à sa tumeur. Actuellement celle-ci offre la grosseur d'une petite mandarine, mais jamais, du reste, aujourd'hui ni autrefois, la malade ne ressentit aucune douleur de sa présence, la menstruation fut toujours régulière, il n'y eut jamais de pertes anormales.

A l'examen, nous rencontrons à la partie inférieure de la grande lèvre droite, au point d'élection des abcès de la glande, une tumeur arrondie, bosselée et assez dure. Pas de fluctuations ; le néoplasme est parfaitement mobile sur la profondeur et la peau souple et d'une coloration normale roule librement sur lui. Cette tumeur offre absolument l'aspect d'une production bénigne enkystée, mobile dans le tissu cellulaire. Il n'y a pas de ganglions, bien entendu. L'opération est fixée au 8 mars.

© BIU Santé

L'ablation fut pratiquée au thermo-cautère et l'énucléation se fit facilement ; mais, malgré l'emploi du fer rouge, l'hémostase fut très laborieuse. Du fond de la plaie une foule d'artérioles donnaient abondamment et on ne dut pas placer moins de 15 à 18 ligatures. La tumeur est d'ailleurs aisément enlevée en totalité, étant assez dure, sauf à la partie supérieure où son tissu offre une assez grande friabilité. La plaie béante ainsi obtenue fut pansée à plat à l'iodoforme et deux jours après à ce pansement fut substitué le simple pansement antiseptique ouvert, avec pulvérisation deux fois par jour. La malade, sans avoir présenté aucun accident, est actuellement en pleine voie de guérison.

Examen de la pièce. — Cette tumeur se présente, une fois enlevée, sous l'aspect d'une tumeur solide, bien isolée dans une gaine conjonctive ; une coupe médiane montre qu'elle est constituée par un tissu assez peu dur qui s'organise en îlots et en bandelettes enchevêtrées les unes dans les autres. Ces îlots sont réunis par du tissu conjonctif plus lâche que le tissu propre de la tumeur. La coloration de cette section de la tumeur est d'un blanc rosé.

Examen histologique. — I. Sur une coupe colorée au picro-carmin et examinée à un faible grossissement Oc. 2, obj. 1, Verick) on distingue :

1° Des faisceaux longitudinaux parsemés de noyaux allongés ; 2° Des zones interposées entre les faisceaux longitudinaux ou obliques qui présentent un petit piqueté rouge correspondant à des noyaux. Ces zones représentent des faisceaux coupés transversalement ; 3° On voit, en outre, quelques trabécules fibreuses teintées en rouge par le carmin, contenant des vaisseaux très nombreux.

II. 1° A un plus fort grossissement (Oc. 2, obj. 8, Hartnack) on aperçoit distinctement dans les faisceaux longitudinaux, des éléments fusiformes, étroitement juxtaposés. Le corps cellulaire est renflé au niveau du noyau, qui est allongé en bâtonnet. Ce noyau est fortement teinté en rouge, le corps cellulaire et ses prolongements présentent, au contraire, un ton orange. Ce sont là les caractères micro-chimiques des fibres musculaires lisses.

2° Si l'on porte l'examen sur une des zones correspondant à la section transversale d'un faisceau, on voit de petits éléments plus ou moins régulièrement polygonaux, contenant un petit noyau central très coloré. La périphérie de ces éléments est teinte en jaune. Ce sont des surfaces correspondant à des fibres musculaires lisses, coupées en travers. Par places, la coupe n'a pas porté sur le corps même de l'élément et on aperçoit un piqueté formé par la section des extrémités des fibres. Les régions où domine ce tissu fibreux n'offrent rien de particulier. En résumé, la tumeur dont il s'agit est un fibro-myôme, mais avec une prédominance excessivement marquée des fibres lisses sur les éléments fibreux. Quel est le point de départ de ce néoplasme ? On a signalé à la partie supérieure de la grande lèvre des tumeurs formées de tissu musculaire lisse et développées aux dépens des vestiges du ligament rond. Mais ici la tumeur qui nous occupe ne peut être attribuée à cet organe, sa position étant trop inférieure, puisqu'elle occupe justement la place de la glande vulvo-vaginale.

En ce lieu, on ne peut penser qu'à une seule origine pour une telle humeur, elle provient nécessairement du tissu musculaire lisse, disséminé sous le derme en faisceaux irréguliers et qui correspondent au tissu dartoïque de l'homme.

Ces faisceaux de fibres lisses sont irrégulièrement disposés dans toute la hauteur de la grande lèvre et on en trouve également à la partie inférieure au point où a pris naissance le néoplasme qui fait l'objet de la communication.

NUMÉRO DES ÉTUDIANTS

Ce numéro est actuellement en préparation : nous invitons les personnes qui auraient des communications à nous faire, à bien vouloir nous les adresser de suite.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Sporozoaires.

On connait, depuis longtemps déjà, sous le nom de *Grégarines* et de *Psorospermies*, des organismes parasites dont l'histoire était jusqu'à ce jour restée problématique. Les brillants travaux du professeur Aimé Schneider (1), de Poitiers, les recherches délicates et patientes du professeur Balbiani (2), celles aussi de Bütschli (3) et de Leuckart (4), sont venus, dans ces temps derniers, apporter tant de clarté sur ce point obscur, que l'histoire de ces organismes, bien qu'encore fort incomplète, est néanmoins assez élucidée pour que nous jugions qu'il est temps d'appeler sur eux l'attention des médecins.

Ces organismes, dont l'évolution a été suivie avec un si grand talent par MM. Schneider et Balbiani, appartiennent au grand embranchement des Protozoaires. Ils constituent un groupe d'animalcules fort remarquables, tant au point de vue des phénomènes de leur reproduction qu'au point de vue de leur valeur pathogénique. Tous, sauf quelques cas encore douteux, se reproduisent, sans accouplement et sans fécondation, au moyen de spores (psorospermies, navicelles, pseudo-navicelles) qui se forment en dehors de tout acte sexuel, comme le feraient des spores de végétaux : c'est en raison de ce fait que Leuckart, en 1879, leur appliqua le nom de Sporozoaires.

Nos connaissances, relativement à ces animalcules, sont assez avancées pour que nous puissions dès maintenant en distinguer cinq sortes : 1° les *Grégarines*, 2° les *Coccidies*, 3° les *Sarcosporidies*, 4° les *Myxosporidies* et 5° les *Microsporidies*. Les Myxosporidies s'observent chez les Poissons, les Microsporidies chez les Insectes : nous laisserons de côté ces deux groupes, comme sans intérêt pour le médecin. Les Grégarines ne se rencontrent point non plus chez les Vertébrés, mais leur histoire, mieux connue que celle des autres groupes, doit servir en quelque sorte d'introduction à l'étude de ceux-ci.

A. Grégarines.

Quand on prépare les organes reproducteurs mâles d'un Ver de terre, il est fréquent de les voir, déjà à l'œil nu, ponctués de noir à leur surface. C'est là un signe certain de la présence dans leur cavité d'un parasite qu'on verra nager dans l'eau à la façon d'une Amibe, si on vient à en faire une dissociation délicate. Ce parasite est le *Monocystis agilis* : nous le prendrons pour type du groupe des Grégarines.

Le *Monocystis agilis* a tout à fait l'aspect d'une Amibe, mais, comme on va voir, son mode de reproduction est bien différent. Il est simplement formé d'une

(1) A. Schneider. — *Contributions à l'histoire des Grégarines des Incertébrés de Paris et de Roscoff*. Archives de zoologie expérimentale, IV, p. 493-604, 1875.

(2) Balbiani. — *Leçons sur les Sporozoaires*. Paris, 1883.

(3) O. Bütschli. — *Kleine Beiträge zur Kenntniss der Gregarinen*. Zeitschrift für wiss. Zoologie, XXXV, p. 384-409, 1881. — *Bronn's Klassen und Ordnungen des Thier-Reichs. I. Protozoa*, 1882-1883.

(4) R. Leuckart. — *Die Parasiten des Menschen*. Zweite Auflage, I, 1879.

© BIU Santé

masse de sarcode renfermant un noyau et entourée d'une cuticule (*fig.* 114). Cette dernière, à laquelle Schneider donne le nom d'*épicyte*, est anhiste, transparente, azotée; elle est, dans certaines espèces, assez épaisse pour montrer un double contour et souvent aussi elle présente des stries ornementales, très fines, très serrées, soit longitudinales, soit obliques. La masse sarcodique est, comme chez les Amibes, divisée en ectoplasme et en endoplasme. L'ectoplasme ou *sarcocyte* (parenchyme cortical d'Ed. van Beneden, couche de Leidy) est formé d'une matière consistante, homogène ou finement granuleuse; son existence n'est pas constante. L'endoplasme ou *entocyte* (contenu de Stein, parenchyme médullaire d'Ed. van Beneden) renferme d'abondantes granulations, sphériques ou irrégulières, très réfringentes; Balbiani a montré que ces granulations étaient formées d'une substance animale, amyloïde, azotée, mais présentant avec l'iode la réaction de l'amidon. Ces granulations sont tenues en suspension dans un liquide que Schneider croit contractile et qu'il appelle *métaplasme*.

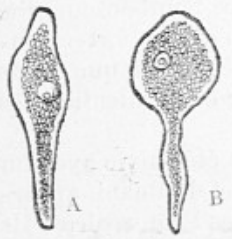


Fig. 114. — *Monocystis agilis*, d'après Stein. — A, état de repos; B, animal en marche.

L'entocyte renferme toujours un noyau. Les premiers observateurs qui aient étudié les Grégarines, Cavolini et Léon Dufour, le prenaient pour une bouche et rangeaient ces animaux parmi les Distomes; Kölliker reconnut qu'il s'agissait là d'un simple noyau cellulaire. Ce noyau est toujours simple, sauf des cas très exceptionnels où il est double; il est plus ou moins sphérique, entouré d'une membrane élastique et flotte dans l'entocyte, où il se déplace en suivant les mouvements de l'animal. Au centre du noyau se voit un nucléole. La masse du corps ne renferme jamais de vésicule contractile, ce qui différencie nettement les Grégarines des Rhizopodes et des Infusoires.

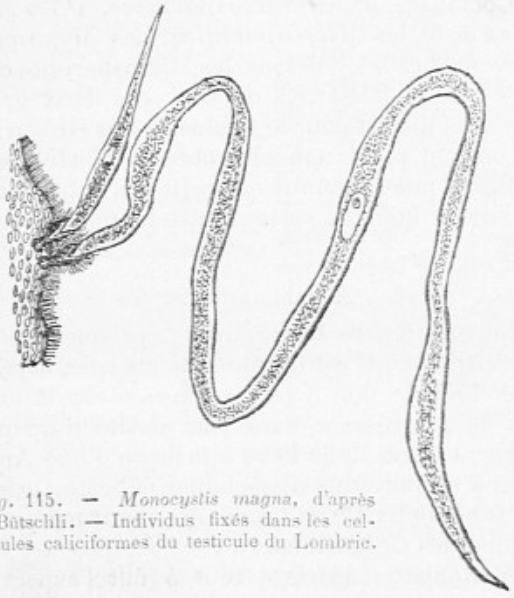


Fig. 115. — *Monocystis magna*, d'après Bütschli. — Individus fixés dans les cellules caliciformes du testicule du Lombric.

Telle est la structure du *Monocystis agilis*. En raison de la cuticule qui le revêt, il ne peut se nourrir que par endosmose. Ses mouvements diffèrent notablement suivant qu'il est fixé ou libre; est-il fixé, il n'exécute que de très légers mouvements volontaires; abandonne-t-il son point d'appui et devient-il libre dans la cavité testiculaire, il rampe en se contractant avec une grande activité. L'espèce que nous avons prise pour type est rarement fixée; il n'en est pas de même d'une forme voisine, le *Monocystis magna*, qui atteint jusqu'à cinq millimètres de longueur (*fig.* 115). Cette Grégarine se rencontre également dans le testicule du Lombric; pendant le jeune âge, elle a l'une de ses extrémités engagée dans les cellules caliciformes vibratiles de l'épithélium testiculaire, son corps pend dans la cavité; plus tard, l'animal se détache et rampe librement.

Autour du *Monocystis agilis* viennent se ranger un certain nombre de Grégarines ayant pour caractère commun d'être constituées par une simple cellule. Elles forment le groupe des *Monocystidées*.

Les Monocystidées restent d'ordinaire isolées les unes des autres, comme cela se voit chez les *Monocystis*. Dans le testicule du Ver de terre se rencontre encore une autre Grégarine, le *Zygocystis cometa*, dont les individus forment des syzygies, c'est-à-dire qu'ils se réunissent deux par deux; exceptionnellement cette même espèce peut former des syzygies de trois individus (*fig.* 116). Les Monocystidées, suivant la remarque de Schneider, se mettent en *apposition*, c'est-à-dire qu'elles se réunissent alors par des extrémités semblables, plus spécialement par l'extrémité céphalique. Les individus en apposition sont toujours immobiles. Schneider pense qu'ils finissent toujours par se séparer au moment de la reproduction, chacun d'eux s'enkystant de son côté; pour Bütschli, il faudrait voir là, au contraire, une vraie conjugaison, commençant dès le jeune âge et aboutissant à une reproduction sexuelle : les deux Grégarines s'enfermeraient dans un seul et même kyste, où leur substance se mélangerait.

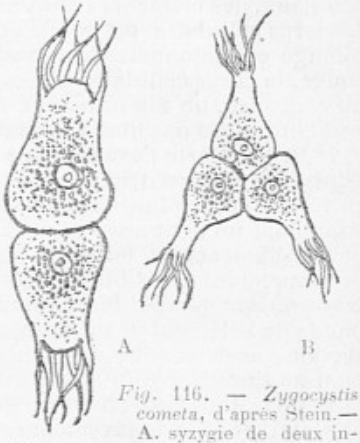


Fig. 116. — *Zygocystis cometa*, d'après Stein. — A, syzygie de deux individus. B, syzygie de trois individus.

Si maintenant nous examinons attentivement le contenu de l'intestin d'un Homard, nous aurons des chances d'y rencontrer la *Gregarina* (*Porospora*) *gigantea*. Ce parasite, long de 10 à 16 millimètres, est le géant des Protozoaires, il a été décrit par Ed. van Beneden (1). Son corps, très grêle et très allongé, est surmonté d'une petite tête, dont il est séparé par une sorte de cloison transversale. La tête prend le nom de *protomérite*, tandis que le plus grand segment, qui renferme toujours le noyau, a reçu celui de *deutomérite* (*fig.* 117).

(1) Ed. van Beneden. — *Sur une nouvelle espèce de Grégarine désignée sous le nom de Gregarina gigantea*. Bull. acad. de Belgique, (2), XXVIII, p. 444-456, 1869.

© BIU Santé

L'intestin du *Blaps mortisaga* L., Coléoptère hétéromère qui a parfois été observé vivant en parasite sur l'homme, renferme fréquemment le *Stylorhynchus longicollis* St., Grégarine encore plus complexe que la précédente (*fig.* 118) : son corps est formé de trois segments, ce qui est le nombre maximum que l'on puisse rencontrer chez ces animaux. Le protomérite est surmonté d'un segment effilé, l'*épimérite*. Ici, l'épimérite est à peu près inerme, mais dans d'autres espèces il porte des appendices variés, des crochets, des dents, organes fixateurs au moyen desquels l'animal s'attache à la paroi intestinale. Le parasite est alors stationnaire et on le dit à l'état de *céphalin*. Au bout de quelque temps, l'épimérite tombe, par une sorte de mutilation volontaire, et dès lors la Grégarine, réduite à deux segments, devient errante : elle est à l'état de *sporadin*.



Fig. 117.— *Porospora (Gregarina) gigantea*, de l'intestin du Homard, d'après Ed. van Beneden.



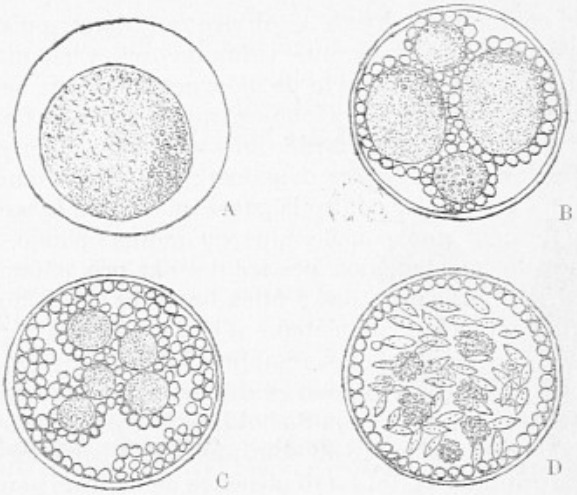
Fig. 118. — *Stylorhynchus longicollis*, d'après Aimé Schneider. — A, céphalin ; *ep*, épimérite ; *pm*, protomérite. — B, sporadin.



Fig. 119. — Syzygie de *Clepsidrina blattarum*, de l'intestin de la Blatte, d'après Aimé Schneider. *ncl*, noyau.

Les Grégarines à deux et à trois segments constituent le groupe des *Polycystidées*. Celles-ci vivent habituellement isolées, mais peuvent aussi former des syzygies; dans ce cas, les deux individus se mettent toujours en *opposition*, c'est-à-dire qu'ils se réunissent par leurs extrémités dissemblables, le protomérite de l'un venant se fixer au deutomérite de l'autre (*fig.* 119). Quand il s'agit de Grégarines à trois segments, il va sans dire que la syzygie ne peut se constituer qu'avec des sporadins, autrement dit avec des individus ayant perdu leur épimérite. Les individus unis en opposition sont toujours mobiles.

Les Grégarines, dont nous connaissons maintenant la structure, ne se rencontrent que chez les Invertébrés, mais elles n'y sont pas uniformément répandues. Inconnues chez les Mollusques, où elles sont remplacées par les Coccidies, elles s'observent chez les Tuniciers et surtout chez les Vers (Turbellariés, Planaires, Némertiens, Géphyriens). Elles sont fréquentes chez les Vers libres, rares chez les Vers parasites. Assez communes chez les Crustacés, elles deviennent d'une abondance extrême chez les Myriopodes et les Insectes, soit à l'état adulte, soit à l'état larvaire.



En général, les Polycystidées sont parasites des Arthropodes et les Monocystidées vivent chez les autres Invertébrés ; certains Insectes hébergent pourtant des Monocystidées. De même, les Polycystidées habitent toujours le tube digestif ; rencontre-t-on des Grégarines dans la cavité générale du corps ou dans les organes d'un animal, on a sûrement affaire à des Monocystidées ; mais celles-ci s'observent aussi parfois dans l'intestin.

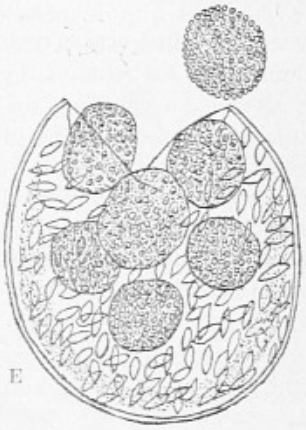


Fig. 120. — Développement du *Monocystis agilis*, d'après Balbiani. A, kyste. — B, C, formation de globules clairs à la surface des masses provenant de la division du contenu du kyste. — D, transformation des globules clairs en spores. — E, rupture du kyste et mise en liberté des spores avec les masses de substance non employées.

Etudions maintenant le mode de reproduction des Grégarines.

Quand est venu le moment de la reproduction, la Grégarine sécrète autour d'elle une membrane qui va en s'épaississant et dans laquelle elle s'enferme. Parfois deux individus conjugués s'enkystent ensemble, puis se réduisent en une masse commune. La paroi du kyste est toujours très résistante ; elle est imperméable à l'eau et résiste à la dessiccation. Dès que le kyste est constitué, son contenu va se diviser pour aboutir à la formation

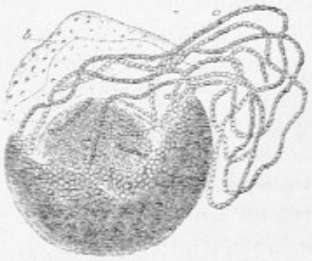


Fig. 121.—Émission des spores chez le *Stylorhynchus oblongatus*, d'après Aimé Schneider. Le tégument, *b*, est rompu ; le pseudo-kyste, *a*, est au centre et les spores sortent en longs chapelets, *c*.

© BIU Santé

des spores ; mais cette division peut se faire de trois manières différentes : nous décrirons le procédé qui, d'après Balbiani, semble être le plus fréquent chez le *Monocystis agilis*.

Le contenu du kyste se divise en deux, puis en quatre ou cinq masses plus volumineuses. Chacune de ces masses, par une sorte de bourgeonnement, se recouvre d'une couche de globules transparents ou faiblement granuleux qui ne tarderont pas à se détacher pour se transformer en *spores* ovalaires ; ces spores tendent à venir s'accumuler contre la paroi interne du kyste, où elles forment une couche plus ou moins épaisse. Les masses de substance où ces spores ont pris naissance sont désormais sans utilité ; elles finissent par se liquéfier plus ou moins complètement et c'est à leurs dépens que se forme le liquide qui remplit le kyste mûr (*fig.* 120).

Les spores (*psorospermies* des auteurs ; *navicelles* de Stein, 1848, et de von Siebold, 1849 ; *pseudo-navicelles* de Frantzius, 1848) sont mises en liberté lors de la maturité du kyste. La déhiscence de celui-ci peut se faire de plusieurs manières : le cas le plus fréquent, en même temps que le plus simple, est la déchirure de l'enveloppe du kyste. Dans d'autres cas, la masse granuleuse, qui est restée sans emploi après la production des spores, se ramasse en un globule arrondi autour duquel se forme une fine membrane : il se forme ainsi une sorte de pseudo-kyste qui, en se gonflant au moment de la maturité, va rompre la membrane du kyste véritable et va permettre aux spores de s'échapper ; celles-ci sortiront alors sous forme de longs chapelets flottant dans le liquide (*fig.* 121).

Les spores ont la forme d'une navette de tisserand. Elles grossissent et s'entourent d'une enveloppe, en même temps que se segmente leur contenu, dans lequel se trouve un noyau.

Les segments qui ont ainsi pris naissance sont en nombre variable d'un genre à l'autre : il y en a de six à huit chez le *Monocystis agilis*. Schneider, qui les a découverts, leur donne le nom de *corpuscules falciformes*. Ceux-ci ont l'aspect d'une faulx et sont constitués par un protoplasma pâle, très finement granuleux et renfermant un noyau. Ils se disposent en faisceau dans l'intérieur de la spore et emprisonnent entre eux un petit globule granuleux, le *noyau de reliquat*, ordinairement situé au centre et provenant de ce que le protoplasma de la spore n'a pas été employé tout entier à leur formation.

Si on cultive dans l'eau des spores recueillies avant la maturité, on peut les voir se développer jusqu'à la formation des corpuscules falciformes, mais il est impossible de franchir ce stade : c'est donc la forme ultime que les spores puissent atteindre dans de semblables conditions. Pour que le corpuscule falciforme se transforme en une jeune Grégarine, il faut que la spore soit transportée dans un milieu favorable, où son enveloppe puisse se rompre.

Des expériences de Bütschli mettent hors de doute cette transformation des corpuscules falciformes en Grégarines. Il donne à manger à des Blattes une bouillie de farine renfermant des kystes de Grégarines recueillies dans les excréments d'autres Blattes. Au troisième jour, il voit de jeunes Grégarines, dont les plus petites étaient à peine plus grosses que les spores, plongées chacune jusqu'à mi-corps ou un peu plus dans une cellule de l'épithélium intestinal ; la partie la plus large était engagée dans la cellule, le noyau se trouvait dans la partie libre. En outre de ces formes jeunes, on en pouvait rencontrer d'un peu plus âgées qui présentaient déjà deux segments, le protomérite et le deutomérite. Bütschli n'a pu observer le mode de développement de l'épimérite ; il semble admettre que celui-ci se forme en dernier lieu. La Grégarine sur laquelle portaient ses expériences était la *Clepsidrina blattarum*, Polycystidée à trois segments.

Chez le *Stylorhynchus longicollis*, Schneider (3) est arrivé à des résultats très différents. Comme pour les Coccidies, il a vu les jeunes accomplir la plus grande partie de leur développement à l'intérieur des cellules de l'épithélium intestinal du *Blaps mortisaga*. Le jeune Stylorhynque est d'abord formé d'un seul segment : il bourgeonne successivement deux segments correspondant au deutomérite et au protomérite, après quoi le segment primitif s'effile en un épimérite. Le noyau reste dans sa position première jusqu'à ce que le deutomérite soit constitué : il émigre alors du pôle proximal au pôle distal, pour aller prendre dans le deutomérite la place qu'il devra désormais conserver ; à l'endroit qu'il occupait d'abord, l'épimérite présente une cavité.

(*A suivre*). R. Blanchard.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 octobre 1884. — Présidence de M. P. Bert.

M.M. Duval, étudiant la formation du blastoderme chez les oiseaux, a recherché les premières périodes de son développement : longtemps il a expérimenté sur des œufs récemment fécondés, mais même chez les petits oiseaux il n'a jamais pu saisir le début de la fréquentation : dans tous les cas celle-ci était déjà très avancée. Il a eu soin alors d'expérimenter sur des œufs *non fécondés* et il a vu que déjà chez ceux-ci la cicatricule se segmentait. Toutefois jamais cette segmentation ne va au delà dans ces œufs de deux feuillets blastodermiques. Ce phénomène avait été déjà signalé chez les mollusques ; chez la grenouille par Luschku, Moquin Tandon. M. M. Duval croyait, vu la difficulté de la constatation, qu'on ne l'avait jamais observé sur l'ovule humain. Aussi a-t-il été fort surpris de trouver un fait de ce genre très concluant dans le traité d'histologie de Morel (de Strasbourg). La fécondation n'avait pu avoir lieu, puisque la trompe du côté de l'ovule en segmentation était oblitérée. Waldeyer avait soutenu la possibilité de la segmentation de l'ovule humain non fécondé, et dit qu'il croyait que, néanmoins, on n'avait jamais observé de faits de ce genre. Il ignorait probablement les travaux de l'auteur français. L'ovule n'étant qu'une cellule, il y a là une nouvelle confirmation de la loi de physiologie générale concernant la segmentation cellulaire.

M. Laborde présente au nom de M. Morel un travail ayant pour titre : *Expériences sur les causes des variations nycthémérales de la température*. L'auteur qui a expérimenté sur les lapins insiste sur l'influence des *repas* qui font monter la température de 0,3 à 0,5 degrés, de l'*éclairage* et du *mouvement* (0,2 environ).

(1) A. Schneider. — *Développement du Stylorhynchus* Comptes rendus, XCVII, p. 1151, 1883.

© BIU Santé

M. Dubois a continué au laboratoire du Havre des expériences sur l'*action intime des anesthésiques* et a pu voir qu'il existait une véritable substitution des vapeurs chloroformiques à l'eau de constitution des tissus. Ce phénomène est rendu très visible chez certaines plantes dont les feuilles au bout d'un temps variable d'exposition aux vapeurs de chloroforme, se fanent et laissent suinter à leur surface de grosses gouttelettes d'eau chassées par la substitution des vapeurs chloroformiques. L'auteur a profité de son séjour au Havre pour prendre la température de certains animaux rares qui se trouvaient alors dans le jardin zoologique (aquarium) de cette ville.

M. Pouchet a remarqué chez certains organismes monocellulaires une tache pigmentaire procédée d'une petite vésicule hyaline tournée vers le noyau. Ce sont peut-être là des *organes oculaires rudimentaires* bien que rien ne le prouve, et que ces mêmes organismes privés de semblables taches se dirigent également du côté de la lumière.

M. P. Bert pense qu'il serait prématuré d'affirmer que ce sont là des organes oculaires même rudimentaires : chez certains mollusques, il existe, outre la tache pigmentaire et le pseudo-appareil cristallinier, un nerf qui semble compléter la fonction : et, néanmoins, on ne sait à peu près rien de celle-ci, tellement les expériences sont peu concluantes. Bien plus, on a renversé la proposition et dit que les taches pigmentaires étaient chargées de fournir une certaine quantité de lumière, ce qui n'est pas très invraisemblable lorsque l'on songe que les animaux qui en sont pourvus habitent le plus souvent les grandes profondeurs.

M. Dastre fait observer que certains végétaux inférieurs, les algues, en particulier, possèdent dans les cellules qui les forment des points rouges se rapprochant de ceux décrits par M. Pouchet. Ces végétaux ont-ils donc aussi un appareil visuel.

M. Kunckel dit que les dragages du *Talisman* ramenèrent un animal habitant les grandes profondeurs et dont l'œil était entouré d'une couronne phosphorescente.

M. Blanchard dépose au nom de M. Wertheimer une note sur : *Les anastomoses de l'hypoglope avec les nerfs cervicaux : origine et rôle de la branche descendante.*

M. P. Bert donne sa démission de président perpétuel et après avoir remercié ses collègues les invite à lui choisir un successeur.

Allocution de M. Paul Bert, *président perpétuel.*

Messieurs,

L'ordre du jour est épuisé. Mais avant de lever la séance, je dois faire à la Société une communication pour moi fort intéressante.

Lorsque vous m'avez fait l'honneur insigne de m'appeler à remplacer à ce fauteuil notre illustre maître Claude Bernard, j'ai dû, suivant la lettre de nos statuts de notre Constitution pratiquement irrévisable, accepter le titre de président *perpétuel*. Mais en vous remerciant, j'ai déclaré que je n'étais pas partisan de ces mandats viagers donnés à un homme, de ces vœux perpétuels contractés par une assemblée, de ces inamovibilités qui suppriment les responsabilités. Et j'ai annoncé qu'un jour je vous appellerais à vous prononcer à nouveau, et vous rendrais toute votre liberté.

Ce jour me paraît arrivé, au début de cette année nouvelle. Je viens donc vous donner ma démission de président perpétuel. C'est là une nouvelle manière de vous témoigner le prix que j'attache à la libre possession d'un titre si justement honoré.

Car ce n'est pas un mince honneur que de présider une Société à laquelle sont apportées les prémices de toutes les découvertes qui se font en ce pays dans l'histoire des êtres vivants. Cet honneur, j'ai essayé de le reconnaître non seulement par le respect des opinions de tous et la direction impartiale de vos discussions, mais par mon assiduité au fauteuil. Et quelques-uns de vous se rappellent peut-être, qu'après un intervalle d'absence commandée par les nécessités de la politique, rendu à la liberté le 26 janvier 1882, je revenais le 28 reprendre possession de la présidence effective.

Il me semble que vous comprenez assez ce que j'éprouve en ce moment pour qu'il soit inutile d'exprimer par de longues paroles mon émotion et ma gratitude. Elles sont également sincères et profondes. Et, pour tout dire en un mot, en résignant ici la perpétuité de ma présidence, je vous assure, quoi qu'il arrive, de la perpétuité de ma reconnaissance.

La Société se forme en comité secret.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 octobre 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Brouardel fait la lecture d'un *Rapport sommaire sur la pollution des eaux potables*. Une Commission, composée de MM. Bouley, Rochard et Brouardel, rapporteur, a été chargée de rédiger les faits exposés devant l'Académie, sur les conditions actuelles dans lesquelles se trouvent les sources et la distribution des eaux d'alimentation de la ville de Paris. L'impureté de quelques-unes de ces eaux est trop présente à la mémoire pour qu'il soit nécessaire de l'exposer de nouveau. La Commission aurait pu se contenter de demander la stricte application des ordonnances royales et des arrêts du Conseil de 1669 à 1783, interdisant de troubler les eaux de rivière, et des lois des 22 décembre 1789 et 16 et 24 août 1791, qui ont encore force de loi en France. Mais un rappel est insuffisant ; il faut reconnaître que ces lois et ordonnances n'ont trop souvent, dans l'application, qu'une valeur théorique, que les pouvoirs publics eux-mêmes en ont donné une interprétation pleine d'atténuations ; qu'elles sont, par suite, violées ou exécutées dans des conditions telles que l'arbitraire y entre pour une large part. Voici, en effet, l'interprétation la plus récente qu'en ont donnée les pouvoirs publics. Une décision ministérielle en date du 24 juillet 1875, visant l'avis du Conseil général des ponts-et-chaussées dit : « l'ordonnance du roi en date du 20 février 1773 et l'arrêt du conseil du 24 juin 1777 qui interdisent de jeter dans la Seine des liquides ou des immondices ou déjections quelconques susceptibles de rendre les eaux insalubres et impropres aux usages domestiques doivent, *en principe*, recevoir leur application. » La concession, implication faite en pratique par cette décision, s'explique parce qu'elle confond, dans une même prescription, tous les modes de pollutions ; que ce soient les matières fécales, les immondices, les résidus de fabrique, etc. Or, comme il est impossible, dans les pays industriels, de supprimer, sans porter un grand préjudice à l'industrie nationale, l'envoi, dans les cours d'eaux, des résidus des fabriques, quels qu'ils soient, on a laissé une grande latitude à l'appréciation des autorités. Acceptable pour les déchets non dangereux, cette tolérance est inacceptable pour les matières éminemment dangereuses, notamment pour les matières fécales. La Commission supérieure pour l'aménagement et l'utilisation des eaux instituée en 1878 au ministère des travaux publics, a été un peu plus loin. M. Dumas avait vaguement indiqué cette distinction, entre la contamination par les matières fécales et les autres causes de souillure.

En résumé, la Commission reconnaît qu'elle ne peut exiger, ainsi qu'elle le désirerait, l'application immédiate et absolue de la loi, qui veut que les cours d'eau soient mis à l'abri de toute pollution parce que *cette exécution sans délai* porterait un trouble redoutable dans l'industrie nationale ; mais elle juge qu'il est un élément de souillure dont il faut immédiatement débarrasser la Seine. C'est la projection des matières fécales en quantité quelconque parce que cette cause de pollution est la plus dangereuse, quelle qu'en soit la quantité. L'Académie doit rappeler également à l'Administration chargée de la distribution des eaux, que lorsqu'un conduit d'eau a été parcouru par des eaux souillées, son débit reste suspect, même quand il est de nouveau parcouru par de l'eau pure, que par conséquent les conduits destinés à servir l'eau potable aux habitants, ne peuvent indifféremment débiter tantôt de l'eau de

© BIU Santé

source, tantôt de l'eau souillée. Mais, sur ce point, votre Commission ne voulant pas entrer dans la discussion des procédés de distribution, se contente de poser le principe. En conséquence, la Commission propose les conclusions suivantes : 1° L'eau qui sert à l'alimentation doit être exempte de toute souillure, quelle qu'en soit la provenance. 2° La contamination de l'eau pure par les matières fécales humaines est particulièrement dangereuse ; toute projection de cette nature, quelle qu'en soit la quantité, dans les eaux de sources, de rivière, ou de fleuve, doit être absolument et immédiatement interdite.

M. Gautier voudrait que les conclusions de la commission s'adressassent non seulement aux matières fécales pures, mais aussi aux matières qui ont été imparfaitement dénaturées.

M. L. Lefort, en votant les conclusions de la commission, pense qu'il est de circonstance de viser implicitemeut le tout à l'égout.

M. Brouardel regrette ces observations qui ne tendraient à rien moins qu'à déplacer le but proposé à l'heure présente. Dans l'espèce, il importe de condamner le système qui consiste à polluer les eaux qui peuvent servir à l'alimentation. A cet égard, l'eau de Seine est souillée par les matières fécales et il convient de protester d'abord, d'y remédier ensuite.

Les conclusions de la commission sont alors votées à l'unanimité moins deux voix (celles de MM. Gautier et Méhu).

M. Giraud-Teulon lit un travail de *physiologie de la locomotion*, ayant pour titre: *Etude rétrospective de la théorie mécanique du vol de l'oiseau.* — Le mécanisme du vol de l'oiseau a une formule classique, très exactement résumée dans la proposition très concise que voici, due à M. Milne-Edwards :

« La natation et le vol sont des mouvements analogues à ceux du *saut*, mais qui ont lieu dans des fluides dont la résistance remplace, jusqu'à un certain point, celle du sol, dans ce dernier phénomène. » (cours élémentaire de zoologie, p. 209).

A ce mécanisme, dû au génie de Borelli, et reproduit dans les principes de mécanique animale publiés, en 1858, par M. Giraud-Teulon, M. le professeur Marey propose de substituer le suivant :

« L'aile de l'oiseau agit sur l'air à la façon d'un *plan incliné* (théorie du cerf-volant), dont la face inférieure regarde en bas et un peu en arrière. Ce plan, en s'abaissant, décompose par son obliquité la résistance de l'air, et, tout en soulevant le corps de l'oiseau, le propulse en avant. » (Machine animale. Paris, 1873).

Tout se passerait, dans ces circonstances, comme dans le vol de l'insecte, à part quelques différences secondaires :

« Pas plus pour l'oiseau que pour l'insecte, l'appareil musculaire ne rend compte du parcours de l'aile. » (Marey.)

Cette nouvelle doctrine serait, suivant l'auteur, la conséquence de données inattendues apportées par la méthode graphique à laquelle M. Marey a demandé le tracé de la trajectoire que parcourt, pendant le vol, un point pris sur l'extrémité mobile de l'humérus (axe du mouvement). Cette trajectoire permet d'établir, suivant M. Marey, la proposition fondamentale suivante :

« Dans le cours d'une révolution de l'aile, l'os décrit une sorte d'ellipse irrégulière, à grand axe incliné de haut en bas et d'*arrière en avant.* »

Or, cette proposition est en contradiction formelle avec tous les éléments du problème :

1° Avec l'observation universelle, celle de M. Marey comprise : « Il suffit, reconnait-il lui-même, de regarder un oiseau volant au-dessus de nos têtes, pour s'assurer que l'aile le porte, non seulement de *haut en bas*, mais encore d'*avant en arrière*, à chaque battement. »

2° Au point de vue anatomique, cette direction nouvelle n'est pas moins en opposition avec les rapports mutuels des connexions articulaires de l'humérus et de l'épaule.

3° La *continuité* de la courbe (elliptique) n'est pas plus acceptable ; le battement de l'aile, qui correspond à une interruption brusque du mouvement au point le plus bas, exige, en cette région, la présence d'une inflexion angulaire aiguë, d'un véritable point de rebroussement. Cette trajectoire n'a rien de commun avec le *coup d'aile*.

4° La dynamique n'y est pas moins sérieusement affirmée. Dans cette courbe qui représente les effets d'une réaction de l'air contre la pression de l'aile, *la réaction* se montre (et même dès l'origine du mouvement) *supérieure à l'action qui la détermine.*

5° Enfin, l'abaissement de l'aile, dans la nouvelle direction, ne tenant pas compte de la *percussion* caractéristique du *battement*, appartient à la classe des mouvements complets, commençant et expirant à zéro, c'est-à-dire avec une vitesse nulle : dès lors, *tout le travail moteur est consommé par le travail résistant.*

Avec l'aile, l'oiseau s'arrête dans son mouvement; et comme la période ascensionnelle de l'aile qui commence, est de nul effet comme force élévatoire, l'oiseau est de nouveau abandonné à la seule action de la pesanteur. Il obéit dès lors à la loi de la chute des corps.

Telle est la conséquence, sérieuse pour cette théorie, à laquelle conduit l'exclusion donnée par son auteur au caractère dynamique essentiel du *coup d'aile*, le coup, l'à-coup, l'arrêt, le principe du saut.

Par là est, en même temps, exclu du mécanisme le dégagement de force vive, rendu libre par l'arrêt de l'aile au plus fort de sa vitesse, force vive qui comble le vide offert à l'action de la pesanteur par la pente ascensionnelle de l'organe, en imprimant à l'oiseau une impulsion subite de bas en haut (Balistique).

Il suit de là que, dépourvu du concours de ce mécanisme indispensable, l'oiseau théorique, imaginé par M. Marey, n'ayant à son service que l'action des plans inclinés ou du cerf-volant, action limitée ici au rôle de parachute, peut bien, *si on le suppose en l'air*, descendre sans risque de se briser ; mais qu'il est aussi impuissant à s'élever dans l'air qu'à s'y soutenir. Ajoutons que M. Marey lui refusant, dans ses principes, le mécanisme du saut ordinaire, il ne peut même quitter la terre.

M. J. Guérin sollicite quelques explications relatives à l'*épidémie de choléra* qui a sévi récemment à Aubervilliers et à Saint-Ouen.

M. Dujardin-Beaumetz se propose de soumettre prochainement à l'Académie l'exposé de son enquête sur cette épidémie qui, du reste, s'est éteinte sur place. C'est intentionnellement et dans le but de ménager les esprits que M. Dujardin-Beaumetz a cru devoir différer cette communication. A l'heure actuelle, en effet, l'état sanitaire de Paris est aussi satisfaisant que possible.

M. Gibier, chargé d'une mission scientifique dans les pays du Midi où le choléra avait éclaté, lit un mémoire relatif aux observations qu'il a pu recueillir dans les divers départements envahis.

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 octobre 1884.—Présidence de M. M. Sée.

M. Berger fait un rapport sur un mémoire adressé à la Société de chirurgie par M. Guermonprey (Lille) : le sujet de ce mémoire est l'ectrodactylie (main en fourche) et les indications chirurgicales qu'elle peut comporter ; il contient deux observations. Dans son rapport, M. Berger a rassemblé les cas analogues qui ne sont pas absolument rares, et il présente en même temps les moulages de plusieurs cas qu'il a eu l'occasion de rencontrer. Partant de la pathogénie de ces malformations, M. le Rapporteur émet l'hypothèse que l'imagination de la mère n'y est peut-être pas toujours étrangère. M. Berger entretient encore la Société des déformations de l'avant-bras ; il en a rencontré un cas dans lequel la déformation consistait en une absence complète du radius et un rejet de la main déformée sur le bord radial de l'avant-bras ; la main, quoique déformée, avait tous ses doigts contrairement à ce qui a lieu dans ces cas. — Au sujet de l'intervention dans les cas de ce genre,

© BIU Santé

le rapporteur se montre plus sobre que l'auteur du mémoire. Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Guéniot, Trélat, Verneuil, Lucas-Championnière, Pozzi, qui s'accordent à exprimer les réserves les plus formelles sur le prétendu rôle que pourrait jouer l'imagination de la mère dans la pathogénie des malformations. L'influence des émotions vives est réelle, surtout quand elle s'exerce dans les premières semaines de la grossesse ; elles paraissent agir par retentissement sur la circulation utérine ; mais rien n'a encore prouvé qu'une émotion d'un ordre spécial puisse donner lieu à une difformité analogue. C'est après l'accouchement que se font les histoires de ce genre.

M. Crass (Brest) lit un très intéressant travail sur la *ligature dans la continuité des vaisseaux* ; de nombreuses et remarquables observations de ligatures pour des anévrysmes de l'aisselle survenus à la suite de luxations scapulo-humérales, servent de base à ce travail sur lequel nous aurons sans doute l'occasion de revenir. P. Poirier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 octobre 1884.— Présidence de M. Bucquoy.

M. Dieulafoy a traité par les injections sous-cutanées d'acide phénique deux nouveaux malades atteints de fièvre intermittente, l'une à type tierce, l'autre à type quotidien. Le premier de ces malades est encore en observation ; quant au second : après 5 jours de traitement, durant lesquels 47 injections sous-cutanées ont été faites, sans qu'aucun accident se soit produit, la fièvre a disparu et ne s'est pas reproduite jusqu'à présent.

L'ordre du jour de la séance portait ouverture de la *discussion* sur le rapport de M. Vallin relatif à l'étiologie et à la prophylaxie de la tuberculose. Cette discussion, qui ne saurait manquer d'être intéressante, a été remise à une séance ultérieure.

M. Legroux a communiqué à la Société, en demandant sur le cas, l'avis de ses membres, l'observation d'une jeune fille de vingt-deux ans qui a présenté la série des accidents que voici. Elle fut prise, au mois de juillet, de rhumatisme avec poussée d'érythème noueux et complications cardiaques. Tous ces accidents ayant disparu ou s'étant amendés, la jeune fille fut envoyée sur le bord de la mer, à Cabourg. Là elle fut prise tout à coup d'une douleur vive au niveau du bras gauche, accompagnée d'une pseudo-paralysie de ce membre et de cessation des battements des artères radiale et cubitale. M. Potain, appelé en consultation, diagnostiqua une embolie de l'artère humérale, embolie que rendait vraisemblable la constatation d'un double souffle systolique de la pointe et de la base. Mais quelque temps après M. Legroux, en auscultant l'aisselle, y percevait des signes qui lui permettaient d'affirmer l'existence d'un anévrysme de l'artère axillaire. D'après lui cet anévrysme a été consécutif à l'embolie de l'artère humérale. Il n'a pas trouvé, dans la littérature médicale, un seul cas analogue à celui-là, c'est-à-dire dans lequel une dilatation anévrysmale se soit produite en amont d'un embolus. Il demande aux membres de la Société s'ils ont eu connaissance de faits analogues.

M. Rendu observe que, dans le cas dont il s'agit, il semble plus rationnel d'expliquer l'anévrysme par l'artérite généralisée d'origine rhumatismale, que de le faire dépendre à un titre quelconque de l'embolie de l'artère humérale.

M. Legroux ne nie pas, loin de là, le rôle de l'artérite, mais il pense que l'oblitération de l'artère principale du membre a agi comme cause déterminante de l'ectasie.

M. Ball s'étonne qu'avec une semblable oblitération on n'ait pas observé la gangrène du membre. — M. Legroux reconnaît qu'il y a en effet là un point obscur. Mais il se demande si l'on ne pourrait pas expliquer le paradoxe apparent, en admettant que la circulation collatérale se soit établie par l'intermédiaire des capillaires péri-articulaires. M. R. Moutard-Martin accepte cette explication comme très plausible et il a, pour sa part, observé un fait qui la légitime. M. Constantin Paul croit aussi à la possibilité de l'établissement d'une circulation collatérale, même en cas d'oblitération des artères principales du membre. Il profite de l'occasion pour rappeler, à propos du traitement des anévrysmes, que dans un cas récent relatif à un anévrysme de la carotide droite, il a obtenu de très bons résultats de la diète sèche, combinée à l'usage de l'iodure de potassium à faible dose. G. B.

REVUE D'HISTOIRE MÉDICALE

I. Histoire de l'hôpital N.-D. de Pitié, 1612-1882 ;

par le Dr Octave Guillier. (1)

I. Au commencement du XVIIe siècle il existait, non loin de l'église St-Victor, vis-à-vis le jardin Royal des Simples, entre les rues du Battoir et du faubourg St-Victor, sur la rue de Copeaux, un établissement de Jeu de paume portant comme enseigne : *A la Trinité*. Cet établissement n'allait pas tarder à changer de destination devant la misère publique et le nombre considérable de mendiants qui encombraient la capitale. Le renfermement des pauvres ayant été résolu, Louis XIII fit acheter, en 1612, par les magistrats chargés d'exécuter l'arrêt qu'il venait de rendre, le Jeu de paume de la rue de Copeaux, qui, au moyen de divers agrandissements et de constructions nouvelles, ne tarda pas à être transformé en un hôpital qui prit le nom de *N.-D. de Pitié*, vocable sous lequel avait été placée la chapelle qu'on venait d'y construire. Dans cette maison de force, bien plutôt que dans cet hospice, furent renfermés tous les vieillards sans ressources et tous les pauvres qu'on pût arrêter. Néanmoins, peu à peu, les magistrats laissèrent tomber en désuétude l'ordonnance de Louis XIII, si bien qu'au bout de quelques années, tout fut réduit à l'entretien et à l'éducation d'un certain nombre de petites filles et de quelques petits garçons.

Pendant ce temps, les nécessités qui avaient déterminé le gouvernement à fonder l'hôpital de la Pitié redevenaient de plus en plus pressantes. Les accroissements de Paris sous Louis XIII, les troubles de la minorité de Louis XIV firent que les mendiants se multiplièrent, et qu'il devint urgent d'aviser. On en revint aux anciens errements et, au lieu de chercher à calmer la misère publique par une sage administration, Louis XIV promulga en 1656 un édit qui instituait l'Hôpital Général sorte d'Assistance publique comprenant divers établissements, et en particulier N.-D. de Pitié qui en devint le chef-lieu. Ce fut là que les administrateurs vinrent tenir ordinairement leurs séances. La Pitié reçut alors une destination spéciale. On renferma dans la *Grande Pitié* de pauvres filles, qu'on recevait à partir de 4 à 6 ans, auxquelles on enseignait divers métiers, qu'on mariait avec des artisans ou qui s'en allaient peupler les colonies d'Amérique.

Plus tard, dans une cour complètement séparée de la Grande Pitié, et située derrière, furent reçus une centaine de petits garçons de l'âge de 12 à 13 ans, dont la conduite et l'instruction furent confiées à deux maîtres. Cette partie de l'hôpital fut appelée la *Petite Pitié*. L'occupation de ces pauvres enfants consistait presque uniquement à assister aux enterrements. A la fin du XVIIe siècle, ils restaient seuls, et vers 1788 on n'en comptait pas moins de 1.396. Jusqu'à cette époque, la Pitié ne fut donc pas un hôpital, au vrai sens du mot : l'Hôpital Général envoyait ses pauvres malades à l'Hôtel-Dieu, mais, celui-ci devint tout à fait insuffisant, et en 1788, l'Hôpital Général créa dans trois de ses principales maisons, un hôpital pour les soigner : la Pitié ayant été du nombre de ces dernières, dut en recevoir deux cents pour sa part.

La Révolution qui survint alors, ne changea en rien sa destination : son nom seul fut remplacé par celui d'*hôpital des Orphelins du faubourg St-Victor*. Un peu plus tard, cette dénomination fut changée à son tour, et, pendant la

(1) 1 vol. in-8 de 76 p. avec 4 pl. hors texte, Coccoz, 1882.

© BIU Santé

Convention, la Pitié fut désignée sous le nom de *Maison des élèves de la Patrie*. Si, pendant la Révolution, la destination de la Pitié était restée la même, les idées nouvelles n'avaient néanmoins pas tardé à porter leurs fruits, et avaient modifié les occupations des enfants qu'on entretenait dans cet établissement. Ceux-ci, au nombre de 14 ou 1,500, furent reçus depuis l'âge de 4 ans jusqu'à 12, époque à laquelle ils étaient placés en apprentissage chez des ouvriers de la ville ; on leur apprit la lecture, l'écriture et l'arithmétique. « L'instruction générale, dit le citoyen Audin-Rouvière (1794), ne consistait sous l'ancienne administration qu'à lire, écrire et apprendre la religion, à laquelle ils consacraient cinq heures par jour sans aucun travail dans la maison. Aujourd'hui, on a formé des ateliers, des filatures, des cardures, et quelques-uns sont occupés à faire de la charpie pour les défenseurs de la Patrie. Les principes qui régissent aujourd'hui cette maison sont fondés sur ceux de la République, et ces jeunes enfants jouissent sous plusieurs rapports intéressants de plus de bonheur et de santé. » Depuis cette époque, jusqu'en 1809, l'administration resta la même. Mais, à cette date, l'Hôtel-Dieu ayant eu à subir de grandes réparations, il fallut songer à loger les malades. La Pitié devint alors une *annexe de l'Hôtel-Dieu* : quant aux enfants qu'elle renfermait, on les évacua sur l'établissement du faubourg Saint-Antoine appelé Ste-Marguerite, qu'occupaient seuls les orphelins.

Dès lors, à part de notables agrandissements, la Pitié devint et resta ce qu'elle est aujourd'hui.

Nous n'aurions qu'à louer la thèse de M. le Dr Guillier, en ce qui concerne l'histoire intéressante de N.-D. de Pitié, mais, pourquoi cet auteur a-t-il eu l'idée de placer, en tête de son étude, le hors-d'œuvre intitulé : *Notice historique sur les origines des hôpitaux*, qui avait si peu à faire avec l'histoire de l'hôpital du quartier St-Victor ? Pourquoi, surtout, s'est-il fait le champion des idées suivantes, presque textuellement puisées dans Briau : « C'est au christianisme qu'il faut faire remonter l'origine des hôpitaux..... Avant cette époque il n'existait que des maisons publiques où les voyageurs et les étrangers recevaient l'hospitalité..... D'ailleurs, il faut arriver au christianisme pour trouver les sentiments charitables et les sentiments philanthropiques ; *jusque-là, la voix de l'humanité ne s'était pas encore fait entendre*. L'égoïsme et la personnalité dominent les sociétés antiques, tandis qu'au contraire la fraternité et l'assistance mutuelle sont les traits principaux de la doctrine chrétienne. » N'en déplaise à M. Guillier, l'assistance publique était parfaitement organisée dans les cités grecques. Chaque ville possédait son médecin public, élu au mérite et par un vote du peuple, praticien très estimé, et qui devait soigner gratuitement les malheureux. Ces médecins étaient fort dévoués à leurs malades, et plusieurs inscriptions mentionnent les récompenses que quelques-uns d'entre eux reçurent pour le zèle qu'ils avaient déployé pendant les épidémies. La cité mettait à leur disposition un *iatrium*, grand établissement où ils faisaient leurs opérations et qui certainement contenait des lits pour recevoir les malades impotents. Il est d'ailleurs difficile d'admettre que le peuple bienfaisant qui avait fait une loi pour assurer le service médical dans les armées, qui avait décidé d'entretenir aux frais de l'Etat les soldats mutilés, qui avait dans toutes ses villes des refuges pour pourvoir à tous les besoins des étrangers, lesquels, même pauvres et malades, trouvaient des médecins pour les soigner gratuitement, n'ait pas songé à ses propres enfants, pauvres, malades et sans asile. « Non, il n'est pas exact qu'en Grèce du moins — et dans quelques villes romaines, Frentinum, par exemple — le pauvre et l'étranger fussent considérés comme des ennemis de la société et traités comme tels ; non, il n'est pas exact que ce soit le christianisme, malgré tout le bien qu'il a fait et qu'on ne saurait méconnaître, qui le premier ait fondé l'assistance publique médicale ! Cette assistance existait, parfaitement organisée, dans le vieux monde grec, et, si elle a disparu, ou, pour mieux dire, si elle a été négligée dans le monde qui avait Rome pour capitale, c'est que le peuple romain, monstrueusement corrompu dans les derniers temps de la République et sous la domination impériale ; maître du monde entier, gorgé de richesses, enivré de gloire, conséquemment rebelle aux sentiments d'humanité et de charité, n'a su choisir, dans les dépouilles des Grecs, que les institutions qui flattaient son appétit. Si l'on veut, sans parti pris de dénigrement, rendre aux Grecs ce qui appartient aux Grecs, et au christianisme ce qui appartient au christianisme, on verra que celui-ci n'a fait, soit en établissant la gratuité des secours médicaux, soit en installant des hôpitaux, que ramasser dans la boue romaine, où elles étaient restées dédaignées, les nobles et impérissables institutions qui existaient, bien avant le Christ, dans chacune des cités de la Grèce (1). »

En dehors de toute discussion, nous ne saurions trop recommander la lecture de cet ouvrage à tous ceux qu'intéresse l'histoire médicale du vieux Paris.

G. GILLES DE LA TOURETTE.

(1) *Vercoutre*.— La médecine publique dans l'antiquité grecque, 1880.

THÉRAPEUTIQUE

De la valeur thérapeutique de l'albuminate de fer en tant qu'emménagogue.

Par le Dr **Albert BLONDEL**, ancien interne des hôpitaux.

L'expérience clinique a démontré, depuis plusieurs années, la nécessité d'administrer l'albuminate de fer aux femmes atteintes d'affections utérines chroniques. A l'exemple de plusieurs de nos maîtres, les plus autorisés des hôpitaux, nous l'employons nous-même dans les cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée, et les bons résultats que nous en obtenons nous engagent à donner à cet agent martial une préférence exclusive toutes les fois qu'il y a irrégularité dans la période cataméniale. Et pourtant, peut-on classer un ferrugineux dans les emménagogues proprement dits ? Nous n'y insisterons pas.

L'agent thérapeutique dit emménagogue suppose une action locale. « Doué d'une propriété élective et spéciale sur l'utérus, ayant pour objet de provoquer et de régulariser le flux menstruel. » On peut presque dire qu'à proprement parler il n'en existe pas. De plus, si nous consultons les travaux scientifiques les plus récents, nous voyons que l'albuminate de fer est le plus souvent en question lorsqu'il s'agit de donner du fer aux femmes dont le flux ménorrhéique est défectueux ; mais, bien entendu, si cet agent martial est proconisé à cause de ses bons et rapides effets, aucune action spéciale sur l'appareil ovarique ne saurait être mentionnée à son sujet.

On observe fréquemment chez de jeunes femmes, plus souvent encore chez des jeunes filles, des troubles de la menstruation caractérisés par des retards qui arrivent à se compter par 2, 3, 4 mois et quelquefois davantage. Ces malades accusent une sensation de poids au niveau de l'épigastre, des digestions lentes, un cerveau paresseux, de la chaleur au visage, de l'insomnie la nuit et de fréquents besoins de se livrer au sommeil dans la journée, de l'oppression, des palpitations, un alourdissement général, quelquefois des étourdissements, des tintements d'oreilles, etc., etc.

Tous ces symptômes surviennent lorsque des retards dans l'apparition régulière des règles commencent à s'accentuer. Ils résultent des poussées congestives du côté de l'estomac, du cerveau, parfois du côté du cœur et des poumons. Nous savons, dans ce cas, appliquer la thérapeutique symptomatique (sédatifs, laxatifs), et combattre la défibrination du sang et la cachexie fatalement consécutive par les toniques, par le fer. Cette médication bien appliquée produit rapidement une modération dans la tendance congestive vers les organes d'en haut et une détente du côté de l'appareil utéro-ovarien.

Encore n'atteignons-nous que bien imparfaitement ce but, si nous donnons trop de fer à nos malades et surtout si nous

© BIU Santé

sortons de deux ou trois préparations martiales bien indiquées.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue tous les matériaux dont est formé l'arsenal de la médication ferrugineuse. Il est acquis, aujourd'hui, que les sels solubles à combinaison organique sont de beaucoup les plus assimilables (1). Ici encore ne devons-nous accorder qu'une importance limitée à nombre d'entre elles.

Disons-le tout de suite, nous ne sommes pas enthousiaste à l'égard du fer associé à quantité de substances plus ou moins compatibles, à de la viande, voire même à de ses dérivés, dont la proportion minime ne saurait avoir la prétention de transformer le fer en un reconstituant alimentaire.

Nous croyons que des effets si multiples, réclamés d'un agent thérapeutique, sont au moins illusoires et qu'à la sagacité du praticien seule incombe le soin de choisir parmi les toniques ou adjuvants qu'il veut administrer concurremment avec le fer. Au surplus, ne savons-nous pas tous aujourd'hui que le meilleur reconstituant est la viande digérée artificiellement, autrement dit la peptone et surtout la peptone phosphatée, à laquelle viennent s'ajouter les propriétés stimulantes du phosphate de chaux ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Bayard.

En résumé, et pour en revenir à notre sujet, le fer ne saurait être classé parmi les emménagogues ; mais nous estimons que par l'administration d'un ferrugineux approprié on obtient d'excellents résultats dans la plupart des affections utérines et comme régularisateur de la menstruation. Surtout, si nous le faisons prendre à faible dose (2), en évitant d'ingérer dans l'estomac toute quantité inutile, dont la présence seulement irritante et excitante ne saurait qu'amener la congestion de l'organe ou des organes primitivement malades à l'état aigu. Dans ces cas surtout, nous avons de préférence recours au fer albuminé.

L'*albuminate*, tout élaboré, étant la combinaison ultime que subit le fer pour passer dans le sang, ce qui le rend précieux dans toutes les anémies symptomatiques.

Grâce à l'association de l'albuminate de fer au sirop d'écorces d'oranges (*liqueur de Laprade*) nous avons une préparation agréable pour le malade, facilement assimilable (3), dont chaque cuillerée à bouche n'excède pas 0 gr. 05 de métal (par cuillerée de véhicule), et qui devient, en quelque sorte, un fer gynécologique sur les bons effets duquel on est toujours en droit de compter.

VARIA

Autopsie proprement dite (4)

Les poumons ne doivent jamais être enlevés avant le cœur, ainsi que cela se pratique assez souvent dans certains services hospitaliers, car, en coupant les vaisseaux, on modifierait forcément le contenu sanguin des cavités cardiaques ; on détruirait aussi en cas de communication pathologique, par exemple, entre le péricarde, les gros vaisseaux et les bronches, les rapports des organes entre eux, et l'examen approfondi des pièces deviendrait très difficile.

II. Examen du péricarde et de sa cavité.

Après avoir constaté la position du péricarde, ses anomalies, etc., on soulève son feuillet fibreux vers la partie médiane et on y pratique une incision permettant l'introduction de deux doigts : ceux-ci écartent les lèvres de l'incision que l'on prolonge vers la base d'abord à gauche, puis à droite. Amenant alors vers soi et en haut la moitié droite du péricarde, on poursuit l'incision du feuillet pariétal jusqu'au niveau où il se réfléchit sur les gros vaisseaux. Il va de soi que l'on a dû, dès la première incision, noter la présence de gaz, et recueillir les liquides. Le liquide contenu dans la cavité du péricarde varie ordinairement entre une demie et deux cuillerées ; on en apprécie facilement la quantité en soulevant la pointe du cœur, sous laquelle le liquide se collecte et dont l'abondance, on le sait, s'élève à la suite d'une longue agonie. On s'assure s'il ne contient pas de flocons fibrineux, des corps libres ou étrangers, s'il est hémorrhagique, etc. (nature, odeur, coloration, densité).

On note si la séreuse est dépolie, hypérémiée, recouverte de pseudo-membranes, de tubercules, etc. (noyaux carcinomateux secondaires, parasites, etc.) ; s'il existe des adhérences ; si elles sont partielles ou générales et si, dans ce dernier cas, il est possible ou non de les rompre.

Il est de toute importance de mentionner les points où les lésions observées sont le plus prononcées, afin de pouvoir établir autant que possible si celles-ci sont dues à la propagation de lésions d'organes voisins (abcès du médiastin, pleurésie, pneumonie, péritonite, altérations du myocarde et même de l'endocarde). Dans certains cas, il est facile de suivre la propagation des lésions ; mais, souvent, cela est impossible à cause de la généralisation de la maladie qui a envahi tout le péricarde.

Il ne faut pas oublier que les péricardites débutent fréquemment au niveau des gros vaisseaux, qu'il est commun de rencontrer à cet endroit des brides anciennes ou récentes, de l'hypérémie, quelques fausses membranes. C'est aussi là qu'on doit rechercher les lésions ayant débuté par les nombreux ganglions du voisinage (pigmentation, tuberculose et carcinose ganglionnaires, carcinome de l'œsophage, ulcérations, communications entre le péricarde, les bronches et l'œsophage, etc.), cause fréquente des péricardites purulentes, pneumo-péricarde. Ces lésions du péricarde, dépendant des ganglions voisins, ne sont pas rares chez les vieillards, et sont dues à la dégénérescence mélanique avec calcification, ramollissement, etc., tant des ganglions que des tissus immédiatement environnants.

Les hémorrhagies du péricarde sont parfois symptomatiques de la rupture dans le sac péricardique d'anévrysmes de la crosse de l'aorte, de la rupture des artères coronaires, de la rupture du cœur (s'accompagnant d'altérations du myocarde). Ce qui précède met en relief l'importance de l'examen du péricarde au niveau des gros vaisseaux.

Les ecchymoses sous-péricardiques sont ordinairement plus nombreuses sur le feuillet viscéral que sur le feuillet pariétal. On les rencontre surtout le long des vaisseaux coronaires. Elles sont symptomatiques des affections les plus diverses dans lesquelles les capillaires offrent une moindre résistance par suite d'une modification quelconque, physique ou pathologique, pouvant amener leur rupture, par exemple, de celles qui se compliquent d'*asphyxie prolongée* (1).

Ce serait donc, selon nous, une erreur de leur donner, ainsi qu'aux ecchymoses sous-pleurales, la valeur en médecine légale (suffocation), que leur attribuent MM. Tardieu, Briand, Lutaud, etc.

Les *plaques*, dites *laiteuses*, qu'elles soient d'origine inflammatoire ou non, s'observent dans un grand nombre d'autopsies ; leur siège habituel est la face antérieure du ventricule droit.

III. Examen du cœur.

a) Examen externe. — L'examen du tissu adipeux sous-péricardique précède l'ouverture du cœur. Normalement, la graisse est plus ou moins abondante à la base des ventricules et sur le trajet du sillon antérieur. Il faut donc voir s'il est raréfié, normal, surtout s'il est augmenté. En effet, dans certains cas, le tissu adipeux recouvre une grande partie des surfaces ventriculaires, les enveloppant même, envoyant des prolongements entre les faisceaux musculaires, et même quelquefois jusque sous l'endocarde (adipose interstitielle).

On relève ensuite la position du cœur, son état systolique ou diastolique, ses anomalies de conformation (bifidité, etc.), sa coloration, ses déformations, sa grosseur (à l'aide d'une comparaison avec le poing du sujet, par exemple), la part qui revient à chaque ventricule dans la formation de la pointe, l'état, le contenu sanguin des vaisseaux superficiels ; celui des oreillettes et des auricules (sang et caillots dans l'oreillette droite, par exemple, en cas d'asphyxie).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1877.
(2) Doit-on donner le fer à haute dose ? (*Progrès médical*, 1880).
(3) *Etude expérimentale sur l'albuminate de fer* (Laprade, 1882).
(4) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie*. Voir *Progrès médical*, n° 43.

(1) Voir dans les *Traités de médeci e légale*, les théories de Casper et de Dönders.

© BIU Santé

Après ces constatations on procède à l'ouverture du cœur *in situ*.

b) Des coupes in situ. — Les coupes pratiquées *in situ* sur le cœur ont pour but de vérifier le contenu sanguin de ses cavités et de constater la dimension des orifices auriculo-ventriculaires. Ces coupes sont au nombre de quatre; elles doivent se trouver sur le même plan.

L'index de la main gauche est placé sous le cœur, et le pouce de la même main un peu en arrière du bord droit du ventricule droit, tous deux au niveau de la base ; ceci fait, on imprime un mouvement de rotation vers la gauche, de façon à porter le bord droit en avant (on peut encore faire reposer le cœur tiré en bas et à gauche sur la main gauche, l'index étant placé en avant sur le sillon auriculo-ventriculaire et le pouce un peu en arrière du bord droit du ventricule).

On pratique sur l'oreillette droite, entre l'embouchure des deux veines caves, dans la direction du bord droit du ventricule droit, une incision qui s'arrête à la base, puis à un centimètre au-dessous de celle-ci une autre incision qui la prolonge sur le bord droit du ventricule jusqu'à la pointe ; le couteau doit pénétrer dans la cavité ventriculaire, mais il faut éviter en terminant la section du septum (la pointe est ordinairement formée par le ventricule gauche) (1).

La quantité, la coloration, la consistance du sang, etc., qui s'échappe sont notées de suite. On retire une partie des caillots qui se trouvent dans l'oreillette, dont on apprécie la quantité et la qualité et, introduisant alors l'index et le médius de la main gauche de l'oreillette droite au ventricule par l'orifice tricuspidaire, on constate de combien on peut les écarter l'un de l'autre au niveau de l'orifice ; à l'état normal des doigts de grosseur moyenne laissent un écartement qui permet d'introduire entre eux la pulpe d'un troisième doigt. On voit que l'appréciation de la largeur de l'orifice est dans ces conditions absolument relative et dépend de la mesure des doigts de l'opérateur ; cette manœuvre ne doit être faite qu'avec soin et sans violence, afin de ne pas modifier les altérations qui pourraient exister et dont l'examen se fera ultérieurement. Elle ne fournit d'ailleurs aucune indication sur la suffisance des valvules.

Pour pratiquer les deux dernières coupes, le pouce de la main gauche est porté sur la face antérieure du ventricule droit, ou mieux introduit dans la section opérée sur le bord droit de celui-ci la face postérieure du cœur reposant sur la paume de la main et la pulpe des autres doigts s'arrêtant un peu en arrière du bord externe du ventricule gauche, on fait ainsi saillir le bord gauche du cœur : imprimant alors au cœur un mouvement de rotation qui porte ce bord gauche vers la droite, en avant et en bas, on incise l'oreillette gauche entre les deux troncs des veines pulmonaires, laissant comme à droite un espace d'un centimètre carré entre la coupe de l'oreillette et celle du ventricule gauche, qui est faite sur le bord externe et prolongée jusqu'à la pointe. Cette dernière section doit nécessairement être plus profonde qu'à droite. L'examen de l'orifice mitral se pratique de la même façon que celui de l'orifice triscupidien. Il faut tenir compte toutefois du degré de contraction du ventricule gauche et vaincre avec douceur les effets de la rigidité cadavérique.

c) Enlèvement du cœur. — L'index et le pouce de la main gauche introduits l'un dans le ventricule gauche, l'autre dans le ventricule droit par les coupes opérées, on soulève le cœur par sa pointe que l'on attire vers la tête du cadavre. Par de longues sections horizontales qui rasent la partie postérieure du feuillet pariétal du péricarde, on coupe les veines caves inférieure et supérieure, les veines pulmonaires, l'aorte et l'artère pulmonaire, on procède alors à l'examen des valvules.

Réflexions au sujet des coupes in situ *et de l'enlèvement du cœur.* — Jamais le cœur ne doit être enlevé avant l'examen de la cavité du péricarde. Quelles que soient les exceptions à la règle qui peuvent être nécessitées par la constatation de certaines lésions trouvées lors de l'examen de cette dernière, on ne doit pas procéder à l'enlèvement du cœur, isolément comme c'est la coutume, ou avec les poumons (comme cela doit être l'exception), avant d'avoir pratiqué les coupes *in situ*. Aucune de ces coupes ne doit être faite avec des *ciseaux* ou un *scalpel*, mais bien avec le couteau à autopsie ordinaire. Les coupes pratiquées à droite, le long du septum interventriculaire, celles qui divisent d'emblée les orifices triscupide et mitral, la section transversale de la pointe sont absolument à rejeter.

(*A suivre*).

(1) D'autres anatomo-pathologistes commencent leurs coupes par l'oreillette et le ventricule gauches.

Choléra.

L'épidémie ne sévit plus que dans quelques départements ; du 18 au 24 octobre des cas de choléra n'ont été signalés que dans 9 communes appartenant à cinq départements, y compris Oran. Dans la Seine-Inférieure on signale deux nouveaux cas à *Yport*.

Paris. — Le *Journal officiel* continue à enregistrer chaque semaine avec complaisance des cas de choléra asiatique. C'est ainsi que selon le tableau des décès cholériques du 11 au 17 octobre, publié dans le numéro du 25 octobre, page 5616, il y aurait eu 7 décès dans le département de la *Seine* dont 1 à *Paris*. Le *Bulletin de statistique municipale* n'a reçu aucun renseignement à cet égard. Nous nous demandons dans quel but M. le Ministre du commerce fait publier des faits absolument erronés, quel peut être l'intérêt qui guide les personnes qui rédigent le bulletin hebdomadaire du *Journal officiel*.

Italie. — Le choléra n'y fait plus qu'un petit nombre de victimes dans les localités précédemment atteintes. Le 27 octobre, on a constaté 44 cas dont 20 décès (7 à *Naples* et 1 à *Salerne*).

Espagne. — L'épidémie semble complètement éteinte.

Enseignement médical libre.

Cours de pathologie et de clinique infantile, 149, rue de Sèvres. — M. le Dr Descroizilles commencera ses leçons le vendredi 7 novembre à 9 heures, à l'Amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin. Le mardi à la consultation, conférence de thérapeutique.

Cours d'accouchements et de manœuvres. — M. le Dr Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de Médecine, recommencera son cours le lundi 10 novembre 1884, à 4 heures, à son amphithéâtre, 93, boulevard Saint-Germain. Il le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. On s'inscrit de 1 à 3 heures, 129, rue Saint-Honoré, un nouveau cours recommencera tous les mois.

Accouchements. — M. le Dr Doleris, chef de clinique d'accouchements, commencera son cours d'accouchement théorique et pratique, le lundi, 10 novembre. Ce cours est complet en deux mois. On s'inscrit, 89, rue d'Assas.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du vendredi 17 octobre au jeudi 23 octobre 1884, les naissances ont été au nombre de 1180, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 459; illégitimes, 178. Total, 637. — *Sexe féminin* : légitimes, 403 ; illégitimes, 140. Total, 543.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 17 octobre au jeudi 23 octobre 1884, les décès ont été au nombre de 979, savoir : 526 hommes et 453 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8. F. 14. T. 22. — Variole : M. .. F. .. T. .. — Rougeole : M. 8. F. 10. T. 18. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 2. F. .. T. 2. — Diphthérie, Croup. M. 15. F. 9, T. 24. — Dyssenterie : M. .. F. .. T. .. — Erysipèle : M. 2, F. .., T. 2. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 18, F. 22, T. 40. — Phthisie pulmonaire : M. 139, F. 90. T. 229. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 4. T. 12. — Autres affections générales : M. 18. F. 41. T. 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 28, F. 21, T. 49. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 6. T. 12. — Pneumonie : M. 19, F. 25, T. 44. — Athrepsie : M. 62, F. 30. T. 92. — Autres maladies des divers appareils : M. 162, F. 165, T. 327. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 22, F. 6. T. 28. — Causes non classées M. 7, F. 4, T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 91 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 37 ; illégitimes, 7. Total : 44. — *Sexe féminin :* légitimes, 24 ; illégitimes, 23. Total : 47.

Hospice de la Salpêtrière. — *Concours pour une place de médecin-adjoint.* Ce concours vient de se terminer par la nomination de notre excellent ami et dévoué collaborateur M. Ch. Féré. Tous ceux qui connaissent les nombreux et remarquables travaux de notre ami seront, comme nous, heureux de ce résultat. — Nous rappelons à nos lecteurs qu'il y aura un autre concours dans le courant ou à la fin de l'année 1885.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Barbier, professeur de chimie

© BIU Santé

à la Faculté de Besançon, est transféré dans la chaire de chimie de la Faculté de Lyon.

Concours du bureau central (*Médecine*). — Un concours pour la nomination de trois médecins au bureau central d'admission des hôpitaux a été ouvert le 15 octobre à l'Hôtel-Dieu. La liste des candidats qui y prennent part se compose de MM. Ballet, Barié, Barthélemy, Beclère, Benoit, Beringier, Boursy, Brault, Brocq, Bruchet, Buzot, Capitan, Chantemesse, Chouppe, Comby, Decaisne, Delpeuch, Dreyffous, Duplaix, Faucher, Galliard, Gauchas, Gauchet, Havage, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte) Jean, Josias, Juhel, Ledoux-Lebar, Leduc, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Mathieu, Netter, Renault, Robert, Robin, Siredey, Stakler, Talamon, Variot.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Françon, Pouchon, Bertoye, Désir de Fortunet, Condamin, Patiard, Roullet, Borry, Rollet, Zohrab, Beaupère et Favel. Un concours pour une place de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 2 mars 1885.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Arrou, Petit, Canaque, Chaleix Rivière et Boisvert, internes titulaires, et MM. Binaud, Hédou, Capdeville, Alb. Larauza, Kattié et Tessier, internes provisoires.

Nomination. — M. Pelc, médecin à Prague, a été nommé directeur de l'hôpital général de cette ville en remplacement du Dr Smoler.

Vacance médicale. — A céder, pour cause de départ, excellente clientèle au centre de Paris, facilités de paiement, écrire à M. Madeuf, 69, rue de Seine.

Nécrologie. — Le *Courrier médical*, annonce la mort du Dr J.-H. Sibert (de Lyon), à l'âge de 64 ans. — Le Dr Faccon, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté catholique de Lille, vient de mourir à l'âge de 43 ans. — L'*Union médicale* annonce la mort du Dr Ch. Bernard, médecin de colonisation à Bordj-bou-Arreridj (Constantine). — La *Gazette des hôpitaux* annonce la mort du Dr Alfred Sauze, ancien médecin de l'asile des aliénés de Marseille, à l'âge de 57 ans.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

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

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

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

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

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

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

Gros : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—Détail : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

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

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

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

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre. Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques.

CHARCOT (J.-M.). Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière, recueillies et publiées par Bourneville et E. Brissaud. In-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le rectum comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 *cuill. à café, représentant chacune* 1 *cuill. à soupe de solution et* 45 *gr. viande*

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. 1 *verre à madère contient* 30 *gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,

en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;

en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

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

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

Détail : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

Gros : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin.**

BLONDEAU (A.). Etude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes. Un vol. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, 1 fr. 35.

BOURNEVILLE ET BRICON. Manuel des injections sous-cutanées. Un vol. in-32 de 210 p. — Prix cartonné : 3 fr. ; broché : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés, cartonné : 2 fr. 50 ; broché 2 fr.

CHARCOT (J.-M.) et RICHER (P.). — Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques. — Du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Volume in-8 de 122 pages avec 26 figures et 5 planches photo-lithographiques. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50 c.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées

délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :

Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou, complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **C ca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. Bollivian, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—**Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *névralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 3. — 2e *de Doctorat* (M. Op.) : MM. Trélat, Lannelongue, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R., or. 1re partie). MM. Vulpian, Charcot, Strauss. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). MM. Béclard, Damaschino, Hanriot. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Lutz, Bouchardat, Pouchet — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité), 1re *Série* : MM. Potain, Guyon, Pinard. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité), 2e *Série* : MM. Tarnier, Joffroy, Kirmisson.

MARDI 4. — 1er *de Doctorat* (Diss.), 1re partie : MM. Sappey, Duplay, Campenon. — 2e *de Doctorat* (A. R. or.) : MM. Le Fort, Peter, Hanot. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Bouchard, Laboulbène, Raymond. — 4e *de Doctorat* (A. R.). 1re *Série* : MM. Brouardel, Hayem, Troisier. — 4e *de Doctorat* (A. R.). 2e *Série* : MM. Hardy, Ball, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Jaccoud, Richelot. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 2e *Série* : MM. Richet, G. Sée, Charpentier.

MERCREDI 5. — 1er *de Doctorat. Fin d'année* : MM. Damaschino, Lutz, Guebhard. — 1er *de Doctorat* (A. R. or.) : MM. Béclard, Charcot, Segond. — 3e *de Doctorat* (A. R.) : MM. Regnauld, Gautier, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité). 1re *Série* : MM. Verneuil, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité). 2e *Série* : MM. Trélat, Guyon, Pinard. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité) : MM. Potain, Tarnier, Terrillon.

JEUDI 6. — 2e *de Doctorat* (N. R., or. 1re partie) : MM. Robin, Duplay, Campenon. — 2e *de Doctorat* (A. R., or.). 1re *Série* : MM. Hardy, Cornil, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (A. R. or.). 2e *Série* : MM. Bouchard, Ball, Humbert. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Pajot, Richet, Bouilly. — 4e *de Doctorat* (N. R.). 1re *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Raymond. — 4e *de Doctorat* (N. R.). 2e *Série* : MM. Brouardel, Hayem, Debove. — 1re classe. *Sages-femmes* : MM. Sappey, Bouchardat, Charpentier.

VENDREDI 7. — 1er *de Doctorat. Fin d'année* : MM. Gautier, Hanriot, Blanchard. — 3e *de Doctorat. Fin d'année* : MM. Potain, Straus, Segond. — 1er *de Doctorat* (A. R., or.) : MM. Béclard, Vulpian, Terrillon. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Fournier, Jouffroy, Remy. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité). 1re *Série* : MM. Guyon, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) 2e *Série* : MM. Trélat, Tarnier, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité) : MM. Verneuil, Damaschino, Pinard.

SAMEDI 8. — 3e *de Doctorat. Fin d'année* : MM. Sappey, Bouilly, Hutinel. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Brouardel, Hayem, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Richet, Duplay, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Le Fort, Humbert. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Peter, Corail, Hallopeau.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 3. — M. Maestrati. Etude critique sur le traitement du tétanos par l'hydrate de chloral. — M. Chevalier. Traitement des ulcères variqueux par les incisions libératrices. — Application de ce procédé à d'autres variétés d'ulcères chroniques. — *Jeudi* 6. — M. Mercié. De l'enchondrôme des os. — M. Grillière. Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté. — *Samedi* 8. — M. Prevost. De l'aliénation mentale comme complication immédiate ou tardive de la fièvre typhoïde. — M. Fournel. L'Hôpital Beaujon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

QUESTIONNAIRE pour le 1er examen de doctorat. — Recueil de séries d'examens subis récemment à la Faculté de médecine de Paris, indiquant : 1° La composition du jury pour chaque série ; — 2° La préparation anatomique de chaque candidat ; — 3° Les questions orales auxquelles le candidat a dû répondre ensuite ; — 4° Enfin le résultat de l'examen dans chaque série, suivi de questions sur les accouchements, recueillies au cinquième examen de doctorat et aux examens de sage-femme. In-16 de 91 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 50 cent.

RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire**, recueillies par J. RENAUT. Un fort vol. orné de 99 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 8 fr.

RANVIER (L.). **Leçon d'ouverture du cours d'anatomie générale au Collège de France.** Paris, 1876. In-8 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 60. — Pour nos abonnés. . . . . 40 cent.

RAYMOND (F.). **Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques.** Vol. in-8 de 140 pages avec figures dans le texte et 3 planches. — Prix : 3 fr. 50 — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50.

RAYMOND (F.). **Conférences de clinique médicale**, faites à l'Hôtel-Dieu (suppléance de M. G. Sée), Dr. 1 vol. in-8 de 250 p. avec 4 fig. dans le texte. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 75

RAYMOND. **De la puerpéralité.** Volume in-8° de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

RECLUS (P.). **De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur.** Paris, 1876. In-8 de 4 pages. — Prix. . . . . 20 cent.

RECLUS (P.). **Les hyperostoses consécutives aux ulcères rebelles de la jambe.** Brochure in-8 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

RECLUS. (P.) **Des mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales.** Un vol in-8 de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50

RECLUS (P.). **Des ophthalmies sympathiques.** Un fort volume in-8 de 210 pages. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

RECLUS (P.). **La fontaine d'Ahusquy**, brochure in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 cent.

Réformes à apporter dans l'enseignement de l'Anatomie. Brochure in-8 de 28 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

REGNARD (P.). **Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires.** Un fort volume in-8 de 394 pages, enrichi de 100 gravures dans le texte. — Paris, 1879. — Prix : 10 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 7 fr.

REGNARD. *Voir* BOURNEVILLE.

RENAUT (J.). **Note sur la structure des glandes à mucus du duodénum (glandes de Brunner).** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix 40 c. — Pour nos abonnés. . . . . 30 cent.

RENAUT. *Voir* RANVIER.

RIBEMONT (A.). **Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien.** Un volume in-8 de 40 pages et 8 planches. — Paris, 1878. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 50.

RICHER (L.). **Notes et observations pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie ou grande épilepsie** (Identité de la nature des phénomènes qui composent la grande attaque hystérique et de leur mode de succession chez les malades de nationalité différente). Broch. in-8 de 26 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

RICHER (P.). **Feuilles d'autopsie pour l'étude des localisations cérébrales.** — Hospice de la Salpêtrière. — Service de M. le professeur CHARCOT. (Deuxième édition). — Grand placard de 8 pages, avec 20 fig. — Paris, 1881. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . . 60 c.

RIDEL SAILLARD (G.). **De la cachexie pachydermique** (myxœdème des auteurs anglais). In-8° de 74 pages avec deux figures photographiques hors texte. Paris, 1881. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . 1 fr. 35

ROQUE (L.). **Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente.** Brochure in-32 de 15 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

ROSAPELLY (Ch. L.) **Recherches théoriques et expérimentales sur les causes et le mécanisme de la circulation du foie.** Un volume in-8 de 76 pages orné de 24 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

ROUX (G.-L. **Traitement de l'épilepsie et de la manie, par le bromure d'éthyle.** Brochure in-8° de 54 pages. Paris 1882. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 35

SADRAIN (G.). **Étude sur le traitement des attaques d'hystérie et des accès d'épilepsie.** Brochure in-8° de 55 pages. — Prix : 1 fr. 75. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 20

SEGLAS. **De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.** Un vol. in-8 de 60 pages. Paris, 1881. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

SEGOND. (P.). **Note sur une observation de kyste hydatique développé dans l'épaisseur du muscle grand pectoral.** Brochure de 8 pages. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos abonnés. . . . . 30 cent.

SEGOND. (P.). **Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse.** Volume in-8 de 85 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 50

SEGUIN (E. C.). **Medical mathematism.** Brochure in-8° de 18 pages. — Prix : 60 cent. — Pour nos abonnés . . . . . 40 cent.

SEGUIN (E.-C). **Registre memento d'observations, pour conserver toutes les observations faites au lit du malade.** Paris, 1878. — Prix. 60 cent.

SEVESTRE. *Voir* CHARCOT.

SIGERSON. **Note sur la paralysie vaso-motrice généralisée des membres supérieurs.** Brochure in-8 de 19 pages. — Prix : 60 c. — Pour nos abonnés. . . . . 40 c.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 45 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 8 NOVEMBRE 1884.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'enseignement dans les hôpitaux.

Les Etudiants de la Faculté de médecine de Paris ont à leur disposition deux sources principales d'instruction : la Faculté, établissement d'Etat ; les Hôpitaux, établissements municipaux.

Les cours de la Faculté sont complétés par les leçons et les démonstrations, qui se font à l'*Ecole pratique* (anatomie, médecine opératoire, expériences de physiologie, manipulations chimiques, etc.), et par l'enseignement des *cliniques médicales et chirurgicales*, installées dans quelques hôpitaux (Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, Necker, la Salpêtrière, les Enfants-Malades, Saint-Louis). Au total 14 chaires de cliniques destinées à l'enseignement pratique de 4,190 étudiants. Comme on le voit, la Faculté n'utilise qu'un nombre tout à fait restreint de services hospitaliers : 14 sur 132. N'est-ce pas là une situation regrettable ? D'autant plus que le concours d'élèves qui se pressent aux Cliniques préjudicie à la bonne observation des malades (1) qui sont exposés à des interrogatoires et à des examens peu favorables à leur guérison.

Aussi la plupart des élèves qui suivent les Cliniques officielles n'en retirent-ils qu'un médiocre bénéfice. Et si un certain nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, indépendants de la Faculté, ne faisaient pas interroger ou examiner les malades de leurs salles par les élèves qui assistent à leur visite, il serait possible de dire, sans être taxé d'exagération, que l'enseignement clinique, à Paris, par rapport à la population des étudiants, est dérisoire.

Toutefois, ce concours bénévole est lui-même limité. Et l'on peut dire que la majorité des services hospitaliers ne sont pas exploités au point de vue de l'enseignement comme ils devraient l'être et que les richesses cliniques des hôpitaux, le savoir et l'expérience de beaucoup d'hommes distingués sont perdus pour l'instruction des étudiants, pour les progrès de la science et partant pour la société.

Que nos lecteurrs veuillent bien comparer le nombre des services hospitaliers de tout genre (médecine générale, chirurgie, enfants, femmes en couches, aliénés, etc., etc., p. 888), à la liste des médecins et des chirurgiens qui font des cours libres (p. 896), et ce fait ressortira avec une évidence incontestable.

Une réforme importante doit donc être tentée et c'est au Conseil municipal républicain de Paris qu'il appartient de l'entreprendre. A côté de l'enseignement officiel il a le devoir d'organiser l'enseignement municipal de la médecine. Il s'agit là, en effet, d'un enseignement dont les résultats contribueront à fournir de bons médecins, non seulement à une catégorie particulière de citoyens, mais à tous les citoyens de la grande ville et d'une partie de la France.

Nous n'émettons pas, d'ailleurs, une idée nouvelle. Cette idée a préoccupé et préoccupe encore tous ceux qui s'intéressent à l'enseignement. En 1858, dans un travail très remarquable, l'un de nos maitres vénérés (1) montrait les innombrables avantages de l'organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux. Depuis cette époque, la question a été souvent débattue, sans être jamais résolue. Est-ce à dire qu'il existe, contre sa réalisation, des obstacles insurmontables, nous ne le pensons pas et nous allons essayer de démontrer qu'il n'y a nulle présomption de notre part. Dans ce but, examinons les ressources qui existent dès maintenant et comment il serait possible de les utiliser en vue d'un enseignement régulier, méthodique.

L'*anatomie*, la *médecine opératoire*, l'*histologie* et la *physiologie* sont enseignées à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (2). Les pavillons qui le composent sont vastes et convenablement aménagés. Les corps nécessaires aux dissections et aux opérations y sont en nombre bien suffisant (3) et l'Amphithéâtre possède un *musée* dont les richesses s'accroissent d'année en année. — Pour ces diverses branches de l'enseignement de la médecine, il n'y aurait donc que des améliorations, peu coûteuses à introduire, surtout afin de compléter l'enseignement de la physiologie. C'est à peine si, au début, il y aurait besoin d'augmenter le personnel enseignant.

Si le Conseil municipal est en mesure de donner aux étudiants un enseignement complet de l'anatomie, de la médecine opératoire, il est encore bien mieux pourvu en ce qui concerne la *clinique* : Aucune Faculté n'en possède d'égales et comme personnel et comme sujets d'enseignement.

L'examen du chapitre que nous consacrons aux cours libres qui se font d'habitude dans les hôpitaux (p. 896 et 935), montre que, auprès des médecins qui font des cours de *clinique médicale*, il en est d'autres qui font des cours de *thérapeutique*. Aujourd'hui même, voilà deux branches importantes des sciences médicales qui sont professées et il est certain que, dans une organisation régulière, toute la pathologie interne et la thérapeutique, dans leur totalité, pourraient être enseignées chaque année dans leur totalité, ce que la Faculté est impuissante à réaliser. Il en est de même pour la *clinique* et la *thérapeutique chirurgicales*. Les quatre chaires de clinique chirurgicales de l'Etat paraitraient bien peu de

(1) Delasiauve. — *De l'enseignement clinique dans les hôpitaux* ; Paris, 1858.

(1) Delasiauve, *loc. cit.*
(2) Voir page 895.
(3) Ces corps viennent des hôpitaux municipaux qui, en outre, fournissent à la Faculté la plus grande partie des cadavres dont elle a besoin.

© BIU Santé

chose à côté des 30 cours de clinique chirurgicale de la Ville installés dans les services hospitaliers, et la différence paraîtra encore plus grande si l'on compare l'activité des services de St-Louis, et de Lariboisière, par exemple, au peu de mouvement qu'on observe dans quelques-unes des cliniques chirurgicales.

Les *accouchements* sont officiellement enseignés par deux professeurs : l'un chargé d'un cours théorique à la Faculté (1), l'autre de l'unique chaire de clinique obstétricale. Pour l'enseignement théorique, il n'y a rien à dire ; mais il n'en est pas de même de l'enseignement clinique : il est impossible avec les ressources restreintes dont il dispose (66 lits) que le professeur, malgré son zèle, son activité, sa science, puisse enseigner *pratiquement* les accouchements aux 384 étudiants reçus docteurs dans l'année. La réorganisation des services d'accouchements des hôpitaux, confiés à des *accoucheurs* offrant toutes les garanties voulues de savoir et d'expérience, permet déjà à l'Assistance publique de rendre de très grands services aux femmes enceintes pauvres de la ville de Paris ; déjà aussi, les accoucheurs des hôpitaux, par leurs conférences pratiques, ont diminué l'insuffisance de l'enseignement officiel. Il y a plus à faire : il faut que chaque accoucheur des hôpitaux utilise son service d'hôpital et son service en ville (surveillance des accouchements chez les sages-femmes) au profit de l'enseignement. Certes, des précautions devront être prises pour éviter des accidents, empêcher que les femmes enceintes ou en travail soient fatiguées par des examens répétés, inhabiles ; exposées à l'infection, à la septicémie : tous, nous en sommes convaincu, sauront prendre les mesures que leur dictera l'intérêt des malades. A cet égard, l'enseignement municipal sera mieux pourvu que l'enseignement officiel.

Si, maintenant, nous jetons un coup d'œil sur les maladies dites spéciales, sur les *spécialités*, nous verrons que la Ville l'emporte sans conteste sur la Faculté.

La Faculté possède une chaire de clinique pour les maladies des enfants (médecine). Cette chaire, sans titulaire, a émigré de l'hospice des Enfants-Assistés où l'on reçoit des enfants depuis la naissance jusqu'à 2 ans, à l'hôpital des Enfants-Malades où les enfants ne sont admis qu'à partir de 2 ans jusqu'à 15 ans. Or, à cette chaire, l'enseignement municipal pourrait opposer les cours de 8 chefs de service (Enfants-Malades, hôpital Trousseau, hospice des Enfants-Assistés), embrassant l'enseignement complet des maladies des enfants, depuis la naissance jusqu'à 15 ans, sans compter les services de Bicêtre et de la Salpêtrière consacrés aux enfants idiots, arriérés, épileptiques, hystériques et paralytiques des deux sexes. D'un autre côté, la Faculté n'a pas de chaire de clinique chirurgicale des enfants ; cet enseignement pourrait être fait dans les trois hôpitaux consacrés aux enfants : soit trois cours de *clinique chirurgicale infantile*.

Pour les *maladies vénériennes et cutanées*, en face de l'unique service de la Faculté, la Ville mettrait en œuvre les 2 services de Lourcine, les 2 services du Midi, les 5 services de l'hôpital Saint-Louis (1). Là aussi l'enseignement serait beaucoup plus complet, puisque les malades seraient beaucoup plus nombreux, les cas beaucoup plus variés et les maladies suivies depuis l'apparition des accidents initiaux (Lourcine et Midi), jusqu'aux accidents secondaires et tertiaires (St-Louis).

Les mêmes remarques s'appliquent à l'enseignement des maladies des yeux, des oreilles, du larynx, des maladies chroniques, des maladies des vieillards, de l'aliénation mentale : pour l'enseignement de cette dernière spécialité, la Ville, aidée du département, dispose des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière et de l'Asile clinique (Sainte-Anne) ; c'est-à-dire de onze maîtres au lieu d'un seul. (Voir p. 890 et 892).

L'*anatomie pathologique* pourra, sans conteste, être plus fructueusement enseignée par l'Ecole municipale que par la Faculté. Le cours théorique du grand amphithéâtre, avec les démonstrations pratiques qui ont lieu une fois par semaine, avec les autopsies du service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, autopsies qui, à l'avenir, seront pratiquées par le professeur de la chaire d'anatomie pathologique, tout en réalisant un progrès par rapport au passé, n'équivaudront jamais, malgré le talent et l'activité de notre ami le professeur Cornil, de ses aides savants et dévoués, à l'enseignement qui pourrait être donné dans tous les hôpitaux et hospices de Paris. Les *musées* des hôpitaux que le Conseil municipal a créés ou auxquels il a invité l'Administration à accorder des subventions, pourront à l'aide de légers sacrifices annuels, fournir un nouvel appoint à l'enseignement de l'anatomie pathologique.

Presque tous les hôpitaux ont des *pharmacies* bien montées, confiées à des pharmaciens nommés au concours. On trouverait en eux des auxiliaires compétents, qui enseigneraient la *matière médicale*, la *pharmacologie* et même la *chimie médicale*. Les démarches faites, il y a quelque temps, auprès de l'Administration ou auprès de quelques membres du Conseil municipal, nous sont un sûr garant que le concours des pharmaciens des hôpitaux est tout acquis.

Des *laboratoires* existent déjà dans un grand nombre de services. Le Conseil municipal, et avec raison, a invité l'Administration à remplacer les petits laboratoires disséminés dans les hôpitaux, dangereux pour les malades, parce qu'ils dépendent souvent des salles, par des *laboratoires communs* bien outillés, confiés à un agent responsable et dans cette intention, afin qu'il n'y ait pas de doute sur ses intentions, il a voté la création, à l'hôpital Laënnec, d'un laboratoire de ce genre. La voie est ouverte, il n'y a plus qu'à y marcher régulièrement.

Enfin, grâce aux subventions que le Conseil donne depuis six ou sept ans aux *bibliothèques* des internes

(1) Il est actuellement confié à M. Tarnier et complété par le cours auxiliaire de M. Charpentier.

(1) Voir sur l'enseignement officiel de la Dermatologie, à Paris, le n° 36 du *Progrès médical* (p. 715). — Dans cette énumération, nous ne comptons pas les chirurgiens, ni le professeur de la Faculté, M. A. Fournier, qui est en même temps médecin de l'hôpital St-Louis.

© BIU Santé

des hôpitaux, chaque établissement hospitalier possède un moyen puissant d'instruction mis à la disposition des travailleurs.

De cet exposé rapide, il ressort d'une manière éclatante que le Conseil municipal dispose de toutes les ressources nécessaires à l'organisation de l'ENSEIGNEMENT MUNICIPAL DE LA MÉDECINE. Les professeurs sont nombreux et, sans brusquer la marche des événements, il est possible au Conseil de compléter ce qui a déjà été fait (musées, bibliothèques, laboratoires), en votant une augmentation d'indemnité à tous les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux qui s'engageraient à faire des cours, et, pour l'avenir, en exigeant des candidats aux concours pour les places vacantes des hôpitaux, l'obligation de faire, eux aussi, de l'enseignement. De la sorte, et sans imposer rétrospectivement des charges aux anciens médecins et chirurgiens des hôpitaux, le Conseil parviendrait, en quelques années, à avoir un nombre considérable de maîtres expérimentés et dévoués.

Si le Conseil municipal actuel sait accomplir cette œuvre, il aura rendu des services incomparables aux malades des hôpitaux, à l'enseignement, à la Science et à la Société tout entière.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *Pour MM. les Étudiants, l'abonnement au* **Progrès médical** *est de* **douze francs** *par an.*

Le numéro des étudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi, faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

Chronique des hôpitaux.

Nous recommencerons la *Chronique des hôpitaux*, dans le prochain numéro. Les renseignements donnés par cette chronique, les observations de la *Société anatomique*, que le *Progrès médical* publie *in extenso*, fournissent aux étudiants tous les éléments nécessaires pour faire de bonnes THÈSES DE DOCTORAT.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 10. — M. Baroux. De l'artérite. — M. Fradet. Du rhumatisme secondaire dysentérique. — *Jeudi* 13. — M. Bottey. Considérations sur deux cas de luxation de l'épaule en arrière et en bas. — M. Perrier. Contribution à l'étude de la réduction des luxations sous-coracoïdiennes récentes de l'épaule par la méthode de rotation et d'élévation combinées par le professeur Kocher (de Berne). — *Vendredi* 14. — M. Weber. De l'amaurose saturnine. — M. Torkomian. Etude clinique sur les accidents observés chez les tuberculeux brightiques sans tuberculose rénale.

Hospice de la Salpêtrière. Cours de clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur CHARCOT commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 14 novembre 1884, à 9 heures et demie du matin (hospice de la Salpêtrière). Les lundis, leçon au lit des malades ; les mardis, examens des malades de la consultation externe ; les vendredis, leçon à l'Amphithéâtre.

Manuel des autopsies.

Le *Progrès médical* a commencé dans ses derniers numéros la publication d'un manuel d'autopsies. Cette publication sera continuée régulièrement dans les prochains numéros.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885).

Cours d'hiver.

Les Cours du semestre d'hiver ont lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 Novembre 1884.

Physique médicale : M. GAVARRET. — Phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. — Lundi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — M. GARIEL, agrégé-suppléant : Notions sommaires de mécanique appliquée. — Acoustique. — Chaleur. — Optique géométrique. Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit Amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. PETER. — La scrofule, la tuberculose, le rhumatisme, la goutte, la chlorose. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie : M. SAPPEY. — Les os, les articulations, les muscles, les vaisseaux et les nerfs, considérés au point de vue de l'anatomie spéciale et générale, de l'anatomie philosophique et de l'anatomie topographique. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Chimie médicale : M. GAUTIER (Armand). — Chimie organique et biologique. Mardi, jeudi, samedi, à midi (Grand Amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale : M. LANNELONGUE. — De la chirurgie des membres. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Opérations et Appareils : M. DUPLAY. — Traitement des maladies de l'appareil locomoteur. — Opérations qui se pratiquent sur les os, les articulations et les muscles. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Histologie : M. ROBIN. — Etude des éléments anatomiques et des tumeurs (1re partie du programme imprimé). Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie pathologique : M. CORNIL. — Lésions du système cardio-vasculaire, du système lymphatique, du système nerveux et du système digestif. Lundi, mercredi, à 5 heures, Faculté (Petit Amphithéâtre). Vendredi, à 1 heure 1/2 (Ecole pratique). — Autopsies par M. CORNIL, tous les jours, à 10 heures (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu).

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie : M. LABOULBÈNE. — Celse et la médecine romaine. — Histoire des découvertes en médecine et en chirurgie. — Biographie et bibliographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Conférences de Médecine légale pratique : M. BROUARDEL. Conférences de médecine légale pratique. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques.

Cliniques médicales : M. G. SÉE, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. HARDY, à la Charité, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. POTAIN, à l'hôpital Necker, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. JACCOUD, à la Pitié, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. BALL, à l'asile Sainte-Anne, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies des enfants : M. JOFFROY, agrégé chargé du cours, à l'Hôpital des Enfants malades, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. FOURNIER, à l'Hôpital Saint-Louis, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique des maladies du système nerveux : M. CHARCOT, à la Salpêtrière, tous les jours de 8 heures à 10 heures du matin.

Cliniques chirurgicales : M. RICHET, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. VERNEUIL, à la Pitié, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. TRÉLAT, à la Charité, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.
— M. LEFORT, à l'hôpital Necker, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique ophthalmologique : M. PANAS, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, de 8 heures à 10 heures du matin.

Clinique d'accouchements : M. PAJOT, à la Clinique de la Faculté, de 8 heures à 10 heures du matin.

Cours auxiliaires.

Cours auxiliaire de pathologie interne : M. DEBOVE. — Maladies des appareils circulatoire et respiratoire. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (*Amphithéâtre Laënnec*).

Cours auxiliaire de pathologie externe : M. BOUILLY. — Maladies

© BIU Santé

des os, maladies de la tête (y compris les yeux et les oreilles), maladies du rachis et de la moelle épinière. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (*Amphithéâtre Laënnec*).

Cours complémentaires.

Cours complémentaires de chimie : M. Hanriot, agrégé. — Les métalloïdes. — Mercredi, à 4 heures (*Petit Amphithéâtre*).

Cours complémentaires d'histoire naturelle médicale : M. Raphaël Blanchard, agrégé. — Zoologie médicale : Etude des vertébrés et des arthropodes intéressant la médecine. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (*Grand Amphithéâtre*).

Cours complémentaires d'accouchements : M. Charpentier, agrégé. — Anatomie obstétricale du bassin. — Grossesse régulière. — Accouchement normal. — Délivrance simple— Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (*Petit Amphithéâtre*).

Cours complémentaires de physiologie : M. Rémy, agrégé. — Reproduction. — Digestion. — Sécrétions. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (*Grand Amphithéâtre*).

Cours complémentaires d'anatomie pathologique : M. Straus, agrégé. — Anatomie pathologique générale. — Maladies causées par les bactéries. — Inflammation. — Dégénérescences. — Néoplasmes. — Jeudi, à 2 heures (*Ecole pratique*, rue Vauquelin).

Travaux pratiques.

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, chef des Travaux anatomiques. — Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de midi à 4 heures.

Anatomie : Cours du chef des travaux anatomiques : M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Organes génito-urinaires. — Centres nerveux. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures et demie (*Ecole pratique*, rue Vauquelin).

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des Travaux. — Exercices pratiques : Zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série) ; mardi et samedi (2e série), de 9 h. à 11 h.

Chimie médicale : M. Hanriot, agrégé, chef des Travaux.— Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, mercredi, jeudi, de 8 heures à 10 heures 1/2.

Physique médicale : M. Guebhard, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des Travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Tous les jours, à 2 heures (*Ecole pratique*, rue Vauquelin, laboratoire d'anatomie pathologique).

Histologie : M. Cadiat, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histologie (Voir pour les jours et heures, l'affiche spéciale d'ouverture qui paraîtra prochainement).

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale. — Travaux pratiques : chimie, physique, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe.— Travaux pratiques : anatomie, histologie, physiologie.

Troisième année : Anatomie, histologie, anatomie pathologique, physiologie, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale.— Travaux pratiques : stage hospitalier, anatomie, histologie, physiologie.

Quatrième année : Pathologie interne, pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales. — Travaux pratiques : stage hospitalier, médecine opératoire, anatomie pathologique.

Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 heures et demie à 10 heures.

Semestre d'été.

Voici la liste des professeurs qui font leurs cours pendant le semestre d'été : M. Béclard (*physiologie*); — M. Damaschino (*pathologie médicale*); — M. Guyon (*pathologie chirurgicale*); — M. Regnauld (*pharmacologie*) ; — M. Bouchardat (*hygiène*) : — M. Vulpian (*pathologie expérimentale et comparée*); — M. Baillon (*histoire naturelle médicale* ;— M. Hayem (*thérapeutique et matière médicale*); M. Brouardel (*médecine légale*) ; — M. Pajot (*accouchements*).

Agrégés en exercice.

1re Section.— *Sciences anatomiques et physiologiques* : MM. Ch. Richet, Reynier et Rémy (Auguste).

2e Section. — *Sciences physiques et naturelles. — Physique* : M. Guebhard. — *Chimie* : MM. Henninger ; — Hanriot ; — Pouchet. *Histoire naturelle* : M. Blanchard (Raphaël).

3e Section. — *Médecine proprement dite et médecine légale* : MM. Straus ; — Debove ; — Rendu ; — Hallopeau ; — Landouzy ; — F. Raymond ; — Troisier ; — Joffroy ; — Hanot ; — Quinquaud ; — Hutinel ; — Robin (Alb.).

4e Section. — *Chirurgie et accouchements. — Chirurgie* : MM. Terrillon, Humbert, Richelot, Peyrot, Bouilly, Reclus, Kirmisson, Segond, Campenon.—*Accouchements*: MM. Pinard, Budin et Ribemont-Dessaignes.

Travaux pratiques.

Les travaux pratiques, aux termes du décret du 20 juin 1878, sont *obligatoires* pour tous les élèves de 1re année, de 2e année, de 3e année et de 4e année, *tant pour les étudiants qui appartiennent à l'ancien régime que pour ceux qui suivent le nouveau*. Ils sont obligatoires pour les *officiers de santé*.

Les droits à payer sont ainsi fixés (Décret du 20 juin 1878, article 8) : Elèves de 1re année, 60 fr.— Elèves de 2e année, 40 fr.— Elèves de 3e année, 40 fr.— Elèves de 4e année, 20 fr.

Les travaux pratiques sont facultatifs pour les élèves qui ont 16 inscriptions. Le décret du 14 octobre 1879 détermine les conditions que ces élèves ont à remplir pour pouvoir prendre part à ces travaux. Ce décret porte : « Art. 2. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions pourront, sur leur demande écrite, être admis par le Doyen à prendre part de nouveau à telle ou telle série d'exercices pratiques, moyennant le paiement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire déterminé par le décret du 31 décembre 1864, pour les frais matériels des exercices facultatifs; ce droit est payable en un seul terme. » Conformément aux dispositions qui précèdent, les étudiants qui possèdent actuellement 16 inscriptions et qui désirent prendre part aux travaux pratiques doivent adresser au Doyen une demande qu'ils déposeront au secrétariat de la Faculté. Dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire, ils devront verser à la caisse du préposé aux droits universitaires la somme de 40 fr., stipulée plus haut, plus 0 fr. 25 pour le timbre de la quittance. Il leur sera délivré : 1° une quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits; — 2° une carte d'admission aux exercices pratiques.

Les docteurs français et les étrangers qui désireraient être admis à prendre part aux travaux pratiques devront remplir les mêmes formalités que celles qui sont imposées aux étudiants ayant 16 inscriptions.

Les aspirants à l'*Officiat* sont assimilés aux étudiants pour le doctorat. Les travaux pratiques sont obligatoires.

Les travaux pratiques, comme nous l'avons dit plus haut, sont *obligatoires* pour les élèves des 4 années d'études et *nul ne peut prendre d'inscription trimestrielle* s'il ne produit un *certificat d'assiduité* délivré par le chef des travaux. — Voici, pour chaque année, les exercices que les étudiants (docteurs ou officiers de santé) sont obligés de suivre.

Première année.— Exercices pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle. Ces exercices ont lieu : *Physique* : les mardis jeudis et samedi, de 4 h. à 6 h.— *Chimie* : les mardis, mercredis et jeudis, de 8 h. à 3 h. 1/2. — *Histoire naturelle* : les lundis, mardis jeudis et samedis, de 9 h. à 11 heures.

Deuxième et troisième années.—Exercices pratiques d'anatomie et d'histologie, démonstrations de physiologie. — Les exercices pratiques d'*anatomie* ont lieu pendant le semestre d'hiver, *tous les jours*, de midi à 3 heures. Les démonstrations de *physiologie* ont lieu pendant le semestre d'été, les mardis et jeudis, de 2 h. à 4 h. Ils sont obligatoires pour tous les élèves de 2e et de 3e année. — Il en est de même pour les exercices d'*histologie*.

Quatrième année. Exercices pratiques de *médecine opératoire* et exercices pratiques d'*anatomie pathologique*. — Les exercices pratiques ont lieu à l'*Ecole pratique*, rue Lhomond (ancien collège Rollin). (Des affiches très prochaines feront connaître les dates d'ouverture des travaux pratiques du 1er semestre 1884-85).

Personnel des travaux pratiques.

Anatomie. — *Chef des travaux* : M. Farabeuf. — *Prosecteurs* : MM. Castex, Ramonède, Jarjavay, Brun, Poirier, Michaud, Barette et Tuffier. — *Aides d'anatomie, titulaires* : MM. Guinard, Walther, Beurnier, Chaput, Broca, Hache, Assaki, Barbulée, Boiffin, Damaix, Festal, Hamonic, Métaxas, Phocas, Hallé, Clado, Hartmann, Valin. — *Chef du matériel* : M. Delahousse.

Chimie. — *Chef des travaux* : M. Hanriot, agrégé. — *Préparateur* : M. Morange; — *Préparateurs adjoints* : MM. Groslons, Villain et Combes.

Physique. — *Chef des travaux* : M. Guebhard; — *Préparateurs adjoints* : MM. Sandoz et Mergier.

© BIU Santé

HISTOIRE NATURELLE. — *Chef des travaux* : M. FAGUET. — *Préparateurs adjoints* : Botanique : MM. Bergé et Blondel ; — Zoologie : M. Artault.

HISTOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. CADIAT. — *Préparateurs* : MM. Variot et Gaucher. — *Aides* : MM. Launois et Sapelier.

PHYSIOLOGIE. — *Chef des travaux* : M. LABORDE. — *Préparateurs* : MM. Rondeau et Gley. — *Aides* : MM. Pignol et Martin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Chef des travaux* : M. GOMBAULT. — *Préparateurs* : MM. Brault, Babinski et Chantemesse. — *Aides* : MM. Dubar, Durand-Fardel et Jardet.

Inscriptions. Formalités à remplir.

I. *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, dans le cabinet du Doyen, du mercredi 15 octobre au samedi 15 novembre inclus. Le dossier scolaire de ces Elèves sera constitué conformément aux règles établies ci-dessous (articles 3 et 23 du décret en date du 30 juillet 1883). Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'Etudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des Droits universitaires.

II. *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883 fixant le régime des Cours dans les Facultés et Ecoles supérieures de plein exercice et préparatoires). — Art 1er. — Un règlement préparé par la Faculté ou Ecole et approuvé par le Recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscriptions à chaque trimestre. Les bacheliers reçus à la session de novembre, et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Le registre est clos par le Doyen ou par le Directeur et visé par le Recteur de l'Académie ou par son délégué.

Art. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'Etudiant ne peut en aucun cas faire prendre ses inscriptions par un mandataire. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Recteur peut, sur l'avis de la Faculté ou de l'Ecole, accorder l'autorisation de prendre une inscription après clôture du registre. Pour des motifs graves, après avis conforme de la Faculté ou Ecole, le Recteur peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions de droit, de médecine et de pharmacie, avant le 15 janvier. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou Ecole après le 1er janvier. En aucun cas, l'Etudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Art. 3. — Tout Etudiant qui se présente pour prendre sa première inscription dans un établissement d'enseignement supérieur est tenu de déposer : 1° Son acte de naissance ; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur ; 3° Les diplômes exigés par les règlements.

Les aspirants au Doctorat doivent produire les diplômes suivants (Décret du 20 juin 1878) : 1° Baccalauréat ès lettres ; 2° Baccalauréat ès sciences (complet ou restreint ou de l'enseignement secondaire spécial) ; 2° Les aspirants à l'Officiat doivent (Décret du 1er août 1883), à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat d'examen de grammaire, complété par un examen portant sur les éléments de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial. Toutefois, en ce qui concerne l'examen complémentaire du certificat de grammaire, il a été décidé (Circulaire ministérielle du 9 octobre 1883) que, durant une période de deux ans, qui prendra fin le 1er novembre 1885, des dispenses pourront être accordées sur l'avis motivé de la Faculté ou Ecole, aux étudiants qui ont subi l'examen de grammaire avant le 1er août 1883.

Art. 4. — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté ou Ecole.

Art. 6. — Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine, l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée sans recours par la Faculté ou Ecole à laquelle apartient l'étudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : 1° Son acte de naissance ; 2° Un certificat de scolarité, délivré par le Doyen ou Directeur et visé par le Recteur ; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournement, stage, travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis d'une Faculté à une autre, par les soins du Recteur. En cas de refus du Doyen ou Directeur de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquête.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté ou Ecole, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté ou Ecole.

Les aspirants *officiers de santé* ne pourront, dans aucun cas, convertir en inscriptions de Doctorat, pendant la durée de leurs études, les inscriptions qu'ils auraient déjà prises. Aucune concession d'inscriptions de Doctorat, correspondant à un certain nombre d'inscriptions d'Officiat, ne sera accordée (Décret du 20 juin 1878 et arrêté du 20 juillet 1882).

Fin de l'ancien régime d'études médicales.

A partir du 1er novembre 1885, le nouveau régime d'études médicales établi par décret du 20 juin 1878 sera seul en vigueur.

Dispositions transitoires : La circulaire ministérielle suivante, adressée aux recteurs (26 avril 1884), indique : 1° Les principales catégories dans lesquelles pourront se trouver les élèves appartenant à l'ancien régime qui, au 1er novembre 1885, n'auront pas terminé leurs études ; 2° Les dispositions qu'il y aura lieu d'appliquer à ces élèves.

Monsieur le Recteur, le règlement d'administration publique en date du 20 juin 1878, relatif aux études de Doctorat en médecine, décide que, à partir du 1er novembre 1885, le régime établi par ce décret sera seul en vigueur. Il convient de déterminer quelle sera la situation des Etudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études. Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer :

I. Etudiants qui, ayant subi le premier examen de fin d'année, seront pourvus de quatre à huit inscriptions. — (Ces étudiants devront subir le premier examen probatoire avant de poursuivre leurs études).

II. Etudiants qui, ayant subi le 2e examen de fin d'année, seront pourvus de douze inscriptions, sans avoir subi le 3e examen de fin d'année. — (Ces Etudiants devront, suivant le nombre des inscriptions qu'ils possèdent, subir le 1er examen, ou le 1er examen et la 1re partie du 2e examen, avant d'être admis à continuer leur scolarité).

III. Etudiants pourvus de douze à seize inscriptions, et qui auront subi le 3e examen de fin d'année. — (Ces Etudiants seront autorisés à prendre régulièrement, aux époques trimestrielles réglementaires, les dernières inscriptions et à passer leurs examens après la seizième).

IV. Etudiants pourvus de seize inscriptions et n'ayant subi aucun examen probatoire. — (Ces Etudiants subiront tous les examens dans l'ordre prescrit par le décret du 20 juin 1878).

V. Etudiants pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès un ou plusieurs examens probatoires d'après l'ancien régime. — (Ces Etudiants conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et, pour les autres, seront soumis au nouveau programme dans l'ordre indiqué par le décret du 20 juin 1878),

VI. Etudiants qui, en juillet 1885, auront été ajournés au 3e examen de fin d'année ou à un examen probatoire, ou, en général, qui seront sous le coup d'un échec à la fin de l'année scolaire 1884-1885. — (1° Les Etudiants ajournés au 3e examen de fin d'année en juillet 1885 ou qui seraient sous le coup d'un échec à cet examen, à la fin de l'année scolaire 1884-1885, auront la faculté de se présenter de nouveau au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire avant le 1er novembre. — D'après le résultat de l'examen, ils seront rangés, soit dans la 2e, soit dans la 3e catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie ; 2° Les élèves ajournés à un examen probatoire au mois de juillet 1885, ou qui seraient sous le coup d'un échec à la fin de l'année 1884-1885, conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et seront assimilés aux étudiants de la 5e catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie).

Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les Doyens et Directeurs des Facultés ou Ecoles de votre ressort académique et de veiller à leur exécution.

1er trimestre de l'année scolaire 1884-85. — Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

I. *Inscriptions* : Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 15 octobre. Il sera clos le vendredi 21 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première et de deuxième années

© BIU Santé

de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17, samedi 18, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25, mercredi 29, jeudi 30, vendredi 31 octobre, et les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7 novembre. — 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, mercredi 19, jeudi 20 et vendredi 21 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions des 2e et 4e années de doctorat et des 2e, 3e et 4e années d'Officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du lundi 10 novembre 1884. — *Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux* : MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1883-1884. — Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens* : Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés à partir du 13 octobre, les lundi et les mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le 1er examen de doctorat (nouveau régime) et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 13 et le mardi 14 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

III. *Travaux pratiques* : Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite : 1° Les étudiants ayant 16 inscriptions; 2° Les docteurs français; 3° Les docteurs et étudiants étrangers à la faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois. (Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. *Cartes d'étudiant*: Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1884-85, seront délivrées au secrétariat de la faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Ecole pratique.

Année scolaire 1884-85. — *Exercices de dissection*. (Sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques).

Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie ont commencé le lundi 20 octobre.

Les pavillons de dissection sont ouverts à partir du mercredi 5 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon. — A. Les étudiants de 1re année ne prennent pas part aux travaux anatomiques. B. Les exercices de dissection sont obligatoires, pour tous les étudiants de 2e et de 3e année: les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets. C. Pour les autres étudiants et les docteurs les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique); 2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 2, rue Vauquelin, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter: 1° Sa feuille d'inscription mise à jour, par le secrétariat de la faculté ; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'école pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Bibliothèque. — La bibliothèque de l'école est ouverte depuis le 16 octobre aux jours et heures ordinaires.

Liste des prix de la Faculté de Médecine.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes, sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille en or de 400 fr. Une question de médecine pratique est, *au commencement de chaque année*, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché; 2° la réponse à la question proposée. — Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents jugés dignes d'obtenir le prix.

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 fr. payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). — Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 30 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girold de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au Secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir. Ces pièces sont reçues jusqu'au 1er juillet.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, *tous les deux ans*, au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde*, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. Le prix Lacaze sera décerné, en 1884, au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde*.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guilbert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu actuel est de 1,000 fr. ; il est affecté à l'entretien des bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris.

Thèses récompensées. — La Faculté, après examen des thèses qui ont été soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire écoulée, en désigne un certain nombre qui lui paraissent dignes d'obtenir des récompenses. Ces récompenses sont partagées en trois classes, savoir : 1re *classe* : Médailles d'argent ; 2e *classe* : Médailles de bronze ; 3e *classe* : Mentions honorables.

Bourses d'études dans les facultés. — Un arrêté en date du 15 novembre 1877, rendu en exécution de la loi de finances du 29 novembre 1876, institue des *bourses d'études* dans les Facultés. Les étudiants qui veulent obtenir ces bourses doivent s'inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de 18 ans au moins. Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, en joignant à cette déclaration les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance : 2° leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de

© BIU Santé

leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis la sortie de ces établissements ; 4° un certificat du chef ou des chefs desdits établissements contenant, avec une appréciation du caractère, et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans les cours de ces classes et des renseignements sur la situation de fortune de ses parents. La note *bien satisfait* pour le dernier examen est exigée.

Les bourses sont données au concours. Les concours ont lieu chaque année, au siège de la Faculté, vers la fin de juillet. Les sujets de concours sont déterminés chaque année par le Ministre de l'instruction publique sur la proposition des Facultés. Les bourses sont conférées par le Ministre pour un an. Les boursiers qui aspirent à la conservation de leurs bourses sont tenus de recommencer ce concours chaque année. Le montant de la bourse est de 1,200 francs, payables d'avance, sur états émargés par les ayants droit. Le titre de boursier ne peut être cumulé avec un emploi rétribué.

Bourses de voyage. — Tous les ans, le Conseil municipal de Paris met à la disposition de l'*Ecole des hautes études*, à laquelle se rattachent quelques-uns des laboratoires de la Faculté de médecine, des bourses de voyages.

Bibliothèque. — Musées. — Renseignements divers.

Jardin botanique et laboratoire d'histoire naturelle. — Directeur : M. le professeur Baillon ;—Préparateur des cours : M. Mussat ; — Préparateur du laboratoire : M. Faguet. — *Le Jardin botanique*, situé rue Cuvier, n° 12, est ouvert du 15 mars au 1er novembre, sauf les dimanches et les jours fériés, de 6 heures du matin à 6 heures du soir.

Musées. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 10 heures du matin à 4 heures en hiver et 5 heures en été. *Conservateur délégué* : M. Cadiat. Nous apprenons que la Faculté est décidée à donner à ce musée une importance que, depuis longtemps, il avait perdue. On y a installé un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter.

2° *Musée Dupuytren*, à l'École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. *Conservateur délégué* : M. Gombault. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

L'installation matérielle de ce musée est défectueuse et la place insuffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, espérons-le, nous donneront un local vaste, suffisamment aéré, où la lumière pénétrera largement. La richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle, qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en retireraient pour l'étude de tous les types pathologiques ! Pour apprendre, il faut voir et comprendre et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les Cliniques, on ne peut tout voir. Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren.

Bibliothèque. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 5 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures du soir. Il serait vivement à désirer que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à 6 heures du soir, car, le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle de la fermeture (5 heures) et celle du dîner, est à peu près perdue pour les étudiants. Depuis deux ans, grâce à notre insistance, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. Chéreau ; — *Bibliothécaires-adjoints* : MM. Corlieu et Hahn ; — *Sous-Bibliothécaires* : MM. Petit et Thomas.

En attendant la nouvelle construction de ses nouveaux bâtiments, qui marche avec une trop grande lenteur, la Faculté a utilisé les maisons expropriées, rue de l'Ecole-de-Médecine, jusques et y compris l'ancien café de la Rotonde, et y a installé provisoirement : au rez-de-chaussée, un vaste laboratoire de chimie ; au 1er étage, des salles d'examen, ce qui rend libre le musée Orfila. De plus, on a installé dans l'ancienne maison Chardon, rue Hautefeuille, au rez-de-chaussée, le laboratoire de thérapeutique ; au 1er, le laboratoire de pathologie expérimentale, et le cabinet de physique ; enfin, le 2e étage sert de dépôt à une immense quantité de livres autrefois entassés dans des greniers.

Avis a MM. les étudiants. — Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet (au 1er étage) les samedis à 3 heures, et le *Secrétaire* les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de 2 heures à 3 heures.

Laboratoires.

Laboratoires de la Faculté. — *Anatomie* : professeur, M. Sappey. — *Médecine opératoire* : professeur, M. Duplay ; préparateur, M. Assaky. — *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. Vulpian ; chef de laboratoire, M. Bochefontaine ; préparateur, M. Pinet. — *Thérapeutique* : professeur, M. Hayem ; chef du laboratoire, M. Roussy ; préparateur, M. Winter. — *Pharmacologie* : professeur, M. Regnault ; chef de laboratoire, M. Villejean ; préparateur, M. Héret. — *Physique* : prof., M. Gavarret ; chefdes travaux, M. Weiss. — *Chimie* : prof., M. A. Gautier ; chef des travaux, M. Bémond ; préparateurs, MM. Fauconnier et Chabrié. — *Médecine légale pratique* : prof., M. Brouardel ; chef des travaux, M. Descoust ; chef des travaux chimiques, M. Ogier ; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. Vibert ; préparateur, M. Josias. — *Botanique* : professeur, M. Baillon ; préparateur, M. Mussat. — *Tératologie* : directeur, M. Dareste. — *Pathologie générale* : professeur, M. Bouchard ; chef de laboratoire, M. Capitan ; préparateur, M. Charrin.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguité des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du Budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires. — Il y a encore le laboratoire de chimie de la Faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — Ce laboratoire, annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté, a été ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaires, sous la direction de MM. Bochefontaine, directeur intérimaire du laboratoire ; E. Hardy, chef adjoint des travaux chimiques ; aides, MM. Rémy (Albert) et Calmels. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs Sée et Richet, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'Administration hospitalière. — Chef de clinique médicale, M. Mathieu.

Laboratoire de la clinique d'accouchements. — Chef de clinique, M. Doléris ; Chef du laboratoire : M. Galippe ; préparateur, M. Auvard. — Chef de clinique adjoint, M. Stapfer.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié : Chef de clinique : M. Verchère ; chef du laboratoire, M. Nepveu. — *Laboratoire de clinique médicale* : Chef de clinique, M. Netter ; chefs du laboratoire, MM. de Brun et Berlioz.

Laboratoire de clinique médicale de la Charité. — Chef de laboratoire : M. Rémy ; préparateur de chimie, M. X... ; aide de laboratoire, M. Malherbe ; chef de clinique, M. Siredey. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité* : Chef de laboratoire, M. Latteux ; aide de laboratoire, M. Dubar ; chef de clinique, M. Marchant.

Laboratoire de clinique médicale de Necker. — Chefs de laboratoire : MM. Esbach et Suchard. — *Laboratoire de clinique chirurgicale* : Préparateur, M. Ramonnat. — Chef de clinique, M. Petit.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpétrière. — Professeur : M. Charcot. — Chef de clinique : M. Marie. — Chef du laboratoire : M. P. Richer. — Chef des travaux anatomiques : M. Ch. Féré. — *Ophthalmologie* : M. Parinaud. — *Electrothérapie*, M. Vigouroux. — *Travaux chimiques et photographie* : M. Londe. — *Moulages* : M. Hurel. — *Laboratoire de clinique des maladies des enfants* : Chef du laboratoire, M. Martin. — Chef de clinique, M. Variot.

Laboratoire de clinique ophthalmologique. — Chef adjoint de laboratoire, M. Vassaux. — Chef de clinique, M. de la Personne.

Laboratoire de clinique des maladies mentales. — Chef de laboratoire, M. Bellangé ; aide, M. Boyé. — Chef de clinique, M. Gilson. — *Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques*. — Chef de laboratoire, M. Balzer ; préparateur, M. Pouchet ; chef de clinique, M. Brucher.

Cours.

Cours d'anatomie. — M. le professeur Sappey commencera le cours d'anatomie, le lundi 10 novembre 1884, à 5 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 10 novembre 1884, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie. — Professeur : M. Brouardel : I. *Cours de médecine légale pratique à la Morgue* : Le cours de médecine légale pratique a commencé à la Morgue, le mercredi 5 novembre 1884, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Les mercredis : M. le professeur Brouardel ;

© BIU Santé

les vendredis : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

II. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie, appliquées à la toxicologie.* — Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique, et de chimie, appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du 11 novembre 1884, les mardis, jeudis et samedis, à 3 heures de l'après-midi.

Ordre du cours. — Les jeudis : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les mardis : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; les samedis : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

III. *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences.* — Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Cours de physique médicale. — Professeur : M. Gavarret. — M. Gariel, agrégé, suppléant, commencera le cours de physique médicale le mercredi 5 novembre 1884, à midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Sujet du cours : Quelques applications des notions élémentaires de mécanique. — Acoustique. — Chaleur. — Optique.

Cours auxiliaire de physiologie. — M. le Dr Rémy (Auguste), agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie le mercredi 5 novembre 1884, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Cours auxiliaire de pathologie interne. — M. Debove, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne, le vendredi 7 novembre 1884, à 5 heures de l'après-midi (Amphithéâtre Laënnec), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Cours de pathologie médicale. — M. le professeur Peter commencera le cours de pathologie médicale le samedi 8 novembre 1884, à 3 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Clinique ophtalmologique. — M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique, le vendredi 7 novembre 1884, à 9 heures du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Cours et opérations à 9 heures. — Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale. — M. Raphaël Blanchard, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale, le samedi 8 novembre 1884, à 2 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique, le lundi 10 novembre 1884, à 5 heures de l'après-midi, à la Faculté (Petit amphithéâtre) et le continuera les vendredis à 1 h. 1/2 (Ecole pratique), les lundis et mercredis suivants à la Faculté (Petit Amphithéâtre), à 5 heures. — M. le professeur Cornil fera des autopsies tous les jours (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). Consulter à ce sujet l'affiche concernant la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Cours d'histologie. — M. le professeur Ch. Robin commencera le cours d'histologie, le jeudi 6 novembre 1884, à 5 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Il traitera des éléments anatomiques et des humeurs (1re partie du programme imprimé.)

Cours auxiliaire de pathologie externe. — M. Bouilly, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe, le samedi 8 novembre 1884, à 5 heures (Amphithéâtre Laënnec) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Ball commencera le cours de Clinique des maladies mentales, le dimanche 9 novembre 1884, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée commencera le cours de Clinique le vendredi 7 novembre 1884, à 9 h. 1/4, et le continuera tous les lundis et vendredis. Le lundi sera consacré à la thérapeutique clinique et le vendredi au diagnostic. Visite des malades tous les jours, à 8 h. 1/2 du matin.

M. le professeur Cornil fera tous les mercredis, à 9 h. 1/2 du matin, un cours pratique d'anatomie pathologique. Le premier cours aura lieu le 12 novembre. Autopsies par M. le professeur Cornil, les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2, et les autres jours à 10 heures. Les élèves de 4e année, qui se feront inscrire à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, seront exercés pratiquement aux autopsies. — M. Bochefontaine, chef du laboratoire, fera tous les jeudis, à 9 h. 1/2, des expériences de physiologie.

Cours auxiliaire d'accouchements. — M. Charpentier, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchements, le mardi 4 novembre 1884, à cinq heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

HOPITAUX

L'Administration générale de l'Assistance publique est située avenue Victoria, n° 3 et quai de Gesvres, n° 4. — Directeur M. N... — Secrétaire général, M. Brelet. — Chef du bureau du personnel et du service de santé, M. Grou.

Nouvel-Hôtel-Dieu, Parvis Notre-Dame : 559 lits. — *Médecins* : M. G. Sée, salles Saint-Christophe, Sainte-Jeanne et Saint-Joseph. Visite à 8 h. 1/2; consultations le mardi. — M. Hérard. Visite à 8 h. 1/2. salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine; consultations le mercredi. Les élèves sont exercés à l'examen des malades et à la pratique de la percussion et de l'auscultation. — M. Moutard-Martin. Visite à 9 h. Salles Saint-Augustin et Sainte-Monique; consultations le vendredi. — M. Gallard. Visite à 9 h. 1/2. Salles St-Louis et Sainte-Marie; consultations le jeudi. — M. Vulpian. Visite à 9 heures. Salles Saint-Denis et Sainte-Martine; consultations le samedi. — M. Empis. Visite à 8 h. Salles Saint-Thomas et Sainte-Anne; consultations le lundi.

Chirurgiens : M. Richet. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Salles Saint-Jean, Saint-Landry et Notre-Dame. — M. N... Visite à 8 1/2; consultations les mardis, jeudis et samedis salles Sainte-Marthe et Saint-Côme. — M. Panas. Visite à 9 h. Salles Saint-Julien et Sainte-Agnès (Maladies des yeux). Consultation tous les jours.

Cliniques de la Faculté. — MM. G. Sée, Richet et Panas, professeurs. M. G. Sée les lundis, mercredis et vendredis. M. Richet les mardis, jeudis et samedis. — Chef de clinique chirurgicale, M. Bazy. — Chef de clinique médicale, M. Mathieu. — Chef des laboratoires, M. Bochefontaine. — Chef des travaux chimiques, M. Hardy. Il existe à l'Hôtel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui seront annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux, M. Panas. — Chef de clinique ophthalmologique, M. de Lapersonne. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope. Leçons cliniques les lundis et vendredis. Examen ophthalmologique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction.

Bibliothèque. — La bibliothèque des internes, fondée seulement depuis 5 ans, compte aujourd'hui plus de 1500 volumes reliés; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877; 500 fr. chaque année depuis 1878, jusqu'à cette année.

Clinique d'accouchements et de gynécologie, rue d'Assas, 89 : 130 lits (dont 11 de gynécologie) et 53 berceaux. *Accouchements* : M. Pajot; Chef de clinique, M. Dolérис; chef de clinique adjoint, M. Stapfer. — Leçons : mardi, jeudi et samedi. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur, ou la Faculté. Cette latitude qui était, jusqu'à présent, réservée seulement aux étudiants ayant passé leur 3e examen de doctorat sera certainement élargie. Actuellement, les docteurs français et étrangers et les élèves désireux de s'inscrire pour suivre assidûment le service sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce contrôle indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée, et l'inscription au bureau du concierge de la clinique. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées, sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en séries pour la pratique des accouchements dans la journée. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous, dans le cas d'intervention opératoire. Le lundi et le vendredi, consultation de gynécologie; les élèves assistent aux examens au spéculum des malades du dehors et de celles du service.

Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob, 504 lits. — *Enseignement* : M. le professeur Hardy, professeur de clinique médicale. — Chef de clinique, M. Dérignac. — Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Charles (H.) et Sainte-Anne (F.) Consultations le mercredi à 9 h. 1/2. Examen au spéculum le vendredi à 10 heures. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2, Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéâtre avec

© BIU Santé

présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis, à 9 h. 1/2, Autopsies pratiquées devant les élèves, au grand amphithéâtre.

Clinique chirurgicale. — Professeur, M. Trélat. — Chef de clinique, M. Routier. Leçons de clinique chirurgicale et opératoire les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 8 h. Salles Sainte-Vierge (H.) et Sainte-Catherine (F.). Consultation mardi, jeudi et samedi,

Chirurgie. — Service de M. Després, Salles Sainte-Rose (F.) et Saint-Jean (H.) Visite des malades à 9 h. Le jeudi, conférences et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le mardi. Consultations les lundis, mercredis et vendredis.

Médecins. — M. Féréol. Salles Saint-Joseph (F.) et Saint-Ferdinand (H.) Visite à 8 1/2. Consultation le vendredi. — M. Peter. Salles Sainte-Madeleine et Saint-Jean-de-Dieu. Visite des malades à 9 h. Consultation le samedi.— M. Laboulbène. Salles Sainte-Marthe (F.) et Saint-Michel (H.) Visite des malades à 8 h. Consultation le lundi. — M. Desnos. Salles Saint-Félix et Saint-Vincent, Visite à 9 h. 1/2. Consultation le jeudi. —M. Bernutz, Salles Sainte-Julie, Saint-Bazile et Saint-Louis. Consultation le mardi.

Accoucheur.—M. le Dr P. Budin. Salle Sainte-Marie. — Tous les matins à 8 h. 1/2. — Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Consultation pour les femmes enceintes tous les jours, à 9 h. 1/2.

Bibliothèque des internes de l'hôpital. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine donnent tous les journaux et thèses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit 500 fr. chaque année du Conseil municipal.

Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède, 719 lits. — *Médecins* : M. Jaccoud, professeur de clinique médicale de la Faculté. Chef de clinique, M. Netter, Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.). Consultations les mercredis. Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. Audhoui. Salles Cruveilhier (accouchements) et Monneret (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le samedi. — M. Brouardel. Salle Trousseau (F.). et Rayer (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le lundi. Spéculum le mardi. — M. Cornil. Salle Grisolle (F.) et Rostan (H.). Visite à 9 h. Consultations le vendredi. — M. Lancereaux. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade lundi et mercredi. Consultation le jeudi. — M. Dumontpallier. Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Consultations le mardi. Visite à 8 h. 1/2.

Chirurgiens : M. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale. Chef de clinique : M. Verchère, Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques lundis, mercredis, vendredis. Consultations mardis, jeudis et samedis. — M. Polaillon. Salles Gerdy (F.). et Broca (H.). Visite à 9 h. Consultations les lundis, mercredis et vendredis.

Bibliothèque. — Il existe à la Pitié, une bibliothèque médicale fondée, en 1869, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal, 500 fr. en 1877, 1878 et 1879 ; 400 fr. en 1880 1881, 1882 et 1883. Elle se compose d'environ 850 volumes.

Hôpital Lariboisière, rue A. Paré : 706 lits. — *Médecins* : M. Duguet : salle Ste-Joséphine (F.) et Saint-Vincent (H.). Visite à 9 h. Consultation le vendredi. — M. Siredey : salles Ste-Claire (F.) et Saint-Jérôme (H.) Visite à 8 h. 1/2. Consultation le samedi. — M. Bouchard : salles Ste-Mathilde (F.) et Saint-Landry (H.). Visite à 9 h. Consultation le jeudi. Leçons cliniques en hiver. — M. C. Paul : salles Ste-Elisabeth (F.) et Saint-Henri (H.) Visite à 9 h. Consultation le mercredi. — M. Proust : salles Ste-Marie (F.) et Saint-Charles (H.). Visite à 9 h. Consultation le mardi. — M. Gérin Roze : salle Sainte-Marthe *bis* (1 à 8) nourrices ; Ste-Geneviève (F.), Saint-Augustin *bis* (H.) (11 à 30). Pavillon d'isolement. Visite à 8 h. 1/4. Consultation le lundi. Spéculum le mercredi. Les consultations pour les maladies du *larynx* et les examens laryngoscopiques ont lieu tous les jours, excepté le mercredi, à 9 h.; celles pour les *maladies professionnelles* le mercredi à 9 h. (M. Proust).

Chirurgiens : M. Duplay : salles Ste-Marthe (F.), Ste-Marthe *bis* (F. 19 à 30), *maladies des yeux* ; Saint-Ferdinand, Saint-Honoré (H.), Saint-Ferdinand *bis* (H. 1 à 10), *maladies des yeux*. Opérations et clinique le jeudi. Maladies des yeux et examen ophthalmoscopique les mardi et samedi. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. —M. B. Anger : salles Ste-Jeanne (F.), Saint-Louis et Saint-Augustin (H.). Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis et samedis.

Service d'accouchements. — M. Pinard : salle Ste-Anne (F.) Visite tous les matins, à 9 heures. Les élèves *munis de cartes*, délivrées par le chef de service, sont organisés par séries pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des accouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hôpital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille femmes par an viennent y accoucher.

Bibliothèque des internes. Installée dans une salle spéciale de travail, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention des 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. en 1878-1883. Elle compte environ 1600 volumes. — Laboratoire de micrographie. Ce laboratoire ne fonctionne pas, il n' a ni chef de laboratoire, ni microscope.

Hôpital Saint-Antoine, 184, faubourg Saint-Antoine, 621 lits. — *Chirurgie.* M. Périer. Salles Blandin et Broca, (H.), 44 lits; salle Cruveilhier, (F.), 24 lits; consultation les lundi, mercredi et vendredi. Spéculum le lundi. Opérations le jeudi. Visite à 8 h. et demie. — Service de M. Delens. Salles Dupuytren et Velpeau (H.), 60 lits; salle Lisfranc, (F.), 25 lits. Consultations les mardi, jeudi et vendredi. Visite à 9 heures.

Médecine : Service de M. le professeur Hayem : Salle Magendie, (H.), 36 lits; salle Grisolle, (F.), 28 lits. Consultations le mercredi. Examen au spéculum le vendredi. Visite à 8 h. et demie. Service de M. Mesnet. Salles Bichat et Malgaigne, (H.), 49 lits; salle Chomel, (F.), 24 lits. Consultations le mardi. Examen au spéculum le jeudi. Visite à 9 h. — Service de M. Landrieux : Salle Broussais, (H.), 22 lits; pavillon Lorain (F.), 32 lits. Consultations le vendredi. Examen au spéculum le mardi; examen au laryngoscope le lundi. Visite à 9 h. — Service de M. Sevestre : Salle Marjolin, (H.), 34 lits; salle Roux, (crèche), 20 lits; salle Corvisart (F.), 20 lits. Consultations le lundi. Examen au spéculum le mardi. Visite à 9 h. — Service de M. Tenneson : Salle Axenfeld (H.), 34 lits; salle Nélaton, (F.), 20 lits; salle Chomel (F.) Consultations le samedi. Visite à 9 h. — Service de M. Dieulafoy : Salles Louis et Andral (H.), 56 lits; salle Barth (F.), 24 lits. Consultations le jeudi. Examen au spéculum le mardi et le samedi. Visite à 8 h. et demie. — Service de M. Gouraud : Salle Aran (H.), 27 lits; salle Rostan (F.), 24 lits. Consultation le dimanche. Examen au spéculum le lundi. Visite à 9 h. et demie. Service de varioleux avec 36 lits (H.) et 36 lits (F.)

Hôpital Tenon, rue de la Chine : 825 lits.

Médecins : M. Troisier. Visite à 8 h. 1/2. Salles Gerando (H.), Rayer (F.) Consultation le lundi. — M. N... Visite à 9 h. Salles Bichat (H.), Magendie (F.) et Laënnec (F.) Consultation le mardi. — M. Straus. Visite à 9 h. Salles Andral (H.), Léhier et Cl. Bernard (F.). Consultation le mercredi.— M. Hanot. Visite à 9 h. Salles Bichat (H.) et Couverchel (F.). Pavillon Tenon (variole F.). Consultation le jeudi. — M. Landouzy. Visite à 9 h. Salles Lelong (H). Bouillaud (F.) et Valleix (crèche). Consultation le vendredi. — M. Lagombe. Visite à 9 h. Pavillon Tenon (variole H.). et Couverchel (F.) — M. Ducastel. Visite à 9 h. — M. Dreyfus-Brissac. Visite à 9 h. Consultation le samedi.

Chirurgiens : M. J. Lucas-Championnière. Visite à 9 h. Salles Velpeau, Nélaton et Lisfranc (H.), Richard Wallace (F.) et Boyer (Crèche). Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Opérations les mardis et jeudis. — M. Gillette. Visite à 9 h. Salles Dupuytren, Montyon, Seymour (H.), Delessert (F.) et Ambroise Paré (F.). Consultation les mardis, jeudis et samedis. Opérations les lundis et mercredis.

Accoucheur. M. Maygrier. Visite à 9 h. Consultation pour les femmes enceintes, le lundi à 10 h.

Les médecins et les chirurgiens reçoivent une indemnité fixée exceptionnellement à 3,000 fr., en raison de la distance à laquelle est située cet établissement. — Les *internes* sont logés et touchent l'indemnité réglementaire de 600 fr. pour la 1e année, de 700 fr. pour la 2e, de 800 fr. pour la 3e et de 1,000 fr. pour la 4e. Ils reçoivent, en outre, une indemnité mensuelle de 25 fr. Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1878), il a été fondé par les internes une *bibliothèque* d'ouvrages de médecine. Un don de 2,000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de 500 fr. votée chaque année ont enrichi cette bibliothèque. Les *externes* touchent 50 fr. par mois au lieu de 30, comme dans les autres hôpitaux excentriques.

Hôpital Necker, rue de Sèvres, 151 : 418 lits. — *Médecins* : M. le professeur Potain. Chef de clinique, M. Ern. Gaucher. Salles St-Luc (H.), Sainte-Adélaïde (F.). Clinique médicale à 9 h. Consultations le jeudi. — *Laboratoire* du service de clinique médicale : Chef des travaux histologiques, M. Suchard ; chef des travaux chimiques, M. Esbach. — M. Rigal : Salles Saint-Ferdinand (H.), Sainte-Anne (dont 6 lits de crèche) (F.). Consultations le lundi. Spéculum le lundi. — M. Grancher : Salles Saint-Louis (H.), Sainte-Thérèse (F.), Sainte-Eugénie (crèche). Consultations le mercredi. — M. Rendu : Salles Saint-Jean (H.). Sainte-Eulalie (F.) Consultations le mardi. Spéculum lundi et jeudi.—La consultation est faite à tour de rôle, les vendredis. par MM. Rigal ou Rendu : les samedis par MM. Potain ou Grancher.

Chirurgiens. Clinique chirurgicale : M. le professeur Le Fort. Chef de clinique : M. Ch. H. Petit Salles St-Pierre (H.) et Sainte-Marie (F.). Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — *Laboratoire du service de clinique chirurgicale* : Chef du laboratoire, M. Latteux. — M. Guyon : Salles Saint-André (H.) Saint-Vincent

© BIU Santé

et Sainte-Cécile (F.). Consultations les mardis, jeudis et samedis. *Fondation Civiale* pour les maladies des voies urinaires. Leçon clinique et opérations le mercredi, à 9 h.: leçon au lit du malade et opérations le samedi à 9 h. Le Musée Civiale, près la salle Saint-Vincent,est ouvert tous les jours pendant l'heure des visites. Outre une nombreuse collection de calculs vésicaux, il renferme encore un grand nombre de pièces intéressantes sur les diverses affections de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

Bibliothèque des internes en médecine.—Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année qui ont nommé propriétaires responsables de la bibliothèque : MM. Carrié, Jean et Poulin. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ provenant de dons (chefs de service de Necker, M. Bourneville) et du montant des souscriptions des internes (2 fr. par mois).

Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie en 1879; 1° de la collection des Bulletins de la Société anatomique ; 2° de la *Revue des Sciences médicales* ; en 1880, des Archives de médecine ; en 1881, des Archives de physiologie ; en 1882, des *Bulletins de l'Académie de médecine* et de la *Société de chirurgie* compte aujourd'hui plus de 900 volumes, Elle a été encore augmentée en 1883 grâce à une subvention de 500 francs accordée par le Conseil municipal.

Hôpital Beaujon : faubourg Saint-Honoré, 208 : 422 lits. — *Médecins :* M. Millard : salles Saint-Louis (H.) et Sainte-Marthe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les vendredis et les lundis, un sur deux. — M. Guyot : salles Sainte-Claire (F.) et Saint-François (H). Visite à 8 h. Consultations tous les mardis et samedis, un sur deux. — M. Gombault : salles Beaujon (H.) et Sainte-Monique (F.), Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jeudis et les lundis, un sur deux.— M. Fernet : salles Saint-Jean (H.) et Sainte-Hélène (F.). Consultations tous les mercredis et samedis, un sur deux. Visite à 8 h. 1/2.

Chirurgiens: M. Tillaux. 1er pavillon (H.). Salles Sainte-Clotilde (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis et samedis ; consultation pour les maladies des oreilles le jeudi. Spéculum le samedi. Opérations le mercredi. — M. Labbé. 2e pavillon (H.), Sainte-Agathe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis, mercredis, vendredis. Spéculum jeudi et samedi. Opérations le mardi.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes : salle Sainte-Paule.

Bibliothèque. — La bibliothèque, placée dans un local attenant aux chambres des internes, et qui ne contenait guère que 500 volumes en 1878, en renferme maintenant plus de 1,500, grâce au legs Gubler et à trois subventions de 500 fr. accordées par le Conseil municipal.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques: 445 lits dont 120 dans d'anciennes baraques non employées. — *Médecins* : M. Bucquoy. Salles St-Philippe (N.), Ste-Marie (H.), et St-Jean (F.). Visite à 8 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade. — M. Bucquoy fait chaque année des leçons cliniques du mois de mars au mois de juin. Elles ont lieu le mardi et le vendredi, à 9 h. 1/2.— M. Dujardin-Beaumetz : Chauffard, Woillez, Beau (H.), Briquet et Blache (F.). Salles d'accouchées malades. Visite à 9 h. 1/2. Spéculum le jeudi. Consultation les mardi, jeudi et samedi. *Leçons de clinique thérapeutique*, de sémeiologie, de physique et chimie médicales les lundi, mercredi, vendredi. Un laboratoire parfaitement aménagé et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service.

Chirurgien : M. Th. Anger. Salles Saint-Jacques et Cochin. Il existe de plus un service de baraques comprenant 37 lits d'hommes. Visite à 7 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Il y a tous les jours, à l'hôpital Cochin, une consultation nombreuse en médecine et en chirurgie.

Accouchements : M. Marchand. Le pavillon d'accouchements est une annexe de la Maternité. Le chirurgien est professeur-adjoint de la Maternité. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu tous les matins, à 8 h. 1/2. Il se fait en moyenne à la Maternité de Cochin 60 à 65 accouchements par mois.

La *Bibliothèque* des internes en médecine a reçu du Conseil municipal un don de 1,000 fr. en 1877, de 500 fr. en 1878 et de 400 fr. de 1879 à 1884. Elle pourra rendre de plus grands services quand l'Administration aura adjoint à la salle de garde un local suffisant. Elle compte 400 volumes.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 200 lits. — *Médecins* : MM. Gouguenheim et Huchard. — *Chirurgien* : M. Terrier.

Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits, 628, dont 20 pour les enfants, crèche. — *Médecins* : M. Ball. Salles Béhier et Larochefoucauld (H.), Broca et Piorry (F.). Consultation, lundi et vendredi. — M. Damaschino, Salles Trousseau et Bayle (H.), Louis et Monneret (F.), Guersant (crèche). Consultation mardi et samedi. — M. Ferrand. Salles Beau et Cruveilhier (H.), Legroux et Quesnay F.). Consultation mercredi et vendredi. — M. Legroux. Salles Rostan et Grisolle (H.), Chomel et Cl. Bernard (F.). Consultation jeudi.

Chirurgien: M. Nicaise. Salles Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.), Boyer (H. et F.). Consultation tous les jours. Il y a en outre 112 lits supplémentaires en cas d'épidémie. Dans chaque service il y a deux salles affectées aux maladies chroniques (H. et F.).

Des conférences cliniques ont lieu tous les jours à l'hôpital Laënnec, dans le nouvel amphithéâtre, agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. Ces conférences seront reprises au mois de décembre dans l'ordre suivant :

Lundi, M. Ball. — Mardi, M. Nicaise. — Mercredi, M. Legroux. — Jeudi, M. Ferrand.— Vendredi, M. Damaschino.—Samedi, M. Nicaise.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (1). Le laboratoire de M. Damaschino est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hôpital ; il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un superbe établissement de bains est en voie de construction : on y trouve indépendamment de deux vastes salles (H. et F.), douches, salles de sudation, vapeur, etc., une étuve de désinfection chauffée au gaz.

Hospice de la Salpêtrière, *vieillesse femmes*, boulevard de l'Hôpital : 1,821 lits pour les *vieillards* et 720 pour les *aliénées*. — *Médecins* : MM. Charcot et Luys. — *Chirurgien* : M. Terrillon, — *Médecins aliénistes* : MM. Legrand du Saulle, J. Falret et A. Voisin. — *Clinique des maladies du système nerveux* (2) : M. Charcot, les mercredis et vendredis à 9 heures 1/2.—M. Legrand de Saulle fait des leçons cliniques de médecine mentale et de médecine légale; — M. Voisin fait, durant l'hiver, un cours sur le même sujet. — M. Terrillon fait, durant l'été, un cours de gynécologie.

Un service de *consultation externe* a été ouvert à la Salpêtrière au mois de mai 1881. Le nombre des malades qui s'y présentent chaque jour a démontré l'opportunité de cette innovation, due au Conseil municipal. Il fonctionne de la manière suivante : *Médecine*. Consultation externe. M. Charcot, le mardi, à 9 h. et demie;— M. Luys, le mercredi, à 9 h. et demie; — M. J. Falret, le lundi, à 9 h. et demie; —M. Voisin (Auguste), le vendredi, à 9 h. et demie;—M. Legrand du Saulle, le samedi, à 9 h. et demie. — *Chirurgie* : M Terrillon, le jeudi, à 9 h. et demie. — La consultation de Médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1882, on a ajouté à l'infirmerie générale 42 lits pour les malades externes hommes, et l'on a autorisé la réception de quelques malades externes femmes.

Bibliothèque. — Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque* médicale fondée et entretenue par les internes en médecine. Elle se compose actuellement de plus de 1800 volumes, dont 298 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, en 1877, une subvention de 2,000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. en 1878, 1879, 1880, 1881 1882, 1883 et 600 fr. en 1884.

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre : 1658 lits règlementaires pour les *vieillards*, population réelle 1843; 640 lits pour les *aliénés*, et les *épileptiques* ; population réelle 728. Dans ce dernier chiffre sont compris 220 enfants épileptiques ou arriérés (ce nombre sera porté à 400 quand les bâtiments en construction seront achevés) — Infirmerie de l'hospice: *Médecin* : M. Joffroy. — *Chirurgien* : M. Berger. On reçoit également en chirurgie les blessés du dehors, venant surtout de la commune de Gentilly, où existent beaucoup de carriers. Nous avons insisté pour que l'administration affectât quelques lits à l'infirmerie de médecine pour les malades du dehors; ceci a été fait : huit lits. Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundis, mercredis, vendredis, et pour la médecine les mardis, jeudis et samedis.

Division des aliénés : 1re section, M. Charpentier.—2e section. M. J Voisin. — 3e section, M. Bourneville. Médecin résident : M. Deny. — A Bicêtre, il n'y a pas d'élèves externes; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis quatre ans, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a pas eu besoin de recourir aux externes, ni même à de simples étudiants en médecine; pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Néanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre ; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on pourrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis, c'est là un palliatif, ce qu'il y aurait de mieux à faire serait de construire un pavillon spécial.

Bibliothèque médicale des internes en médecine.—Fondée en 1865,

(1) Il serait de beaucoup préférable de réunir tous ces musées particuliers en un musée spécial ; c'est, du reste, ce qui aura lieu, suivant le vote du Conseil municipal, quand le service des morts sera reconstruit.

(2) La chaire de *Clinique des maladies nerveuses* fonctionne à la Salpêtrière depuis le commencement de 1882.

© BIU Santé

enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1883), elle compte aujourd'hui plus de 2,500 volumes. Cette bibliothèque, déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes.

Les internes de l'hospice ont encore un autre avantage : un sur trois des corps non réclamés reste à l'amphithéâtre et peut servir à la dissection ou à la médecine opératoire. Mais ils perdent ce droit sur chaque sujet qu'ils n'utilisent pas lorsqu'il leur revient. Les cadavres non réclamés n'étant pas fréquents à Bicêtre, il serait à souhaiter que les internes puissent réserver leurs droits et les accumuler de façon à pouvoir se créer de temps à autre une série de sujets disponibles. Signalons en outre la nécessité où ils se trouvent de payer le garçon d'amphithéâtre pour obtenir des sujets qui leur reviennent de droit.

Hopital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149. — 562 lits. — Depuis le 1er janvier 1884, la chaire de clinique des maladies des Enfants, est transférée de l'hospice des Enfants-Assistés à l'hôpital des Enfants-Malades. — M. le professeur Parrot n'a pas encore de successeur. — Un agrégé est chargé pendant six mois de l'enseignement clinique. — M. Rendu dont la suppléance a pris fin, est remplacé à partir du 15 octobre par M. Joffroy, professeur agrégé. — M. Joffroy fera des leçons cliniques le mardi et le samedi à 10 heures, dans l'amphithéâtre de cours, à dater du 6 Novembre.— Une amélioration importante a été apportée en l'année 1884, dans la répartition des services de médecine. Jusque-là, quelques médecins avaient des salles exclusivement consacrées au traitement des maladies aiguës, d'autres, moins bien partagés, n'avaient que des salles de chroniques. La translation de la chaire de clinique à l'hôpital des Enfants a amené une nouvelle distribution des services. Chaque médecin (ils sont au nombre de cinq, y compris le suppléant de la chaire de clinique) a un service d'aigus, un service de chroniques, et fait dans la semaine, une leçon clinique, à l'amphithéâtre. M. Labric seul ne fait pas de leçons publiques.

Médecins. — M. Joffroy, professeur suppléant. Consultation le lundi. Leçons à 10 heures, le mardi et le samedi. Visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Thomas (G. aigus), Sainte-Geneviève (F. aiguës), Sainte-Catherine (F. chroniques). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des Enfants, sera transporté incessamment dans un local approprié de l'hôpital. — M. Labric. Consultation le Vendredi. Vente à 8 1/2. Salles : Saint-Jean (G. aigus), Saint-Louis (G. teigneux). Les teigneux sont examinés le mardi de chaque semaine dans la salle Saint-Louis. — M. J. Simon. Consultation le Samedi. Vente à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le mercredi à 10 heures. Salles : Sainte-Thérèse (F. aiguës), Sainte-Marie (F. chroniques). — M. A. Ollivier. Consultation le Jeudi. Vente à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le lundi à 10 h. Salles : Sainte-Elisabeth (F. aigües), Sainte-Luce (F. aiguës), Sainte-Anne (F. teigneuses). — M. Descroizilles. Consultation le mardi. Vente à 8 h. 1/2. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le vendredi à 10 heures. Salles : Saint-Augustin (G. chroniques), Saint-Ferdinand (G. aigus). Les deux pavillons inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 12 lits et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Le service est fait par chacun des 5 médecins de l'hôpital qui s'y succèdent de deux en deux mois.

Chirurgien. — M. de Saint-Germain. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours, sauf le jeudi. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le jeudi à 9 heures. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles : Saint-Côme (G.), Sainte-Pauline (F.), Sainte-Marthe (F. ophthalmies), Saint-Joseph (G. Ophthalmies.

Bibliothèque. — Possède actuellement 600 volumes environ. Cotisation 2 fr. par mois Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal. De nombreux dons sont faits tous les ans par M. Descroizilles.

Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton (ex-hôpital Sainte-Eugénie, ancien hôpital Sainte-Marguerite). Enfants, 427 lits.

Médecins : M. Thiboulet. Visite à 8 heures 1/4. Consultations les lundis et jeudis. Salle Barrier (garçons). Salle Blache (filles). — M. d'Heilly. Visite à 8 heures 1/4. Consultations les mercredis et samedis. Maladies aiguës. Salle Valleix (filles). Maladies chroniques. Salle Bouvier (filles). Teigne le mardi. Salle Gillette (filles). Leçons cliniques le mercredi. — M. Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis et vendredis. Maladies aiguës. Salle Legendre (garçons). Maladies chroniques. Salle Lugol (garçons). Teigne. Salle Bazin (garçons). — Consultations et pansement externe de la teigne, deux jours par semaine : M. Thiboulet et D'Heilly, les mardis; M. Cadet de Gassicourt, les samedis. Très prochainement un amphithéâtre pourvu de tous les moyens d'étude désirables va être annexé au service de M. Lannelongue. Des salles d'opération et d'isolement doivent être construites dans un très bref délai.

Chirurgien : M. Lannelongue. Visite à 8 h. 1/2 Consultations tous les jours. Salle Denonvilliers (garçons). Salle Giraldès (filles).

Pavillon Bretonneau, inauguré en 1879, comprenant 20 lits pour la diphthérie. Ce service d'isolement est fait alternativement par les médecins : M. Cadet de Gassicourt, en janvier, février, juillet et août; M. Thiboulet, en mai, juin, novembre et décembre. M. d'Heilly, en mars, avril, septembre et octobre. Au commencement de chaque année, deux moniteurs sont choisis par l'Assistance publique afin de servir d'aides et de guides aux nouveaux internes pendant les opérations de trachéotomie. C'est là une innovation des plus heureuses introduite dans l'important service des diphthériques. Le jeudi, pendant les deux semestres de l'année scolaire, M. Cadet de Gassicourt fait des leçons cliniques au lit du malade et à l'amphithéâtre.

Bibliothèque des internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplets. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, la bibliothèque est devenue une réalité. Des statuts ont été votés, des cotisations mensuelles ont été perçues, et les premiers fonds ont servi à l'acquisition d'un cachet et de quelques livres spéciaux qu'on s'est hâté de faire relier. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en 1880 et une autre subvention de 500 fr. en 1881 et 1883; elle possède aujourd'hui plus de 200 volumes. Toutefois, la bibliothèque actuelle est insuffisante. Les internes en médecine se sont volontairement soumis à une cotisation de 2 fr. par mois. L'hôpital Trousseau est appelé à prendre une importance très grande. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie vont être créés. Ajoutons que le musée de M. le Dr Lannelongue vient d'être organisé avec un soin extrême et fournira aux étudiants de précieux sujets d'études.

Hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, 74, 685 lits. *Médecins*, M. Blachez. Visite tous les jours de 8 heures 1/2 à 10 heures du matin. — *Chirurgien*, M. Guéniot. — *Consultations pour les maladies de l'enfance.* Une consultation gratuite pour les maladies des enfants est établie à l'hospice des Enfants-Assistés. Cette consultation a lieu régulièrement le lundi, le jeudi et le vendredi de chaque semaine, à 9 h. du matin. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 74.— La bibliothèque fondée cette année n'existe pour ainsi dire pas; elle ne possède que les quelques ouvrages récents traitant des maladies de l'enfance. De même, dans les services soit de médecine soit de chirurgie, il n'y a pas de laboratoire. Plusieurs pavillons sont en construction en ce moment et seront très probablement inaugurés au printemps prochain.

Hôpital Saint-Louis, rue Bichat, n° 40, salle de consultation même rue, n° 42, 843 lits dont 583 consacrés aux affections cutanées, 28 aux accouchements, 60 aux varioleux et le reste aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiliographiques.—La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital, mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée.

Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis font tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont pour ainsi dire à choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

Médecins : M. Hallopeau. Consult. externe le jeudi ; examen des malades et conférence clinique le jeudi, à 9 h. Examen au spéculum le mardi, salles Biett (H.) et Hillairet (F.). — M. Lailler. Consultation externe le mercredi ; conférences cliniques toute l'année le *vendredi* à 8 h. 1/2 ; spéculum le lundi, service spécial supplémentaire pour les enfants teigneux le samedi à 9 h. pavillon Bazin (H.), salle Lugol (H.). — M. Vidal. Consultation externe le mardi; examen des nouveaux et conférences cliniques le mercredi toute l'année ; traitement du lupus par les scarifications linéaires le jeudi ; spéculum le samedi ; leçons sur les affections cutanées le lundi à partir du mois de janvier, salles Alibert, Gabrielle et Devergie (H.). — M. Guibout, Consultation externe le vendredi ; examen des nouveaux le samedi ; spéculum et leçon de clinique sur les maladies de femmes le lundi toute l'année. Tous les samedis, du 15 mars au 15 août, cours clinique sur les maladies de la peau, salle Bichat (H.) et Henri IV (F.) M. Besnier. Consultation externe le lundi; examen des nouveaux le mardi ; mercredi, revue générale des malades ; jeudi, la cautérisation ignée interstitielle du lupus; vendredi, les *pelades* et *trycophitie*; samedi, policlinique : affections cutanées diverses, salles Cazenave (H.) et Gibert (F.). Pendant l'été, le mercredi, *clinique et pathologie cutanée.* Même distribution des travaux pour les autres jours.—*Clinique des maladies de la peau*, M. le professeur Fournier. Chef de clinique,

© BIU Santé

M. Brochet, tous les jours de 8 h. à 10 h. du matin, salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.).— *Accoucheur* : M. Porak, salle Paul Dubois. Visite tous les jours à 9 h. Les élèves n'y sont admis que munis d'une autorisation spéciale. Consultation tous les jours à 9 h. 1/2, excepté le dimanche. Les élèves y sont admis sans autorisation spéciale. Du 1er janvier au 1er juillet, leçons tous les jeudis, à 10 h.

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours de 8 h. à 11 h., sans formalité, contient aujourd'hui 798 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 142 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. Fournier, jointe depuis trois ans au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes. Le Musée particulier de M. Péan contient 500 moulages de pièces chirurgicales.

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées, mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchements, dirigé par M. Porak, contient 28 lits constamment occupés. Il s'y fait en moyenne 2 ou 3 accouchements par jour; 966 par an (1875); 4539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Tous les jours, consultation externe pour la gynécologie.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 28,500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2,200 en moyenne sont traités dans les salles. — M. Péan, Consultation externe lundi, mercredi, vendredi; clinique et opérations le samedi toute l'année, à l'amphithéâtre, salles Cloquet (H.), Nélaton (H.), Denonvilliers (F.).—M. Le Dentu. Consultation externe mardi, jeudi et samedi; leçon clinique et opérations le mercredi toute l'année à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre, salles Denonvilliers (F.) et Cloquet (H.).

Bibliothèques. — Les élèves externes et stagiaires peuvent, moyennant une faible cotisation, consulter et emporter les livres d'une bibliothèque qui leur est exclusivement réservée. C'est à l'initiative de M. Lailler que les élèves doivent cet avantage que n'offre aucun autre hôpital. La bibliothèque, ouverte tous les matins, est placée dans l'une des salles du pavillon Saint-Mathieu, dans le service de M. Lailler.—Une autre *Bibliothèque*, enrichie en 1877, 1878, 1879, 1880 1881, par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine de l'hôpital; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1500 volumes. Elle a reçu, cette année, un legs de M. Hillairet.

Hôpital du Midi. 111, boulevard de Port-Royal. — 336 lits consacrés exclusivement aux affections vénériennes et syphilitiques. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin. — *Médecins* : M. N... : 1re division. Salles I, II, III, IV et V. Consultations les lundis et jeudis. — M. Mauriac : 2e division. Salles VI, VII et VIII. Consultations les mardis et vendredis. M. Mauriac fera un cours dont le programme et la date d'ouverture seront annoncés ultérieurement.

Chirurgien : M. Horteloup : 3e division. Salles IX, X, XI et XII. consultations les mercredis et samedis. La *collection particulière* de M. Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces moutées avec soin, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visitée avec soin.

Hôpital de Lourcine, n° 111, rue de Lourcine : 243 lits. — M. Hutinel : Salles Astruc, Goupil et Bouley. Cette dernière salle (8 lits et 6 berceaux) reçoit les filles de 2 à 15 ans. M. Martineau : Salles Cullerier et Natalis Guillot. Leçons cliniques les mercredis et samedis de chaque semaine. Le cours sur les maladies des femmes et les affections syphilitiques commencera le 20 novembre.

Chirurgien : M. Pozzi : Salles Fracastor (accouchements et crèches) et Van Swieten. La salle Fracastor (33 lits et 18 berceaux) reçoit les enfants nouveau-nés avec leur mère.— Les étudiants sont admis dans cet hôpital sur la présentation de cartes spéciales, délivrées par M. le directeur de l'établissement.

Bibliothèque. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque. Depuis, il a voté tous les ans la même somme.

Hôpital temporaire de la rue Pascal, rue Pascal, 75 : 60 lits. — Consultation gratuite pour les femmes. — *Médecins* : MM. Martineau et Hutinel. — *Chirurgien* : M. Pozzi. Leçons de gynécologie opératoire, les lundi et vendredi, à partir du 26 novembre.

Maison et École d'accouchement, boulevard de Port-Royal, 123 : 316 lits. — *Médecin* : M. Labadie-Lagrave. — *Chirurgien en chef* : M. Tarnier.— *Chirurgien-adjoint* : M. Marchand. — Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a deux internes, l'un est attaché au service de médecine, l'autre au service de chirurgie; il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse : une salle contenant 30 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale, ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (médecine) de 12 lits, l'autre (chirurgie) de 6 lits.

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites de couches sont simples, les femmes restent dans les salles qui sont sous la direction de la sage-femme en chef; chacune de ces salles contient 10 lits. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. Cinq nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvres, douleurs abdominales, etc., elle doit être immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est tout à fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 21 lits, disséminés dans six salles. Cinq nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complètement séparées des autres femmes; c'est ce système d'isolement, qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'est plus que de 1 1/2 à 2 0/0, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on considère qu'à la Maternité, comme à l'hôpital des Cliniques, sont envoyées bien qu'en moins grand nombre, des femmes qui ont déjà subi des manœuvres en ville. En dehors de ces trois services qui relèvent séparément du médecin, de la sage-femme et du chirurgien, ce dernier a un service de gynécologie contenant 10 lits.

L'École d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves; elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le professeur Tarnier, assisté de Mme Henry, sage-femme en chef. Il y a trois aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours, qui sont chargées à tour de rôle de répéter aux élèves les leçons du professeur et de surveiller les accouchements; de plus, les élèves sont divisées en dix séries qui se succèdent toutes les 24 heures à la salle d'accouchement; chaque série a, à sa tête, des *chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année; ces chefs ont elles-mêmes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique.

Toutes les élèves sont internes : elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayants-droits. Le prix de la pension, qui était de 600 fr., pour une année, a été élevé à 1,000 fr.. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par M. Hervieux; sur la botanique, faites par le pharmacien en chef; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par l'un des internes.

Il existe enfin, dans le grand parc de la Maternité, un petit pavillon, construit sur les indications de M. le professeur Tarnier, pavillon à chambres complètement séparées où la surveillance est rendue facile par l'existence de vitres dormantes qui donnent toutes, à chaque étage, sur une pièce centrale où se tiennent les infirmières. Dans ce pavillon, au service duquel est attachée une aide sage-femme, sont réalisées les conditions d'isolement complet, analogues à celles qu'on rencontre dans la pratique civile; il a été inauguré en juin 1876, et il a eu, depuis sept ans, la visite d'un grand nombre d'accoucheurs français, russes, anglais, allemands, italiens, américains, etc. Ce pavillon a permis d'obtenir les meilleurs résultats.

Maison municipale de santé, rue du Faubourg Saint-Denis, n° 200 : 351 lits. — *Médecins* : MM. Labbé et Leconché. — *Chirurgiens* : MM. Marc Sée et Cruveilhier. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service. — L'hôpital possède une *bibliothèque médicale* contenant 516 vol., dont une partie a été léguée en 1875, par M. Demarquay. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 francs. La maison municipale de santé possède trois laboratoires, un dans chaque service de médecine, et le troisième commun aux deux chirurgiens.

— Il existe encore d'autres établissements hospitaliers, tels que l'*Hospice des Incurables*, à Ivry; la *Maison de retraite des ménages*, à Issy; l'*Hospice de la Rochefoucauld*, route d'Orléans; l'*Institution Sainte-Périne*, à Auteuil, boulevard de Ste-Périne; l'*Hospice Saint-Michel*, l'*Hospice de la Reconnaissance*, l'*Hospice Chardon-Lagache*, l'*Hospice Lenoir-Jousseran*, l'*Hôpital de Berck-sur-mer*, ceux de *Forges* et de la *Roche-Guyon*, mais qui, en raison de leur situation, plus ou moins éloignée, ne sont guère accessibles aux étudiants en médecine.

Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 917 lits. — L'Asile Sainte-Anne relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — Le personnel médical et administratif est ainsi composé : *Directeur* ; M. N... : *Médecins-chefs de service* : MM. Dagonet et Boucherau (service de l'asile hommes et femmes); M. Magnan (service de l'admission). — *Pharmacien en chef* : M. Quesneville, agrégé à l'École de pharmacie. Médecin-adjoint : M. Briand, chargé du service des bains externes.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Ball, assisté de M. Gilson chef de clini-

© BIU Santé

Les renseignements qui précèdent montrent combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882 : 1re et 2e année, 500 fr. ; 3e année, 600 fr. ; 4e année, 700 fr. Depuis le 1er janvier 1882, à la suite d'une proposition de M. Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes : 1re année, 600 fr. ; 2e année, 700 fr. ; 3e année, 800 fr. ; 4e année, 1,000 fr. — Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 400 fr. — Le nombre des places vacantes, cette année, est de 45 à 50 ; celui des candidats de 400; celui des copies remises de 200.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *semi-excentriques*, comme Necker, les Enfants-Malades, Cochin, etc. ; les externes touchent par service 300 fr. par an ; — 3° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis) les externes ont une indemnité de un franc par jour. — A la Maison de Santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an et, de plus, une indemnité individuelle de 300 fr. — Enfin, à Tenon, les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement une indemnité de 50 fr. par mois.

Amphithéâtre d'anatomie des hopitaux.

La réouverture de cet établissement a eu lieu le 20 octobre : les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes : mais tous les étudiants sont admis à suivre les cours qu'on y fait sur les sciences anatomiques. Il est situé rue du Fer-à-Monlin, 17.

Les cours commenceront cette année dans la première semaine de novembre ; le premier, anatomie topographique est fait par M. le Dr Tillaux, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Le cours a lieu tous les lundis et vendredis, à 4 heures de l'après-midi. — M. Ricard, prosecteur, fera le cours de physiologie les mardis et jeudis, à 4 heures. — M. X..., prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive, les mercredis et samedis, à 4 heures. — M. Siredey chef du laboratoire d'histologie, assisté de M. N..... fera un cours d'histologie. — L'administration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Le cours d'histologie se fait les mardis et vendredis, à 2 heures. Nous rappelerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Le classement d'un grand nombre de ces pièces a été fait par notre ami, M. Duret, maintenant chirurgien des hôpitaux. C'est également par ses soins qu'a été dressé le catalogue du Musée. Le conservateur actuel du musée est M. Siredey.

Asiles d'aliénés de la Seine.

En raison de l'importance de l'Assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à cette Administration le service des Enfants assistés et des Aliénés. En 1873, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des aliénés. Il s'en suit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux Administrations de l'Assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés, siégeant à la Préfecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année ; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe. En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*.

Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours. Comme nous l'avons fait pour l'internat en médecine dans les hôpitaux, nous allons donner les extraits des règlements administratifs qui concernent ce concours.

Conditions du concours. — Peuvent prendre part au concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de 30 ans et pourvus de 12 inscriptions. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siége général de la Préfecture de la Seine (Bureau du personnel.) Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° Un acte de naissance ; 2° Un extrait du casier judiciaire ; 3° Un certificat de vaccine ; 4° Un certificat de bonne vie et mœurs ; 5° Un certificat constatant qu'il est pourvu de 12 inscriptions de médecine. — Un concours pour 6 places d'interne s'ouvrira le 3 décembre. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 17 novembre.

Epreuves. — Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit : *Epreuve d'admissibilité* : 1° Une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive. 2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite, 30 points. Pour l'épreuve orale, 30 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires. La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le Jury d'examen. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

Internes provisoires. — Il est nommé, à la suite du Concours et dans l'ordre de mérite, *des internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.* — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier — Les internes provisoires pourront se représenter au Concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. — L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer. Nous reproduisons les questions écrites et orales données aux concours de 1880, 1881 et 1882, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. 1er concours (1880) : *Méninges* ; — 2e concours (1880) : *Nerf de la 5e paire* (anatomie et physiologie) (1881) : *Nerf spinal* (anatomie et physiologie), — 1881 : 1° *Signes et diagnostic de la pleurésie ; signes et diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius* ; — 2° *Rougeole, fracture de la rotule.* — Les questions restées dans l'urne étaient : 1er concours : Nerf pneumogastrique ; — Moelle épinière ; — 2e concours : Moelle épinière (anatomie et physiologie) ; — Artères du cerveau. Circulation cérébrale. Concours de 1882 : *Quatrième ventricule* (anatomie et physiologie). Concours de 1883 ; — cordon postérieur de la moelle (anatomie et physiologie). Les deux questions restées dans l'urne étaient ainsi conçues : nerfs du larynx ; — nerfs de la langue.

Questions orales. 1er concours (1880) : De *l'épilepsie. Plaie des artères* ; — 2e concours (1881) : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. Signes et diagnostic de la fracture du col du fémur.* Les questions restées dans l'urne étaient : 1er concours : De l'insuffisance aortique. Diagnostic de la hernie étranglée. Signes et diagnostic de la pneumonie. Corps étrangers de l'œsophage. 2e concours : Variole. Signes et diagnostic de la fracture de côtes. Pneumonie franche. Fracture du radius. Concours de 1883. — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. — Etiologie, signes et diagnostic du phlegmon diffus ; — signes et diagnostic du cancer de l'estomac.

Les avantages matériels attachés à la situation d'internes dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture, et un traitement fixe et annuel de 800 francs.

Médaille d'or de l'internat des asiles. — Le Rédacteur en chef de ce journal, qui a demandé en vain que les internes des asiles fussent fournis par l'Assistance publique et appartinssent au Corps de l'internat des hôpitaux, a insisté pour que le concours, dit de la médaille d'or, eût des avantages plus en harmonie avec les besoins scientifiques de

© BIU Santé

notre époque et que la médaille d'or et les avantages inhérents, c'est à-dire une prolongation de service, fussent remplacés par une *bourse de voyage* (1). M. Herold, préfet de la Seine, a fait examiner cette proposition par une Commission spéciale qui a émis un avis favorable. En conséquence, il a pris l'arrêté suivant :

Article 1er. — Tous les deux ans, au commencement du mois de novembre, aura lieu entre les internes en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, un concours pour l'obtention d'une bourse de voyage.

Art. 2. — Seront admis à prendre part à ce concours tous les internes en exercice, ainsi que les internes ayant accompli 3 années d'internat dans les asiles de la Seine et qui en seraient sortis depuis moins d'un an, au jour de l'ouverture du concours.

Art. 3. — Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire au secrétariat général, bureau du personnel. La liste des candidats sera close trois mois avant l'ouverture du concours.

Art. 4. — Le jury sera constitué au moins deux mois avant l'ouverture du concours. Il sera composé de sept membres, savoir : Un tiré au sort parmi les médecins des hôpitaux. Un tiré au sort parmi les chirurgiens des hôpitaux. Cinq tirés au sort parmi les chef des service ci-après : 1° Le médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard ; 2° le médecin en chef de l'asile de Vaucluse ; 3° les trois médecins en chef de Ste-Anne ; 4° le professeur de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris ; 5° les médecins des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière ; 6° les médecins honoraires des asiles du département et des quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Art. 5. — Dès que la liste des candidats sera close, les membres du jury seront tirés au sort par le Secrétaire général de la Préfecture, assisté de deux membres de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés du département. Ce jury pourra, en outre, par une décision spéciale du Préfet, et, s'il y a lieu, être chargé du concours pour l'internat en médecine dans les asiles.

Art. 6. — Les fonctions de membre du jury sont obligatoires, on ne peut en être relevé que pour une cause grave, et tout membre qui abandonnerait ses fonctions ou qui refuserait de faire partie d'un jury serait considéré comme renonçant désormais à siéger dans les concours.

Art. 7. — Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration.

Art. 8. — Les épreuves du concours sont les suivantes : une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie pour laquelle il est accordé deux heures ; 2° une épreuve de clinique mentale. Il est accordé à chaque concurrent, pour l'examen du malade, dix minutes de réflexion et un quart d'heure pour l'exposition ; 3° le candidat remettra au jury un mémoire de pathologie basé sur les observations recueillies dans les services des aliénés pendant son internat.

Art. 9. — Le résultat de ces épreuves sera noté par points. Le maximum des points à attribuer aux candidats est fixé de la manière suivante : Pour l'épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 30 points ; pour le mémoire, 40 points. Les points du mémoire seront donnés avant l'épreuve clinique.

Art. 10. — Les mémoires manuscrits devront être déposés avant le 15 septembre de l'année pendant laquelle aura lieu le concours, à la Préfecture de la Seine, service des aliénés. Ces mémoires seront aussitôt transmis au Président du jury du concours.

Art. 11. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury, avant l'ouverture de la séance. L'épreuve clinique peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance.

Art. 12. — Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par un des membres du jury. Tout candidat qui s'est servi, pendant sa composition, de livres ou de notes apportées à la séance, ou qui, en lisant sa composition, en a changé sensiblement le texte primitif, est exclu du concours. Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le membre du jury chargé de la surveillance. Elles sont lues publiquement par leurs auteurs, sous la surveillance à tour de rôle de l'un d'entre eux.

Art. 13. — A la fin de chaque séance, il peut être donné connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

Art. 14. — Le montant de la bourse de voyage à accorder au candidat qui aura obtenu le plus grand nombre de points est fixé à deux mille francs.

Art. 15. — L'époque du premier de ces concours sera définivement arrêtée dès que le crédit nécessaire pour couvrir la dépense aura été voté par le Conseil général et inscrit au budget départemental.

Art. 16. — Le lauréat devra déposer à la Préfecture de la Seine, dans le délai d'une année à partir du 1er janvier qui suivra le concours, un rapport contenant ses appréciations sur l'organisation des asiles d'aliénés qu'il aura visités et sur les divers modes de traitement en usage dans ces établissements.

Art. 16. — Le lauréat qui n'aurait pas terminé son stage d'interne, ne jouira de la bourse de voyage qu'après avoir accompli ses trois années d'internat dans les asiles de la Seine.

Art. 18. — Le Secrétaire général de la Préfecture et le Sous-Directeur des affaires départementales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont ampliation sera adressée aux Directeurs des asiles de la Seine. Le premier concours a eu lieu le 22 novembre dernier.

(1) Il est vivement à désirer que la *médaille d'or des hôpitaux* soit également remplacée par une *bourse de voyage*; on pourrait faire deux divisions comprenant, l'une les internes qui se destinent à la *médecine*, l'autre ceux qui veulent s'adonner à la *chirurgie*.

Enseignement clinique dans les hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. Thérapeutique infantile. — M. le Dr Jules Simon recommencera son cours de thérapeutique le mercredi 10 novembre à 9 heures. Consultation clinique le samedi.

Chirurgie des enfants. Orthopédie. — M. le Dr de Saint-Germain recommencera ses conférences cliniques dans le courant du mois de novembre.

Clinique médicale. — M. le Dr A. Olivier, agrégé, recommencera les conférences cliniques le lundi 17 novembre à 9 h. 1/2 et les continuera les lundis suivants à la même heure. — *Lundi :* Leçon à l'amphithéâtre. — *Vendredi :* Leçon au lit du malade. — *Jeudi :* Consultation publique. — *Mardi : Policlinique* (salle Ste-Elisabeth). — *Samedi : Policlinique* (salle Sainte-Anne) teignes et maladies de la peau.

Cours de pathologie et de clinique infantile, 149, rue de Sèvres. — M. le Dr Descroizilles commencera ses leçons le vendredi 7 novembre à 9 heures, à l'Amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin. Le mardi à la consultation, conférence de thérapeutique.

Hôpital Cochin. — Clinique thérapeutique. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz fait un cours de clinique thérapeutique les lundis, mercredis, vendredis, à 10 heures, à l'hôpital Cochin. Le lundi est réservé à une leçon de M. le Dr Barbet, chef du laboratoire et le mercredi à une leçon d'un des internes MM. Legendre et Sapelier. Visite et interrogatoire au lit des malades tous les jours, à 9 h. 1/2. Un laboratoire de thérapeutique est à la disposition des élèves qui veulent faire des travaux spéciaux sur ce sujet.

Hôtel-Dieu. — Clinique des maladies des femmes. — M. le Dr T. Gallard continue dans cet établissement les leçons de clinique médicale et de gynécologie qu'il a inaugurées, il y a 20 ans, à la Pitié. — Les leçons qui sont plus spécialement consacrées à l'étude des *maladies des femmes* ont lieu le mardi et le samedi, à 9 heures du matin, dans l'amphithéâtre Desault. Les autres jours, les élèves sont exercés au diagnostic et à l'interrogatoire des malades. Le jeudi est réservé pour la consultation des malades de l'extérieur et l'examen au spéculum. La première leçon aura lieu dans le courant de novembre.

Hôpital de Lourcine. — Clinique gynécologique et syphiligraphique. — M. le Dr Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, reprendra, le mercredi 12 novembre, à 9 heures, ses leçons cliniques. Le mardi, à 9 heures, consultation et traitement externe. — *Nota* : MM. les étudiants en médecine recevront, pour assister à la visite des malades et au cours, une carte qui leur sera délivrée par M. le Directeur de l'hôpital.

Hôpital de la Charité. — A partir du 1er janvier M. le Dr Luys fera, chaque semaine, un cours sur la structure du cerveau et sur les maladies du système nerveux.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Dr E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra prochainement ses conférences cliniques. Elles ont lieu le mercredi à 9 heures, salle Alibert; le mardi consultations, le jeudi traitement chirurgical des affections cutanées. — M. Besnier : lundi, consultation : jeudi, traitement du lupus (laboratoire de la salle Cazenave); vendredi, traitement des teignes (*idem.*); samedi, affections cutanées diverses (*idem.*). — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Péan a repris ses opérations et ses cours de clinique chirurgicale le samedi 25 octobre, à 9 heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heures.

Hospice de la Salpêtrière. — Pathologie mentale. M. Legrand du Saulle fait chaque année une dizaine de leçons du 10 mars au 20 mai. Ce cours sera annoncé ultérieurement. — *Thérapeutique des maladies mentales et nerveuses.* M. A. Voisin fait un cours le dimanche à la Salpêtrière, pendant le semestre d'hiver.

Hôpital Bichat. — Clinique et thérapeutique médicales. M. le Dr Hucard reprendra, dans le courant de l'année 1885, ces leçons

© BIU Santé

tous les dimanches. — Visite à 9 heures 1/4 (salles Andral et Récamier). Consultation les lundis et mercredis). Examen au speculum le vendredi.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — Mr le Dr Baratoux, 17, rue Séguier. Mardi et samedi, de 3 1/2 à 6 heures. Examen des malades et exercices pratiques. — Conférences cliniques sur l'otologie et la laryngologie à partir du 2 décembre. Cours complet en deux mois.

Maladies du larynx et du nez.— Clinique de M. le Dr Cartaz, ancien interne des hôpitaux. Consultations mardi et samedi, à 9 heures 1/2.

Maladies du nez et des oreilles. — Clinique de M. le Dr Calmettes, 15, rue des Grands-Augustins, les lundis, mercredis, vendredis, de 9 heures à 11 heures.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — Le Dr Ch. Fauvel a commencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis, à 10 heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée. M. le Dr Coupard, chef de clinique, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr C. Miot, 41, rue Saint-André-des-Arts : Leçons cliniques le mercredi, à midi, et le dimanche à 9 heures, du 1er février au 1er juillet. — Consultations les lundi, mercredi, vendredi et dimanche.

Policlinique de chirurgie des femmes. — M. le Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29, du 1er novembre au 31 août de chaque année. Le jeudi à 9 heures. Leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte. Consultations à 10 heures ouvertes aux élèves inscrits.

Gynécologie. — M. de Sinéty fera, comme les années précédentes, à l'école pratique, un cours sur les maladies des femmes. Ce cours sera annoncé ultérieurement.

Ophthalmologie. — M. le Dr Ch. Abadie a commencé ses leçons cliniques d'ophthalmologie à sa clinique, 172, boulevard Saint-Germain, mardi 4 novembre, à 2 heures ; il les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope et assistent aux opérations.

Ophthalmologie. — M. le Dr Landolt fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de 1 h. à 2 h., à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts.

Maladies des yeux et des oreilles. — M. le Dr Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera le vendredi 7 novembre, à 3 heures, un cours élémentaire et complet d'ophthalmologie à sa clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts, et le continuera les lundis et vendredis, à la même heure.

Maladies des yeux. — M. Coursserant, 19, rue du Dragon. Consultations publiques, tous les jours, à 1 heure, à sa clinique. Examens ophthalmoscopiques et conférences cliniques le vendredi, à 2 heures.

Maladies des yeux. — M. le Dr Dehenne, 24, rue Monsieur-le-Prince. Tous les jours, visites des malades ; lundi et jeudi, leçons cliniques et opérations à 1 heure 1/2.

Conférences publiques sur l'oculistique. — M. le Dr Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, continue ses conférences tous les lundis, à 1 heure de l'après-midi, à la clinique de l'Institut ophthalmique de la rue d'Abbeville. Il traitera du diagnostic et du traitement des affections oculaires.

Maladies des yeux. — M. le Dr A. Chevallereau. Examen des malades et exercices pratiques tous les jours, à 3 heures 1/2, à la clinique, 21, rue du faubourg Saint-Antoine.

Clinique ophthalmologique (hospice national des Quinze-Vingts). Rue Moreau, 13, près de la Bastille. — Consultation tous les jours à 1 heure ; opérations lundi et mercredi par M. le Dr Fieuzal, médecin en chef.

Clinique ophthalmologique du Dr Galezowski, 26, rue Dauphine. — Les conférences cliniques sur les maladies des yeux ont lieu tous les jours, de 1 h. à 3 h. Les lundis, les mercredis et les vendredis sont consacrés aux opérations et à l'étude des maladies externes des yeux ; les jeudis à l'examen ophthalmoscopique, et les samedis à la réfraction et à l'accommodation de l'œil.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Edouard Meyer, 12, rue Jacob. — Consultations et policliniques tous les jours, à 1 h. Conférences cliniques sur des cas choisis et opérations, les lundis et vendredis, à 1 heure, par M. Meyer. Tous les jeudis, à midi, cours public de chirurgie oculaire par M. Virgile Caudron, chef de clinique, qui mettra à la disposition des élèves les instruments nécessaires et leur fera répéter toutes les opérations usuelles. — Les mercredis et samedis : Réfraction et ophthalmoscopie. Exercices pratiques, M. Debierre.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr Reliquet fera son cours les lundis et vendredis, à 5 heures, Amphithéâtre n° 2. — Il traitera cette année des affections calculeuses, des affections des voies génitales. — Un avis ultérieur indiquera la date du début de ce cours.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Delafosse reprendra son cours à l'Ecole pratique, le mardi 11 novembre, et le continuera les vendredis et mardis à la même heure. — Il traitera cette année « de la rétention d'urine ».

Cours complet d'accouchements en 42 leçons, par M. le Dr Bar, accoucheur des hôpitaux, et le Dr Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité. — Ce cours a lieu tous les jours à 4 h. 1/2, 5, rue du Pont-de-Lodi. — MM. les Etudiants sont exercés au diagnostic des présentations et positions, au diagnostic des rétrécissements du bassin, et aux opérations obstétricales.

Cours d'accouchements et de manœuvres. — M. le Dr Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de Médecine, recommencera son cours le lundi 10 novembre 1884, à 4 heures, à son amphithéâtre, 93, boulevard Saint-Germain. Il le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. On s'inscrit de 1 à 3 heures, 129, rue Saint-Honoré, un nouveau cours recommencera tous les mois.

Accouchements. — M. le Dr Doleris, chef de clinique d'accouchements, commencera son cours d'accouchement théorique et pratique, le lundi, 10 novembre. Ce cours est complet en deux mois. On s'inscrit, 89, rue d'Assas.

Maladies des enfants. — M. le Dr Bouchut, médecin honoraire de l'hôpital des enfants malades, fera un cours durant l'été, le lundi et le mercredi à 4 heures, 16, rue de l'Odéon.

Maladies des femmes. — M. le Dr Chéron a recommencé ses leçons cliniques, à sa Clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 3 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Technique microscopique (Manipulations pratiques). — Ce cours (particulier) a lieu d'une façon permanente, tous les jours, de 4 à 6 heures, dans le laboratoire du Dr Latteux, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations micrographiques et de leur permettre de faire les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés *individuellement* et répètent *eux-mêmes* toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des tissus sains et des principaux tissus pathologiques, ainsi que les manipulations de technique proprement dite (montage des préparations, dissections fines, injections histologiques, coupes fines, etc.). Chaque élève prépare une collection de pièces microscopiques, qui lui servent de types et qu'il emporte, comme preuve de son travail, le cours terminé. — Le cours comprend trente leçons. — Les microscopes et les instruments nécessaires sont à leur disposition. — On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à 2 heures.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Dubuc fera un cours complet de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. Affections de l'urèthre, de la prostate, de la vessie ; affection calculeuse et lithotritie. Ce cours comprendra 35 leçons environ, aura lieu les mardi, jeudi et samedi, à 5 h., amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Mallez. Clinique tous les jours à 1 heure, 3, rue Christine. — Examen chimique et micrographique des urines. — Conférences et opérations les lundis et vendredis. — Le mercredi, cours sur l'analyse des urines par le Dr Jardin. — Cours avec projections photo-micrographiques, le jeudi à 8 heures, Ecole pratique.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. Picard fera son cours trois fois par semaine à l'Ecole pratique. Les jours et les heures en seront ultérieurement indiqués.

Electricité médicale.—M. le Dr Apostoli fera un cours à l'école pratique sur les applications médicales, chirurgicales, gynécologiques et obstétricales de l'électricité.

Maladies des femmes et maladies nerveuses. — Clinique du Dr Apostoli, rue du Jour 19 (aux Halles centrales). Consultations gratuites mardi, jeudi et samedi, de 2 à 4 heures. — Conférences cliniques le samedi, à 3 heures.

Embryologie et tératogénie. — M. le Dr Dareste fera des conférences d'embryogénie normale et tératologique les mardis et samedis de chaque semaine, à 4 heures du soir, dans le laboratoire d'embryogénie de l'Ecole pratique (bâtiment du Musée Dupuytren). — Ces conférences ne pouvant commencer qu'après l'hiver, l'ouverture en sera annoncée par des affiches particulières. — En dehors des conférences, le laboratoire est ouvert à toutes les personnes qui voudraient étudier certaines parties de l'embryogénie, toutes les ressources du laboratoire, instruments et collections sont mises

***

© BIU Santé

à leur disposition, pourvu qu'elles se conforment aux règlements de l'école des H. Etudes.

Chirurgie dentaire pratique. — M. le S. Aguilhon de Sarran commencera son cours le vendredi 21 novembre prochain, à 5 heures du soir, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure, à sa clinique, 13, rue Suger.

D'autres cours libres ont encore lieu à l'Ecole pratique. Nous publierons les jours et heures de ces cours, lorsque la Faculté les aura fait connaître aux intéressés. Il est regrettable que M. le Doyen ne prenne pas les mesures nécessaires pour que ces cours libres ne s'ouvrent pas en même temps que les cours de la Faculté.

COLLÈGE DE FRANCE.

Cours d'anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, traitera cette année de l'appareil de la digestion. Les leçons auront lieu les mardi et jeudi, à 4 heures. Des démonstrations pratiques seront faites par le professeur, aidé de M. Suchard, préparateur.

Laboratoire d'histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études).— M. Ranvier, directeur; M. Malassez, directeur-adjoint; MM. Darier, Vignal, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. On s'y inscrit chaque jour de la semaine, de 2 à 4 heures.

Cours de médecine expérimentale. — M. Brown-Séquard, professeur. Ce cours aura lieu le..... — Le Laboratoire de M. Brown-Séquard n'est pas public.

Laboratoire de physique biologique. — M. d'Arsonval, directeur; n'est pas public.

Cours d'histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur en congé, sera remplacé cet hiver par M. François Franck qui s'occupera de la physiologie du système nerveux de la vie organique.

Laboratoire de physiologie (Ecole pratique des hautes études). — M. Marey, directeur; M. François-Franck, directeur-adjoint. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches, surtout destiné aux personnes qui, ayant déjà quelque habitude des manipulations physiologiques, veulent étudier les phénomènes de la circulation et du mouvement, au moyen des appareils enregistreurs.

Cours d'embryogénie comparée. — M. Balbiani, professeur, continuera à s'occuper, cette année, du développement des vertébrés. Des démonstrations pratiques seront faites à la fin du cours par le professeur, aidé de M. Henneguy, préparateur.

Cours de chimie organique. — M. Berthelot, professeur, traitera de l'électro-chimie, les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2.

Cours de chimie minérale. — M. Schützenberger, professeur, traitera des phénomènes généraux de la chimie et de quelques questions de chimie biologique, les mardis et samedis, à 1 h. 1/2.

Les laboratoires de MM. Berthelot et Schützenberger ne sont pas publics.

Nota. — Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre; nous donnerons en temps voulu les jours et heures des cours sus-énoncés.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Premier Semestre. — Les Cours de la Faculté ont été ouverts le jeudi 6 novembre 1884, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure. — Les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, M. G. Darboux, professeur, a ouvert ce Cours le vendredi 7 novembre. Il traite de divers sujets de géométrie infinitésimale et en particulier de la théorie générale des surfaces.

Calcul différentiel et Calcul intégral. — Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2. M. J. A. Serret, professeur. M. Bouquet, professeur de la Faculté, suppléant, a ouvert ce Cours le jeudi 6 novembre. Il traite du Calcul différentiel et du Calcul intégral.

Mécanique rationnelle. — Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. Tisserand, professeur, M. Appell, chargé du cours, a ouvert la première partie de ce Cours le vendredi 7 novembre. Il traite de la composition des forces et des lois générales de l'équilibre et du mouvement.

Astronomie mathématique et mécanique céleste. — Les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. M. Tisserand, professeur, ouvre ce cours aujourd'hui 8 novembre. Il traitera de la figure des corps célestes et en particulier de la terre.

Calcul des probabilités et Physique mathématique.—Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. Lippmann, professeur, a ouvert ce cours le jeudi 6 novembre. Il traite des unités absolues et de la théorie électro-magnétique de la lumière.

Mécanique physique et expérimentale. — Les mardis et samedis, à 8 h. 1/2. M. Bouquet, professeur. M. E. Picard, suppléant, ouvre ce Cours aujourd'hui 6 novembre. Il traitera de la Cinématique et de ses applications à la Théorie des mécanismes.

Physique. — Les mardis et samedis à 1 h. 1/2. M. P. Desains, professeur, ouvre ce Cours aujourd'hui 8 novembre. Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leur principales applications. Des manipulations et des conférences qui seront dirigées par le professeur commenceront dans la deuxième quinzaine de novembre.

Chimie. Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3. — Les lundis et jeudis, à 1 h. M. Troost, professeur, a ouvert ce Cours le jeudi 6 novembre. Il expose les lois générales de la chimie; il fait l'histoire des métalloïdes. Des manipulations, qui sont désignées par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

Chimie. Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3. — Les mercredis et vendredis à 2 h. 1/2, — M. Debray, professeur, a ouvert ce Cours le vendredi 7 novembre. Il traite des métaux et de leurs principaux composés.

Zoologie, Anatomie, Physiologie comparée. — Les mardis et samedis, à 3 h. 1/2. M. de Lacaze-Duthiers, professeur, ouvrira ce Cours aujourd'hui 8 novembre. Il traitera de l'histoire des articulés, des vers. Manipulations tous les jours.

Physiologie. Ce cours aura lieu rue de l'Estrapade, 18. — Les lundis et jeudis à 3 h. 1/2. — M. Paul Bert, professeur. M. Dastre, suppléant, a ouvert ce Cours le jeudi 6 novembre. Il traitera des organes des sens au point de vue expérimental. Il s'occupera ensuite de la génération et du développement.

Cours Annexe.

Chimie biologique. — Les mardis et jeudis, à 2 heures et demie. M. Duclaux, maître de conférences, a ouvert ce cours le jeudi 6 novembre, dans l'amphithéâtre de mathématiques. Il traite de l'étude des propriétés biologiques des microbes.

Conférences.

Les conférences annuelles commenceront le lundi 10 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences mathématiques. — M. Poincaré, maître de conférences fera des conférences sur le Calcul différentiel et le Calcul intégral, les mercredis et samedis, à 3 heures. — M. P. Puiseux, maître de conférences, fera des conférences sur la Mécanique et l'Astronomie, les lundis et vendredis, à 3 heures.

Scinces physiques. — M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. Bouty, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin; ces conférences auront lieu les lundis et jeudis, à 4 heures, dans l'amphithéâtre de mathématiques. — M. Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie. — M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique, les mardis et samedis, à 10 heures 1/2, au nouveau laboratoire, et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray. — M. Salet, maître de conférences, fera, les mercredis et vendredis, dans son laboratoire, à 3 h. 1/2, des conférences sur différents points de chimie. — M. Riban, maître de conférences, directeur adjoint du laboratoire de chimie : les travaux ont lieu tous les jours, de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures, au laboratoire de la rue Michelet, n° 3. — Les manipulations pour la licence les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures.

Sciences naturelles. — M. J. Chatin, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à 10 heures, dans le nouvel amphithéâtre, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux, indiquées par M. le professeur Milne-Edwards. — M. Joliet, maître de conférences, fera, au laboratoire de zoologie expérimentale, les jeudis, à 11 heures du soir, et les samedis à 7 h. 1/2 des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur De Lacaze-Duthiers. — M. Velain, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis, à 9 heures, au laboratoire de Géologie, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 h. à 11 h. 1/2.

M. Vesque, maître de Conférences, fera, les lundis et jeudis, à midi, des Conférences ou surveillera des exercices pratiques, sous la direction de M. le Professeur Duchartre. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations.

Jours et heures des cours et des conférences.

Lundi : MM. Bouquet, 8 h. 1/2; Mouton, 9 h; Riban, 9 h.;

© BIU Santé

TROOST, 1 h. ; VELAIN, 9 h. ; P. PUISEUX, 3 h. ; DASTRE, 3 h. 1/2 ; CHATIN, 10 h. ; LIPPMANN, 10 h. 1/2.

Mardi : MM. E. PICARD, 8 h. 1/2 ; JANNETTAZ, 8 h. 1/2 ; TISSERAND, 10 h. 1/2, JOLY, 10 h. 1/2 ; P. DESAINS, 1 h. 1/2 ; DUCLAUX, 2 h. 1/2 ; DE LACAZE-DUTHIERS, 3 h. 1/2 ; BOUTY, 4 h.

Mercredi : MM. APPELL, 8 h. 1/2 ; MOUTON, 9 h. ; RIBAN, 9 h. ; DARBOUX, 10 h. 1/2 ; DEBRAY, 2 h. 1/2 ; POINCARÉ, 3 h. ; SALET, 3 h. 1/2.

Jeudi : MM. BOUQUET, 8 h. 1/2 ; MOUTON, 9 h. ; RIBAN, 9 h. ; VELAIN, 9 h. ; LIPPMANN, 10 h. 1/2 ; TROOST, 1 h. ; VESQUE, 12 h. ; DUCLAUX, 2 h. 1/2 ; DASTRE, 3 h, 1/2 ; BOUTY, 4 h. ; JOYEUX-LAFIN, 11 heures.

Vendredi : MM. APPELL, 8 h. 1/2 ; MOUTON 9 h. ; RIBAN, 9 h. ; DARBOUX, 10 h. 1/2 ; DEBRAY, 2 h. 1/2 ; P. PUISEUX, 3 h. ; SALET, 2 h. 1/2.

Samedi : MM. E. PICARD, 8 h. 1/2 ; JANNETTAZ, 8 h. 1/2 ; TISSERAND, 10 h, 1/2 ; JOLY, 10 h. 1/2 ; P. DESAINS, 1 h. 1/2 ; POINCARÉ, 3 h. ; DE LACAZE-DUTHIERS, 3 h. 1/2 ; BOUTY, 4 h. ; JOYEUX-LAFIN, 7 h. 1/2 (soir).

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours d'Algèbre supérieure, par M. HERMITE ; — de calcul intégral, par M. BOUQUET ; — d'astronomie mathématique et mécanique céleste, par M. TISSERAND ; — d'astronomie physique, par M. O. BONNET ; — de mécanique, par M. APPELL ; — de physique mathématique, par M. LIPPMANN ; — de mécanique physique et expérimentale, par M. E. PICARD ; — la seconde partie du cours de physique, par M. JAMIN ; — la chimie organique, par M. N..... ; — le cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. MILNE-EDWARDS ; — le cours de botanique, par M. DUCHARTRE ; — le cours de géologie, par M. HÉBERT. — Cours annexe : physique céleste, M. WOLF, chargé du cours.

Les candidats aux baccalauréats ès-sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté ; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions.

Les sessions pour les divers baccalauréats s'ouvriront : l'une, le 10 juillet 1885 ; l'autre, le 25 octobre 1885. Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet. — Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première en octobre 1884 ; la deuxième, du 1er au 31 juillet 1885. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

Laboratoire de Physiologie. — Directeur : M. le professeur Paul BERT ; directeur-adjoint : Dr REGNARD ; préparateur : Dr R. DUBOIS. Le laboratoire de physiologie de la Sorbonne est un laboratoire d'enseignement. Tous les étudiants sont admis à prendre part sans aucuns frais aux exercices pratiques. Pendant trois mois, des conférences sont faites, dans lesquelles on répète les expériences classiques contenues dans les programmes d'examens et de concours. — De même qu'il est impossible de savoir la médecine sans aller à l'hôpital et l'anatomie sans aller disséquer, de même on ne peut savoir un peu de physiologie qu'en faisant quelques expériences. Nous ne saurions donc trop engager les étudiants à se rendre aux conférences de la Sorbonne dès que l'affiche apposée à la Faculté annoncera leur ouverture. Ils verront que telle théorie qu'ils auraient mal apprise par cœur dans quelque Manuel, leur restera profondément gravée dans la mémoire quand ils auront vu de leurs yeux les faits qui lui ont donné naissance. De plus, la vivisection donne l'habitude des opérations sanglantes et constitue un exercice de médecine opératoire qui n'est pas à dédaigner. Nous terminerons en disant que le laboratoire de M. Bert est ouvert libéralement à quiconque veut faire quelque recherche et à tout étudiant qui prépare sa thèse.

INSTITUT ANTHROPOLOGIQUE.

Le siège de cet Institut est rue de l'Ecole de Médecine. 15, dans le même bâtiment que le musée Dupuytren. Il comprend réunis dans le même local :

I. SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — Cette Société tient ses séances le 1er et 3e jeudi de chaque mois, à 3 heures. On y traite les questions les plus variées d'anatomie humaine et comparée, d'ethnographie, de géographie médicale, de démographie, de linguistique, d'archéologie surtout préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'étude de l'homme.

Président, pour 1884, M. HAMY ; *secrétaire général*, M. TOPINARD. — Le *Progrès médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

II. ECOLE D'ANTHROPOLOGIE. — Cette Ecole est subventionnée par l'Etat et la Ville. *Directeur*, M. le professeur GAVARRET.

Ouverture des cours le vendredi 5 novembre 1884, à 4 heures, *Anthropologie zoologique*. — M. Mathias DUVAL, le vendredi 14 novembre 1884, à 5 heures, et les vendredis suivants. — Anthropogénie et embryologie comparée. Etude des premières phases du développement.

Anthropologie générale. — M. TOPINARD, le mardi 18 novembre 1884, et les mardis suivants. — Etude analytique des caractères des races humaines. Différences entre la race et le peuple. Evolution des races dans le temps.

Ethnologie. — M. DALLY, le mercredi 5 novembre 1884, à 4 heures, et les mercredis suivants. — I. Description des races humaines ; leur répartition géographique. Races supposées pures. Valeur des croisements. De quelques groupes ethniques. II. La Sociologie, d'après Comte et Spencer.

Anthropologie préhistorique. — M. G. de MORTILLET, le lundi 10 novembre 1884, à 4 heures, et les lundis suivants. — Les temps protohistoriques.

Anthropologie linguistique. — M. HOVELACQUE, le samedi 8 novembre 1884, à 4 heures, et les samedis suivants. — Langues, races, peuples.

Géographie médicale. — M. A. BORDIER, le samedi 15 novembre 1884, à 5 heures, et les samedis suivants. — Influence des milieux, et en particulier du milieu social, sur la production, la marche et la répartition des maladies.

COURS COMPLÉMENTAIRES.

Anthropologie zoologique. — M. HERVÉ, le mercredi 12 novembre 1884, à 5 heures, et les mercredis suivants. — Parallèle anatomique de l'homme et des animaux supérieurs ; anatomie comparée des muscles et des viscères. II. Tératologie humaine et comparée ; des monstruosités en général.

Anthropologie biologique. — M. Raphaël BLANCHARD, le lundi 17 novembre 1884, à 5 heures, et les lundis suivants, — Des relations physiologiques générales entre l'homme et les animaux.

III. LABORATOIRE D'ANTHROPOLOGIE. — Ce laboratoire dépend de l'Ecole des hautes études.

Directeur : M. Mathias DUVAL. — *Directeur adjoint* : M. TOPINARD. — *Préparateurs* : MM. CHUDZINSKI et MANOUVRIER.

Les conférences et exercices pratiques du laboratoire ont particulièrement lieu pendant l'été. Pour y prendre part, il suffit de se faire inscrire au laboratoire.

IV. MUSÉE BROCA. — Ce musée renferme de précieuses collections crâniologiques, de nombreuses pièces d'anatomie humaine et comparée et des séries d'objets d'ethnographie et d'archéologie préhistorique, le tout appartenant à l'une ou à l'autre des institutions indiquées plus haut.

V. BIBLIOTHÈQUE DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE. — Cette bibliothèque est publique comme le musée, les lundi, mercredi et vendredi, de 1 à 4 heures ; ouverte également tous les jours aux personnes qui demandent à y faire des recherches. Signalons aussi la *Revue d'anthropologie : directeur*, M. TOPINARD ; les *Bulletins* et *Mémoires* de la Société d'anthropologie ; l'*Homme*, journal illustré des sciences anthropologiques, directeur : G. DE MORTILLET, bimensuel.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Programme des cours pour l'année classique 1884-1885.

Cours du premier semestre.

Cours de chimie appliquée aux corps inorganiques. — M. FRÉMY, professeur. — Le professeur étudiera cette année les principaux métaux. Ce cours aura lieu le Mercredi, à deux heures et demie. Conférences deux fois par semaine. Manipulations tous les jours.

Cours de physique végétale. — M. Georges VILLE, professeur. — Le cours comprendra deux parties. Ce cours aura lieu les Lundis et Vendredis à trois heures.

Cours de botanique. — (*Organographie et physiologie végétale*). M. Ph. VAN TIEGHEM, professeur. — Le professeur traitera de la morphologie et de la physiologie des cryptogames. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à huit heures et demie.

Cours d'anatomie comparée. — M. G. POUCHET, professeur. — Le professeur traitera de l'anatomie comparée et générale des animaux inférieurs (protozoaires, cœlentérés, échinodermes, vers et mollusques). Les leçons auront lieu les Mardi et Jeudi de chaque semaine, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon. Le Samedi, conférence pratique à la même heure.

Cours de zoologie. — *Reptiles, batraciens et poissons*. M. Léon VAILLANT, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des batraciens de l'époque actuelle et fossiles, en s'attachant à faire connaître les applications à l'économie domestique, l'industrie, etc. Les leçons auront lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure. Elles seront complétées par des Conférences pratiques.

Cours de zoologie. — *Animaux articulés*. — M. Emile BLANCHARD, professeur. — Le professeur exposera les caractères de l'organisme et les particularités de la vie des insectes, des arachnides et des crus-

© BIU Santé

tacés. Il traitera en particulier des métamorphoses des crustacés et des insectes. Ce Cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure.

Cours de zoologie. — Annélides, mollusques et zoophytes. — M. Edmond Perrier, professeur. — Le professeur traitera, soit dans des leçons, soit dans des conférences pratiques, de l'organisation, du développement et de la classification des annélides, mollusques et Zoophytes. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis à deux heures et demie.

Cours de culture. — M. Maxime Cornu, professeur. — Ce cours aura pour objet la modification des végétaux par la culture. Variations indéfinies sous l'influence des semis, des croisements de l'hybridation ; amélioration des plantes par la sélection ; production de variétés fixes, alimentaires, ornementales, industrielles, etc. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à neuf heures.

Cours du second Semestre.

Cours de chimie appliquée aux corps organiques. — M. Chevreul, professeur. — Le professeur commencera ce cours dans le courant du mois de mai. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à neuf heures trois quarts. Le cours est divisé en trois parties.

Cours de physique appliquée à l'Histoire naturelle. — M. Ed. Becquerel, professeur. — Le professeur traitera de la météorologie et de la climatologie dans ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques et physiologiques. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure.

Cours de géologie. — M. Daubrée, professeur. — Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie, et particulièrement des phénomènes mécaniques qui ont agi sur l'écorce terrestre, ainsi que de la formation des dépôts métallifères. Il fera aussi l'histoire géologique des combustibles minéraux. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à quatre heures et quart.

Cours de minéralogie. — M. des Cloizeaux, professeur. — Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des métaux. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à quatre heures trois quarts. Des conférences auront lieu le Jeudi.

Cours de physiologie végétale appliquée à l'agriculture. — M. Deherain, professeur. — Ce cours aura pour objet l'étude des plantes de grande culture de la région septentrionale : Betteraves, pommes de terre, maïs, fourrages, colza, céréales, légumineuses et graminées des prairies. Il aura lieu les Mardis et Samedis, à deux heures.

Cours de Botanique (classifications et familles naturelles). — M. Ed. Bureau, professeur. — Le professeur exposera l'histoire des familles de plantes appartenant à l'embranchement des monocotylédones et présentera des considérations générales sur la géographie botanique. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à midi et demi. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches particulières.

Cours de zoologie. — Mammifères et oiseaux. — M. A. Milne Edwards, professeur. — Ce cours portera sur l'organisation et la classification des mammifères. Il aura lieu pendant le semestre d'été les Lundis, Mercredis et Vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de zoologie. Il sera complété par des conférences faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie et indiquées par des affiches spéciales.

Cours de physiologie générale. — M. Rouget, professeur. — Le professeur traitera des mouvements chez les êtres vivants : des nerfs vaso-dilatateurs, des mouvements érectiles. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis.

Cours de Paléontologie. — M. A. Gaudry, professeur. — Le professeur présentera un résumé de l'histoire des êtres de tous les temps géologiques en commençant par l'époque la plus ancienne et en passant d'âge en âge jusqu'à l'époque actuelle. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à trois heures et demie.

Cours d'anthropologie. — M. de Quatrefages professeur. — Le professeur traitera l'histoire détaillée des races humaines. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

Cours de pathologie comparée. — M. Bouley, professeur. — Le professeur traitera des maladies contagieuses dans les différentes espèces et de l'influence des travaux de laboratoire sur le progrès de la médecine d'observation. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à dix heures.

Cours de dessin appliqué à l'histoire naturelle. — M. Fremiet, pour les *Animaux*. — Ce cours, qui se fait pendant le second semestre, aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à trois heures.

— M. Le Sourd-Beauregard, pour les *Plantes*. — L'ouverture de ce cours, qui dépend de la marche de la saison, sera annoncée par une affiche particulière. Il aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure et demie.

La bibliothèque du Muséum est ouverte aux lecteurs, de 10 à 4 heures, tous les jours, excepté les Dimanches et Jours fériés.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Année scolaire 1884-1885. — *Premier semestre.*

Zoologie. M. A. Milne-Edwards, professeur, mardi et samedi à midi 1/2. — Le professeur traitera de l'histoire naturelle des animaux. Amphithéâtre du Sud.

Histoire naturelle des médicaments. M. Planchon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures. — Le professeur traitera des produits fournis par les familles depuis les cryptogames jusqu'aux labiées. Amphithéâtre du Nord.

Chimie minérale. M. Riche, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/4. — Après avoir développé les généralités de la chimie, le professeur traitera des métaux et de leurs composés. Amphithéâtre du Nord.

Physique. M. Le Roux, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 3/4. — Le professeur traitera des propriétés générales de la chaleur et de l'électricité. Amphithéâtre du Sud.

Pharmacie galénique. M. Bourgoin, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 8 h. 1/2. Nouveau codex. Histoire des saccharolés, médicaments pour usage externe. Amphithéâtre du Sud.

Chimie analytique. M Prunier, agrégé, lundi, mercredi, vendredi. à 9 h. 1/2. — Analyse générale qualitative et quantitative par les pesées. Le professeur insistera plus particulièrement sur l'analyse qualitative. Amphithéâtre Nord.

Cours complémentaires. *Chime analytique.* M. Prunier, agrégé, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. — Le professeur traitera de l'analyse générale qualitative et quantitative ; il insistera plus particulièrement sur l'analyse qualitative. Amphithéâtre du Sud.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : Riche, pour la première année. Jungfleisch, pour la deuxième année. Chatin, pour la troisième année (micrographie). Leroux, pour la troisième année (physique). — 1re année. *Chimie.* — 2e année. *Chimie.* — 3e année. *Botanique.* Lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 heures. Laboratoires. — 4e année : Les candidats au diplôme superieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'Ecole, et d'une manière permanente, à tous les travaux et exercices qu'ils jugeront utiles à leurs études.

Résumé des jours et et heures des cours du 1er semestre. Lundis : MM. Planchon, 4 h. ; Bourgoin, 8 1/2 ; Prunier, 9 h. 1/2. — Mardis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4. ; Leroux, 2 h. 3/4. — Mercredis : MM. Planchon, 4 h. ; Bourgoin, 8 h. 1/2 ; Prunier, 9 h. 1/2. — Jeudis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4. ; Leroux, 2 h. 3/4. — Vendredis : MM. Planchon, 4 h. ; Bourgoin, 8 h. 1/2 ; Prunier, 9 h. 1/2. — Samedis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2 ; Riche, 4 h. 1/4 ; Leroux, 2 h. 3/4.

Cours du second semestre.

Botanique phanérogamique. M. Chatin, professeur, mardi et jeudi à midi 1/2. — Le professeur s'occupera plus spécialement cette année des familles naturelles. Amphithéâtre du Nord.

Toxicologie. M. Bouis, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2, Le professeur traitera des généralités et exposera les procédés de recherches des divers poisons minéraux. Il s'occupera ensuite des gaz anesthésiques, des acides organiques, des alcaloïdes et des diverses matières toxiques végétales ou animales. Il terminera par les applications du microscope et du spectroscope à la recherche des taches de sang, etc. Amphithéâtre du Nord.

Pharmacie chimique. M. Baudrimont, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2. — Le professeur traitera de l'étude des sels minéraux usités en pharmacie (sulfures, chlorures, bromures, iodures, azotates, sulfates, chlorates, phosphates, arséniates, carbonates, etc., etc. (Programme de 2e année.) Amphithéâtre du Sud.

Chimie organique. M. Jungfleisch, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2 1re année. — Le professeur développera la première partie du cours. Il exposera en particulier l'histoire des carbures d'hydrogène des alcools et des phénols. Amphithéâtre du Nord.

Hydrologie et histoire des minéraux. M. Bouchardat, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. — Notions générales de minéralogie et hydrologie. — Amphithéâtre du Sud.

Botanique cryptogamique. — M. Marchand, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. — Cryptogames à chlorophylle.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient pour la 1re année à M. le professeur Riche ; pour la 2e année à M. le profeseeur Jungfleisch ; pour la 3e année à M. le professeur Chatin ; pour la 4e année à M. le professeur Leroux. — 1re année. *Chimie.* M. Leidié, maître de Conférences. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures 1/2 au Laboratoire. — 2e année. *Chimie.* M. Lextrait, chef des travaux chimiques. Lundi, mercredi et vendredi, 4 h. 1/2 au Laboratoire. — 3e année. *Micrographie.* M. N..... Lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 h. 1/2. — *Physique.* M. Bourbouze. Jeudi et samedi, de midi à 4 h. 1/2, aux Laboratoires. — 4e année. Les candidats au diplôme supérieur sont

© BIU Santé

admis à tous les travaux et exercices qu'ils jugent utiles à leurs études. — 1re, 2e et 3e années : *Herborisations*, par M. le professeur de botanique.

Dispositions générales.

Inscriptions. — Les inscriptions du 1er trimestre seront délivrées du 20 octobre au 10 novembre, du 3 au 17 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet, aux jours et heures déterminés par le règlement intérieur de l'Ecole. Les Bacheliers reçus à la session de novembre et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque sont admis à prendre leur inscription dans un délai de huit jours après leur réception ou leur libération. Les élèves sont tenus d'écrire eux-mêmes leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance, leur adresse exacte à Paris, et celle de leur famille, sur un registre spécial. Chaque changement de résidence fera l'objet d'une nouvelle déclaration. L'étudiant ne peut, en aucun cas, faire prendre ses inscriptions par mandataire. Toute infraction à ces prescriptions est passible des peines réglementaires. L'élève qui commence ses études à l'Ecole n'est admis à prendre sa première inscription qu'en déposant au Sécrétariat : 1° Son acte de naissance ; 2° Le certificat d'examen de validation de stage ; 3° Le diplôme de bachelier ès sciences complet ou celui de bachelier ès lettres en vue du grade de pharmacien de première classe ; le diplôme de bachelier ès sciences restreint ou le certificat de grammaire en vue du grade de pharmacien de deuxième classe, conformément au décret du 14 juillet 1875 ; 4° S'il est mineur, le consentement, en forme régulière, de son père ou tuteur, l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques ; ce consentement devra indiquer l'adresse du père ou tuteur.

Aux termes du décret du 30 juillet 1883, les étudiants en pharmacie ne pourront, en aucun cas, commencer leur scolarité après le 15 janvier. Aucune dispense ne leur sera accordée. Pour des motifs graves, le Vice-recteur peut accorder l'autorisation de prendre cumulativement les deux premières inscriptions avant la date précitée.

Droits de bibliothèque et travaux pratiques obligatoires. — Ces droits sont toujours perçus simultanément. Les étudiants peuvent, à leur gré ou à celui de leurs familles, les acquitter par anticipation et en totalité, au moment de la première inscription de l'année (1re, 5e, 9e, 13e), ou par fraction d'un, deux ou trois quarts sous réserve d'une déclaration écrite.

Travaux pratiques facultatifs. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions et ceux dont la scolarité sera interrompue par suite d'ajournement à un examen de fin d'année ou semestriel, pourront, sur leur demande écrite, être admis par M. le Directeur à prendre part à telle ou telle série de travaux pratiques, moyennant le payement, en un seul terme, d'un droit fixe de 40 francs. Cette rétribution est indépendante des droits de travaux pratiques obligatoires et ne peut être confondue avec eux. L'admission aux exercices facultatifs ne confère aucun droit à des inscriptions rétroactives.

Examens. — Le régime des examens pour l'obtention des diplômes de Pharmacien de 1re et de 2e classe a été déterminé par les décrets organiques des 12 juillet et 41 août 1878. L'article 25 du décret du 30 juillet 1883 oblige les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe à subir le *trois examens probatoires* devant la Faculté ou Ecole dans le ressort de laquelle ils doivent exercer.

Diplôme supérieur. — Le décret du 12 juillet 1878 a institué un diplôme supérieur qui s'obtient, pour les candidats déjà pharmaciens de 1re classe non pourvus du grade de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, à la suite d'une quatrième année d'études, validée par des épreuves probatoires et la soutenance d'une thèse originale acceptée par l'Ecole. Les candidats qui justifient de l'un des grades de licencié précités ne sont astreints qu'à la soutenance de la thèse. Le diplôme supérieur est équivalent au doctorat ès sciences physiques ou naturelles. Les pharmaciens qui en sont pourvus peuvent être nommés aux emplois de professeurs ou agrégés dans les Ecoles supérieures, aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les Facultés mixtes.

Stage officinal. — Un registre spécial, destiné à recevoir les inscriptions afférentes au stage officinal, est ouvert en permanence au Secrétariat. Pour être admis à prendre la première inscription, les élèves stagiaires devront produire le diplôme de bachelier ou le certificat de grammaire. Tout certificat de stage non appuyé de l'inscription légale sera considéré comme nul. Les stagiaires acquittent un droit fixe de *un franc* par inscription. Avant de prendre la première inscription de scolarité, les élèves en pharmacie de 1re et 2e classe qui justifient de trois ans de stage régulièrement accomplis doivent, aux termes du décret du 31 août 1880, subir un *examen de validation* devant un jury spécial qui se réunit à l'Ecole deux fois par an, aux mois de juillet et de novembre. La première session annuelle s'est ouverte le lundi 3 novembre 1884.

Perception des droits universitaires. — Le service financier des établissements d'enseignement supérieur étant confié, depuis le 1er octobre 1882, à un agent comptable spécial, en vertu du décret du 22 juillet 1882, la perception des droits de bibliothèque et de travaux pratiques obligatoires et facultatifs, le recouvrement et le remboursement des consignations pour examens de toute nature sont opérés désormais à la caisse du Receveur des droits universitaires, rue Saint-Jacques, 55, à Paris, sur la présentation d'un *bulletin de versement* ou d'un *ordre de remboursement*, suivant le cas, que le Secrétaire de l'Ecole délivrera à l'étudiant, ou au candidat ajourné, sur sa demande. Aux termes de l'article 4 de l'arrêté du 25 juillet 1882, les familles des étudiants ont la faculté d'effectuer aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, dans leur département, le versement de tous les produits à recouvrer par le Receveur des droits universitaires. Elles sont tenues de produire le bulletin de versement mentionné ci-dessus et reçoivent un récépissé à talon, que l'étudiant devra présenter au Secrétaire de l'Ecole. (*Voir les instructions spéciales.*)

Bibliothèque. — La Bibliothèque de l'Ecole est ouverte tous les jours non fériés de 11 heures du matin à 4 heures. — *Salles de collections.* Les salles de Collections sont ouvertes aux étudiants aux jours et heures qu'indiquent des affiches spéciales. — *Jardin botanique.* Le jardin botanique est ouvert aux élèves tous les jours non fériés, de 6 heures du matin à 5 heures du soir en été, et de 8 heures à 4 heures en hiver. — *Cours.* L'ouverture des Cours est fixée au lundi 3 novembre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques à l'Institut tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes, celles des *sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections, et celles des *sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; — minéralogie ; — botanique ; — économie rurale ; — anatomie et zoologie ; — médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 heures, rue de l'Ecole-de-Médecine (*Ecole pratique*). Les travaux de la Société embrassent toutes les branches de la biologie, mais plus particulièrement la physiologie expérimentale, la physiologie pathologique, l'histologie normale et pathologique, la clinique, la physique et la chimie médicales. Les étudiants en médecine, qui ont déjà plusieurs années d'études, ont intérêt à suivre les séances de cette Société. Ils pourront y entendre fréquemment, outre leurs professeurs de l'école et leurs maîtres dans les hôpitaux, des hommes tels que M. Berthelot, Paul Bert, Ranvier, Rouget, Malassez, Brown-Séquard, Bouley, Mathias Duval, Pouchet, François Franck, Grimaux, etc., qui comptent parmi les membres les plus assidus. Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard*, qui est de la valeur de 500 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, à 3 heures. Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10 ; pathologie médicale, 13 ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; accouchements, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10 ; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100 ; celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante :

1° Anatomie et physiologie, — pathologie médicale, — thérapeutique et histoire naturelle, — anatomie pathologique, — hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50 ; étrangers, 25). — 2° Pathologie chirurgicale, — médecine opératoire, — accouchements (correspondants nationaux, 24 ; étrangers, 12). — 3° Médecine vétérinaire (correspondants nationaux, 6 ; étrangers, 3). — 4° Physique et chimie médicales, — pharmacie (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10).

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources

© BIU Santé

thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et enfin discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux ; au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits ; elle est ouverte aux membres seuls. Bibliothécaire : M. Briau ; bibliothécaire-adjoint : M. Dureau ; chef des bureaux : M. Bordet.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis et samedis, à midi précis. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service, M. Blot. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. Hardy.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation. — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures à 3 heures.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes et des plus importantes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'École pratique, dans une salle placée au-dessus du musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. — Tous les deux ans, la *Société anatomique* décerne le *Prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. — Le *Progrès médical* publie le compte rendu officiel des séances de cette Société. Les étudiants qui liront ces comptes rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. La plupart de ses membres appartiennent au Corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires. — La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. — Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. — Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. — Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. — Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ (intérêt d'une somme de 10,000 fr.) La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La *Société médicale des hôpitaux* se réunit le 2e et le 4e vendredi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3, à 3 heures et demie. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes, surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets à l'ordre du jour. En outre, tous les trois mois, le secrétaire général, M. Du Castel, lit des rapports fort bien faits sur les maladies régnantes dans le trimestre précédent. Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

La *Société de médecine publique et d'hgiène professionnelle*, fondée depuis huit ans pour étudier et vulgariser toutes les questions relatives à l'hygiène publique et privée, à l'épidémiologie, à la police sanitaire, à la pathologie professionnelle, tient ses séances, 3, rue de l'Abbaye, le quatrième mercredi de chaque mois, à 8 heures du soir. Ses travaux sont publiés chaque mois par la *Revue d'hygiène et de Police sanitaire*, et réunis en 1 volume à la fin de chaque année.

Le nombre des membres de cette Société, déjà considérable, est illimité. Les médecins, les architectes, les ingénieurs, les industriels, les économistes, tous ceux enfin dont les travaux touchent aux grandes questions d'hygiène publique et sociale sont admis à en faire partie. Tout ce qui concerne la Société doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr Henri Napias, 68, rue du Rocher (Paris).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

La *Société de médecine légale* tient ses séances le second lundi de chaque mois, à 3 heures précises, au Palais-de-Justice, dans la salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil. Entrée par le boulevard du Palais, n° 2.

Ces séances constituent de très intéressantes conférences de médecine légale, auxquelles les étudiants, aussi bien que les médecins, trouveraient grand intérêt à assister. Les séances sont publiques. Déjà la Société a fait paraître 7 volumes de Bulletins à la librairie J.-B. Baillière et fils.

Cette Société a organisé, pendant l'Exposition universelle de 1878, un *Congrès international de médecine légale*, dans lequel ont été traitées d'importantes questions, et dont les travaux ont été publiés en un volume distinct des Bulletins de la Société et imprimé à l'imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce. Le *Progrès médical* a l'habitude de publier l'ordre du jour de chaque séance dans le n° qui la précède.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'HYDROLOGIE, ETC.

La *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie* se réunissent, comme la *Société de chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très instructives sur les questions à l'ordre du jour. Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de l'Abbaye, n° 3 ; la *Société française d'hygiène*, etc.

Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études, assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés. La *Société de thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement, le 1er et le 3e vendredi de chaque mois. Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les Sociétés d'arrondissement, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Année 1884-1885.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale. — M. Villemin, professeur.
Clinique chirurgicale. — M. Servier, professeur.
Clinique des maladies vénériennes et cutanées. — M. N....., professeur.
Clinique ophthalmologique. — M. Chauvel, professeur.

Cours.

Épidémiologie. — M. Kelsch, professeur.
Blessures par armes de guerre. — M. Servier, professeur.
Hygiène et médecine légale militaires. — M. Laveran, professeur.
Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. — M. Marty, professeur.
Législation et administration militaires. — M. Massiot, professeur.
Anatomie appliquée. — M. Poncet, professeur.
Médecine opératoire. — M. Chauvel, professeur.
Otoscopie. — M. Servier, professeur.
Laryngoscopie. — M. Villemin, professeur.
Ophthalmoscopie. — M. Chauvel, professeur.

Conférences et exercices pratiques.

Travaux anatomiques. — M. Poulet, professeur agrégé.
Conférences de clinique médicale. — M. Lubanski, prof. agrégé.
Conférences de clinique chirurgicale et d'otoscopie. — M. Charvot, professeur agrégé.

© BIU Santé

Exercices de médecine opératoire. — M. Robert, prof. agrégé.
Exercices d'ophthalmoscopie. — M. Poulet, professeur agrégé.
Conférences d'hygiène et de médecine légale militaires. — M. Du Cazal, professeur agrégé.
Conférences et exercices d'anatomie pathologique. — M. Lubanski, professeur agrégé.
Conférences d'épidémiologie. — M. Zuber, professeur agrégé.
Petite chirurgie, bandages et appareils. — M. Bousquet, professeur agrégé.
Manœuvres d'ambulance. — M. Charvot, professeur agrégé.
Manipulations chimiques. — M. Raby, professeur agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Cours et conférences.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. — M. Marty, professeur.
Hygiène et médecine légale militaires. — M. Laveran, professeur.
Législation et administration militaires. — M. Massiot, professeur.
Analyse chimique. — M. Raby, professeur agrégé.
Pharmacie militaire et comptabilité. — M. Raby, prof. agrégé.
Matière médicale. — M. Raby, professeur agrégé.

Nota. — Par autorisation du Ministre de la guerre, les élèves civils peuvent être admis à suivre les cours de l'école; à cet effet, ils devront se présenter à M. le Directeur, qui leur remettra des cartes d'entrée.

ÉCOLES DENTAIRES

Le *Progrès médical* a été l'un des premiers journaux de médecine français à signaler l'insuffisance de l'enseignement de l'odontologie et l'insuffisance des services hospitaliers. La Faculté n'a rien fait et l'Assistance publique n'a pas réalisé le vote du Conseil municipal l'invitant à créer des services dentaires dans les hôpitaux et à les confier à des dentistes nommés au concours. L'initiative individuelle, et nous nous en félicitons, a comblé la lacune que la Faculté aime à conserver.

Il existe à Paris plusieurs écoles libres dentaires : l'une dont le siège est rue Richer, 23, a été fondée en 1880, elle est dirigée par le Dr Lecaudey. Le corps enseignant se compose pour les cours théoriques et pratiques du soir des Drs Deny (Anatomie et physiologie), Gérard (Histoire naturelle, démonstrations et exercices pratiques de micrographie), Aubeau (Thérapeutique et matière médicale), Decaudin (Dissection), Faucher) (Physique, chimie et métallurgie appliquée à l'art dentaire), Thomas (Eléments de pathologie générale), Prengrueber (Anatomie topographique de la bouche et de ses annexes), David (Pathologie spéciale), M. Poinsot (Thérapeutique spéciale, traitement et obturation des dents), M. Viau (Prothèse et mécanique dentaires). Les cliniques qui ont lieu tous les matins de 8 heures à 10 heures 1/2 sont dirigées par MM. Lavett, David, Aubeau, Viau, Thomas, Poinsot et Decaudin, assistés de chefs de clinique et de démonstrateurs. Divers laboratoires sont annexés à cette école. Soutenue par l'association générale des dentistes de France, elle a reçu l'appui de MM. Trélat, Verneuil, Bert, Hérard, Pinard; elle délivre des diplômes. Son enseignement comprend deux années d'études et une année préparatoire pour les jeunes gens complètement étrangers à la profession. Les frais d'inscription, d'examen et de diplôme s'élèvent à 600 francs.

Une autre école dentaire existe depuis le 7 janvier 1884, rue de l'Abbaye, 3, elle est dirigée par le Dr Brasseur. Les cliniques (de 8 à 10 h. du matin) sont faites par les Drs Goldenstein, Stevens, Giraud, Paulin, Andrieu, Colignon, Amyot et Michaëls. Les cours théoriques ont lieu tous les soirs sauf les mardis et jeudis : Dr Ramonat (Pathologie et thérapeutique) lundi et vendredi de 8 à 9 heures; Dr Demontporcelet (Anatomie et physiologie), lundi de 9 à 10 h. et samedi de 8 à 9 h.; Dr Saussine (Mécanique et prothèse dentaires), mercredi de 9 à 10; Viron (Physique, chimie, histoire naturelle et pharmacologie), mercredi de 8 à 9; Gaillard (Pathologie et thérapeutique dentaire) vendredi de 9 à 10 h. Exercices de dissection, manipulations chimiques, etc. — Dentisterie opératoire, aurifications, par MM. Du Bouchet, Bogue, Kingsley, Thomas. Le Conseil scientifique se compose de MM. Gosselin, Richet, Gavarret, Béclard, Bouchardat, Sappey, Trélat, Le Fort, Guyon, Duplay, Fournier et Brouardel. La durée des études est de trois années à la fin desquelles à la suite d'examens il est délivré aux élèves un diplôme de capacité dit de l'institut odontotechnique de France. Est admis à l'école tout individu âgé de 17 ans au moins présentant un duplicata de l'un des 2 baccalauréats, ou le certificat de grammaire ou celui de l'enseignement secondaire spécial. Pendant les deux premières années, le livret d'enseignement primaire et l'examen du volontariat sont admis. Les frais d'études, d'inscription, d'examen et de diplômes, s'élèvent à 760 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Année scolaire 1884-85 (Semestre d'hiver).

Cours des professeurs.

Pathologie externe. — M. Boyer, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. — Des lésions organiques au point de vue chirurgical.
Anatomie. — M. Benoit, professeur, doyen, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. — Enseignement des diverses branches de l'anatomie humaine. Le professeur confiera au chef des travaux anatomiques et au prosecteur les démonstrations qui seront nécessaires pour compléter le Cours.
Physiologie. — M. Lannegrace, chargé de cours, mardi, jeudi, samedi, à 3 h. — Fonctions du système musculaire, du système nerveux périphérique et du grand sympathique.
Chimie. — M. Engel, professeur, lundi, mardi, mercredi, à 9 h. 1/2. — Chimie organique (continuation).

Cours auxiliaires.

Anatomie. — M. Chalot, agrégé, chef des travaux anatomiques, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — Complément du cours du professeur: névrologie et angéiologie. — M. Gilis, prosecteur, mardi, jeudi, samedi, à 1 h. — Ostéologie, Syndesmologie.
Histoire naturelle et zoologie médicale. — M. Granel, agrégé, mardi, jeudi, samedi, à 3 h. — Classifications zoologiques, Etude des animaux et de leurs produits au point de vue médical.
Obstétrique. — M. Dumas (Léon), agrégé, mardi, jeudi, samedi, à 2 h. — Le nouveau-né (anatomie, physiologie, hygiène).
Physique. — M. de Girard, agrégé, jeudi, vendredi, samedi, à 9 h. 1/2. — Pesanteur, hydrostatique, chaleur, acoustique.
Anatomie pathologique et histologie. — M. Carrieu, agrégé. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — La peau et les organes des sens (histologie et anatomie pathologique).

Cliniques annuelles.

Clinique interne. — MM. Dupré et Combal, professeurs, tous les jours, à 7 h., hôpital Saint-Eloi.
Clinique externe. — MM. N..., chargé de cours, et Dubrueil, professeur, tous les jours, à 7 h., hôpital Saint-Eloi.
Clinique d'accouchements. — M. Dumas, professeur, tous les jours, à 9 h., hôpital Saint-Eloi. — MM. les élèves sont admis par séries aux accouchements.
Clinique des maladies nerveuses et mentales. — M. Cavalier, professeur, tous les jours, à 9 h., asile des aliénés.
Clinique des maladies des enfants. — M. Battle, chargé de cours, tous les jours, à 7 1/2, hôpital général.
Clinique des maladies des vieillards. — M. Hamelin, chargé de cours, tous les jours, à 7 1/2, hôpital général.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. M. Gayraud, chargé de cours, tous les jours, à 7 1/2, hôpital Saint-Eloi.

Travaux pratiques.

Anatomie. — MM. Benoit, doyen, professeur, Chalot, chef des travaux et Gilis, prosecteur, tous les jours, de 8 h. du matin à 9 h. du soir. — Dissections dans les pavillons anatomiques.
Anatomie pathologique. — MM. Estor, professeur et Carrieu, chef des travaux, mardi, jeudi, samedi, de midi à 2 h. — Exercices d'histologie pathologique,
Physique. — MM. Mottessier, professeur et N..., chef des travaux, lundi, mercredi, vendredi, de 8 h. à 11 h. du matin. — Exercices de physique médicale.

Cours du semestre d'été.

Accouchements. — M. Dumas, professeur.
Physique médicale. — M. Mottessier, professeur.
Anatomie pathologique et histologie. — M. Estor, professeur,
Médecine légale toxicologie. — M. Jaumes, professeur.
Hygiène. — M. Bertin, professeur.
Thérapeutique et matière médicale. — M. Grasset, professeur.
Botanique et Histoire naturelle médicale. — M. Planchon, professeur.

Cours auxiliaires.

Pathologie externe. — M. Tédenat.
Pathologie interne. — M. Regimbeau.
Pathologie et thérapeutique générale. — M. Mairet.
Physiologie. — M. Bimar.
Ophthalmologie. — M. Jacquemet.
Chimie. — M. Ville.

Collections de la Faculté.

Le *Musée anatomique* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 h.

© BIU Santé

Le *Conservatoire du Jardin des plantes* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 h.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi à 4 h., excepté le mercredi, et tous les soirs, de 7 h. et demie à 9 h. et demie.

Division des études (Semestre d'hiver).

Première année.

Chimie. Cours du professeur. — *Physique.* Cours auxiliaire. Travaux pratiques. — *Histoire naturelle.* Cours auxiliaire.

Deuxième année.

Anatomie. Cours du professeur. Cours du chef des travaux. Cours du prosecteur. Dissections. — *Anatomie pathologique et Histologie.* Cours du professeur. — *Physiologie.* Cours auxiliaire. — *Cliniques.* Facultatives.

Troisième année.

Anatomie, Cours du professeur. Cours du chef des travaux. Dissections. — *Anatomie pathologique et Histologie.* Cours du professeur. — *Opérations et appareils.* Cours du professeur. — *Physiologie.* Cours auxiliaire. — *Pathologie externe.* Cours du professeur. — *Pathologie interne.* Cours du professeur.— *Cliniques.*

Quatrième année.

Opérations et appareils. Cours du professeur. — *Pathologie externe.* Cours du professeur. — *Pathologie interne.* Cours du professeur. — *Anatomie pathologique.* Travaux pratiques. — *Cliniques.*

Dispositions réglementaires.

Pour être admis à s'inscrire, l'*étudiant qui aspire au grade de Docteur* doit déposer au Secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° un certificat de bonne vie et mœurs ; 3° s'il est mineur, l'autorisation de ses père, mère ou tuteur : les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint ou complet, ou de bachelier de l'enseignement spécial.

Les *aspirants au titre d'Officier de santé* sont dispensés de produire les deux diplômes ci-dessus; mais ils doivent être âgés de 17 ans, et, à défaut de diplômes, présenter le certificat de grammaire exigé par l'article 6 de l'arrêté du 23 novembre 1854. Les inscriptions d'Officier de santé ne seront plus, en aucun cas, converties en inscriptions de Doctorat pour les élèves en cours d'études; néanmoins, cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins (Art. 6 du décret du 20 juin 878).

Les inscriptions doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 2 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet, et elles ne sont valables qu'autant qu'elles sont régularisées dans la dernière quinzaine de chaque trimestre, par la signature des élèves sur le registre des présences et le dépôt du certificat de stage dans les hôpitaux.

L'élève dont les parents ne résident pas à Montpellier, doit y avoir un correspondant agréé par l'Administration de la Faculté.

Les examens de fin d'année (ancien régime) des élèves qui ont été ajournés, ou qui ont obtenu une autorisation de les subir à la rentrée, ont commencé le lundi 25 octobre.

Les examens pour l'obtention du certificat de grammaire que doivent fournir les aspirants au titre d'Officier de santé, ont eu lieu le jeudi 6 novembre, à 8 heures du matin, dans une des salles du Lycée.

Sociétés savantes.

Académie des sciences et lettres de Montpellier, dont une section de médecine (vingt membres).

Société de médecine et de chirurgie pratiques. — Société de professeurs, d'agrégés, de médecins de la ville, d'internes, etc.

Société médicale d'émulation. — Sociétés d'élèves. Président : M. le professeur Duberuil ; vice-présidents : MM. Hamelin et Grasset. Tous les élèves ayant huit inscriptions peuvent y être admis, sur leur demande. Chaque élève, à tour de rôle, lit un mémoire clinique avec des observations. Ce mémoire est l'objet d'une argumentation régulière par trois autres membres désignés et puis d'une discussion générale. Les séances sont publiques. La Société décerne tous les ans deux prix au meilleur mémoire présenté : 1° par les élèves ayant moins de douze inscriptions ; 2° par les élèves ayant plus de douze inscriptions.

Bibliothèque et Collections.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi à 4 heures et le soir de 7 heures et demie à 9 heures et demie. — Le dernier numéro de tous les journaux reçus est sur la table à la disposition de tout le monde: On peut demander les journaux de l'année non encore reliés. La bibliothèque renferme 40,000 volumes. — *Bibliothécaire* : M. le Dr Gordon. — *Sous-bibliothécaire* : M. le Dr Coste.

Conservatoire. Musée anatomique. — Le Conservatoire est ouvert tous les jours aux élèves, de midi à 5 heures. Conservateur : M. Grynfeltt, agrégé.

Jardin botanique. — Le jardin botanique et le Conservatoire botanique sont ouverts aux élèves, tous les jours, de 3 heures à 4 heures. — Directeur du Jardin des plantes : M. le professeur Martins ; conservateur : M. Barraudon.

Journaux scientifiques. — Montpellier médical ; — Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier.

Concours. — Une série de concours est annoncée pour les divers adjuvats, pour cinq places d'externe et pour une place d'interne.

Montpellier, 31 octobre 1884.

Mon cher Rédacteur en chef,

Le personnel enseignant de la Faculté de médecine de Montpellier a fait, dans l'année qui vient de s'écouler, deux pertes sensibles : Courty a définitivement fait valoir ses droits à la retraite et Bouisson a succombé à une maladie qui le retenait loin de son enseignement depuis quelques mois.

Quoiqu'il soit toujours difficile de remplacer dignement de pareils hommes, il serait fort désirable qu'on ne retardât pas indéfiniment les déclarations de vacance de ces deux chaires de clinique chirurgicale et de médecine opératoire. Ceci soulève une question très grave. Il faudrait ou que les vacances soient règlementairement déclarées un temps donné après la disparition du titulaire, ou que la Faculté intéressée fût souveraine pour décider du moment opportun et obtint par suite toujours la déclaration de vacance, dès qu'elle la sollicite. Ce serait là de la bonne décentralisation et de la saine autonomie.

Actuellement, le ministère en agit à sa guise. Ce n'est qu'après de longues démarches répétées que la chaire de physiologie a été déclarée vacante et encore Lannegrace, présenté par la Faculté pour cette chaire au mois d'août dernier, n'est-il pas encore nommé officiellement. Je vous envoie, au lieu de l'affiche, une petite brochure qui contient un tableau complet de nos cours et exercices.

Pour le nombre des élèves, je dois seulement faire remarquer (pour le cas où on voudrait le comparer avec celui de Lyon, Lille ou Bordeaux) que dans ces dernières villes, la Faculté étant mixte, comprend non seulement les étudiants en médecine, mais aussi les étudiants en pharmacie qui, ici (comme à Nancy et à Paris), figurent à l'Ecole supérieure de pharmacie.

Comme nombre de thèses, il y a accroissement sur les années précédentes. Nous atteindrons certainement et dépasserons peut-être 80 thèses au mois de décembre (les numéros partant du 1er janvier). Je signalerai, en passant (parce que le *Progrès médical* en a déjà parlé), le rôle qu'a joué notre personnel dans la dernière épidémie cholérique : un professeur, trois agrégés, et une trentaine d'étudiants sont allés à Toulon, à Marseille, Gigean, Fabrègues, Cette, Salindres, etc., aider à soigner les cholériques.

Nous avons tous applaudi ici aux récompenses déjà décernées aux Lyonnais à l'occasion de la même épidémie et nous espérons que l'oubli dans lequel on parait avoir laissé les Montpelliérains n'est qu'apparent et ne sera que momentané.

Il doit y avoir eu ces jours-ci, à Paris, une première réunion des délégués (professeurs et agrégés) que les diverses Facultés ont nommés après les dernières élections au Conseil supérieur, afin de concerter et d'entretenir l'accord sur les grandes questions en suspens. Puissent-ils faire de bonne besogne et surtout puissent-ils, après avoir pris de sages conclusions, les faire prévaloir et appliquer par l'autorité supérieure. Ce serait le plus utile ; mais je le souhaite sans l'espérer.

Notre nouvel Institut de physique et de chimie est complètement installé ; ces deux services y ont fonctionné dès le mois d'avril dernier, avec un magnifique outillage, qu'envient un peu les pauvres enseignements, qui, comme la thérapeutique, ne peuvent obtenir la plus minime subvention pour l'installation d'un laboratoire.

Notre bel hôpital Suburbain (système Tollet) s'élève assez rapidement et, dans un an d'ici, je ne serais pas étonné que les services des cliniques puissent y être installés.

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur en chef, l'assurance de mon plus affectueux dévouement. Dr X.

© BIU Santé

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885.

Cliniques, Cours et Exercices pratiques.

Cliniques. — Clinique médicale : M. Victor Parisot, professeur, à l'hôpital civil 2e, 3e, 4e années. — Clinique médicale : M. Bernheim, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années: — Clinique chirurgicale; M. Gross, professeur, à l'hôpital civil 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale : M. Weiss, agrégé, à l'hôpital des cliniques, 2e, 3e, 4e années. — Clinique obstétricale et gynécologique : M. Herrgott, professeur, à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique ophthalmologique : M. Rohmer, à l'hôpital civil, 4e et 5e années.— Clinique des maladies des vieillards : M. Demange, agrégé, à l'hôpital Saint-Julien, 4e et 5e années.— Clinique des maladies syphilitiques : M. Spillmann, agrégé à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des maladies cutanées et scrofuleuses : M. A. Herrgott, agrégé, à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des maladies mentales : M. Langlois, chargé de cours, à l'hospice de Maréville, 4e et 5e années.

Semestre d'hiver. — *Cours.* Physique médicale : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. Cours complémentaire de physique médicale : M. Bagnéris, agrégé. — Chimie minérale et chimie organique : M. Garnier, agrégé, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Histoire naturelle médicale : M. Macé, chargé du cours, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Anatomie descriptive : M. Lallement, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Histologie : M. Baraban, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années.— Anatomie et physiologie pathologiques : M. Feltz, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 2e et 3e années. — Pathologie externe : M. Heydenreich, professeur à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie interne : M. Hecht, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 8e et 4e années. — Thérapeutique et matière médicale : M. Coze, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e, 4e et 5e années. — Médecine légale : M. Tourdes, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années. — Accouchements : M. Herrgott, agrégé.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique : M. Charpentier, professeur, au laboratoire de physique, 1re année. — Manipulations chimiques : M. Garnier, agrégé, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Histoire naturelle et botanique : M. Macé, agrégé, au laboratoire de botanique, 1re année. — Dissections : M. Lallement, professeur, à la salle de dissection, 2e et 3e années. — Histologie : M. Baraban, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 3e et 4e années. — Conférences d'hygiène : M. Poincaré, professeur, au laboratoire d'hygiène, 4e et 5e années. — Bandages et appareils : M. Rohmer, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années. — Méthode d'exploration médicale : M. Spillmann, agrégé, à l'hôpital des cliniques, 2e et 3e années.

Semestre d'été. — *Cours.* — Chimie analytique et toxicologie : M. Garnier, agrégé, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Physique médicale : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Physique médicale (cours complémentaire) : M. Bagnéris, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Botanique : M. Macé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Physiologie : M. Beaunis, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Médecine opératoire : M. Chrétien, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie. — Hygiène : M. Poincaré, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 4e et 5e années. — Pathologie externe : M. Béchet, adjoint, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie générale : M. Demange, adjoint, à l'amphithéâtre des cours, 2e et 3e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique : M. Charpentier, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Conférences analytiques de chimie biologique et manipulations : M. Garnier, agrégé, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Botanique : M. Macé, agrégé, au laboratoire de botanique, 1re année. — Histologie normale : M. Baraban, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Physiologie expérimentale : M. Beaunis, professeur, au laboratoire de physiologie expérimentale, 2e et 3e années.— Autopsies, anatomie et histologie pathologiques : M. Feltz, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 3e et 4e années. — Conférence de médecine légale : M. Tourdes, professeur, au laboratoire de médecine légale 4e et 5e années. — Conférences pratiques de médecine opératoire : M. Chrétien, professeur, au laboratoire d'anatomie, 3e et 4e années. — Conférences de thérapeutique : M. Coze, professeur, au laboratoire de thérapeutique, 4e et 5e années. — Méthode d'exploration médicale : M. Spillmann, agrégé, à l'hôpital des cliniques, 2e année. — Médecine opératoire obstétricale : M. Hergott, à l'amphithéâtre d'anatomie. — Bandages et appareils : M. Rohmer, agrégé, à l'hôpital des cliniques, 2e et 3e années. — Conférences sur les maladies des enfants : M. Schmitt, agrégé.

Dispositions réglementaires.

Les études pour obtenir le diplôme de docteur en médecine durent quatre années, pendant lesquelles les étudiants doivent prendre 16 inscriptions trimestrielles, aujourd'hui complètement gratuites.

Les aspirants au doctorat, *suivant le régime établi par le décret du 20 juin* 1878, sont tenus de produire, en prenant leur 1re inscription, les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint.

Ces élèves ont à subir cinq examens probatoires, dont les 2e, 3e et 5e sont divisés en deux parties, et à soutenir une thèse sur un sujet de leur choix.

Le 1er examen est passé après la 4e inscription et avant la 5e.

La 1re partie du 2e examen est subie après l'expiration du 10e trimestre d'étude, et avant la 12e inscription, et la 2e partie de cet examen, après la 12e et avant la 14e inscription. (Art. 1er du décret du 23 juillet 1882.)

Le 3e examen ne peut être passé qu'après l'expiration du 16e trimestre d'études. Les autres se subissent successivement et sans délai obligatoire.

Tout candidat qui n'aura pas soutenu avec succès le 1er examen, en novembre au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Les droits à verser sont les suivants :

16 droits de bibliothèque, à 2 fr. 50 c. l'un, ci.				40 fr.
Frais matériels de travaux pratiques.	1re année, à 15 fr. par trimestre. . . .			60
	2e —	10	—	40
	3e —	10	—	40
	4e —	5	—	20
8 examens ou épreuves, à 55 fr. l'un, y compris 25 fr. pour le certificat d'aptitude.				440
Thèse, avec certificat d'aptitude et diplôme.				240

Les *aspirants au titre d'officier de santé* font quatre années d'études, pendant lesquelles ils doivent prendre 16 inscriptions trimestrielles gratuites. (Décret du 1er août 1883, art. 5.) Ils ont à subir 3 examens de fin d'année et 3 examens probatoires. Les examens de fin d'année se passent : le 1er après la 4e, le 2e, après la 8e, le 3e après la 12e inscription.

Les examens probatoires se subissent successivement et sans délai obligatoire, après 16 inscriptions.

Les candidats versent pour le	1er	un droit de.		100 fr.
—	—	2e	—	110 —
—	—	3e	—	210 —

Ces étudiants payent les droits de bibliothèque, comme les aspirants au doctorat. Les travaux pratiques sont obligatoires. Ils passent l'examen de 1re année sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle ; de 2e année, sur l'anatomie et la physiologie ; de 3e année, sur l'anatomie, la physiologie et la médecine opératoire. (Art. 3 du décret du 1er août 1883.)

Les aspirants au doctorat en médecine déposeront, outre leurs diplômes ou certificats d'admission à ces diplômes : 1° un extrait de leur acte de naissance ; 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° le consentement de leurs parents ou tuteurs les autorisant à suivre les études médicales.

Les aspirants au titre d'officier de santé produisent, outre les trois pièces ci-dessus, le certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement spécial. Le jury composé de trois membres est nommé par le Recteur. (Décret du 1er août 1883, art. 1er.) Le diplôme de bachelier ès lettres ou celui de bachelier ès sciences peut aussi être présenté pour obtenir l'inscription.

Tout élève dont les parents ou tuteurs ne résident pas à Nancy doit y avoir un correspondant agréé par l'Administration de la Faculté.

Les cours de la Faculté, le stage dans les hôpitaux, les exercices pratiques, sont obligatoires, dans les conditions indiquées par les règlements ; les cours peuvent être suivis par des auditeurs bénévoles qui sont tenus, en prenant leurs inscriptions sur un registre ouvert à cet effet, de produire un certificat de bonnes vie et mœurs.

Des prix afférents à chacune des quatre années d'études sont décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleures thèses. Un prix, dit d'internat, fondé par feu le Dr Bénit, est donné par concours aux élèves-aides de clinique et internes. Des concours sont ouverts chaque année pour des places rétribuées de préparateurs et d'aides dans les différents laboratoires et dans le service d'anatomie et pour l'externat et l'internat dans les hôpitaux.

Les parents ou tuteurs seront tenus au courant de la situation scolaire de leurs fils ou pupilles.

Le registre des inscriptions s'ouvre le 22 octobre, et se ferme le 6 novembre. Les cours et les examens commencent le 3 novembre. Une session d'examens, pour les engagés conditionnels d'un an, commence le 20 octobre. Les salles de dissection, les musées et la bibliothè-

****

© BIU Santé

que sont ouvertes à dater du 20 octobre. Les cours du semestre d'hiver commencent le 3 novembre, ceux du semestre d'été, le 16 mars. Les laboratoires sont ouverts du 4 novembre au 15 juillet (art. 3 de l'arrêté du 18 mai 1880).

Doyen honoraire : M. Stoltz. — *Professeurs honoraires :* MM. Caillot, Stoltz, Bach. — *Professeurs adjoints :* MM. Roussel, Béchet, Demange, E. Parisot. — *Professeurs agrégés :* MM. Spillmann, E. Demange, A. Herrgott, Garnier, Weiss, Schmitt, Rohmer, Baraban, Bagnéris, Magé.

Nancy, 30 octobre 1884.

Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré confrère.

Il y a un an, j'étais heureux de vous annoncer qu'une nouvelle ère de prospérité allait commencer pour notre Faculté de médecine, grâce à l'ouverture de l'hôpital des Cliniques et à la création à Nancy d'une école préparatoire de service de santé militaire; personne alors ne pensait que, sur ce dernier point, nos espérances allaient si vite être déçues.

Vous connaissez les faits : la municipalité nancéienne s'était imposé les plus généreux sacrifices, le décret de création était rendu, les divers projets pour l'installation matérielle de la nouvelle école étaient étudiés et avaient déjà reçu un commencement d'exécution, quand des nécessités budgétaires, d'autres raisons aussi sans doute firent rejeter, ajourner du moins la création nouvelle. Que ceux qui pensent que tout est pour le mieux dans l'organisation actuelle de la médecine militaire soient satisfaits; mais qu'ils jettent les yeux sur les résultats obtenus depuis quelques années et ils verront que malgré tout, l'établissement d'écoles préparatoires est nécessaire, indispensable, si l'on ne veut pas voir décliner cette grande institution de la médecine militaire qui brillait autrefois avec tant d'éclat dans les annales de la science française. Ce jour-là, nous l'espérons fermement, Nancy aura sa revanche.

A la rentrée dernière a eu lieu l'inauguration de notre nouvel hôpital des Cliniques. Je ne reviendrai pas sur ce que je vous disais, il y a un an, de l'installation des divers services; s'il existe encore quelques lacunes, elles seront comblées avec le temps. Nous avons eu cette année un pavillon d'isolement, provisoire et imparfait sans doute, mais suffisant en temps ordinaire, pour les affections contagieuses; dès les premières nouvelles du fléau qui a sévi si cruellement dans le midi de la France, les vastes terrains situés derrière l'hôpital avaient été aménagés pour recevoir, en cas de besoin, des bâtiments pour les cholériques; on a construit une grande étuve pour la désinfection des linges et literies contaminés, etc. Si chaque année on réalise de pareilles améliorations, Nancy possédera bientôt un grand hôpital modèle.

A quand la création d'un pharmacien d'hôpital. Ce sera là notre éternel refrain tant que satisfaction n'aura pas été donnée à nos justes réclamations.

Notre Faculté a été très cruellement éprouvée cette année. Deux de ses membres les plus distingués, Morel et Ritter, ont succombé l'un presque au milieu de ses élèves, l'autre emporté par une maladie cruelle qui, depuis plus d'un an déjà, le tenait éloigné de son enseignement. Deux vides considérables; deux nouvelles chaires vacantes, celle d'histologie normale, et celle de chimie médicale, à ajouter à la chaire de botanique et histoire naturelle occupée autrefois par M. Engel et à celle de clinique chirurgicale où avait brillé le regretté professeur Michel.

Ces cours ont été confiés cette année aux agrégés des diverses sections qui s'en sont acquittés à la satisfaction de tous; mais alors pourquoi tant de retards dans la nomination des titulaires? N'oublions pas le deuil profond causé par la mort de M. Ed. Simonin, ancien directeur de l'école de médecine et professeur honoraire de notre Faculté depuis que la maladie l'avait forcé à abandonner la clinique chirurgicale.

Peut-être avez-vous déjà été renseigné sur les difficultés qui ont surgi à un moment donné parmi le personnel enseignant de la Faculté à la suite de l'examen d'une question posée l'année dernière par M. le Ministre de l'instruction publique : « De l'utilité qu'il y aurait à créer des Universités; de l'autonomie qu'il conviendrait de donner à ces Universités. » Parmi les points soulevés dans le rapport fait au nom d'une commission chargée d'examiner la question, trois surtout ont été discutés. Vous pensez bien que tout le monde fut unanime à réclamer la suppression des classes de professeurs, telles qu'elles sont établies actuellement, et à demander la répartition en deux classes, l'avancement ayant lieu exclusivement à l'ancienneté. Il n'en fut pas de même quand il s'agit du concours d'agrégation et de la nomination des professeurs. Sur ce dernier point, la majorité resta à l'idée d'une sorte de concours basé sur les titres et travaux scientifiques des candidats et sur *quelques épreuves déterminées par un règlement spécial* (?).

Quant aux concours d'agrégation, le rapport demandait qu'ils eussent lieu « au siège de chacune des Facultés, près lesquelles des places d'agrégés sont vacantes. » Ce paragraphe, après une longue discussion, n'a pas été accepté par la Faculté qui l'a remplacé par le suivant : « Les concours d'agrégation ont lieu à Paris, avec cette condition que toutes les Facultés sont représentées dans chaque jury. » Il est à remarquer que la plupart des jeunes professeurs et tous les agrégés étaient partisans du concours d'agrégation à Paris et du maintien du *statu quo* pour la nomination des professeurs.

Qu'adviendra-t-il de tous ces vœux? Je n'insiste pas : nous savons trop en province que cette autonomie que l'on nous fait parfois espérer, que ces idées de décentralisation qu'on fait miroiter devant nous, sont énergiquement combattues en haut lieu, et ne sauraient, actuellement du moins, avoir aucune portée effective. Ce sont là, du reste, des questions qui n'intéressent que médiocrement les étudiants auxquels vous destinez cette lettre.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de mes sentiments de parfaite confraternité. Dr T.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY

ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885.

Cours, conférences et travaux pratiques.

Cours de chimie minérale.— M. Jacquemin, professeur, 1re année.
Cours d'histoire naturelle, zoologie. — M. Bleicher, professeur, 1re année.
Cours de pharmacie galénique. — M. Delcominète, suppléant chargé du cours, 1re année.
Conférences de chimie analytique.—M. Klobb, chef des travaux pratiques, 1re année.
Cours de chimie organique sériale.— M. Jacquemin, professeur, 2e année.
Cours de matière médicale. — M. Godefrin, chargé du cours, 2e année.
Cours d'histoire naturelle médicale. — M. Bleicher, professeur, 2e année.
Cours de pharmacie chimique. — M. Held, agrégé, chargé du cours, 2e année.
Conférence de chimie analytique. — M. Klobb, chef des travaux pratiques, 2e année.
Cours de chimie des corps organisés. — M. Jacquemin, professeur, 3e année.
Cours de toxicologie. — M. Schlagdenhauffen, professeur, 3e année.
Conférence de toxicologie. — M. Schlagdenhauffen, professeur, 3e année.
Cours complémentaire de minéralogie et d'hydrologie. — M. Held, agrégé, chargé du cours, 3e année.
Cours complémentaires de la Faculté des sciences. — 4e année.
Travaux pratiques de chimie, d'analyse et de toxicologie. — M. Klobb, chef des travaux, 1re, 2e et 3e années.
Travaux pratiques de pharmacie. — M. Held, agrégé, chargé de cours, 2e année.
Travaux pratiques de micrographie générale. — M. Bleicher, professeur, 2e année.
Travaux pratiques de micrographie appliquée. — M. Godfrin, chargé de cours, 3e année.
Travaux particuliers, recherches pour thèses. — M. Jacquemin, 4e année.

Nota. — Un programme spécial, qui sera arrêté par l'Ecole, dès la rentrée prochaine, fera connaître les jours et heures auxquels auront lieu les cours, conférences et travaux pratiques.

Dispositions réglementaires.

Le décret du 12 juillet 1878, portant règlement d'administration publique sur les études et les examens des aspirants au titre de pharmacien de 1re classe; le règlement du 31 juillet 1878, qui déter-

© BIU Santé

mine les conditions d'études pour le diplôme supérieur de pharmacien, et le décret du 31 aout 1878 portant règlement d'administration publique relatif aux conditions d'études des candidats au grade de pharmacien de 2e classe, constituent, avec le décret du 15 juillet 1875, la législation actuelle des études pharmaceutiques.

Aux termes de ces divers règlements, les aspirants au grade de pharmacien de 1re classe doivent justifier du diplôme de bachelier ès lettres ou du diplôme de bachelier ès sciences complet, de 3 années de stage régulièrement accompli dans une officine, et avoir subi avec succès l'examen de validation de stage.

Les aspirants au diplôme supérieur de pharmacie devront justifier du grade de pharmacien de 1re classe et de celui de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, et soutenir une thèse. A défaut d'une de ces licences, ils devront accomplir une 4e année d'études pharmaceutiques et subir un examen comprenant une épreuve écrite, une épreuve pratique et une épreuve orale sur les matières de licences ès sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie.

Les aspirants au diplôme de pharmacien de 2e classe doivent produire le certificat d'examen de grammaire, justifier de 3 années de stage régulièrement accompli dans une officine, et avoir subi avec succès l'examen de validation de stage. (*Le certificat correspondant au 1er examen du baccalauréat ès lettres peut remplacer le certificat de grammaire.*)

Les registres des inscriptions seront ouverts du 22 octobre au 6 novembre. Tout élève qui se présentera pour prendre une première inscription sera tenu de déposer au secrétariat de l'Ecole :

1° Son acte de naissance, dûment légalisé ; 2° Un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° S'il est mineur, le consentement, en forme régulière, de son père ou tuteur, l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques ; 4° L'indication de son domicile à Nancy.

Des prix afférents à chacune des trois années d'études et proclamés à la séance solennelle de rentrée des Facultés, seront décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleures thèses. Il est en outre accordé, conformément aux dispositions de l'article 8 du décret du 12 juillet 1878, des récompenses pour travaux pratiques aux élèves les plus méritants.

La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte aux élèves. — Les cours, conférences et travaux pratiques ont commencé le 3 novembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1884.

Anatomie normale. — M. Demon, chargé du cours. Sens nerveux. — Système lymphatique. La leçon du lundi sera spécialement réservée à l'Anatomie topographique avec applications à la chirurgie et à la médecine. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h., à la Faculté.

Histologie. — M. Tourneux, professeur. Organes et appareils. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., à la Faculté.

Anatomie pathologique et pathologie générale. — M. Hermann, chargé du cours. Anatomie pathologique générale : Altération des éléments, des tissus et des systèmes. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à la Faculté.

Pathologie médicale. — M. N... professeur. Maladies du cœur. — Maladies des voies digestives et de leurs annexes. — Maladies du système nerveux. Lundi, mercredi, vendredi à 5 h. à la Faculté.

Clinique médicale. — M. Wannebroucq, professeur-doyen. Leçons cliniques. Mardi, jeudi, samedi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Clinique chirurgicale. — M. Follet, professeur. Leçons cliniques. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Clinique obstétricale. — M. Pilat, professeur. Mardi, samedi, à 8 h., à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Leloir, chargé du cours.

Histoire naturelle médicale. — M. Moniez, chargé du cours. Histoire naturelle des Invertébrés. — On insistera particulièrement sur les vers parasites de l'homme et des animaux. Mardi, samedi à midi, à la Faculté.

Chimie médicale et Toxicologie. — M. Garreau, professeur. Métalloïde, métaux et leurs composés au point de vue de la thérapeutique et de la toxicologie. Lundi, mercredi, samedi, à 11 h. à la Faculté.

Physique médicale. — M. Terquem, chargé du cours. Propriétés générales des corps, principes de thermodynamique, électricité. Lundi, mercredi, samedi, à 9 h. 3/4, à la Faculté.

Pharmacie et Pharmacologie. — M. Lotar, professeur. Etudes et préparation des produite chimiques préparés par le pharmacien. Essais des médicaments fournis par le commerce, opérations pharmaceutiques en général. Mardi, vendredi, à 10 h. 1/2., à la Faculté

Cours complémentaires.

Ophthalmologie. — M. Cuignet, chargé du cours. Leçons cliniques. Lundi, vendredi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Maladies cutanées et vénériennes. — M. Castelain, chargé du cours. Leçons cliniques. Mardi, samedi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur,

Maladies des enfants. — M. Looten, maitre de conférences. Conférences cliniques. — Maladies des voies respiratoires. Lundi, jeudi à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Conférences.

Conférences d'anatomie. — M. Chotin, chef des travaux anatomiques, agrégé. Ostéologie, arthrologie, myologie. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à la Faculté.

Conférences de physique. — M. Doumer, maitre de conférences. Pesanteur, chaleur. Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2, à la Faculté.

Travaux pratiques, Laboratoires.

Dissections. — M. Chotin, chef des travaux anatomiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Tous les jours, de 1 h. à 4 h., à la Faculté.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — M. Leroy, chef des travaux d'anatomie pathologique. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 5 h., à la Faculté.

Travaux pratiques d'Histoire naturelle. — M. Moniez, professeur. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, , à la Faculté.

Manipulations chimiques et pharmaceutiques. — M. Thibaut chef des travaux chimiques. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, de 2 à 5 h., à la Faculté.

Exercices pratiques de physique. — M. Morelle, chef des travaux de physique. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations. Lundi, mardi, jeudi et samedi, de 2 h. à 5 h., à la Faculté

Cours annexe.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes.—M. Gaulard, mardi, jeudi, samedi à 9 h. à la Faculté.

Agrégés. — MM. Gaulard, Leroy, Doumer, Dubar, Baudry, Wertheimer et Denon. — *Chargés des fonctions d'agrégés* : MM. Castelain et Tibaut. — *Prosecteur d'anatomie* : M. N... — *Chefs de clinique* : MM. Turgard, Traill, Hochstetter, Colat et Richez.

Dispensaires et consultations gratuites.

AUX HÔPITAUX SAINT-SAUVEUR ET SAINTE-EUGÉNIE.

Maladies internes, maladies des femmes et des enfants, maladies externes, maladies des yeux, aux jours et heures indiqués par l'affiche spéciale.

Rappel des cours du semestre d'été.

Pathologie chirurgicale. — M. Baudry.
Thérapeutique et matière médicale. — M. Joire.
Opérations et appareils. — M. Dubar.
Clinique médicale. — M. L. Hallez.
Clinique chirurgicale. — M. Paquet.
Clinique obstétricale. — M. Pilat.
Médecine légale. — M. Castiaux.
Hygiène. — M. Arnould.
Accouchements. — M. Gaulard.
Chimie médicale organique. — M. Lescœur.
Physiologie. — M. Wertheimer.
Histoire naturelle. — M. Moniez.
Pharmacie et Pharmacologie. — M. Lotar.
Maladies nerveuses et mentales. — M. Dubiau.
Maladies des yeux. — M. Cuignet.

Dispositions réglementaires.

Les inscriptions trimestrielles doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 2 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet.

Munis d'un bulletin de versement qui leur sera délivré par le secrétaire de la Faculté, les étudiants se présenteront à la caisse du receveur des droits universitaires, 245, rue Solférino, pour acquitter les droits exigés.

Les aspirants au Doctorat doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique (Décret du 20 juin 1878), ou, à la place de celui-ci, le diplôme de bachelier de l'enseignement spécial (Décret du 28 juillet 1882).

Les aspirants au Diplôme supérieur de pharmacie doivent justifier

© BIU Santé

du grade de pharmacien de 1re classe et de celui de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles et soutenir une thèse ; à défaut du grade de licencié, ils ont à accomplir une 4e année d'études pharmaceutiques, et à subir un examen comprenant une épreuve écrite, une épreuve pratique, et une épreuve orale sur les matières des licences ès sciences physiques naturelles appliquées à la pharmacie (Décret du 12 juillet et arrêté du 31 juillet 1878).

Les aspirants au grade de pharmacien de 1re classe doivent justifier, avant de prendre la première inscription, du grade de bachelier ès lettres ou de celui de bachelier ès sciences complet, de 3 ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. Ils subissent un examen de fin d'année après la 4e et après la 8e inscription, et un examen semestriel après la 10e. (Décret du 12 juillet 1878 ; arrêté du 30 décembre 1878).

Les aspirants au titre d'officier de santé doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire le certificat de grammaire.

Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent produire le même certificat, et, en outre, justifier de trois ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. (Décret du 15 juillet 1875 ; arrêté du 30 décembre 1878).

La session de novembre des examens de validation de stage s'ouvrira, à la Faculté, le 6 novembre prochain ; celle des examens de fin d'année, le 6 du même mois. Le stage hospitalier des étudiants en médecine commence pour les aspirants au doctorat, avec la 9e inscription, et pour les aspirants à l'officiat, avec la 5e.

Lille, 30 octobre, 1884.

Mon cher ami,

L'année qui s'achève a été bonne pour notre faculté. Une impulsion vigoureuse a été donnée aux travaux de construction. On peut maintenant juger l'ensemble des bâtiments affectés aux différents services ; cela paraît immense, de proportions excessives même, pour la masse du public ignorant de combien d'instituts indépendants se compose une faculté de médecine. En réalité l'installation est largement suffisante. Je sais que tous ne pensent pas ainsi ; il nous est venu d'Allemagne, comme un besoin d'élargir outre mesure les locaux affectés aux laboratoires ; pour chaque branche d'enseignement, à en croire quelques-uns, il faudrait des constructions à loger une faculté tout entière ; ce sont des exigences sans fin et pour l'orientation, et pour la lumière, et pour l'espace. Ces exigences sont souvent des exagérations qu'il faut ramener à de sages limites.

C'est ce qui a été fait à Lille, et croyez bien que l'installation générale et particulière y sera et y est déjà remarquable ; l'outillage est complet Et quand on se souvient des difficultés qui attendaient jadis ceux d'entre nous qui cherchaient à se glisser dans les pauvres laboratoires de Paris, où pourtant on travaillait bien et d'où sont sorties de si grandes découvertes, on reste frappé d'étonnement devant les immenses progrès accomplis, et l'on se sent pris de reconnaissance pour les villes de province qui ont créé ces centres d'instruction et de développement scientifique. Que l'amour du travail et l'émulation viennent aux élèves, que les maîtres chargés de les instruire aient foi dans leur mission, et la décentralisation scientifique sera chose accomplie, et les *universités* provinciales seront créées de fait avant de l'être de droit.

Le nombre de nos élèves va chaque année progressant, et cela malgré la proximité de Paris, malgré la concurrence de la faculté libre dont les procédés de recrutement sont nécessairement puissants et nombreux. Aucune autre faculté de province n'est aux prises avec des conditions d'existence aussi difficiles. Mais comme nos ressources cliniques sont immenses, malgré la large part faite à la faculté voisine, comme nos laboratoires ont à leur tête des hommes dévoués et des spécialistes compétents, nous ne souffrons guère de ces conditions défectueuses. Vingt-cinq thèses en moyenne sont soutenues chaque année ; quelques-unes constituent des documents de réelle importance. Les élèves pharmaciens sont nombreux et la proportion des candidats au grade de pharmacien de 1re classe en progression constante, assure le relèvement de la profession dans le nord de la France.

L'année 1884 est spécialement marquée par deux créations importantes.

Le laboratoire des cliniques est entré en fonctionnement. Installé en pavillon isolé dans les jardins de l'hôpital Sainte-Eugénie, ce laboratoire est un véritable modèle : salles et instruments pour la médecine expérimentale, pour l'histologie et l'anatomie pathologique, pour la chimie clinique, chambre de photographie, écuries et cages dans la cour avoisinante, etc., rien ne manque. Déjà d'importants travaux de recherches y ont été entrepris : nul doute qu'il ne constitue à bref délai un des plus utiles rouages de notre fonctionnement.

La clinique des maladies cutanées et syphilitiques, jusqu'à présent cours complémentaire, a été érigée en chaire magistrale. Le titulaire de cette chaire est M. H. Leloir, ancien chef de clinique de la faculté de Paris. La compétence reconnue de notre nouveau collègue, la grande place qu'il a su déjà conquérir en dermatologie, assurent un enseignement élevé et nous font applaudir à cette création.

Plusieurs chaires importantes sont actuellement occupées par des agrégés chargés de cours. Il y a lieu d'espérer que l'année qui commence amènera leur titularisation.

La vacance de la chaire d'anatomie, déclarée en juillet, a suscité de nombreuses compétitions. La faculté a cru devoir poser en principe le privilège de *ses agrégés* et a écarté une candidature étrangère appuyée sur les titres les plus honorables. Elle a justement pensé que c'était là le seul moyen d'assurer le recrutement de l'agrégation locale, tant que les règlements sur la matière n'auront pas été modifiés. A l'heure où je vous écris, le décret de nomination ne nous est pas encore connu. On peut croire néanmoins que les graves raisons invoquées auront gain de cause devant l'autorité universitaire.

Agréez, mon cher ami, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr Z.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1884-1885.

Ouverture des cours le 3 novembre.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales. — M. Bondet, professeur ; clinique, mardi, jeudi et samedi. Hôtel-Dieu. Visite tous les jours. — M. Lépine, professeur ; clinique, mardi, jeudi et samedi. Hôtel-Dieu. Visite tous les jours. — M. Rambaud, professeur adjoint ; clinique, mardi, jeudi et samedi. Hôtel-Dieu. Visite tous les jours.

Cliniques chirurgicales. — M. Ollier, professeur ; clinique, lundi, mercredi, et vendredi. Hôtel-Dieu. Visite tous les jours. — M. L. Tripier, professeur ; clinique, lundi, mercredi et vendredi. Hôtel-Dieu. Visite tous les jours. — Les Cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants.

Clinique obstétricale. — M. Bouchacourt, professeur ; clinique, leçon, mardi, jeudi, samedi, de 11 h. 1/2 à 1 h. La Charité.

Clinique ophtalmologique. — M. Gayet, professeur ; clinique, mardi, samedi, de 1 h. à 2 h. 1/2. Hôtel-Dieu.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gailleton, professeur ; leçon, mercredi, samedi, de 11 h. 1/2 à 1 h. 1/2. Antiquaille.

Clinique des maladies mentales. — M. Pierret, professeur. (Semestre d'Eté). Clinique à Bron. Médecine, 4e année.

Zoologie médicale et anatomie comparée. — M. Lortet, professeur ; leçon, mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années.

Physique médicale. — M. Monoyer, professeur ; semestre d'été. Amphithéâtre de physique. Médecine, 1re année.

Matière médicale et botanique. — M. Cauvet, professeur ; lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année. Pharmacie, 2e et 3e années.

Chimie minérale. — M. Glénard, professeur ; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 2 h. 1/2. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années.

Chimie organique et toxicologie. — M. Cazeneuve, professeur, semestre d'été. Amphithéâtre de la chimie. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années.

Anatomie. — M. Paulet, professeur ; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années.

Anatomie générale et histologie. — M. Renaut, professeur ; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années.

Physiologie. — M. Morat, professeur ; leçon, mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre C. Médecine, 2e et 3e années.

Pathologie interne. — M. Teissier, professeur ; semestre d'été ; leçons lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. Petit amphithéâtre B. Médecine, 2e et 3e années.

© BIU Santé

Pathologie externe. — M. Berne, professeur; semestre d'été. Petit amphithéâtre B.

Anatomie pathologique. — M. R. Tripier, professeur; autopsies, anatomie pathologique appliquée, suivant l'occasion; leçons, mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Laboratoire. Amphithéâtre C. Médecine, 3e et 4e années.

Médecine opératoire. — M. Poncet, professeur; semestre d'été. Amphithéâtre A. Médecine, 3e et 4e années.

Hygiène. — M. Rollet, professeur; semestre d'été. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année.

Médecine expérimentale et comparée. — M. Chauveau, professeur; semestre d'été. Laboratoire. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année.

Pathologie générale. — M. Mayet, professeur; semestre d'été. Petit amphithéâtre B. Médecine, 2e et 3e années.

Thérapeutique. — M. Soulier, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Salle de conférences C. Médecine, 4e année.

Médecine légale. — M. Lacassagne, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h. Amphithéâtre C. La Morgue. Médecine, 4e année.

Pharmacie. — M. Cholas, professeur; semestre d'été. Amphithéâtre de la pharmacie. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années.

II. Enseignement complémentaire.

Accouchements. — M. Delore, professeur adjoint; semestre d'été. Petit amphithéâtre B. Médecine, 3e année.

Clinique des maladies des femmes. — M. Laroyenne, chargé d'une clinique complémentaire; semestre d'été. La Charité. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies des enfants. — M. Perroud, chargé d'une clinique complémentaire, leçon, vendredi, à 9 h. 1/2. La Charité. Médecine, 4e année.

La Bibliothèque de la Faculté est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, de midi à 5 heures, et le soir, de 7 heures et demie à 9 heures et demie.

Lyon, le 29 octobre 1884.

Mon cher Rédacteur en chef,

L'année qui vient de s'écouler ne marquera pas une étape nouvelle dans la vie scientifique de notre Ecole. Aucun grand événement à vous signaler; même quantité d'élèves, même nombre à peu près de thèses soutenues ou d'examens passés. Mais cette stabilité apparente n'équivaut pas au simple *avoir vécu*, puisque nous pouvons facilement prouver *avoir produit*; ce dont on se convaincra sans peine en parcourant le recueil des dissertations inaugurales parmi lesquelles on compte plus d'un travail appelé à faire autorité.

Par contre, depuis le commencement de l'année scolaire, de nombreuses modifications ont eu lieu dans le personnel enseignant de la Faculté. Je vous signalerai les principales. L'entrée de M. Pierret à la clinique des maladies mentales rendait vacante la chaire d'anatomie pathologique; M. Raymond Tripier, médecin de l'Hôtel-Dieu, bien connu par ses travaux antérieurs, et ses recherches nécroscopiques minutieuses, était naturellement désigné pour la remplir. D'autre part, M. le professeur Teissier, après trente ans d'un enseignement poursuivi avec un zèle et une activité incomparables, a cru le moment venu de prendre sa retraite. Il s'est retiré en pleine possession de lui-même et dans toute la force de son talent, emportant avec lui les regrets unanimes des élèves et les respectueuses sympathies de ses collègues.

M. Bondet, professeur de pathologie interne, a été appelé à remplacer M. Teissier à la clinique médicale, tandis que la pathologie était confiée au doyen des agrégés de la section de médecine, M. J. Teissier. Enfin M. Morat qui, depuis plusieurs années déjà, enseignait avec distinction la physiologie à la place du titulaire malade et avec le titre de professeur délégué, a pu, par suite de la démission de M. Picard, être attaché définitivement à la Faculté.

Je ne puis laisser passer sans une mention spéciale la nomination d'un des agrégés les plus distingués de l'Ecole à la place de professeur de physiologie à la Faculté des sciences; mais si la Faculté de médecine a eu le regret de perdre M. Arloing, elle peut du moins s'en consoler un peu en applaudissant au légitime succès de son enseignement.

Remplir simplement son devoir est un fait dont il n'y a pas lieu de tirer vanité; mais le dévouement voulu et cherché en dehors de l'obligation, ne saurait se soustraire à l'éloge. Pendant la dernière épidémie cholérique, suivant le noble exemple donné par sa sœur de Montpellier, la Faculté de Lyon s'est montrée à la hauteur de sa mission. Avant d'entrer en vacances, le Conseil de ses professeurs a constitué une commission permanente du choléra destinée à distribuer des secours et à envoyer des missions dans les départements voisins où le fléau pouvait sévir avec intensité et où le zèle et le nombre des médecins régionaux deviendraient insuffisants en présence des ravages du mal. Seuls, les départements de l'Ardèche et des Basses-Alpes, ont eu besoin d'adresser un appel qui a été promptement entendu, et pendant deux mois, les internes de nos hôpitaux y ont rivalisé de dévouement et d'énergie, sous la direction de leurs chefs : MM. Mayet, professeur titulaire, et Bouveret, agrégé.

Je termine par une bonne nouvelle. Ainsi que je vous le faisais prévoir l'année dernière, c'est dans le grand amphithéâtre de la Faculté, aujourd'hui terminé, que la rentrée solennelle des Facultés réunies doit avoir lieu dans quelques jours. Puisse cette fête universitaire être pour notre Ecole le prélude d'une prospérité toujours croissante. Puisse aussi l'administration de la guerre finir par comprendre que nos grands hôpitaux et nos vastes laboratoires constituent le terrain le plus propice pour l'établissement de son Ecole de santé?

Veuillez agréer, mon cher Rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments affectueux et dévoués. D. Z.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

Cours d'hiver. (Année scolaire 1884-85).

Anatomie. — M. Bouchard. Considérations générales sur la circulation. Lundi, mercredi, vendredi. 1 heure, à l'amphithéâtre Saint-Côme.

Pathologie externe. — M. Azam. Maladies chirurgicales de la poitrine et de l'abdomen, les tumeurs du sein, les hernies. 5 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Pathologie interne. — M. Dupuy. Les névroses. Mardi, jeudi, samedi. 2 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Pathologie générale. — M. Vergely. Des troubles généraux de la nutrition. Infiltration et dégénérescence albumineuse, graisseuse, pigmenteuse et de la mort locale des tissus. Lundi, mercredi, vendredi. 2 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Médecine légale. — M. Morache. Etude des taches en médecine légale. Lundi, vendredi, 3 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël. Exercices pratiques de médecine légale. Mercredi, de 2 à 5 heures. Laboratoire de médecine légale.

Physiologie. — M. Oré. Fonctions de la nutrition, respiration, circulation, chaleur animale, instruction en général. Nerfs crâniens. Grand sympathique, etc. Mardi, jeudi, samedi, 4 h., à l'amphithéâtre Saint-Côme.

Matières médicales. — M. Perrens. Etude des médicaments de toute origine. Lundi, mardi, vendredi, 10 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Anatomie pathologique. — M. Coyne. Des néoplasies en général, néoplasies des glandes génitales de l'homme et de la femme. 1 heure, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Pharmacie. — M. Figuier. Médicaments d'origine minérale. Mardi, jeudi, samedi, 2 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Clinique médicale. — M. Picot. Lundi, mercredi, vendredi.

Clinique chirurgicale. — M. Lannelongue. — Cliniques, mardi, jeudi, samedi, à l'hôpital Saint-André.

Clinique ophthalmologique. — M. Badal. Lundi, mercredi, vendredi.

Clinique obstétricale. — M. Moussous. Cliniques, tous les jours, de 8 heures à 11 heures du matin, à l'hôpital Saint-André.

Cliniques annexes et cours complémentaires.

Maladies des enfants. — M. Bitot, professeur honoraire. Cours de clinique chirurgicale. Mardi, 3 heures, à l'hôpital Saint-André. — M. Négrié. Cours de clinique médicale. Mardi, 3 heures, hôpital des Enfants-Assistés.

Anatomie. — M. Testut, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Anatomie descriptive. Mardi, jeudi, samedi. 1 heure. Amphithéâtre Saint-Côme.

Chimie analytique. — M. Blarez, agrégé, chef des travaux chi-

© BIU Santé

ques. — Lundi, mercredi, Vendredi. 8 heures et demie du matin. nphithéâtre Saint-Raphaël.

Enseignement des élèves sages-femmes externes. — M. LEFOUR, régé. 2e année, mardi, jeudi, 6 heures. 1re année, lundi, mercredi, heures.

Conférences.

Accouchements. — M. LEFOUR, agrégé. Accouchement normal. — ystocie. opérations obstétricales). Mardi, jeudi, samedi. 5 heures, nphithéâtre Saint-Côme.

Histoire naturelle. — M. PÉRIER, agrégé, Zoologie, Classification s vertébrés. Mardi, jeudi, samedi. 1 heure. Amphithéâtre Saint-aphaël.

Physique. — M. BERGONIÉ. Acoustique, optique. Mardi, jeudi, samedi. 8 heures et demie du matin. Amphithéâtre Saint-Raphaël.

Chimie minérale. — M. LARMANDIE. Métaux.

Travaux pratiques obligatoires.

MÉDECINE.

Dissections. — M. BOUCHARD, professeur ; M. TESTUT, agrégé, chef es travaux anatomiques ; M. PRINCETEAU, prosecteur. — Les salles e dissection sont ouvertes tous les jours, à l'Institut anatomique de aint-Côme.

Histologie. — M. VIAULT, professeur. M. PERRÉ. — Mardi et samedi, e 2 heures à 4 heures. — Laboratoire.

Histoire naturelle. — Zoologie. — M. GUILLAUD, professeur. L. NABIAS. — Mardi et jeudi, de 8 à 10 heures du matin. Laboratoire.

Manipulations de chimie. — M. N..., professeur, deux séries d'éves, la 1re, le mercredi, de 8 h. à 10 h. ; — la 2e, le vendredi, de h. 10 h. Laboratoire.

PHARMACIE.

1re année. — *Chimie minérale et organique. — Analyse chimique qualitative.* — M. BLAREZ, agrégé, chef des travaux chimiques. undi et mardi, de 2 à 5 heures. — Conférence. M. MICÉ, directeur, eudi, à 5 heures.

2e année. — *Chimie analytique qualitative et quantitative. — Toxicologie.* — Vendredi et samedi, de 2 à 5 heures. — Conférence : endredi, à 8 heures 1/2.

3e année. — *Histoire naturelle. — Zoologie.* — M. GUILLAUD, rofesseur. M. NABIAS, chef des travaux. — Mercredi, vendredi et amedi, de 8 à 10 heures du matin. — Laboratoire.

4e année. — *Physique expérimentale.* — M. BERGONIÉ, chef de onférences. — Mardi et samedi, de 4 à 6 heures. — Laboratoire.

Cours du semestre d'été.

Thérapeutique. — M. de FLEURY. Des médications dites hyperesthénisantes, Mardi, jeudi, samedi, 4 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Hygiène. — M. LAYET. Des causes sociales des dégénérescences et des diathèses organiques. — Hygiène de l'éducation. Mardi, jeudi, samedi, 5 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Médecine expérimentale. — M. JOLYET. Circulation du sang. Lundi, mercredi, vendredi, 2 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël (laboratoire de médecine expérimentale).

Anatomie générale et Histologie. — M. VIAULT. 2e partie du cours : Etude des tissus et des systèmes anatomiques. Lundi, mercredi, vendredi, 3 heures, à l'amphithéâtre Saint-Côme.

Médecine opératoire. — M. MASSE. Amputations et résections. Opérations que l'on pratique sur l'appareil de la locomotion. Mardi, jeudi, samedi, 3 heures, à l'amphithéâtre Saint-Côme.

Chimie. — M. N.... Chimie biologique. — Lundi, mercredi, vendredi, 2 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Physique. — M. MERGET. Physique médicale. Mardi, jeudi, samedi, 10 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Histoire naturelle. — M. GUILLAUD. Histoire naturelle des familles végétales (Polypétales et Gamopétales). Lundi, mercredi, vendredi, 10 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

Clinique médicale. — M. PITRES. Cliniques, lundi, mercredi, vendredi.

Clinique chirurgicale. — M. DENUCÉ. Cliniques, mardi, jeudi, samedi.

Clinique obstétricale. — M. MOUSSOUS. Cliniques, lundi, mercredi, vendredi.

Cliniques annexes et cours complétaires.

Maladies mentales. — M. TAGUET, chargé du cours. Cours clinique, dimanche, 10 heures, à l'Asile des Aliénées, cour Saint-Jean.

Maladies syphilitiques et vénériennes. — M. VENOT, chargé du cours. Cours clinique, jeudi, 3 heures, à l'hôpital Saint-Jean.

Enseignement des élèves sages-femmes externes. — M. LEFOUR agrégé. Notions élémentaires d'anatomie et de physiologie (1re année). Lundi, mercredi, 6 heures, à l'hôpital Saint-André. — Suites de couches, dystocie (2e année). Mardi, jeudi, 6 heures, à l'hôpital Saint-André.

Chimie. — M. CARLES, agrégé. Chimie organique, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, à l'amphithéâtre Saint-Raphaël.

M. BLAREZ, agrégé. Chimie analytique.

M. NABIAS, chef des travaux. *Histoire naturelle*, organographie.

Travaux pratiques obligatoires.

MÉDECINE.

Anatomie pathologique (M. COYNE, professeur). — Lundi, mercredi et vendredi, de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.

Médecine opératoire (M. MASSE, professeur). — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. — Institut anatomique (Saint-Côme).

Histoire naturelle (M. NABIAS, chef de travaux). — Mardi et jeudi, de 8 à 10 heures du matin (Laboratoire). — Dimanche, herborisations.

Physique (M. MERGET, professeur). — Lundi et mercredi, de 7 à 10 heures du matin. — Laboratoire.

PHARMACIE.

M. BLAREZ, agrégé, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.

1re année. — *Chimie minérale et organique. — Analyse chimique qualitative.* — Lundi, de 2 à 5 heures, mardi, de 3 à 6 heures.

2e année. — *Analyse chimique qualitative et quantitative. — Toxicologie.* — Vendredi et samedi, de 3 à 6 heures. Conférences, vendredi à 5 heures.

3e année. — *Exercices pratiques de botanique* (M. NABIAS, chef des travaux). — Mercredi, à 1 heure, vendredi, de 8 à 10 heures. — Dimanche, herborisations.

Agrégés.

Médecine. — MM. ARNOZAN, RONDOT, ARTIGALAS et LANDE.

Chirurgie et accouchements. — MM. BOURSIER, LEFOUR, PIÉCHAUD, LAGRANGE, DUDON et DEMONS.

Anatomie, physiologie et sciences naturelles. — MM. TESTUT, PLANTEAU et PÉRIER.

Sciences physiques et chimiques. — MM. CARLES, BLAREZ et BERGONIÉ.

Dispositions règlementaires.

Inscriptions. — Les registres destinés à recevoir les inscriptions afférentes au 1er trimestre de l'année scolaire 1884-85 sont ouverts au Secrétariat de la Faculté (Saint-Raphaël), du 25 octobre au 15 novembre, *dernier délai*, tous les jours, le dimanche excepté, de 10 heures à midi pour les étudiants et pour les trimestres de janvier, avril, juillet, du 1er au 15 de ces mois. En vertu des instructions ministérielles, les registres seront clos et arrêtés le 16 par M. le Recteur. Les bacheliers reçus à la session de novembre pour les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondants aux quatrième, huitième et douzième inscriptions et les engagés conditionnels d'un an, libérés à cette dernière époque, seront admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai de huit jours.

Les élèves qui commenceront leurs études à la Faculté ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en déposant au Secrétariat :

1° Leur acte de naissance dûment légalisé ;

2° Un certificat de bonnes vie et mœurs ;

3° Le diplôme de bachelier ès lettres et le diplôme de bachelier ès sciences *complet* ou *restreint*, pour les candidats au *Doctorat en médecine* (Décret du 20 juin 1878) ; le diplôme de bachelier ès lettres ou ès sciences complet, pour les aspirants au titre de *Pharmacien de 1re classe* (Décret du 12 juillet 1878).

Les aspirants au titre d'*Officier de santé* et au grade de *Pharmacien de 2e classe* ne sont tenus de justifier que du certificat de grammaire obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Les candidats au *Diplôme supérieur de Pharmacien de 1re classe*, non pourvus du diplôme de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, devront accomplir une 4e année d'études, prendre 4 inscriptions, subir un examen probatoire et soutenir une thèse. Ceux qui justifieront du diplôme de licencié ne seront astreints qu'à la soutenance de la thèse, dans les conditions déterminées par le décret du 12 juillet 1878. Les premiers produiront, en s'inscrivant, le diplôme de pharmacien de 1re classe. Les candidats de la seconde catégorie y joindront le diplôme de licencié.

Elèves sages-femmes externes. — A dater du 1er novembre 1882, un enseignement spécial à l'usage exclusif des élèves sages-femmes *externes* a été institué, à titre gratuit, à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Les matières de cet enseignement seront traitées en deux années. Les élèves sages-femmes qui désirent suivre cet enseignement devront produire, en s'inscrivant au Secrétariat de la Faculté : 1° Leur acte de naissance ; 2° un certificat dûment légalisé de bonnes vie et mœurs ; 3° un certificat de vaccine ; 4° un certificat d'aptitude à l'examen préparatoire prescrit par l'arrêté du 10 août 1879 ; 5° l'adresse d'un domicile réel et celle d'un correspondant.

© BIU Santé

Les inscriptions seront reçues du 1er au 30 novembre, terme de rigueur.

Examen de validation de stage officinal. — Avant de prendre la première inscription de scolarité, les élèves en pharmacie de l'une et l'autre classe qui auront accompli trois ans de stage officinal devront, aux termes du décret du 31 août 1880, subir un examen de *validation de stage* devant un jury spécial qui siégera à la Faculté le *jeudi 2 novembre*. Les candidats adresseront au Secrétariat, avant le 31 octobre, leur demande d'inscription accompagnée : 1° de l'acte de naissance ; 2° du certificat de grammaire ou du diplôme de bachelier ; 3° des certificats établissant qu'au moment de l'examen ils ont accompli régulièrement leurs trois années de stage ; 4° d'un certificat de bonnes vie et mœurs ; 5° du montant des droits de l'examen, soit 25 fr. 25 c.

Examens. — Les consignations des élèves en médecine et en pharmacie que leur scolarité désignera pour subir des examens de fin d'année ou semestriels, pendant la session du mois de novembre, seront reçues du 25 octobre au 3 novembre inclusivement. — Les jurys fonctionneront à partir du 4 novembre.

Les élèves qui auront subi leur examen avec succès devront prendre sans aucun délai l'inscription correspondante.

Les consignations pour examens de fin d'études et thèses de doctorat seront reçues, à partir du 25 octobre, les lundis, mardis, mercredis et jeudis, de 10 heures à midi.

Dispositions générales. — Les étudiants dont les parents ou tuteurs ne résident pas à Bordeaux doivent désigner une personne domiciliée dans la ville, qui leur servira de correspondant. — Des bulletins de scolarité sont adressés aux familles des élèves à l'expiration de chaque semestre.

MM. les étudiants en Médecine et en Pharmacie sont invités à se présenter au Secrétariat, munis des pièces justificatives ci-dessus mentionnées, de 1 heure à 3 heures, pendant la période du 25 octobre au 15 novembre, afin de faire constituer leur dossier de scolarité.

Ouverture des cours. — Les cours s'ouvriront à la Faculté le 16 novembre 1882. Les travaux pratiques obligatoires commenceront à la même date.

Prix. — La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux décerne une série de prix à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études dans les deux ordres d'enseignement.

Médecine. — Prix de Faculté : 1re *année* : Médaille d'argent et 100 fr. de livres. 2e *année* : Médaille d'argent et 100 fr. de livres. 3e *année* : Médaille d'argent et 185 fr. de livres. 4e *année* : Médaille d'argent et 185 fr. de livres. Chacun des lauréats a droit, en outre, au remboursement des droits qu'il a consignés pendant l'année scolaire à laquelle se rapporte ce Concours.

Prix du conseil général. — 300 fr.

Prix Gintrac. — 400 fr. (Ce prix est décerné tous les trois ans).

Prix Godard. — Des thèses de l'année. — Trois degrés de récompenses : 1° Une médaille d'or de 500 fr. 2° Deux médailles d'argent de 200 fr. 3° Des médailles de bronze. Ce prix, dans son ensemble, est d'une valeur de 1,000 fr., y compris les frais de la frappe des médailles.

Prix Godard. — Des Docteurs stagiaires de la Faculté de Médecine de Bordeaux. — 2,000 fr. Il constitue en quelque sorte une bourse de voyage. Sont admis à concourir tous les candidats reçus docteurs en médecine à la Faculté depuis le 2 novembre 1882.

Pharmacie. — Prix de Faculté : 1re *année* : Médaille d'argent et 50 fr. de livres. 2e *année* : Médaille d'argent et 75 fr. de livres. 3e *année* : Médaille d'or d'une valeur de 300 fr. Les immunités attachées à chacun de ces prix sont : pour les lauréats de 1re et de 2e année, la dispense des droits d'examen de fin d'année afférents à l'année suivante ; pour les lauréats de 3e année, la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents.

Prix du Conseil général . . . . 200 fr.
— Barbet. . . . . 50 fr.

Bordeaux, 31 octobre 1884.

Mon cher Rédacteur,

Je connais trop vos sentiments de décentralisation pour ne pas vous annoncer en tête de ma correspondance annuelle que notre Faculté de médecine et de pharmacie continue cette année comme par le passé sa marche de prospérité croissante. J'avais l'intention de vous envoyer un relevé des renseignements scolaires depuis sa fondation. J'ai dû renoncer à mon projet à cause des longueurs de chiffres, inhérentes à ce genre de travail. Après réflexion et partant de ce fait que chaque année il y a eu augmentation dans le nombre d'élèves, d'inscriptions prises, d'examens subis, je me suis contenté de relever les deux années 1882-83, 1883-84. Vous trouverez à la fin de ma correspondance un tableau dans lequel je me suis attaché à les opposer l'une à l'autre.

Nous sommes toujours dans le provisoire : il est difficile de prévoir quand la faculté sera définitivement installée dans son local de Saint-Julien. Toutefois, nous aurions grand tort de ne pas reconnaître que le Conseil municipal a mis de son côté tout le zèle désirable. C'est ainsi qu'il y a trois mois à peine, il votait les fonds nécessaires (40,000 fr.) pour le surhaussement des pavillons d'anatomie. De son côté, le ministère a une part contributive au moins égale, qu'il n'a pas encore donnée, de sorte que les pavillons inachevés sont en souffrance. Nul doute que d'ici très peu de temps une décision ne soit prise à cet égard : les pluies d'automne et les rigueurs de l'hiver ne pourraient que détériorer des constructions à ciel ouvert.

Jusqu'ici, depuis 1878, la ville encaissait tous les droits de la bibliothèque et n'accordait à ce service qu'une somme invariable de 3,500 fr. (années 1883 et 1884). Grâce à l'intervention de M. Gavarret, inspecteur général et de M. Ouvré, recteur de l'Académie et sur les instances de ces hauts fonctionnaires, le Conseil municipal, par un vote récent, a consenti à laisser à la bibliothèque toutes les sommes versées par les étudiants. Ajoutez à cela les fonds alloués aux travaux pratiques qui varient selon les recettes effectuées. Au mois de juillet dernier, le Conseil municipal a également porté le budget de la faculté à 271,100 fr. au lieu de 261,500 fixé jusqu'alors.

Un mot de la clinique des maladies des yeux dont est chargé M. le professeur Badal. Créée il y a cinq ans, cette clinique voit le nombre des malades qui la fréquentent s'accroître constamment. Pendant l'année 1883-84, plus de trois mille malades se sont présentés à la visite du matin, donnant lieu à environ quinze mille consultations. Trois cents opérations importantes ont été pratiquées. Cinq thèses d'ophtalmologie ont été soutenues devant la faculté. Il est regrettable qu'un service aussi important soit encore dépourvu d'un chef de clinique. Obligé de former chaque année un nouvel interne dont les connaissances en ophtalmologie et surtout en optométrie sont nécessairement, au début, fort restreintes, et qui ne peut le suppléer pour la consultation, le professeur se voit obligé de consacrer chaque jour la plus grande partie de son temps à des détails de pratique sans grand intérêt. D'ailleurs, l'affluence des consultants est telle, à certains jours, qu'il est devenu matériellement impossible de donner satisfaction à chacun d'eux. Ce qui n'est pas moins fâcheux, c'est que personne ne se trouve en mesure de suppléer le chef de service en cas de besoin. Nous savons que la Faculté et l'Administration rectorale se préoccupent de mettre fin à cet état de choses. Il s'agit de trouver une somme de mille francs dont la ville de Bordeaux et l'Etat se renvoient mutuellement la dépense, sous prétexte que cette clinique a été créée après coup et en dehors des conventions stipulées lors de la création de la faculté. La municipalité pourrait se montrer ici généreuse à peu de frais. La gratuité des consultations pour la majeure partie des habitants et les bénéfices que retire indirectement la ville de Bordeaux de la présence d'un nombre considérable de malades venus du dehors et dont beaucoup paient pension à l'hôpital, représentent une somme autrement importante que le traitement d'un chef de clinique.

Il est fortement question d'apporter des modifications sérieuses au sujet de l'établissement des services que l'on décore du nom peu flatteur et immérité de Services Accessoires (physique, chimie, histoire naturelle, pharmacie). Dans mes dernières correspondances, je vous avais laissé supposer que la Faculté de médecine abandonnerait tous les locaux de Saint-Raphaël, laissant ainsi le champ libre à ce qui devait être l'Institut de pharmacie. Ce projet semble être abandonné et non sans raison sérieuse, si surtout l'on ne fait attention qu'au côté scientifique. Voici le résumé des conversations que j'ai eues avec certain membre très influent du corps enseignant. Il ne serait rien moins question que de transporter l'Institut de pharmacie dans des constructions neuves à établir derrière la Faculté de médecine à Saint-Julien et de faire rentrer Saint-Raphaël dans les services hospitaliers. Il y aurait là une étendue de terrain et de locaux faciles à aménager pour l'installation d'au moins deux services de faculté : l'un serait destiné aux maladies cutanées et syphilitiques ; quant au second on

© BIU Santé

n'est pas encore fixé ; mais, ne servirait-il qu'à l'augmentation du nombre de lits de l'hôpital actuel qu'il aurait sa raison d'être, puisque de l'avis de tout le monde cet hôpital est insuffisant. Nous avons pu nous-même nous en assurer par l'établissement à certaines époques de l'année de couchettes placées au milieu des salles de médecine. Il y aurait encore une question à laquelle il serait important de voir définitivement répondre : celle des suppléances.

	ANNÉE SCOLAIRE 1883-1884.					ANNÉE SCOLAIRE 1882-1883.					OBSERVATIONS.
	Nombre des élèves ayant accompli un acte.	Examens probatoires subis.	Certificats d'aptitude délivrés.	Diplômes conférés.		Nombre des élèves ayant accompli un acte.	Examens probatoires subis.	Certificats d'aptitude délivrés.	Diplômes conférés.		
Docteurs	396	542	531	47		349	453	440	41		Élèves militaires.
Officiers de Santé	79	31	25	11		107	39	31	9		
Pharmaciens de 1re classe (Diplôme supr.)	3	»	»	1		»	»	»	»		En doctorat. . 98.
Pharmaciens. de 1re classe	76	82	55	19		72	92	62	23		
— de 2e classe	125	99	57	24		124	110	76	18		
Sages-femmes de 1re classe	28	55	27	7		26	40	20	20		
— de 2e classe	5	3	3	3		»	»	»	»		
Herboristes de 1re classe	3	3	3	3		1	1	»	»		En pharmacie. 10.
— de 2e classe	1	1	1	1		2	2	2	2		
Totaux	716	818	704	138		681	736	631	116		
Recettes effectuées	110.682 fr. 50					132.932 fr. 50					
Droits d'inscription que l'état rembourse à la Ville	50.560 fr. »					46.080 fr. »					
Total des recettes pour la Ville	161.242 fr. 50					149.012 fr. 50					

Le personnel enseignant a été honoré cette année par la nomination de M. Micé, professeur de chimie, au rectorat de l'académie de Besançon. Mais cette nomination enlève à la Faculté un excellent professeur, qui, par son talent, sa grande érudition, sa parfaite aménité, s'était attiré la considération de ses collègues et l'estime des élèves. De ce fait, la faculté de Bordeaux est la troisième faculté de France, qui se trouve privée, cette année, pour une raison ou une autre, de son professeur de chimie : Würtz, à Paris ; Ritter, à Nancy ; Micé, à Bordeaux. Les chimistes ne sont pas maitres faciles à trouver ; il faut donc agir rapidement et combler les vides. Paris plus heureux que la province, a M. Gautier. Nancy et Bordeaux attendent encore une nomination vraiment urgente. Pour Nancy nous n'en parlerons point, n'ayant pas l'avantage de connaître les ressources de son milieu enseignant. Quant à Bordeaux, nous pourrons dire qu'il se trouve des agrégés fort distingués et réellement aptes à professer la chimie au mieux des intérêts des élèves. Le Dr Blarez, dont les titres scientifiques sont si nombreux et dont chacun apprécie les qualités professorales, semble désigné pour cette place. Sans énumérer ses titres, il nous suffira de dire qu'il a suppléé habilement le professeur Micé, empêché, dans son cours de chimie biologique, et que, depuis bien des années, dans un enseignement bénévole, il a pu montrer combien, dans les services à rendre aux élèves, il était à la hauteur du professorat. Chaque mois de retard dans le complètement du cadre enseignant de la Faculté peut lui porter un préjudice sérieux, car chez elle l'enseignement de la chimie n'est point spécial aux étudiants en médecine, mais s'adresse encore à tous les élèves en pharmacie.

Je termine, mon cher Rédacteur, en plaçant sous vos yeux les renseignements scolaires qu'a bien voulu me donner le secrétaire de la faculté, M. Lambert des Cilleuls, auquel je suis heureux d'adresser ici mes remercîments les plus vifs pour l'obligeance et la bonne grâce qu'il a mises à nous être agréable. Du reste, la Faculté n'a qu'à gagner à ce que l'on puisse donner en chiffres officiels des résultats aussi brillants que ceux obtenus, même en provisoire. Nos espérances, tout ardentes qu'elles étaient, ont été de beaucoup dépassées.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, l'assuaance de mes sentiments dévoués,

X...

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de Médecine et les Ecoles supérieures de Pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. La circonscription de l'Ecole de Nantes comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

Année scolaire 1884-85.

Les cours ont commencé le 4 novembre 1883.

Semestre d'hiver.

Anatomie. — Tous les jours, à midi. Professeur, MM. Joubin.
Chimie. — Tous les jours, à 1 heure. M. Andouard.
Physique. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. M. Leduc.
Matière médicale. — Mardi, jeudi, à 4 heures. M. Menier.
Pathologie chirurgicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. M. Monfort.
Médecine légale. — Lundi, vendredi, à 4 heures. M. Lapeyre.
Gynécologie.—Mardi, vendredi, à 5 heures. M. Guillemet, pr. suppl.
Les dissections, obligatoires pour les étudiants de 2e et 3e année sont dirigées par M. Lerat chef des travaux anatomiques.

Semestre d'été.

Histoire naturelle médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure. Professeur. M. Delamarre.
Anatomie pathologique et histologie élémentaire. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Exercices pratiques, mardi et samedi, de 2 à 4 heures. M. A. Malherbe, fils.
Physiologie. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. M. Laennec.
Pathologie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. M. Viaud-Grand-Marais.
Médecine opératoire.—*Bandages et appareils.* — Mardi, jeudi, à 5 heures. M. Poisson, suppléant.
Pharmacie et toxicologie.—Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure. M. Herbelin.
Thérapeutique.—Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. M. Chartier.
Hygiène. — Mercredi, à 4 heures. M. Lapeyre.
Accouchements.—Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. M. Guillemet, délégué.
Chimie biologique.— Mercredi, vendredi, à 3 heures. M. Bertin, suppléant.
Manipulations de physique.— Mardi, de 8 à 11 heures, M. Leduc.
Exercices pratiques de toxicologie. — Mercredi et samedi, de 8 à 11 heures. M. Audrain, chef des travaux chimiques.
Micrographie végétale. — Mardi, jeudi, samedi, de 2 à 5 heures. M. Bureau, chef des travaux chimiques.

© BIU Santé

Cliniques.

Clinique médicale. — Lundi, mercredi, vendredi. Les élèves de 2e, 3e et 4e années doivent suivre cette clinique. MM. Malherbe père et Trastour.

Clinique chirurgicale. — Mardi, jeudi, samedi. Tous les étudiants doivent suivre cette clinique. MM. Heurtaux et Chenantais.

Clinique obstétricale. — Mardi, jeudi et samedi, à 3 hnures. M. Guillemet, délégué.

Ophthalmologie. — Tous les jours, consultations gratuites au Dispensaire de l'Ecole ; leçons théoriques et pratiques à 1 heure, pendant le semestre d'hiver, à midi pendant le semestre d'été. M. Dianoux, suppléant.

Clinique des maladies des enfants et des vieillards. — Hospice général, mardi, jeudi, samedi, de 7 à 9 heures. M. Kirchberg, suppléant.

Travaux pratiques, etc.

Les travaux pratiques de chimie pendant l'hiver, de pharmacie pendant l'été, obligatoires pour les étudiants en pharmacie et les élèves en médecine aspirant au doctorat, sont dirigés par M. Audrain, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques.

Pendant le semestre d'été, des herborisations dirigées par M. Bureau, professeur suppléant des sciences physiques et naturelles, auront lieu tous les dimanches.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 10 heures le matin, de midi à 4 heures et de 7 à 9 heures le soir. — Le *Musée anatomique* et celui des collections de matière médicale sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures.

Cours obligatoires.

Première année. — Hiver : Anatomie, Chimie, Physique, Matière médicale. — Eté : Histoire naturelle, Physiologie, Pathologie chirurgicale, Histologie élémentaire, Chimie biologique, Pharmacie, Pathologie générale.

Deuxième année. — Hiver : Anatomie, Pathologie générale, Hygiène Gynécologie. — Eté : Physiologie. Histologie élémentaire, Pathologie chirurgicale, Thérapeutique, Accouchements, Pathologie générale.

Troisième année. — Hiver : Anatomie, Pathologie médicale, Gynécologie, Hygiène. — Eté : Physiologie, anatomie pathologique, Pathologie chirurgicale, Thérapeutique, Médecine légale, Accouchements, Médecine opératoire.

Quatrième année. — Hiver : Anatomie, Hygiène, Pathologie médicale. — Eté : Anatomie pathologique, Thérapeutique, Médecine légale, Accouchements, Médecine opératoire. Pathologie générale.

Les cours de chimie, physique, matière médicale, pharmacie et toxicologie, histoire naturelle, sont obligatoires pour tous les étudiants en pharmacie,

Dispositions réglementaires.

Nul ne peut être admis à suivre les cours s'il n'est inscrit sur les registres de l'Ecole. Chaque inscription devra être prise dans les quinze premiers jours de novembre, janvier, avril et juillet. Il ne sera délivré de certificat d'inscription que pour les trimestres où les élèves auront obtenu des attestations d'assiduité à tous les cours obligatoires, et, pour les élèves ayant plus de quatre inscriptions, des certificats d'exactitude aux services hospitaliers.

Nantes, le 29 octobre 1884.

Mon cher Rédacteur,

L'année scolaire qui vient de finir a vu réaliser une amélioration importante dans la situation des écoles préparatoires et des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie. En permettant aux élèves des écoles de plein exercice de passer sans se déplacer les deux premiers examens de doctorat, on a donné à notre enseignement la sanction qui lui manquait et on a réalisé, en partie du moins, les réformes que nous demandions depuis que le mode de passage des examens de doctorat a été changé. L'avenir nous apprendra dans quelle mesure les privilèges que l'on nous a accordés pourront augmenter le nombre des élèves ; un mouvement notable d'augmentation s'est déjà dessiné l'année dernière. Il est d'autant plus désirable que ce mouvement continue que, en raison du remboursement des droits d'inscription, plus le chiffre des élèves est élevé, plus la part contributive de la ville dans le budget de l'école devient légère. Or, cette charge est assez lourde pour la ville de Nantes, dont les finances, sans être en mauvais état, n'ont peut-être pas toute l'élasticité désirable. En somme, l'école de Nantes, peut vivre et prospérer avec les deux premiers examens de doctorat. Nous n'avons jamais caché nos préférences personnelles pour une faculté, mais nous savons qu'en ce moment, plaider en faveur de cette transformation, c'est prêcher dans le désert.

Il y a du reste dans l'organisation des écoles de médecine et des facultés de province une certaine anomalie résultant de ce que les unes sont entretenues aux frais de l'Etat, tandis que les autres sont à la charge des villes. Il résulte de cette situation que ces dernières écoles dont le budget doit être voté chaque année par le Conseil municipal ont une existence assez précaire et sont en somme à la merci de ce conseil qui, tantôt est favorable à l'enseignement supérieur, tantôt, au contraire, le regarde comme une superfluité.

On comprend, en outre, qu'un Conseil municipal qui vote le budget d'un établissement quelconque soit tenté, alors même qu'il n'a point la compétence voulue, de s'immiscer plus ou moins dans l'administration de cet établissement, veuille dire son mot sur le choix du personnel, etc., toutes choses qui en matière d'enseignement entraînent des tiraillements fâcheux.

Il serait donc à désirer, puisque les conditions dans lesquelles se trouve actuellement notre pays ne permettent pas d'abandonner l'enseignement supérieur à l'initiative privée, il serait à désirer, dis-je, que l'Etat prît à sa charge cet enseignement tout entier et n'eût pas deux poids et deux mesures. C'est là un point que je me borne à indiquer sans y insister plus longuement, puisque aussi bien le moment n'est-il pas très favorable pour proposer d'ajouter de nouvelles charges au budget. Cependant je crois qu'il y a là une réforme nécessaire et qui s'imposera en son temps (1).

Le personnel de l'école de Nantes a été modifié par suite de la mort du Dr Vignard, professeur d'accouchements. La chaire n'a pas encore reçu de titulaire. Le Dr Guillemet, suppléant, nommé au concours, a été délégué pour faire le cours d'accouchements pendant le semestre d'été qui vient de finir.

Deux concours doivent avoir lieu pour pourvoir aux emplois de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie et de professeur suppléant des chaires de médecine, emplois qui sont devenus vacants, le premier par suite de la démission du Dr Raingeard, le second par suite de la nomination du Dr Lapeyre à la chaire d'hygiène et de médecine légale. Ces deux concours auront lieu à Paris, l'un au mois de novembre prochain et l'autre au mois de décembre.

Bien à vous, X...

Ecole de pleine exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Directeur : M. le Dr J. Chapplain.

Semestre d'hiver 1884-1885.

Les cours auront lieu, à partir du 3 novembre, dans l'ordre suivant :
Professeur honoraire : M. Roberty.

Clinique.

Cliniques médicales : MM. Girard et Villard, professeurs, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 2e, 3e et 4e année.

Cliniques chirurgicales. — MM. Chapplain et Combalat, professeurs, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 2e, 3e et 4e année.

Clinique obstétricale. — M. Magail, professeur, hôpital de la Conception, à 11 h. du matin. Etudiants de 4e année et étudiants de 8e année qui se destinent à l'officiat de santé.

MM. les Chefs de clinique feront, en outre, des conférences dans le but d'exercer les élèves au diagnostic.

Cours d'hiver.

Anatomie. — M. Rampal, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 3/4. Etudiants en médecine de 2e et 3e année (officiat de santé).

Chimie médicale. — M. Rousset, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/4 du matin. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Pathologie interne. — M. Nicolas Duranty, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. 1/2 du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

---

(1) Nos lecteurs savent que, au contraire, nous revendiquons pour les municipalités le droit de créer et d'organiser les écoles de ce genre, sous la surveillance de l'Etat, cela va de soi.

© BIU Santé

Hygiène.— M. Fallot, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année.

Physique médicale. — M. Caillol de Poncy, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 6 h. du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Matière médicale. — M. Heckel, professeur, mardi, samedi, à 3 h. du soir, jeudi, à 6 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants en pharmacie.

Histologie. — M. Jourdan, chargé

Physiologie expérimentale. — M. Livon, professeur suppléant, mardi, samedi, à 3 h. de l'après-midi. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Ophthalmologie. — M. Marcobelles, professeur suppléant (consultation) : lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. de l'après-midi (leçon) : lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. Etudiants en médecine de 4e année et ceux de 3e année qui se destinent à l'officiat de santé.

Travaux pratiques. — Dissections.

M. Gamel, chef des travaux anatomiques, fera, les lundi, mercredi, et vendredi, à 1 h. 3/4, une leçon sur les sujets qui lui auront été indiqués par M. le professeur d'anatomie.— M. Azelais, prosecteur, fera les mêmes jours, à 3 heures de l'après-midi, une leçon sur l'ostéologie. Les pavillons d'anatomie seront ouverts pendant tout le semestre d'hiver. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine de 2e et 3e année, Elles auront lieu de 3 heures à 6 heures.

Les travaux pratiques de chimie et pharmacie, les conférences sur les manipulations et les travaux d'histoire naturelle et d'histologie, auront lieu aux heures habituelles, sous la direction de MM. Robert et Roule, chefs des travaux.

Cours complémentaires.

Clinique des maladies mentales, le dimanche, à l'asile Saint-Pierre, où seront admis, sur la présentation de leurs cartes, MM. les étudiants en médecine de 3e et 4e année.

Semestre d'été.

Pathologie externe.— M. Pirondi, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 11 h. du matin.

Pharmacie. — M. Roustan, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir.

Histoire naturelle, botanique. — M. Boulsson, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures du soir.

Zoologie. — M. Pauchon, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 6 heures du soir.

Anatomie pathologique. — M. Laget, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2.

Physiologie. — M. Livon, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures du matin.

Médecine opératoire. — M. Villeneuve fils, professeur suppléant, mardi, samedi, à 5 h. 1/2 du soir.

Chimie organique.— M. Rietsch, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 3 h. 1/2.

Hygiène. — M. Fallot, professeur suppléant.

Thérapeutique. — M. N..., professeur.

Pathologie générale. — M. N..., professeur suppléant.

Marseille, le 3 novembre 1884.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous fais parvenir l'affiche de l'école pour les cours d'hiver, pour laquelle vous ferez les modifications voulues pour votre numéro du 8 novembre.

On vous donnera également l'énumération des cours d'été.

Les prévisions de votre correspondant de l'an dernier se sont malheureusement réalisées et nos espérances, quant à la transformation de notre école en faculté, semblent s'éloigner et cependant cette transformation est indispensable, car dans notre dernière épidémie de choléra, les élèves par leur nombre, n'ont pas répondu aux besoins de nos bureaux de services. L'internat de nos hôpitaux demande des élèves plus avancés dans leurs études et ceux qui nous seraient utiles nous quittent par suite des besoins de leur scolarité. L'Administration des hôpitaux offre des facilités et des faveurs aux élèves des facultés voisines, mais elle n'atteindra pas le but qu'elle se propose, car les sujets laborieux, instruits, pensent à leur avenir et ne vont que là, où cet avenir est assuré. Or, il ne le sera chez nous, que lorsque nous aurons une faculté.

Veuillez agréer, etc.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Ecole d'Alger.

L'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger possède douze professeurs titulaires, deux professeurs de clinique complémentaires, six professeurs suppléants, deux chefs des travaux; un prosecteur et un aide d'anatomie; deux chefs de cliniques, six préparateurs de physiologie, d'histoire naturelle, de chimie et de pharmacie.

Directeur.— M. Texier.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Trolard
Physiologie. — M. Rey.
Pathologie interne. — M. Texier.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. N...
Clinique médicale. — M. Gros.
Clinique chirurgicale. — M. Bruch.
Accouchements. Maladies des femmes et des enfants. — M. Trollier.
Hygiène et médecine légale. — M. Sésary.
Thérapeutique. — M. A. Bourlier.
Histoire naturelle médicale. — M. Trabut.
Pharmacie et matière médicales. — M. Battandier.
Chimie et toxicologie. — M. Duval.
Clinique des maladies vénériennes et cutanées. — M. Gémy.
Clinique des maladies des enfants. — M. Caussanel.

Professeurs suppléants.

Anatomie et physiologie. — M. Merz.
Chaires de pathologie et de clinique internes. — M. Moreau.
Chaires de pathologie et de clinique externes ; —Accouchements. — M. Vincent.
Chaire de chimie et toxicologie. — M. Guillemin, chargé aussi du cours de physique.
Chaire de pharmacie et matière médicale. — M. Ducruzel.
Chaire d'histoire naturelle. — M. Soulié.
Chef des travaux anatomiques. — M. N...
Chef des travaux chimiques. — M Ducruzel.
Chefs de clinique : MM. Salière (médecine); Lévy (chirurgie).
Préparateurs : MM. Ramakers (prosecteur d'anatomie); Geghre (aide d'anatomie); Guérin, préparateur de physiologie; Hanoun (chimie); Colozzi (Histoire naturelle); Hugues (Pharmacie).

Enseignement pratique.

L'hôpital a 600 lits. En dehors des deux cliniques, cet établissement comprend huit services confiés à des médecins ou chirurgiens nommés au concours. Les étudiants trouvent un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie dans des divisions spéciales telles que maternité, maladies des femmes et des enfants, maladies cutanées, syphilitiques (hommes et femmes), etc. L'hôpital a 12 internes et 10 externes titulaires et un nombre indéterminé de provisoires. Les internes et les externes sont nommés à la suite de concours qui ont lieu chaque année dans le courant du mois de novembre. A partir de l'année 1883, le concours pour l'internat en pharmacie a été rétabli, il y a dix internes en pharmacie. Le traitement des internes est fixé comme il suit : Internes de 1re classe 1,200 fr. par an, internes de 2e classe, 1000 fr., provisoires, 800 fr., quand ils sont en exercice.

Anatomie. — Amphithéâtre à l'hôpital environ 150 cadavres livrés aux dissections pendant le semestre d'hiver, autant pendant l'été pour les exercices de médecine opératoire.

Chimie. — Laboratoire pour les travaux pratiques à l'Ecole.

Micrographie et zootomie. — Laboratoire spécial dans le pavillon des cliniques à l'hôpital, travaux exécutés sous la direction des professeurs d'histoire naturelle et de pharmacie et matière médicale — en dehors des cours de physique, chimie, histoire naturelle, qui se font à l'Ecole de médecine, les étudiants peuvent suivre ceux de l'Ecole des sciences. — (*Bibliothèque des Ecoles.* — *Musée.* — *Droguier.* — *Jardin botanique*).

Prix Poisson.—Ce prix, remis à la séance de rentrée des Écoles, est institué pour les internes en médecine de 3e année ; il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 francs ; le lauréat est en outre prorogé d'une année dans ses fonctions.

Ecole d'Amiens.

Directeur. — M. Lenoel.

Professeurs titulaires.

Clinique interne. — M. Padieu.
Clinique externe. — M. Herbet.
Pathologie interne. — M. d'Heilly.
Pathologie externe. — M. Peulevé.

© BIU Santé

Clinique obstétricale et gynécologie. — M. Lenoel, père,
Anatomie. — M. Mollien.
Physiologie. — M. Scribe.
Hygiène et thérapeutique. — M. Richer.
Histoire naturelle. — M. Bernard.
Chimie et toxicologie. — M. Debionne.
Pharmacie et matière médicale. — M. Bor.
Physique. — M. Delage.

Professeurs suppléants.

Clinique interne et pathologie interne. — M. Bax.
Clinique externe et pathologie externe. — M. Léger.
Anatomie et physiologie. — M. Lenoel, fils.
Thérapeutique, histoire naturelle. — M. Wallet.
Chef des travaux anatomiques et physiologiques. — M. Léger.
Chef des travaux chimiques et physiques. — M. Wallet.
Prosecteur d'anatomie. — M. Gand.
Aide d'anatomie. — M. Lequitin.
Préparateur de chimie. — M. Cullerier.
Aides préparateurs. — MM. Pasquier, Delondre et Houriez.
Chef de clinique médicale. — M. Paucelier.
— *chirurgicale.* — M. Huber.
Secrétaire. — M. Foyard.
Bibliothécaire. — M. Chivot.

Ecole d'Angers.

L'École de médecine et de pharmacie d'Angers possède onze professeurs titulaires, 4 professeurs suppléants, 2 chefs des travaux, — Directeur : M. Meleux. Les chaires sont les suivantes :

Thérapeutique et hygiène. — M. Bahuaud, professeur.
Clinique chirurgicale. — M. Dezanneau, professeur.
Pathologie externe. — M. Douet, professeur.
Clinique interne. — M. Farge, professeur.
Pathologie interne. — M. Feillé, professeur.
Accouchements. — M. Guignard, professeur.
Physiologie. — M. Legludic, professeur.
Histoire naturelle. — M. Lieutaud, professeur.
Anatomie. — M. Meleux, professeur.
Pharmacie et matière médicale. — M. Raimbault, professeur.
Chimie et toxicologie. — M. Tesson, professeur.
Professeurs suppléants. — M. Jagot, chaire de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. Mareau, chaire de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. Gaudin, chargé du cours de physique. — M. Gripat, anatomie, chargé du cours d'histologie. — M. Motais, chef des travaux anatomiques. — M. Hébert, chef des travaux chimiques.

Enseignement pratique.

L'hôpital a 400 lits, tous les services y sont confiés à des professeurs de l'École, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. — *Clinique médicale* : hommes, 40 lits; femmes 30; enfants, 8; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale* : hommes, 50 lits; femmes, 25; enfants, 8; plus des tentes et un service de vénériens. — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits. — L'hôpital a cinq internes titulaires et 2 internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et deux aides d'anatomie nommés au concours. — Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. — Amphithéâtre des élèves; tables pour sept séries.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, un en second, deux aides, tous nommés au concours. Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plate-forme et étagère pour réactifs, etc.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes). — Physique, etc. — Bibliothèque ouverte aux élèves; 5,000 volumes de médecine. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. Nombreuses collections.

Ecole de Besançon.

Directeur : M. Chenevier.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Bruchon, professeur.
Physiologie. — M. Bornier, professeur.
Chimie et toxicologie. — M. Boisson, professeur.
Zoologie médicale. — M. Moquin-Tandon, professeur.
Clinique interne. — M. Coutenot, professeur.
Clinique externe. — M. Saillard, professeur.
Clinique obstétricale. — M. Sanderet de Valone, professeur.
Hygiène et thérapeutique. — M. Chenevier, professeur.
Pathologie interne. — M. Druhen, ainé, professeur.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Druhen jeune, professeur.
Pharmacie et matière médicale. — M. Faivre, professeur.

Professeurs suppléants chargés de cours.

Anatomie générale et embryogénie. — M. Gounand.
Anatomie pathologique. — M. Gauderon.
Chirurgie des armées et médecine opératoire. — M. Chapoy.
Chimie organique. — M. Tailleur.
Physique médicale. — M. Henry.
Botanique médicale. — M. N...
Chef des travaux anatomiques. — M. Chapoy.
Chef des travaux chimiques. — M. Serres.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 11 professeurs titulaires; 6 professeurs suppléants chargés de cours; 2 chefs de travaux; 2 préparateurs et 2 aides. Il n'y a pas de chefs de clinique, mais 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 800 francs la seconde.

Besançon possède deux hôpitaux : 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques* renfermant plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'École. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Les élèves font le service de toutes les salles, civiles ou militaires. Il y a un laboratoire de clinique très complet; 2° l'hospice de Bellevaux, renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité où se fait la clinique d'accouchements qui dispose de 20 lits; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est départemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. Les cadavres sont en nombre suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. Les laboratoires sont bien installés et le mobilier va s'augmentant chaque jour. La bibliothèque, contenant plus de 5000 volumes, est à la disposition des élèves qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'école.

Ecole de Caen.

Directeur : M. Bourienne; — *Secrétaire :* M. Carrelet.

Semestre d'hiver 1884-1885.

Les cours ont recommencé à partir du 3 novembre dans l'ordre suivant :

Clinique externe ou chirurgicale. — M. Denis-Dumont, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 du matin, à l'Hôtel-Dieu.
Clinique interne ou médicale. — M. Auvray, professeur, tous les mardis, jeudis et samedis, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.
Clinique obstétricale. — M. Bourienne, professeur, les mardis, vendredis et samedis, à 9 heures 1/2, à l'Hôtel-Dieu.
Anatomie. — M. Fayel, professeur, les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à midi, à l'Institut anatomique.
Physiologie. — Professeur : M. Wiart. — *Pathologie externe.* Professeur : M. Delouey. — *Pharmacie et matière médicale.* Professeur : M. Charbonnier.
Pathologie interne. — M. Maheut, professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 5 heures, au palais de l'Université.
Chimie et toxicologie. — M. Le Petit, professeur, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, à 10 heures 3/4, palais de l'Université.
Hygiène et thérapeutique. — M. Chancerel, professeur, les mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures du soir.
Physique. — M. Rouchon, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, à 4 heures.
Anatomie (cours complémentaire). — M. Moutier, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, mardi et vendredi, à 7 heures 1/2 du soir.
Travaux anatomiques. — M. Gipon, chef des travaux anatomiques, tous les jours, depuis midi jusqu'à 3 heures 1/2, à l'amphithéâtre. — *Leçons d'anatomie* : Les vendredi et samedi, à midi, à l'amphithéâtre.
Conférences sur l'ostéologie et la syndesmologie. — Pendant les mois de novembre et de décembre seulement, les mardi et jeudi, à 5 heures, palais de l'Université.
Travaux chimiques au laboratoire de l'Ecole, sous la direction de M. Le Petit, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, de midi à 4 heures du soir.
Chef des travaux chimiques. — M. Picard.

Semestre d'été 1884-1885.

Clinique externe ou chirurgicale. — M. Denis-Dumont, professeur, tous les jours, à l'Hôtel-Dieu.
Clinique interne ou médicale. — M. Auvray, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.
Clinique obstétricale : M Bourienne, mardi, vendredi, samedi, à 9 heures 1/2, à l'Hôtel-Dieu.

© BIU Santé

Physiologie. — M. Wiart, professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à midi, palais de l'Université.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Delouey, professeur, les mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures, palais de l'Université.
Pharmacie et matière médicale. — M. Charbonnier, professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 11 heures, palais de l'Université.
Histoire naturelle. — M. Pihier, professeur, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, à 5 heures du soir.
Médecine légale. — M. Delouey, professeur-adjoint, le jeudi, de 11 heures à midi.
Chirurgie d'armée et secours à donner aux blessés en temps de guerre. — M. Simon, professeur suppléant pour les chaires de Clinique, de pathologie externe et d'accouchements, jeudi et samedi, à 7 heures 1/2 du soir.
Pathologie externe et médecine opératoire (cours complémentaire). — M. Simon, prof. sup., lundi et jeudi, à 4 heures.
Zoologie médicale (cours complémentaire). M. Catois, prof. sup., lundi et vendredi, à 5 heures.
Travaux pratiques afférents à chaque année d'études, de 2 heures à 5 heures du soir.

Ecole de Clermont-Ferrand.

Directeur. — M. le Dr Fleury.
Secrétaire. — M. le Dr Dourif.

Cours annuels. Professeurs.

Clinique externe. — M. Fleury.
Clinique interne. — M. Bourgade.
Thérapeutique. Matière médicale. — M. Imbert Gourbeyre.
Pathologie interne. — M. Dourif.
Pathologie externe. — M. Ledru.
Histoire naturelle. — M. Girod, chargé du cours.
Anatomie. — M. Tixier.
Physiologie. — M. Gagnon.
Chimie minérale. — M. Hugned.
Pharmacie. — M. Rocher.

Professeurs suppléants.

Physique médicale. — M. Fredet.
Histologie. — M. Blatin.
Pathologie interne. — M. Foubiaux.
Chimie organique. — M. Ch. Truchot.
Chef des travaux anatomiques. — M. Pojotat.
Chef des travaux chimiques. — M. Bergounhioux.

Vastes laboratoires de chimie, amphithéâtres d'anatomie, où arrivent de nombreux cadavres provenant de l'Hôtel-Dieu, de l'asile d'aliénés de Clermont, de la maison centrale de Riom.
Cliniques médicales et chirurgicales, pourvues de nombreux malades. Salles d'accouchements mises à la disposition des élèves.

Ecole de Dijon.

Directeur. — M. Gautrelet.
Professeur honoraire. — M. Chanut.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Maillard; suppl., M. Deroye.
Physiologie. — M. Tarnier.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Fleurot.
Pathologie interne. — M. Misset.
Clinique interne. — M. Morlot.
Clinique externe. — M. X....
Accouchements, maladies des femmes et enfants. — M. Gautrelet.
Matière médicale et pharmacie. — M. Viallanes.
Chimie minérale. — M. Margottet, chargé de cours.
Histoire naturelle. — M. Laguesse.
Hygiène et thérapeutique. — M. Collette.

Professeurs suppléants.

Hygiène. — M. Deroye.
Anatomie et physiologie. — M. Pauffard.
Physique médicale — M. Hébert.
Chef des travaux anatomiques. — M. Deroye.
Chef des travaux chimiques. — M. Bellier.
Chimie et physique. — M. Bellier.
Cours de médecine opératoire et chirurgie des armées. — M. Parisot.

Ecole de Grenoble.

Directeur : M. J. Berger ; *Secrétaire :* M. Imbert.

Semestre d'hiver 1884-1885.

Les cours de ce semestre commenceront le 3 novembre 1884.

Clinique interne. — M. Berger, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures 1/2.
Clinique externe. — M. Girard, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures 1/2.
Anatomie. — M. Allard, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à 11 heures.—M. Pegoud, chef des travaux anatomiques, mardi, jeudi, à 11 heures. — Les dissections sont obligatoires pour tous les élèves; elles ont lieu tous les jours, sous la direction du chef des travaux anatomiques, M. Pégoud.
Hygiène et thérapeutique. — M. Berlioz, professeur, lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 3 heures.
Pharmacie et matière médicale. — M. Breton, professeur, mardi, vendredi, à 2 heures 1/4.
Chimie et toxicologie. — M. Raoult, professeur, lundi et jeudi, à 2 heures. — *Manipulations.* M. Verne, chef des travaux chimiques, mercredi, à 1 heure. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.
Pathologie interne. — M. Bisch, professeur, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures.
Histoire naturelle (zoologie). — M. Carlet, professeur, mardi, vendredi, à 1 heure.
Physique.—M. Hurion, professeur, mercredi, samedi, à 9 heures.

Semestre d'été 1884-1885.

Les cours de ce semestre commenceront le 1er avril 1885.
Clinique interne. — M. Berger, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures 1/2.
Clinique externe. — M. Girard, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures 1/2.
Histoire naturelle (botanique). —M. Carlet, professeur, mercredi, vendredi, à 7 heures 1/2 du matin.
Clinique et cours d'Accouchements. —M. Rey, professeur, lundi, mercredi et samedi, à 1 heure. Clinique, à 2 heures.
Pharmacie et matière médicale. — M. Breton, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4 du matin.
Chimie et toxicologie. — M. Raoult, professeur, lundi, jeudi, à 2 heures. — *Manipulations* dirigées par le Chef des travaux chimiques, M. Verne, mercredi, à 3 heures. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Tubel, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures. Samedi, à 11 heures, démonstrations pratiques par le professeur. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.
Physiologie. — M. Montaz, professeur, mardi, mercredi, vendredi, samedi, à 4 heures.
Physique. — M. Hurion, mercredi et samedi, à 9 heures.

Cours complémentaires.

Exercices pratiques de Micrographie. —M. Gallois, professeur suppléant, jeudi, samedi, à 11 heures.
Exercices pratiques de physique.—M. N.., professeur suppléant, mardi, vendredi, à 3 heures.
Anatomie générale. Histologie. — M. Nicolas, professeur suppléant, lundi, jeudi, à 2 heures.
Exercices pratiques d'histoire naturelle. — M. N..., professeur suppléant, jeudi à 5 heures.
Exercices pratiques de pharmacie. — M. Giroud, professeur suppléant, mercredi et vendredi, à 4 heures.
Démonstrations d'anatomie pathologique. — M. Pégoud, lundi, vendredi, à 9 heures.
Conférences dirigées par les Chefs de travaux et par les Suppléants pendant les deux derniers mois du semestre.
Circonscription de l'École : Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain.
Dispositions générales. — Des registres d'inscriptions sont ouverts au Secrétariat de l'Ecole pour les aspirants au doctorat en médecine, au titre d'officier de santé, au titre de pharmacien de première et de deuxième classe. Tout candidat qui prendra une première inscription sera tenu de déposer entre les mains du secrétaire de l'Ecole : 1° Son acte de naissance, constatant qu'il a au moins dix-sept ans accomplis ; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur l'autorisant à suivre les cours de l'Ecole ; 3° L'indication de son domicile dans Grenoble, et celle du domicile de ses parents ; 4° L'étudiant qui aspire au doctorat doit produire, avant de prendre la première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres et celui de bachelier ès sciences restreint ou complet ; 5° L'aspirant au titre de pharmacien de 1re classe doit produire le diplôme de bachelier ès sciences ; 6° L'élève qui aspire au titre d'of-

© BIU Santé

ficier de santé doit déposer le certificat de grammaire exigé, par les règlements, ainsi que le certificat d'examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial ; 7° L'aspirant au titre de pharmacien de 2e classe doit produire, en s'inscrivant, le certificat de grammaire et le certificat d'examen de validation du stage (Règlement du 31 août 1878). Les inscriptions sont gratuites. Le registre des inscriptions sera ouvert pendant les quinze premiers jours de chaque trimestre. L'inscription ne sera acquise et délivrée que les huit premiers jours du trimestre suivant, et seulement dans le cas où l'élève aura préalablement justifié de sa présence aux cours obligatoires pendant tout le trimestre écoulé.

Le stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au titre d'officier de santé, est obligatoire pour tous ces élèves. Il doit commencer, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée et se continuer jusqu'à la quatorzième inclusivement (décret du 18 juin 1862). Chaque année de stage réglementaire se compose, déduction faite des vacances, de dix mois complets de service effectif et commence régulièrement le 1er novembre pour se continuer sans interruption jusqu'au 31 août inclusivement. Les élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie doivent s'inscrire aux cours de chimie et d'histoire naturelle de la Faculté des Sciences. Les inscriptions dont il s'agit leur seront délivrées gratuitement.

Les 12 inscriptions prises à l'Ecole de médecine pendant les trois premières années comptent, pour toute leur valeur, comme prises dans une Faculté. Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les 3 premières années de cours, la rétribution à verser est fixée à 15 fr. par trimestre pour la première année et 10 fr. par trimestre pour les 2e et 3e années (décret du 20 juin 1878).

Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de 1re classe peuvent faire compter huit inscriptions d'Ecole préparatoires pour deux années dans une Ecole supérieure de pharmacie. Les élèves qui aspirent au titre de pharmacien de 2e classe sont tenus de prendre douze inscriptions (décret du 15 juillet 1875). Les étudiants ne seront admis à prendre les cinquième et neuvième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année (idem). Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les trois premières années de cours. La rétribution à verser a été fixée à 25 fr. par trimestre (idem). Le stage en pharmacie a une durée de trois ans.

Les élèves en pharmacie stagiaires attachés à une officine sont tenus de se faire inscrire au Secrétariat de l'Ecole dans les quinze jours de leur entrée dans l'officine. L'inscription est délivrée sur le vu d'un certificat de présence délivré par le pharmacien chez lequel est admis l'élève. Cette inscription doit être renouvelée tous les ans. La première inscription de stage ne peut, dans aucun cas, être prise par un candidat ayant moins de dix-sept ans révolus (circulaire du 8 octobre 1861).

Pour les aspirants au doctorat en médecine deux sessions d'examen seront ouvertes dans l'école préparatoire réorganisée, l'une au mois d'août pour le premier examen probatoire, l'autre au mois d'avril pour la première partie du deuxième examen probatoire.

Au mois d'avril et septembre de chaque année, il y aura une session d'examens pour les officiers de santé, les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes de 2e classe qui se proposeront d'exercer dans un des départements de la circonscription de l'Ecole (Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain), (arrêté du 22 juillet 1878). Aux sessions d'avril et septembre auront lieu, pour les élèves en pharmacie, les épreuves dites de validation de stage. Par délibération de l'école de médecine, des concours auront lieu à la fin de l'année scolaire ; les prix obtenus seront décernés dans la séance solennelle de rentrée.

Ecole de Limoges.

Directeur : M. Astaix ; — *Secrétaire :* M. L. Bleyme.
Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze et Dordogne.

ANNÉE SCOLAIRE 1884-85.

Les cours ont commencé le 3 novembre 1884.

Programme des cours.

Semestre d'hiver. — *Chimie et toxicologie.* — M. Astaix, professeur, directeur de l'Ecole, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 11 heures.

Clinique interne. — M. E. Mazard, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Anatomie. — M. J. Lemaistre, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à midi et demi.

Pathologie interne. — M. Dépéret-Muret, professeur, mardi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 8 heures.

Thérapeutique. — M. Mandon, professeur, lundi, mardi, jeudi ; conférence, samedi, à 4 heures.

Semestre d'été. — *Clinique externe.* — M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Clinique interne. — M. P. Lemaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Accouchements, maladies des femmes. — M. L. Bleynie, professeur, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 4 heures.

Physiologie. — M. Thouvenet, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures.

Pathologie externe. — M. Chénieux, professeur, mardi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 3 heures.

Histoire naturelle. — M. A. Barny, professeur, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, mardi, à 4 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. Pillault, professeur, lundi, mardi, jeudi ; conférence, samedi, à 1 heure.

Professeur honoraire. — M. Bleynie, père.

Cours complémentaires et conférences.

Anatomie générale et embryologie. — M. J. Lemaistre, professeur. les lundis, mercredis, vendredis, à 4 heures. — *Conférences d'anatomie,* mardi, jeudi, à midi et demi, M. Vautrin.

Conférences et manipulations chimiques. — M. Besnard, chef des travaux chimiques, mardi et jeudi, à 7 heures du matin.

Chirurgie des armées (secours à donner aux blessés en temps de guerre). — M. Raymond, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Hygiène. — M. Boudet, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Physique médicale et toxicologie. — M. Guillaumet, professeur suppléant, lundi et vendredi, à 2 heures.

Professeurs suppléants : MM. Raymond, Boudet et Guillaumet. — *Chef des travaux anatomiques :* M. Vautrin. — *Chef des travaux chimiques :* M. Besnard. — *Prosecteur :* M. G. Raymondaud, fils. — *Préparateur de chimie, pharmacie, etc.* M. N....

L'Ecole de Limoges présente des facilités particulières pour l'étude de l'anatomie. — Les cliniques médicale et chirurgicale s'exercent dans un vaste hôpital civil et militaire dont les différents services comprennent plus de 400 malades, blessés, femmes en couches, etc. — Tous les ans, cinq places d'internes dans cet établissement sont mises au concours à l'hôpital. Limoges possède une Société de médecine et de pharmacie, un journal organe de cette Société. — L'importante bibliothèque médicale de la ville a été transférée dans une des salles de l'école ; elle est ouverte tous les jours aux élèves.

Ecole de Poitiers.

ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885.

Directeur : M. Chédevergne ; — *Secrétaire :* M. Boistard.
Semestre d'hiver. — Clinique externe. — M. Chédevergne, les mardis, jeudis et samedis à 9 h.

Clinique interne. — M. Robert, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h.

Anatomie. — M. Lachaise, les mardis, jeudis et samedis, à midi. — M. N..., chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis et jeudis, à midi.

Chimie et toxicologie. — M. Guitteau, les lundis, mercredis, et vendredis, à 1 h.

Pathologie interne. — M. Brossard, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 *h.* 1/2.

Thérapeutique. — M. de la Garde, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. 1/2.

Pharmacie et matière médicale. — M. Mauduyt, les mardis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2.

Semestre d'été. — Clinique externe. — M. Chédevergne, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h.

Clinique interne. — M. Robert, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h.

Physiologie. — M. Delaunay, les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. — Conférence les samedis, à 3 h.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Poisson, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h.

Accouchements et maladies des femmes. — M. Jallet, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h.

Histoire naturelle médicale. — M. Poirault, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h.

Conférences et cours complémentaires.

Physique médicale : M. Jouteau, en été, les mercredis et vendredis, à 1 h. — *Chirurgie et médecine opératoire :* M. Pion, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Hygiène :* M. Roland, les mardis et samedis. — *Histologie et embryologie :* M. Lachaise, les mardis, jeudis et samedis, à 2 h.

© BIU Santé

Travaux pratiques.

Manipulations chimiques : M. Jouteau. — *Herborisations* : M. Poirault, tous les dimanches, en été. — *Médecine opératoire* : M. Pion, en été. — *Anatomie pathologique* : M. N..., les lundis et jeudis en été, — Des cours complémentaires de clinique : 1° d'ophthalmologie ; 2° de maladies cutanées et syphilitiques ; 3° des maladies des enfants, seront faits par les suppléants.

Le service hospitalier comprend trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, où ont lieu les cliniques ; l'Hôpital général, réservé aux vieillards, aux enfants et aux maladies mentales ; l'Hospice des Incurables, qui comprend un service de vénériennes et d'épileptiques. — Une clinique obstétricale est instituée à la Maternité.

Ces nombreux services rendent très faciles, pour les élèves, l'étude clinique des maladies, ainsi que celle de l'anatomie et de l'anatomie pathologique. — Huit tables d'amphithéâtre permettent à huit séries de prendre simultanément part aux travaux.

Les internes, le prosecteur, les aides d'anatomie et les chefs de clinique sont nommés au concours, à mesure que se produisent les vacances. Les élèves sont aussi appelés à profiter des cours de la Faculté des sciences de Poitiers, qui, par suite d'une entente entre les professeurs, complètent ceux de l'Ecole de médecine. Ils sont même autorisés à prendre part aux travaux pratiques qui s'y font et qui peuvent leur être utiles.

La bibliothèque de l'Ecole de médecine, celle de la Ville et celle des Facultés sont chaque jour ouvertes aux étudiants en médecine. Celle de l'Ecole vient d'être, de la part de M. le Dr Raymondet, l'objet d'une importante donation (près de 700 volumes de médecine).

Les collections de l'Ecole sont également bien pourvues, par suite de legs très considérables de plusieurs professeurs de l'Ecole, et par suite des divers concours où des pièces d'anatomie doivent être préparées. L'anatomie pathologique offre des spécimens très remarquables. — Enfin, un certain nombre de médailles viennent stimuler l'émulation des élèves.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter notre école, tout y est organisé pour les y préparer. Pendant le 2e semestre, M. Isambert, professeur à la Faculté des sciences, a l'obligeance d'interroger deux fois par semaine les élèves de 1re année sur la Physique et la Chimie. Et M. le Dr Lachaise, licencié es sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique et les examine sur ces matières. Ce qui ne l'empêche pas, comme Anatomiste, avec l'aide du chef des travaux, d'exercer tous les jours, pendant le semestre d'hiver, théoriquement et pratiquement, les Etudiants de 2e et de 3e année, en vue de la 1re partie du second examen.

Ecole de Reims.

Directeur : M. le Dr A. Luton ; — *Secrétaire* : A. Gentilhomme.

La circonscription de l'Ecole de Reims comprend, pour les médecins, les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes, les départements de la Marne, des Ardennes, de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Aube. L'Ecole a ouvert les cours le jeudi 6 novembre, selon le programme suivant :

Semestre d'hiver.

Anatomie. — M. L. Harman, tous les jours (le dimanche excepté) à 11 heures du matin. Une conférence par semaine.

Pathologie interne. — M. Strapart, les lundis, mardis et jeudis, à 5 h. du soir. Une conférence par semaine, le samedi, même heure.

Clinique externe. — M. A. Decès, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Clinique interne. — M. Luton, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Chimie minérale. — M. N..., suppléant, les lundis, mercredis, à 4 heures du soir. Une conférence par semaine.

Pharmacie et matière médicale. — M. Lajoux, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine, le lundi, à 1 heure.

Travaux anatomiques et histologie. — M. Jolicœur, chef des travaux anatomiques, tous les jours à 1 heure 1/2 ; conférences les lundis, mercredis et vendredis, à 2 heures.

Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie. — MM. Grandval, Lajoux, professeurs ; Valser, suppléant ; Moufflier, chef des travaux chimiques, les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 4 heures.

Conférences de pathologie générale. — M. Langlet, suppléant, le samedi, à 5 heures du soir.

Cours de physique médicale. — M. Drincourt, chargé du cours, le vendredi, à 4 heures.

Chimie minérale. — M. Lelorieux, chargé de cours, lundi, mercredi, 4 heures.

Semestre d'été.

Physiologie. — M. Moret, les mardis, jeudis et samedis, à 11 heures du matin. Une conférence par semaine, le lundi, à 3 heures.

Pathologie externe. — M. Gentilhomme, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 4 heures. Une conférence par semaine.

Clinique externe. — M. A. Decès, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Clinique interne. — M. Luton, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Thérapeutique et hygiène. — M. H. Henrot, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine.

Accouchements. — M. A. Panis, les lundis, mercredis et vendredis, à 11 heures. Accouchements tous les jours, à l'Hôtel-Dieu. Une conférence par semaine, le samedi, à 3 heures. Ecole de sages-femmes, à l'Hôtel-Dieu.

Chimie organique et toxicologie. — M. Grandval, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. du soir. Une conférence le samedi, à 1 h.

Histoire naturelle médicale. — M. Lemoine, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine.

Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie. — MM. Grandval, Lajoux, professeurs (le samedi), M. Valser, suppléant (le jeudi), M. Moufflier, chef des travaux chimiques (le mardi), les mardis, jeudis et samedis, de 1 heure à 4 heures.

Leçons d'Histoire naturelle expérimentale. — M. Jolicœur, les mardis et jeudis, à 3 heures.

Cours de médecine opératoire. — M. P. Lévêque, suppléant. Les mercredis et vendredis, à 11 heures du matin.

Reims, 2 novembre 1884.

Mon cher Rédacteur,

J'ignore ce que vont apporter à votre journal les échos de la province, mais je crains bien que sur divers points de la France on n'ait une tendance à reprocher à Paris sa faim dévorante, à Paris qui, sur le terrain de l'enseignement comme sur tant d'autres est toujours prêt à s'attribuer la part du lion.

Attirer pour les instruire tous les jeunes gens qui ont l'amour du travail et le besoin de la science, c'est très bien ; mais tendre à faire de la Faculté de Paris le point à peu près unique en France où pourront un jour se faire les études de médecine ; garder ceux que l'on a élevés au lieu de les renvoyer dans leur région pour créer et entretenir des foyers d'instruction, n'est peut-être pas l'idéal de la prévoyance ; et cependant c'est là, je le crains, qu'on va de plus en plus vite.

Par les changement de programmes, par les suppressions des examens de fin d'année, par les modes actuels des examens de doctorat, on tend, qu'on le veuille ou non, et il semble bien qu'on le veuille, à faire le vide dans les écoles de province où, cependant, de sérieux éléments d'études pourraient être utilisés avec avantage. Et, malgré cela, les écoles ne se vident pas ; il y a des gens entêtés qui persistent à vouloir garder pendant 3 ou 4 ans leurs enfants près d'eux, avec des maîtres qui les connaissent et qui les guident.

Il y a des professeurs même qui poussent la naïveté jusqu'à croire qu'ils n'ont pas travaillé en vain et qu'ils peuvent reporter sur les jeunes le fruit de leurs études ; ils ont appris la médecine, ils ont manié le malade, ils se figurent qu'on peut sous leur direction connaître les mille détails de l'anatomie *pratique*, les délicatesses du diagnostic, qu'avec un hôpital et des cadavres on peut *préparer* des élèves à digérer un enseignement plus parfait, à vivre plus tard, en un mot, de la moelle des forts.

Ils n'ont oublié qu'une chose, c'est que de leur temps on demandait surtout à un docteur en médecine d'être un clinicien ; ce n'était peut-être pas assez, je le reconnais, ou du moins négligeait-on des choses importantes. Mais aujourd'hui, ce qui importe avant tout, c'est la chimie, c'est l'histoire naturelle, et c'est surtout la physique ; la physique si hautement représentée dans l'enseignement médical parisien, veut voir son image fidèlement reproduite dans toutes les écoles secondaires ; un professeur ne suffisait pas, il en a fallu deux. Loin de moi l'idée de repousser cet enseignement, ce que je repousse c'est la place prépondérante qu'on veut lui donner, ce qui me heurte c'est cette manie du laboratoire qui veut vous faire commencer par les choses les plus difficiles, au risque de compromettre les connaissances les plus élémentaires. Tous les médecins ne sont pas destinés à pratiquer des analyses longues et minutieuses, à faire sous le microscope des recherches auxquelles si l'on veut être très fort, il faut consacrer sa vie, pas plus qu'à massacrer des lapins pour faire de la physiologie expéri-

© BIU Santé

mentale. Après cette année d'études spéciales, on pourra bien apprendre à fabriquer un thermomètre, quitte à ne pas savoir s'en servir au lit du malade, mais on ne deviendra pas un physicien pour cela. Je prétends moi que l'enseignement de la chimie et de la physique, de l'histoire naturelle, doivent marcher de pair pendant tout le cours des études avec les autres branches de la médecine et qu'elles ne doivent pas barrer le chemin de ces dernières. C'est pourquoi on n'hésite pas à Reims, et j'oublie trop que c'est de Reims que vous me demandez des nouvelles, à construire des bâtiments nouveaux, à abandonner même une part de son traitement pour chercher (qu'on en fasse autant à Paris) à atteindre l'idéal : la reconnaissance officielle comme école organisée (reconnaissance qu'on est peut-être décidé à ne nous accorder jamais), parce que nous pensons que les dépenses doivent rapporter à notre ville, non pas de l'argent par l'afflux d'un grand nombre d'élèves, mais de l'honneur pour la conservation d'un établissement d'enseignement supérieur qui depuis longtemps a fait ses preuves.

Recherchez dans la liste des agrégés à la Faculté de médecine de Paris, vous ne trouverez pas un rémois parmi les physiciens et les chimistes, c'est vrai, mais ils sont nombreux parmi les médecins et les chirurgiens. Ce n'est pas à dire que les premiers manquent parmi nous. Les professeurs de chimie, de toxicologie, de pharmacie, sont élèves des laboratoires des hautes études, lauréats de l'école de pharmacie, et le professeur d'histoire naturelle est un des premiers paléontologistes de France, on doit bien s'en douter un peu à Paris, et cependant dans un rapport officiel au Conseil académique, signé d'un professeur de la Faculté de Nancy, on ne craint pas de jeter la défaveur sur ces professeurs et les cours qu'ils font, preuve que les présidents de jurys d'examen sont quelquefois incomplets dans leurs informations, ce qui les mène à être inexacts dans leurs affirmations.

Il est vrai qu'à Nancy, ayant peu d'élèves, on espère recueillir ceux que l'école de Reims laisserait en héritage, ce qui est une grosse erreur ; si l'école de Reims était fermée, nos élèves iraient à Paris dès la première année, comme ils y sont toujours allés dès la troisième ou quatrième année, parce que Paris est par rapport à Reims le centre naturel, par la distance, par les relations, par les amitiés que l'on y possède.

Quelles que soient les exigences des programmes nouveaux, nous cherchons à innover encore. Nous n'avons pas ici, comme en ce moment à Paris, l'occasion de jeter aux femmes assez actives, assez bien douées pour faire des études, des injures indignes d'hommes respectueux de l'égalité intellectuelle des deux sexes, mais nous cherchons à relever l'enseignement d'un groupe de femmes qui placées à l'hôpital près d'un centre d'études important n'en avait jusqu'alors que fort peu profité. Je veux parler des sages-femmes. Elles ont été ici admises à l'un des cours de l'école, le cours d'hygiène, et il ne semble pas que personne s'en soit mal trouvé ; bien mieux, il leur a été proposé un concours sur les matières de leurs études, ce concours a donné des résultats inattendus, supérieurs de beaucoup à ceux donnés par les concours du sexe fort.

Enfin, un projet qui n'est encore qu'à l'état embryonnaire, mais qui, je l'espère, grandira, c'est celui qui consisterait à faire faire par les médecins, chirurgiens titulaires ou suppléants de l'école, des cours d'infirmiers ou d'infirmières, à la suite desquels des diplômes seraient donnés aux individus méritants.

Je ne sais pas si je suis indiscret en vous indiquant ces projets, je ne vois pas, dans tous les cas, qui pourrait nous empêcher de les mener à bien.

En attendant, je suis votre bien dévoué. X...

Ecole de Rennes.

Directeur : M. Delacour.

L'École de médecine et de pharmacie de Rennes possède treize chaires qui sont les suivantes :

Clinique interne. — M. Delacour, professeur, semestre d'hiver. — M. Regnault, professeur, semestre d'été.

Clinique externe. — M. Aubrée, professeur, semestre d'hiver. — M. Dayot, professeur, semestre d'été.

Clinique gynécologique et accouchements. — M. Perret, professeur.

Pathologie interne. — M. Bruté, professeur.

Pathologie externe. — M. Petit, professeur.

Anatomie. — M. Lhuissier, professeur.

Physiologie. — M. Lefeuvre, professeur.

Chimie. Toxicologie. — M. Bellamy, professeur.

Thérapeutique. Hygiène. — M. N..., professeur.

Pharmacie. Matière médicale. — M. Macé, professeur.

Histoire naturelle médicale. — M. Louveau, professeur.

Hygiène. — M. Marty, professeur suppléant.

Histologie. — M. Accolas, professeur suppléant.

Chirurgie. Accouchements. — M. Blin, professeur suppléant.

Travaux prat. de chimie et pharmacie, M. Bellamy, prof.

Histologie végétale. — M Crié.

Chef des travaux anatomiques. — M. Bertheux.

Physique médicale. — M. Porcher, professeur suppléant.

Sont également nommés au concours parmi les élèves : un prosecteur, deux aides d'anatomie, un préparateur de chimie. L'hôpital d'enseignement contient 300 lits et une Maternité.

L'Ecole possède des collections d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale. — Les cours de la Faculté des sciences servent aux élèves à compléter leur instruction. — Les élèves peuvent, pendant trois ans, prendre des inscriptions équivalentes à celle des Facultés. Ils ont à leur disposition des laboratoires de chimie, anatomie, histologie.

Ecole de Rouen.

Directeur : M. Leudet.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Tinel.

Physiologie. — M. Pennetier.

Pathologie externe. — M. Merry Delabost.

Pathologie interne. — M. Levesque.

Hygiène et thérapeutique. — M. Olivier.

Clinique d'accouchements. — M. Thierry.

Histoire naturelle. — M. Blanche.

Chimie et toxicologie. — M. Clouet.

Pharmacie et matière médicale. — M. Duprey.

Clinique externe. — M. Duménil.

Clinique interne. — M. Leudet.

Anatomie générale. Embryogénie. — M. Cerné ; — Démonstrations d'histologie dans le laboratoire d'anatomie microscopique.

Cours complémentaires.

Chirurgie d'armée. — M. N...

Physique. — M. Thieulin.

Anatomie pathologique. — M. Petel ; démonstrations d'anatomie microscopique pathologique.

Chef des travaux anatomiques. — M. Cauchois.

Chef des travaux chimiques. — M. N...

Professeur adjoint. — M. Gressent.

Ecole de Toulouse.

Directeur : M. Caubet.

La circonscription de l'école comprend les départements de la Hte-Garonne, Ariège, Gers, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes et Lot-et-Garonne.

Semestre d'hiver 1884-1885.

Anatomie. — M. A. Bonamy, professeur titulaire. Lundi, mardi, jeudi et samedi, à 3 heures. — M. Cadène, chef des travaux anatomiques fera un cours complémentaire ; lundi, mercredi, vendredi, à 2 h.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Labéda, professeur. Mardi, jendi, samedi à 4 heures. Conférences le samedi.

Pathologie interne. — M. Caubet, professeur titulaire. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures. Conférences le vendredi.

Pharmacie et matière médicale. — M. Broemer, chargé de cours, Mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2. Conférences le samedi.

Clinique interne. — M. Noguès, professeur titulaire. Mardi et samedi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Conférences le jeudi.

Clinique externe. — M. Ripoll, professeur ; lundi et vendredi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Conférences le mercredi.

Physique médicale. — M. Halsey, délégué. Mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 1/2. Conférence le samedi.

Chimie. — M. Lespiau, suppléant. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2. Conférences le vendredi.

Chirurgie des armées, soins à donner aux blessés en temps de guerre. — M. N..., professeur suppléant. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures du soir.

© BIU Santé

Semestre d'été 1884-1885.

Physiologie. — M. Toussaint, professeur, suppléé par M. Fontagnères. Lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures. Conférences le vendredi.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Labat, professeur. Mardi, mercredi et jeudi, à 1 h. 1/2. Conférences le jeudi.

Histoire naturelle. — M. Lamic, chargé de cours. Mardi, jeudi et samedi à 1 h. 1/2. Conférences le samedi.

Chimie médicale et toxicologie. — M. Frébault, professeur titulaire. Lundi, mercredi, vendredi à 1 h. 1/2.

Hygiène et thérapeutique. — M. Basset, professeur titulaire. Mardi, jeudi et samedi, à 2 heures. Conférences le mardi.

Clinique interne. — M. Bonnemaison, professeur titulaire. Mardi, jeudi et samedi, à 7 h. 1/2 du matin. Conférences le mardi.

Clinique externe. — M. Jeannel, professeur titulaire. Lundi, vendredi, à 7 h. 1/2 du matin. Conférences le jeudi.

Pathologie interne. — M. Saint-Ange, professeur suppléant. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir.

Anatomie générale et histologie.—M. Loulanié, délégué. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. du soir.

Clinique et pathologie externes.— M. Maynard. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h.

Anatomie pathologique. (Cours complémentaire.) — M. André, chef de clinique. Mardi et samedi, à 3 heures.

Travaux pratiques.

Chimie. — Chef des travaux, M. Frébault. Préparateur, M. Raynaud.

Histoire naturelle. — Chef des travaux : M. Lamic. — Préparateur: M. X... — *Physique.* — Chef des travaux : M. X...

Anatomie (dissections). — Chef des travaux : M. Cadène. — Prosecteurs : MM. Baille et Cambours.

Histologie. — Chef du laboratoire : M. Loulanié, délégué.

Manœuvres obstétricales. — M. Labat, professeur. — *Bibliothécaire :* M. Gracietте.

Clinique médicale. — Chef de clinique : M. André.

Prix Lefranc de Pompignan. — M. le marquis Lefranc de Pompignan a légué à l'Ecole de Médecine de Toulouse une rente de quinze cents francs par an destinée à fonder un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'étudiant en médecine qui aura pris régulièrement, et sans interruption pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat et se sera fait distinguer par sa bonne conduite et ses progrès. Le lauréat recevra quinze cents francs par an, pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Le prix, qui a été décerné en 1883, sera décerné de nouveau à la fin de l'année 1886.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de trois cents francs sera décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié trois années dans ladite Ecole, y aura été reçu officier de santé avec le plus de distinction.

Prix Gaussail. — Mme veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40,000 fr., dont le revenu doit servir à fonder deux prix à décerner annuellement à des étudiants en médecine, un concours spécial sera ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, aux élèves de première année et aux élèves de deuxième année.

Prix de l'Ecole de Médecine. — Des concours de prix (médailles et livres) sont institués pour chaque année d'études, en médecine et en pharmacie, et décernés tous les ans dans la séance solennelle de rentrée de l'Ecole préparatoire.

Toulouse, 29 octobre 1884.

Mon cher Directeur,

Depuis l'année dernière, bien des modifications ont été apportées à notre école de médecine. Les locaux ont été complètement transformés, de nouveaux laboratoires parfaitement installés ont été créés, et les cours faits avec une régularité inconnue jusqu'à ces derniers temps, ont été suivis avec profit par de nombreux élèves. Les changements à signaler sont les suivants :

Grand amphithéâtre. Le grand amphithéâtre affecté uniquement à l'enseignement de l'anatomie, servira également à l'avenir aux cours de chimie, pharmacie, histoire naturelle (leçons communes aux étudiants en médecine et en pharmacie); des fourneaux surmontés d'une vaste hotte ont été installés à cette intention ; en vue de l'enseignement de l'anatomie, il a été mis en communication directe avec le cabinet du prosecteur chargé de la préparation des cours, ce qui facilitera le transport des pièces destinées aux démonstrations du professeur. Enfin, un calorifère avec bouches de chaleur et des paillassons sur les passages pour atténuer le bruit des pas, complètent cet aménagement.

Salle de dissection. La salle de dissection a été également l'objet de nombreuses modifications ; un vestibule avec vestiaire et lavabos a été créé ; un local spécial a été affecté aux cuves de macération et au dépôt des cadavres qui sont, dès leur arrivée, injectés à l'aide de liquides conservateurs ; tout l'outillage des travaux anatomiques a été changé ; l'écoulement des eaux a été assuré, et les bancs si incommodes des tables de dissection ont été remplacés par des tabourets. Le cabinet du chef des travaux, autrefois commun avec celui du prosecteur, a été installé à une des extrémités de la salle de dissection, ce qui permet une surveillance de tous les instants.

Musée d'anatomie normale et pathologique. Ce musée, dont les différentes pièces se trouvaient disséminées un peu partout, vient d'être placé dans un local complètement mis à neuf (ancien logement du concierge du Jardin des Plantes). La collection déjà si importante des pièces anatomiques vient d'être augmentée de nombreuses préparations sur l'ostéologie d'après le système Farabeuf, et les élèves pourront à l'avenir étudier avec fruit cette partie de l'anatomie dont l'enseignement avait été négligé jusqu'à ce jour.

Laboratoire des travaux pratiques de chimie. Ce laboratoire, de création toute récente, est très vaste, parfaitement outillé, et possède, comme annexes, une salle des balances et le cabinet du chef des travaux chimiques.

Galerie des produits chimiques et pharmaceutiques. Cette galerie, très complète, dont les produits ont été classés avec le plus grand soin, est ouverte aux élèves tous les jours. En outre, les étudiants ont à leur disposition des échantillons de moindre valeur qu'ils peuvent toucher et manipuler.

Salle des conférences et d'examens. Cette salle, occupée autrefois par la bibliothèque de l'Ecole, est destinée aux élèves qui pourront s'y réunir librement pour utiliser les heures non employées par les cours, et s'exercer entre eux à l'exposition de questions soit d'examens, soit de concours. Elle est chauffée, parfaitement éclairée, pourvue de tableaux noirs, et communique directement avec la bibliothèque par un escalier spécial.

Salle des cours. Cette salle, dite salle de démonstration du Jardin des Plantes, vient d'être concédée à l'Ecole et sera affectée aux cours spéciaux à chaque année d'études. Elle est très vaste, et est mise en communication directe avec les bâtiments de l'Ecole par une porte s'ouvrant sur le préau.

Bibliothèque. La bibliothèque, située encore l'année dernière au rez-de-chaussée, a été transférée au premier étage, à cause de l'extrême humidité de l'ancien local. Elle se compose de 8.000 volumes parfaitement catalogués par fiches et registres ; chaque livre est numéroté et classé suivant la matière qu'il traite ; un cabinet est réservé pour le bibliothécaire, et un garçon de bibliothèque est attaché à ce service. Les publications périodiques que les étudiants peuvent consulter proviennent : 1° d'abonnements souscrits par l'Ecole, savoir : la *Revue de médecine*; la *Revue de chirurgie;* le *Journal de chimie et de pharmacie;* la *Semaine médicale ;* la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie ;* le *Bulletin de l'Académie de médecine;* le *Bulletin de la Société de chirurgie ;* 2° d'abonnements servis par le ministère, savoir : la *Revue des sciences médicales ;* le *Journal des savants;* les *Archives de zoologie ;* les *Mémoires de la Société médicale des hôpitaux;* les *Archives générales de médecine ;* 3° enfin d'abonnements servis à titre gracieux par les journaux de Paris et de la province.

Annexe de l'Ecole de médecine, dite maison Roux-Guy. Cette annexe se compose de deux étages, un rez-de-chaussée, un premier étage, et d'une vaste cour. Au rez-de-chaussée, se trouve le laboratoire particulier du professeur de chimie, avec chambre noire et cabinet de travail. A ce laboratoire fait suite une salle assez spacieuse, dite des appareils et instruments de chimie, renfermant cinq grandes vitrines où sont déposés les appareils et instruments nécessaires à toute sorte de manipulations et de recherches. Attenant à cette salle, est le laboratoire des travaux pratiques de micrographie (histologie animale et végétale) dont l'installation a été très bien comprise ; il est parfaitement éclairé, pourvu

© BIU Santé

de tables massives, de tabourets, l'eau, le gaz, de tableaux noirs avec crayons de couleurs; il peut contenir une trentaine d'élèves. Deux cabinets sont annexés à ce laboratoire, l'un pour le chef des travaux, l'autre pour le professeur. Enfin, dans un réduit très convenable se trouvent placés les nombreux microscopes destinés aux élèves.

Le premier étage est destiné exclusivement à l'enseignement de la physique. Il comprend une salle de cours, très spacieuse, une salle des travaux pratiques de physique, un cabinet d'instruments et un cabinet de travail pour le professeur. Toutes ces salles communiquent entre elles et remplissent parfaitement le but proposé.

Enfin, dans la cour qui précède ces bâtiments, existe un chenil destiné aux animaux en expérience. C'est dans cette cour que seront édifiés sous peu les locaux nécessaires à l'enseignement de la physiologie, qui comprendront une salle d'expérimentation, une salle de démonstration et un cabinet pour le professeur. Tous ces travaux seront terminés avant le semestre d'été, afin que, dès cette année, cette branche des sciences médicales puisse être enseignée avec fruit aux élèves.

Si les locaux de notre école ne laissent rien à désirer, il en est de même de l'enseignement. Tous les cours magistraux et complémentaires sont assurés ; leur programme est rigoureusement adapté aux exigences des examens pour les diverses catégories d'étudiants (doctorat, officiat, pharmaciens) ; tous les travaux pratiques réglementaires sont l'objet d'une surveillance constante, et les chefs des travaux mettent tout leur zèle à ce que les élèves prennent goût à ce mode d'enseignement. Du reste, les résultats des examens passés dans les différentes Facultés et les places obtenues dans les concours par les étudiants de l'Ecole secondaire de Toulouse, sont le plus bel éloge que l'on puisse en faire.

Pour le 2me examen de doctorat, 1re partie (anatomie et histologie, étudiants de 3me année munis de dix inscriptions), TOUS les étudiants qui se sont présentés soit à Bordeaux soit à Montpellier ont été reçus, et la plupart avec de bonnes notes. Il convient d'ajouter que cette catégorie d'étudiants a continué pendant les mois d'avril et mai les travaux de dissection et se sont exercés aux différentes préparations sur l'anatomie des régions. Il en a été de même pour les travaux pratiques d'histologie, inaugurés sous l'habile direction de M. Laulanié.

Pour le 1er examen de doctorat (sciences physiques, chimiques et naturelles, étudiants de 1re année munis de quatre inscriptions), les résultats obtenus devant la Faculté de Bordeaux sont les suivants : présentés, 19 ; reçus, 13 ; ajournés, 6. Cette moyenne n'est pas inférieure à celle de l'ensemble du même examen pour toute la Faculté de Bordeaux. Les résultats des examens passés devant la Faculté de Montpellier ne sont pas encore parvenus.

Dans le concours qui vient d'avoir lieu pour le service de santé militaire, les résultats sont les suivants : Candidats à quatre inscriptions : 1 reçu avec le numéro 12. Candidats à huit inscriptions : 8 présentés, 7 reçus avec les numéros 1, 4, 13, 18, 19, 33, 43. En analysant ce résultat, on constate que, sur cinquante admissions pour cette catégorie de candidats, cinq sont placés dans les vingt premières. Si on fait le décompte des candidats admis par Ecole et par Faculté, on constate que :

Paris a eu. . . .	26	admissions.
Lyon	14	—
Montpellier	13	—
Bordeaux	10	—
Nancy.	10	—
Toulouse	8	—
Lille.	2	—
Rennes	1	—

Ainsi Toulouse, quoique simple Ecole secondaire, tient un bon rang à côté des Facultés, venant même avant la Faculté de Lille et les écoles de Marseille et de Nantes, écoles de plein exercice ; quelle meilleure preuve à donner de sa vitalité et de son enseignement ! Mais, une large part de ces beaux succès doit être attribuée à son directeur qui, animé d'un zèle infatigable, consacre tous ses moments à la prospérité, on peut le dire, de son œuvre. Nommé directeur de l'Ecole de Toulouse depuis un an à peine, il a su, à force d'intelligence et de travail, la transformer complètement, sans folles dépenses, se contentant des ressources annuelles, mais faisant une guerre impitoyable au gaspillage et aux vieux errements; aujourd'hui, son installation est parfaite, et bien des laboratoires de Facultés ne sauraient être comparés aux siens. Aussi, s'il m'était permis de formuler un désir, ce serait de voir notre école fonctionner comme école de plein exercice ; car tous les *desiderata* qui ont pu être formulés ont été comblés, et il est regrettable que, pour une question d'amour-propre, on persiste à parler de Faculté, alors que l'on sait que la réalisation de ce projet est à peu près impossible par suite du mauvais état des finances de la ville. Il faut espérer que nos édiles mieux renseignés comprendront la nécessité de cette transformation, et seront les premiers à voter une dépense qui s'impose. Alors, le moment sera venu de s'occuper de nos hôpitaux, de leur réorganisation, et là la besogne ne fera pas défaut, car tout est à refaire. La tâche sera lourde, mais il convient d'avoir foi en l'avenir, et, si j'en crois certaines promesses, le moment n'est pas éloigné où cette œuvre s'accomplira.

Recevez, mon cher Directeur, etc. L. C.

Ecole de Tours.

Directeur : M. N...

La circonscription des écoles comprend les départements d'Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret et Cher.

Ouverture du registre des inscriptions, le jeudi 3 novembre 1884. Clôture le 15 novembre, et le 20 pour les étudiants qui ne seront reçus bacheliers qu'à la session de novembre.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique interne. — M. CHARCELLAY, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. HERPIN, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Pathologie interne. — M. DUCLOS, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 11 heures et demie.

Anatomie. — M. GIRAUDET, professeur. — Lundi, mercredi, jeudi, samedi, à midi et demi.

Chimie et toxicologie. — M. GRANDIN, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. DUPONT, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Semestre d'été.

Clinique interne. — M. CHARCELLAY, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. HERPIN, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Physiologie. — M. DANNER, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Accouchements. — M. L. THOMAS, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. Leçon pratique le jeudi.

Thérapeutique. — M. BODIN, professeur. — Lundi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Histoire naturelle médicale. — M. BARNSBY, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Conférence ou herborisation le jeudi.

Pathologie externe. — M. COURBON, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Travaux pratiques et cours complémentaires.

Semestre d'hiver.

Travaux anatomiques. — M. N..., chef des travaux anatomiques. Tous les jours, de 2 à 5 heures.

Cours complémentaires d'anatomie. — M. N..., chef des travaux anatomiques. — Mardi, vendredi, à midi et demi. Conférence, lundi et jeudi, à 3 heures et demie (Novembre et décembre).

Travaux pratiques de chimie. — M. WOLFF, chef des travaux chimiques. — Mardi, jeudi, samedi, de 1 heure à 4 heures.

Histoire naturelle médicale. — Zoologie. — M. BARNSBY. — Lundi, mercredi (Février et Mars), à 3 heures.

Travaux pratiques de botanique. — M. BARNSBY. Lundi, vendredi de 1 heure à 4 heures.

Hygiène. — M. H. SAINTON, professeur suppléant. Lundi, samedi, à 11 heures et demie.

Semestre d'été.

Travaux pratiques de chimie. — M. WOLLF. — Lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 4 heures.

© BIU Santé

Travaux pratiques de physique. — M. Grandin. — Samedi, de 1 heure à 4 heures.

Histologie. — M. Ledouble, professeur suppléant. — Jeudi, samedi, à midi.

Ophthalmologie. — M. L. Thomas. — Clinique le dimanche, à 9 heures.

Médecine opératoire et chirurgie des armées. — M. Octave Herpin, professeur suppléant. — Lundi, jeudi, à 4 heures.

Physique. — M. Grandin. — Lundi, mercredi, à 4 heures.

Ordre des cours suivant les années d'étude.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (1re année.)

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : d'anatomie, de chimie et de toxicologie, de zoologie, les travaux de dissection, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques d'histoire naturelle.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : de clinique externe, de physiologie, d'histoire naturelle, de physique, de pathologie externe, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques de physique.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (2e année).

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, de pathologie interne, d'anatomie, les travaux de dissection.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : De clinique externe, de clinique interne, de physiologie, d'accouchement, d'hygiène et de thérapeutique, de pathologie externe.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (3e année).

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, d'anatomie, de pathologie interne, les travaux de dissection.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, de physiologie, d'accouchements, d'hygiène et de thérapeutique, de pathologie externe.

Les aspirants au titre d'officier de santé doivent suivre les mêmes cours ; mais ils ne sont pas astreints à prendre part aux travaux pratiques.—Les élèves de pharmacie sont tenus de suivre pendant le semestre d'hiver, les cours de chimie, de pharmacie et de zoologie et les travaux pratiques ; pendant le semestre d'été, les cours d'histoire naturelle et de physique et les travaux pratiques.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE

Ecole de Brest.

Directeur : M. Carpentier.

Année scolaire 1884-1885.

Semestre d'hiver.

Conférences. — M. Jossic.

Clinique chirurgicale. Pathologie externe. — M. Crus, médecin en chef.

Clinique médicale. Pathologie interne. — M. Nielly, médecin en chef.

Chimie médicale, chimie toxicologique.— M. Carpentier, pharmacien en chef.

Anatomie. Physiologie. — M. Fontan, médecin-professeur.

Thérapeutique et médecine légale. — M. Féris, médecin-professeur.

Pathologie générale. Éléments de séméiotique. — M. Grall, médecin de 1re classe, agrégé.

Anatomie descriptive. Dissection. — M. Guyot, médecin de 1re classe, agrégé.

Chirurgie élémentaire, théorique et pratique. — M. Lossouarn, médecin de 1re classe, agrégé.

Pharmacie extemporanée. Manipulations chimiques.— M. Lapeyrère, pharmacien de 1re classe, agrégé.

Semestre d'été.

Conférences et interrogations. — M. Jossic.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. Cras, médecin en chef.

Clinique médicale. Pathologie interne. — M. Nielly, médecin en chef.

Médecine opératoire. — M. Auffret, médecin en chef.

Histoire naturelle et pharmacologie.— M. Bavay, pharmacien en chef.

Pharmacie. Physique médicale. — M. Coutance, pharmacien professeur.

Hygiène générale, hygiène navale, pathologie exotique. — M. Bertrand, médecin-professeur.

Pathologie générale élémentaire. Séméiologie. — M. Grall, médecin de 1re classe, agrégé.

Chirurgie élémentaire théorique et pratique. — M. Lossouarn, médecin de 1re classe, agrégé.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Corre, médecin de 1re classe, agrégé.

Ecole de Rochefort.

Année scolaire 1884-1885.

Cours du semestre d'hiver. — Ouverture le 5 novembre 1884.

Conférences médicales. — M. Maisonneuve, directeur du service de santé.

Chimie médicale, chimie toxicologique.— M. Morio, pharmacien professeur, mardi, jeudi, samedi, à 3 h. du soir.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. Duplouy, médecin en chef, mardi et vendredi, à 8 h. 3/4 du matin.

Clinique médicale, pathologie interne. — M. Bourru, médecin-professeur, mercredi et samedi, à 8 h. 3/4 du matin.

Thérapeutique, médecine légale. — M. Treille, médecin-professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 3/4 du matin.

Anatomie et physiologie. — M. Bonnafy, médecin professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 3/4 du matin.

Pharmacie extemporanée, manipulations chimiques. — M. Taillotte, pharmacien de 1re classe, agrégé, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 3/4 du matin.

Anatomie descriptive, dissection.— M. Palmade, médecin de 1re classe, agrégé, lundi, mercredi, vendredi, à 3 h.

Chirurgie élémentaire, théorique et pratique.— M. Fontorbe, médecin de 1re classe, agrégé, mardi, à 4 h. 1/2.

Pathologie générale, élémentaire, séméiologie. — M. Burot, médecin de 1re classe, agrégé, lundi, à 4 h. 1/2.

Répétitions de bandages, d'opérations, et de petite chirurgie.— M. Martin, médecin de 2e classe, prosecteur d'anatomie, jeudi et samedi, à 4 h. 1/2.

Nota.— Nous n'avons pas reçu la liste des cours du semestre d'été.

Ecole de Toulon.

Année scolaire 1884-1885. — Ouverture le 3 novembre.

Conférences médicales. — M. Gestin, directeur.

Semestre d'hiver.

Clinique médicale,spathologie interne. — M. Cunéo, médecin en chef.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. Barthélemy, médecin en chef

Thérapeutique et médecine légale. —M. Thomas, médecin en chef.

Chimie médicale, chimie, toxicologie.—M. Héraud, phharmacien en chef.

Anatomie et physiologie. — M. Rouvier, médecin-professeur.

Anatomie descriptive et dissection. — M. Reynaud, médecin de 1re classe, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Chirurgie élémentaire. — M. N....., chef de clinique chirurgicale, médecin de 1re classe, agrégé.

Pathologie générale élémentaire. — M. Galliot, médecin de 1re classe, agrégé, chef de clinique médicale.

Pharmacie extemporanée, manipulations. — M. Porte, pharmacien de 1re classe, agrégé, chef des travaux chimiques.

Démonstrations d'anatomie. — Me Randon, médecin de 2e classe, prosecteur.

Semestre d'été.

Clinique médicale, pathologie interne. — M. Cunéo, médecin en chef.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. Barthélemy, médecin en chef.

Pharmacie et physique médicale. — M. Sambuc, pharmacien-professeur.

Médecine opératoire. — M. Merlin, médecin en chef.

Hygiène, pathologie exotique. — M. Guès, médecin-professeur.

Histoire naturelle médicale.—M. Billaudeau, pharmacien-professeur.

Chirurgie élémentaire. — M. N....., médecin de 1re classe, agrégé.

Pathologie générale élémentaire. — M. Galliot, médecin de 1re classe, agrégé.

Accouchements. Maladies des femmes et des enfants. — M. Duchâteau, médecin de 1re classe, agrégé.

Conservateur du musée d'anatomie et d'histoire naturelle : M. Prat.—Conservateur de la bibliothèque : M. Aubin, médecin de 1re classe en retraite. — Secrétaire : M. Barnier, secrétaire du Conseil de santé, médecin de 1re classe. — Jardinier botaniste : M. Chabaud.

L'école a : Un laboratoire de chimie ; un laboratoire et un cabinet

© BIU Santé

de physique ; des amphithéâtres d'anatomie ; plusieurs salles de cours. Un musée d'histoire naturelle, d'anatomie normale et pathologique. Un jardin botanique.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

Suivant notre coutume annuelle, nous donnons ici les principaux renseignements que nous avons pu recueillir sur le fonctionnenment des Universités étrangères.

A. Angleterre.

Le Royaume-Uni compte actuellement vingt corps savants investis du droit de délivrer des grades ou diplômes susceptibles d'être enregistrés conformément au *Medical Act* de 1858 ; nous donnons ici, pour n'avoir plus à y revenir, l'énumération de la plupart de ces grades, avec l'explication des initiales qui les représentent, et dont les titulaires font habituellement suivre leur nom : Licencié de l'Apothecaries'Hall (L. A. H.), Licencié de la Société des Apothicaires (L. S. A.), Licencié en Médecine (*Lic. Med.*), Licencié du Collège royal des médecins (*Licentiate of the Royal College of Physicians L. R. C. P.*) ; Licencié du Collège royal des chirurgiens (*Lic. of the Royal College of Surgeons, L. R. C. S.*) (Lorsqu'ils deviennent, par un examen ultérieur, *Membres* de l'un de ces derniers collèges, les *Licenciés* remplacent L. par M.) Licencié en obstétrique *Licenciate in Midwifery, L. M.*) ; maitre en chirurgie (*Master in Surgery M. S. on chirurgioe magister C. M.*) ; Bachelier en médecine M. B. et enfin docteur en médecnie M. D. Ce dernier titre n'est recherché que par un nombre relativement restreint de médecins, ce qui s'explique, si l'on se souvient que la plus modeste licence confère le droit d'exercer toutes les branches de l'art de guérir ; aussi le grade de docteur en médecine constitue-t-il en Angleterre le signe d'une éducation médicale véritablement supérieure.

Tout étudiant en médecine doit, au début de ses études, se faire inscrire, ou immatriculer dans les bureaux du Conseil général de médecine ; il ne peut obtenir cette inscription qu'en justifiant d'examens subis devant un corps enseignant reconnu, ou en subissant un examen préliminaire, dont le programme, demeuré longtemps trop sommaire, a été dans ces dernières années, notablement étendu, et pourrait avec avantage, être encore élargi. Après avoir justifié de cet examen, ou l'avoir subi, l'étudiant est autorisé à commencer ses études médicales ; plusieurs voies lui sont ouvertes, dans le choix desquelles il sera surtout guidé par les règlements de l'école qu'il aura choisie, car ces règlements, bien qu'ils s'inspirent tous, dans leurs grandes lignes, du programme-modèle tracé par le Conseil général de médecine, présentent néanmoins, d'une école à l'autre, d'assez grandes variations de détail. C'est ainsi que, suivant les cas, l'étudiant pourra : 1° suivre pendant un an les cours ou les cliniques d'un hôpital de province, ou de tout autre établissement reconnu ; 2° devenir pendant un an l'élève particulier d'un chirurgien régulièrement diplômé et capable par sa situation de lui fournir des éléments suffisants d'instruction pratique ; 3° entrer de suite dans une école de médecine légalement reconnue.

Le minimum du temps qui doit être consacré aux études médicales est de quarante-cinq mois à partir de la date de l'inscription ; deux ans et demi au moins doivent être passés dans une école de médecine reconnue.

L'obtention des grades, diplômes ou *licences*, comporte au moins deux examens dont le premier comprend la chimie et la physique médicale, l'anatomie, la physiologie, la matière médicale et la pharmacie ; le second examen ou examen final, que certaines universités divisent en plusieurs parties, roule sur la pathologie et l'anatomie pathologique, la médecine, y compris l'anatomie médicale, la clinique et la thérapeutique, la chirurgie, y compris l'anatomie chirurgicale et la clinique, les accouchements et la médecine légale.

Les diplômes qui confèrent le droit d'exercer ne peuvent en aucun cas être délivrés avant l'âge de vingt et un ans.

Les corps enseignants qui ont le droit de délivrer des diplômes et de conférer des grades dans l'ordre de la médecine sont les suivants : Le Collège royal des médecins de Londres ; le Collège royal des chiruregiens d'Angleterre ; la Société des apothicaires de Londres ; les universités d'Oxford, de Cambridge, de Durham, de Victoria (à Manchester), le Collège royal des médecins et le Collège royal des chirurgiens d'Edimbourg, la faculté de médecine et de chirurgie de Glascow, les universités d'Aberdeen, d'Edimbourg, de Glascow, de Saint-Andrews, le King and Queen's College des médecins d'Irlande, le Collège royal des chirurgiens d'Irlande, l'Apothecarie's Hall d'Irlande, l'université de Dublin et l'université royale d'Irlande.

En dehors de ces universités l'enseignement médical est donné dans plusieurs des grands hôpitaux de Londres ; nous y reviendrons en parlant de ces hôpitaux ; mais nous devons dès à présent mentionner l'Ecole de médecine de Londres pour les femmes, à laquelle le Royal Free Hospital fournit l'enseignement clinique, et l'école d'anatomie et de chirurgie de M. Thomas Cooke.

En province, on trouve le Queen's Collège (Birmingham), le Owen's College (Manchester) et le Collège médical de l'Université de Durham, à Newcastle-on-Tyne, ainsi que les écoles de médecine de Bristol, de Leeds, de Liverpool et de Sheffield.

Bien qu'elles confèrent des grades, les Universités de Cambridge et d'Oxford ne donnent pas l'éducation médicale complète ; en fait, il n'y a pas d'école de médecine à Oxford ; mais Cambridge fournit une instruction solide dans plusieurs branches de l'art de guérir.

En Ecosse, outre les écoles attachées aux Universités d'Aberdeen, d'Edimbourg et de Glasgow, il faut mentionner l'Extra-Academical School, à Edimbourg, et à Glasgow, le Collège d'Anderson et l'Ecole du Royal Infirmary.

En Irlande, on trouve l'Ecole de médecine d'Irlande, l'Ecole du Collège royal des chirurgiens d'Irlande et les Collèges de Cork, de Belfast et de Galway ; Dublin compte aussi plusieurs écoles de médecine : le Carmichael College of medecine and Surgery, l'hôpital et le collège médical du Dr Stevens, l'Université catholique et le Ledwich School, où l'on enseigne l'anatomie, la médecine et la chirurgie.

Il faut ajouter que les Collèges royaux des chirurgiens ainsi que la Faculté de médecine et de chirurgie de Glasgow délivrent des diplômes autorisant à exercer la chirurgie dentaire ; ces diplômes sont enregistrés conformément à la loi sur l'exercice de l'art dentaire votée en 1878 et en vigueur depuis 1879.

Enfin, à la suite d'examens spéciaux, les Universités de Cambridge, de Londres, de Durham, d'Edimbourg, de Glasgow et de Dublin délivrent des certificats et des diplômes attestant les connaissances acquises par le candidat en hygiène et en médecine publique ; ces diplômes ne sont pas actuellement enregistrables ; ils sont habituellement recherchés par les praticiens (déjà pourvus de licences enregistrées) qui recherchent le poste de médecin sanitaire de district ou de région.

L'enseignement clinique est donné en Angleterre à peu près comme en France, peut-être même d'une façon plus large ; car, dans tous les hôpitaux auxquels se rattachent des écoles de médecine, les chefs de service, médecins, chirurgiens ou accoucheurs, ont à faire des conférences cliniques sur les malades couchés dans leurs salles, sans préjudice des cours des professeurs de clinique ; ceux-ci, à la vérité, n'existent pas dans tous les hôpitaux ; mais l'enseignement clinique n'en demeure pas moins très étendu et très complet, et porte sur toutes les branches de la médecine ; les hôpitaux spéciaux ne manquent pas en Angleterre ; ils sont même beaucoup plus nombreux et plus spécialisés qu'en France ; mais, quel que soit l'hôpital général auquel l'étudiant est attaché, il y trouvera presque toujours sur place des professeurs spéciaux pour lui enseigner les maladies des yeux, des oreilles, de la gorge, de la peau, aussi bien que la chirurgie orthopédique, les maladies mentales ou l'hygiène publique. Enfin, on ne manque jamais d'exercer les élèves à l'emploi des diverses méthodes de diagnostic, notamment à l'auscultation de l'homme sain et de l'homme malade, aux recherches pratiques de micrographie et de chimie ; des conférences spéciales sont instituées dans ce but, et rendent aux élèves des services considérables. Enfin, la tâche de l'étudiant est encore facilitée par la présence dans la plupart des hôpitaux, sinon dans tous, d'un ou de plusieurs répétiteurs (*tutors*) dont la mission consiste à aider les jeunes gens dans leur travail, et particulièrement dans la préparation de leurs examens.

Les frais scolaires des études médicales sont considérables en Angleterre ; en revanche, un grand nombre de bourses sont données au concours ; beaucoup de prix sont représentés par une somme dont le chiffre est variable, et les *assistants* de clinique médicale, chirurgicale et obstétricale reçoivent des appointements relativement élevés ; c'est ainsi qu'au Guy's Hospital, à Saint-Mary's, il y a des positions de 250 liv. st. et que les *house-surgeons*, dont la situation correspond à peu près à celle des hôpitaux de Paris, touchent 1800 fr. par an. Toutes ces fonctions ne sont obtenues que pour six mois ou un an, ce qui fait que les titulaires en sont relativement nombreux et ce qui permet à tous le élèves un peu laborieux d'avoir, vers la fin de leurs études, au moins pendant six mois, les avantages de l'internat.

Nous avons déjà dit que l'obtention de la licence, après validation par le Conseil médical, conférait le droit d'exercer la médecine, et que par suite le diplôme de docteur en médecine devenait en quelque sorte un luxe scientifique, dont se passent volontiers le plus grand nombre des praticiens du Royaume-Uni. Il n'y aurait pas grand mal à cela si les examens à la suite desquels on accorde cette licence portaient sur toutes les branches de l'art de guérir ; malheureusement il n'en pas ainsi ; les licences sont spécialisées (licence en médecine, en chirurgie, en accouchements) en sorte que le titulaire de l'une d'elles peut n'avoir sur les autres parties de la médecine que des connaissances théoriques ou insuffisantes ; il n'en est pas moins autorisé à *exercer la médecine*, dans le sens le plus large de ces deux mots ; ce regrettable état de choses appelle une réforme ; les membres les plus autorisés du corps médical, — et, après eux, l'o-

© BIU Santé

pinion publique, — se sont émus, et il est permis d'espérer qu'avant longtemps une législation plus logique remplacera cette excessive et dangereuse tolérance.

Il nous reste à parler des hôpitaux de Londres ; nous le ferons très sommairement; mais comme ces hôpitaux sont, pour la plupart, des écoles de médecine, nous donnerons entre parenthèses, après le nom de chaque hôpital, l'indication des principaux médecins, chirurgiens ou accoucheurs qui y dirigent des services et y distribuent l'enseignement clinique ; nous ferons de même pour quelques hôpitaux spéciaux, non pourvus d'écoles, mais auxquels sont attachés des médecins jouissant d'une grande notoriété scientifique.

L'hôpital St-Barthélemy (MM. Klein, Andrew, Gee, Legg, Savory, Dyce, Duckworth, Lauder, Brunton, Matthews, Duncan, etc.) contient 750 lits, dont 75 pour les convalescents. Salles de médecine, de chirurgie, de maladies des yeux, de maladies des femmes, de syphilis. Les enfants sont reçus dans les salles de médecine et de chirurgie. Les musées d'anatomie, de matière médicale et de botanique, ainsi que la bibliothèque de l'hôpital sont ouverts aux élèves tous les jours. — L'hôpital de Charing-Cross (MM. Pollock, Barwell, Green, etc.) renferme 180 lits, dont un certain nombre est affecté aux maladies des femmes et des enfants ; il possède un musée et une bibliothèque. — L'hôpital St-Georges (MM. Turner, Dickinson, Barnes, etc). contient 351 lits, dont 205 de chirurgie et 146 de médecine ; salles spéciales d'ophthalmologie et de gynécologie ; les enfants sont admis dans les salles de femmes. Bibliothèque et musée.

L'hôpital de Guy (MM. Golding-Bird, S. Wilks, Pavy, Bryant, sir William Gull, Moxon, Pye-Smith, Galabin, Geo. H. Savaye, etc.) contient 695 lits, dont 50 sont affectés aux maladies oculaires et 26 aux femmes en couches; les enfants sont reçus dans les salles de femmes. La bibliothèque est ouverte aux élèves ; l'hôpital possède en outre des musées d'anatomie humaine, d'anatomie comparée (plus de 2000 pièces) ; d'anatomie pathologique (plus de 5000 pièces) et de matière médicale. — L'hôpital de King's College (MM. Burney Yeo, Gerald Yeo, Beale, G. Johnson, Playfair, David Ferrier, sir Joseph Lister, etc.) contient environ 170 lits ; il possède une bibliothèque et des musées d'anatomie, de matière médicale et d'histoire naturelle.

Le London Hospital (MM. Sutton, Treves, sir A. Clark, Fenwick, Hughlings-Jackson, etc.) le plus vaste des hôpitaux du Royaume-Uni contient 800 lits, qui se répartissent de la façon suivante : accidents et chirurgie, 334 ; médecine, 300 ; maladies des femmes, 26 ; enfants au dessous de 7 ans, 68 ; maladies des yeux, 12 ; salles extérieures, 60. Musées d'anatomie, d'anatomie pathologique, de matière médicale et bibliothèque. — L'hôpital de Ste-Mary (MM. Sieveking, Meadows, Broadbent, etc.) contient 165 lits dont 76 pour la médecine et 89 pour la chirurgie ; il y a une salle pour les maladies des femmes, et quelques lits pour les maladies d'yeux. Bibliothèque ; musées d'anatomie normale et pathologique, de matière médicale, d'anatomie comparée et d'histologie.

L'hôpital de Middlesex (MM. Coupland, Cayled, Edis, Douglas-Powell, etc., contient plus de 300 lits, dont 185 de chirurgie, 120 de médecine, une salle de 33 lits pour les cancéreux, des salles pour les affections utérines, les maladies des yeux et la syphilis. Bibliothèque et musée (5000 pièces).

L'hôpital Saint-Thomas (MM. Payne, Sharkey, Bristowe, Ord sir William Marc-Cormac, Rayner, Hadden, etc.) renferme 572 lits dont 160 de médecine et 230 de chirurgie : salles spéciales pour les maladies des femmes, les affections oculaires, la syphilis, les maladies des enfants au-dessous de six ans; bâtiment isolé pour les maladies infectieuses. Les élèves ont accès à la bibliothèque, aux musées d'anatomie humaine et comparée de matière médicale, de chimie et de minéralogie, ainsi qu'aux laboratoires de physiologie et de chimie pratiques. — L'hôpital de l'université contient 200 lits, avec salles spéciales pour les maladies des femmes, des enfants, des yeux et de la peau ; à ce dernier département se rattache un service de bains médicamenteux. Bibliothèque générale et médicale ; musées d'anatomie, d'anatomie pathologique, d'anatomie comparée, de matière médicale, de chimie, de géologie, de physique et d'hygiène (Parkes museum) ; laboratoires de chimie, de physiologie, de zoologie et d'hygiène. — L'hôpital Westminster contient plus de 200 lits: services spéciaux pour les maladies des yeux, des oreilles, de la peau, des dents, de la gorge; salles de gynécologie, d'orthopédie, bibliothèque ; musées d'anatomie (belles préparations histologiques) d'anatomie pathologique et de matière médicale. — Parmi les autres hôpitaux de Londres, il faut encore citer le Great Northen Hospital (MM. Legros-Clerk, Cholmeley, Fancourt-Barnes, etc.), l'hôpital maritime de Greenwich ; le West London Hospital, qui contient 100 lits ; le City of London Hospital, réservé aux affections pulmonaires ; l'hôpital des phthisiques de Brompton (MM. C. J. B. Williams, Walshe, S. Quain, Pollock, C. T. Williams, D. Powell, etc.) ; l'hôpital des Enfants malades et les hôpitaux de Belgrave, Evelina, Victoria, tous trois consacrés aux enfants, ainsi que l'East-London Hospital; le Royal Infirmary et le Samaritan hospital, pour les femmes et les petits enfants; l'hôpital de Chelsea, pour les femmes; l'Hôpital des femmes; le British Lying-in Hospital (maternité); le Queen Charlotte's Lying-in Hospital (maternité); le City of London Lying-in Hospital, (maternité); le London Fever Hospital, pour les fièvres; l'hôpital royal ophthalmique de Londres; l'hôpital royal orthopédique de Westminster; l'hôpital National pour les épileptiques et les paralytiques (MM. Ramskill, Radcliffe, Hughlings-Jakson, Buzzard, Charlton Bastian, Gowers et Ferrier); l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, l'hôpital dentaire de Leicester-Square, et enfin l'hôpital français de Londres.

B. Allemagne.

L'empire d'Allemagne comprend vingt Universités pourvues de Facultés de médecine et délivrant des diplômes médicaux : ce sont les universités de Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Freiburg in Brisgau, Giessen, Göttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Königsberg, Leipzig, Marburg, Munich, Rostock, Strasbourg, Tübingen et Würzburg.

Nul ne peut exercer légalement la médecine sur le territoire de l'empire, s'il n'a passé l'examen d'Etat. On n'est pas médecin (*Arzt*) si l'on n'a pas subi l'examen d'Etat, fût-on docteur de l'une des Universités ; d'autre part, le titre de *Arzt* ne confère pas celui de docteur. Le médecin qui n'a pas subi l'examen d'Etat ne peut remplir aucune fonction ; il n'est pas reconnu et ne peut pas même exiger le paiement de ses services professionnels. Le praticien qui n'est ni docteur, ni *Arzt* exerce à ses risques et périls ; aucune loi ne lui interdit d'exercer, mais, en cas d'accident, il encourt non seulement une amende, mais un emprisonnement dont la durée peut varier de six mois à dix ans. La plupart des étudiants passent l'examen universitaire et l'examen d'Etat. Le candidat ne peut obtenir aucun diplôme médical sans justifier d'un examen préliminaire subi dans l'une des écoles publiques, ou sans subir cet examen.

Les Universités allemandes comprennent trois ordres de professeurs : les professeurs, les professeurs extraordinaires et les *privat-docent*. Les professeurs sont nommés à vie ; leurs appointements sont fixes, mais ils peuvent être plus ou moins élevés suivant la réputation du professeur ; —les professeurs extraordinaires sont choisis parmi les *privat-docent* ; leurs appointements sont variables, car ils sont formés en grande partie des rétributions payées par les élèves ;— le nombre des *privat-docent* est illimité ; c'est une situation accessible à tous les docteurs en médecine, et d'autant plus rémunératrice que le *privat-docent* a plus de succès, puisque les rétributions des élèves volontaires constituent son seul salaire ; en aucun cas, ces rétributions ne peuvent être inférieures à celles qui sont payées pour les cours du professeur ordinaire. L'institution du *privat-docent* assure suffisamment la liberté de l'enseignement médical pour que l'Etat puisse, sans grande intolérance, interdire l'ouverture de toute école libre de médecine.

La durée des études médicales en Allemagne ne peut en aucun cas être inférieure à trois ans ; elle est de quatre années dans plusieurs Universités. L'examen d'Etat peut être subi soit à Berlin, soit dans l'une quelconque des Universités : avant de s'y présenter, le candidat doit produire : 1° un certificat constatant qu'il a suivi le cours d'études complet d'un gymnase ; 2° un certificat constatant qu'il a suivi le cours complet des études médicales dans une Université ; 3° un certificat constatant qu'il a subi avec succès l'examen de sciences naturelles dans une Université allemande ; 4° la preuve qu'il a, pendant deux termes au moins, suivi d'une façon effective une clinique médicale et une clinique chirurgicale, et qu'il a assisté au moins à quatre accouchements séparés ; 5° un certificat émanant d'un vaccinateur public ou de tout autre médecin reconnu et attestant qu'il a acquis une dextérité suffisante dans l'art de vacciner.

L'examen est divisé en cinq parties ; il a toujours lieu en allemand.

L'Université de Berlin est l'une des plus importantes de l'empire d'Allemagne; elle compte parmi ses professeurs : Bardeleben (clinique chirurgicale); Waldeyer (anatomie); Virchow (anatomie pathologique); Frerichs et Leyden (clinique médicale); Dubois-Reymond (physiologie); Hirsch (épidémiologie); Schröder et Gusserow (obstétrique et gynécologie); O. Liebreich (matière médicale et chimie); Westphal (psychiâtrie); von Bergmann (clinique chirurgicale). Parmi les professeurs extraordinaires, on trouve les noms de Henoch et Senator (maladies des enfants); de Helmholtz (physique) ; de H. Munk, Fritsch et Sonnenburg (chirurgie). Parmi les *privat docent*, nous trouvons les noms de Zülzer, A. et B. Fränkel, J. Schiffer, Wernicke, A. Martin, C. Friedländer, Rabl-Rückhard, Behrend, F. Fehleisen, A. Eulenburg. L'Université possède un magnifique Institut pathologique, dû à l'initiative de Virchow et situé dans les terrains qui dépendent de l'hôpital de la Charité. M. Koch fait à Berlin, à l'office de santé de l'empire, un cours de bactériologie dont la durée est de 10 jours, avec un nombre limité d'auditeurs (12) ; un assistant est attaché à chaque groupe de 4 élèves. Les élèves peuvent travailler au laboratoire, de 8 heures du matin à 3 heures de l'après-midi.

Nous signalerons l'ouverture d'une école dentaire à Berlin. — On y donne un enseignement théorique et pratique : Cours du semestre

© BIU Santé

d'hiver : 1° chirurgie générale par Busch; 2° maladies des dents et de la bouche, par le même; 3° théorie de l'obturation dentaire, Paetsch; 4° histologie normale et pathologique des dents, par Miller; 5° introduction théorique sur la prothèse dentaire, par Saurer; 6° Policlinique des maladies des dents et de la cavité buccale, par Bresch; 7° cours pratique d'obturatie dentaire, par Paetsch et Miller; 8° cours pratique de prothèse, etc. Les conditions sont à peu de choses près les mêmes que celles de l'école dentaire de Genève. Le malade indigent peut être dispensé de tout honoraire pour le matériel employé (1).

L'Université de Bonn possède des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie : elle compte parmi ses professeurs: C. Binz (matière médicale) ; Leydig (anatomie comparée); Pflüger (physiologie) et Kekulé (chimie).

L'Université de Breslau possède des instituts anatomique, physiologique, pathologique et pharmaceutique, et des cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale et des maladies oculaires, syphilitiques, cutanées et mentales. Elle compte parmi ses professeurs Biermer (médecine) ; Ponfick (pathologie) ; Förster (ophthalmologie) ; Heidenhain (physiologie), Häser (histoire de la médecine). Nous citerons encore les noms de Voltolini (otologie, laryngologie et rhinoscopie), O. Berger (psychiatrie et maladies nerveuses), Neisser (maladies syphilitiques et cutanées); tous professeurs extraordinaires.

L'Université d'Erlangen dispose d'un hôpital pourvu de cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, psychiatrique et ophthalmologique; elle possède également des instituts d'anatomie, de physiologie et de pathologie. Elle compte parmi ses professeurs : J. von Gerlach (anatomie) ; Zenker (anatomie pathologique) ; Heineke (chirurgie) ; Rosenthal (physiologie) ; Zweifel (accouchements). *Privat docent* : Fiehne, Penzold, etc. Les infirmières sont des diaconesses. Chaque clinique possède des pavillons isolés; la clinique médicale en possède deux pour la variole, scarlatine et diphtérie. Le no-restraint est rigoureusement appliqué dans l'asile d'aliénés (100) comme, du reste, dans presque toute l'Allemagne. Les élèves de la clinique d'accouchement sont appelés à tour de rôle.

L'Université de Freiburg a un laboratoire de chimie et des instituts pour l'étude pratique de l'anatomie, de la pathologie, de la physiologie, etc. : elle est également pourvue de cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements et d'ophthalmologie. La bibliothèque de l'Université est des plus complètes : elle ne contient pas moins de deux cent cinquante mille volumes. Thomas y est chargé de la clinique des enfants, Hegar des accouchements et Hildebrand de la botanique. Baumann, de la chimie physiologique.

L'Université de Giessen est pourvue d'un hôpital académique avec cliniques médicale, chirurgicale et ophthalmologique, d'une Maternité, d'un laboratoire de chimie, et d'instituts de physiologie et de pathologie. La bibliothèque de l'Université renferme cent quarante mille volumes. On remarque parmi ses professeurs : Bose (chirurgie) ; Eckhard (physiologie) et Naumann (chimie).

L'Université de Göttingen possède des instituts pour l'enseignement de la physiologie animale et végétale, et la pathologie, un hôpital (l'hôpital Ernest-August), une Maternité, un asile d'aliénés avec clinique psychiatrique, un laboratoire de chimie et un institut vétérinaire. L'anatomie est enseignée par Henle, la physiologie par Meissner, la médecine par Ebstein, la chirurgie par König, l'anatomie pathologique par Orth.

L'Université de Greifswald dispose d'un hôpital qui comprend des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie. Parmi ses professeurs se trouvent : J. Budge (anatomie) ; Mosler (pathologie et thérapeutique) ; Arndt, professeur extraordinaire (psychologie et maladies nerveuses).

L'Université de Halle possède une bibliothèque de cent mille volumes, un laboratoire de chimie, un jardin botanique, un musée de zoologie, un amphithéâtre d'anatomie, un musée zootomique, une Maternité, un hôpital de médecine et de chirurgie, et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de pharmacie. Dans la liste de ses professeurs, on remarque les noms de Volkmann (chirurgie) ; de Bernstein (physiologie) ; de A. Græfe (ophthalmologie) ; de Hitzig (médecine psychologique); de C. Eberth (anatomie); de Harnack, professeur extraordinaire (thérapeutique). Il existe à Halle une école dentaire annexée à l'Université. La durée des études y est de deux ans.

L'Université de Heidelberg dispose d'un hôpital renfermant des cliniques de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie; elle a un institut pour l'enseignement des maladies des oreilles, une Maternité, des instituts d'anatomie, de pathologie, de physiologie et de zoologie, deux laboratoires de chimie et un jardin botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Gegenbaur (anatomie humaine et embryologie), Kühne (physiologie et histologie), Arnold (pathologie), Braun (chirurgie), Erb et Schultze, professeur extraordinaire (pathologie nerveuse).

L'Université d'Iéna trouve son enseignement clinique dans l'hôpital grand-ducal ; elle possède en outre une Maternité, un asile d'aliénés, des laboratoires et des musées d'anatomie, de zoologie, de physiologie, de pathologie, de chimie, etc. Schultze y enseigne l'obstétrique, Preyer la physiologie, J. Rossbach (pathologie et thérapie), C. Bardeleben, professeur extraordinaire, l'anatomie.

L'Université de Kiel est pourvue d'un hôpital de médecine et de chirurgie, d'une Maternité et de divers musées et laboratoires ; elle compte parmi ses professeurs : Litzmann (accouchements et gynécologie), Hensen (physiologie), Quincke (médecine), Esmarch (chirurgie), Petersen (chirurgie) et Pansch, professeur extraordinaire (anatomie).

L'Université de Königsberg est pourvue d'instituts anatomiques, pathologiques et physiologiques, de cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements et d'ophthalmologie, de laboratoires de chimie et de pharmacie, etc. Naunyn y enseigne la médecine, Jacobson l'ophthalmologie; Benecke l'anatomie; Neumann l'anatomie pathologique; Samuel, professeur extraordinaire, la pathologie générale ; Hermann, la physiologie.

L'Université de Leipzig possède des laboratoires de chimie, de physico-chimie et de chimie pathologique ; un institut zoologique avec Leuckhardt pour directeur ; un institut d'anatomie dirigé par His, et un institut de physiologie (directeur : Ludwig), diverses cliniques, etc. Les principaux professeurs de cette Université sont Crédé (accouchements), Flechsig (psychiatrie), Ludwig (physiologie), Weigert (anatomie pathologique); His (anatomie); Thiersch (chirurgie), Coccius (ophthalmologie), J. Carus (zoologie); Wenzel, professeur extraordinaire (anatomie et histologie), Kolbe (chimie) et Leuckhardt (zoologie). Les femmes ne sont admises en Allemagne ni aux cours ni aux examens ; toutefois de 1871 à 1880 quelques-unes avaient été admises par l'Université de Leipzig ; le gouvernement saxon a depuis interdit leur admission.

L'Université de Marburg est pourvue d'un hôpital et de divers laboratoires pour l'instruction pratique : Roser y enseigne la chirurgie, N. Lieberkühn l'anatomie, Kramer la psychologie et Wigand la botanique.

L'Université de Munich, située dans le Ludwigstrasse, occupe de beaux bâtiments de construction récente ; elle possède, croyons-nous la plus riche bibliothèque des universités allemandes (cinq cent mille volumes), et un magnifique laboratoire d'hygiène construit pour Pettenkofer et dirigé par lui. Parmi les professeurs se trouvent von Gietl (médecine); von Siebold (anatomie comparée); Seitz (matière médicale); von Pettenkofer (hygiène) (1); Nussbaum (chirurgie) ; von Voit (physiologie); von Ziemssen (thérapeutique) ; Bollinger (anatomie pathologique et hygiène).

Nous signalerons aussi à Munich les cours de microbiologie qui sont donnés depuis ce semestre à l'Institut pathologique, sous la direction de Bollinger et du Dr Frobenius. La durée de chaque cours est de quatre semaines ; le laboratoire (10 places) est ouvert de 7 heures du matin à 10 heures du soir. Les élèves sont tenus de fournir le microscope et les accessoires. Le prix est de 60 marks. (Voir pour plus de détails *Forshcritte der Medicin*, n° 13, 1884.)

L'Université de Rostock, une des moins considérables de l'Empire, compte parmi ses professeurs Th. Thierfelder (médecine et thérapeutique), Schatz (accouchements), Brunn (anatomie), A. Thierfelder (anatomie pathologique).

L'Université de Strasbourg possède des instituts pour l'enseignement pratique de l'anatomie, de la physiologie expérimentale, de la chimie physiologique, de la pathologie et de la pharmacologie, ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements, de maladies mentales, d'ophthalmologie, de maladies syphilitiques et cutanées ; au nombre de ses professeurs nous voyons figurer : Schwalbe (anatomie humaine et embryologie) ; Laqueur (ophthalmologie) ; Schmiedeberg (pharmacologie) ; Goltz (physiologie); Hoppe-Seyler (chimie physiologique et pathologique); von Recklinghausen (anatomie, histologie et physiologie pathologiques); Kussmaul (clinique médicale); Freund et Aubenas (obstétrique et gynécologie); L. Jössel (anatomie); Wieger (maladies cutanées et syphilitiques); Strohl ; ces quatre derniers anciens professeurs de la Faculté française; O. Schmidt (anatomie comparée); De Bary (botanique); F. Rose (chimie pratique). M. E. Bœckel est chirurgien de l'hôpital civil.

L'Université de Tübingen a sous sa dépendance un hôpital et divers établissements d'enseignement pratique. P. Bruns y enseigne la chirurgie, von Liebermeister la médecine et la matière médicale, Henke l'anatomie, Jürgensen les maladies des enfants, Grützner, la physiologie.

(1) Prochainement doit s'ouvrir à Leipzig un autre institut dentaire. Ces deux instituts dépendent des universités correspondantes. Il n'y avait jusqu'ici en Allemagne et seulement dans quelques facultés des cours isolés sur l'art dentaire. La première école dentaire a été fondée à Baltimore en 1839; il existe 19 instituts dentaires aux Etats-Unis — En Europe, le premier hôpital dentaire date de 1859 (Londres).

(1) Voir pour l'Institut d'hygiène de Munich : Chantemesse, *Progrès médical*, n° 40.

© BIU Santé

L'Université de Würzburg compte parmi ses professeurs A. von Kölliker (anatomie humaine, comparée et topographique); Scanzoni (accouchements); Gerhardt (clinique médicale); Fick (physiologie); Rindfleisch (anatomie pathologique et pathologie générale); von Tröltsch, professeur extraordinaire (maladies des oreilles); J. Sachs (botanique) et Rossbach (matière médicale).

Nous rappelons à nos lecteurs, que M. le Dr R. Blanchard à publié ici même une série de lettres très remarquables sur les Universités en Allemagne (1). Nos lecteurs y trouveront de plus amples renseignements sur l'organisation intérieure des facultés, les bâtiments universitaires, leur budget, les mœurs des étudiants, etc.

Nous ne pouvons nous étendre longuement sur l'enseignement médical en Allemagne. Nous portons du reste, dans le cours de l'année à la connaissance de nos lecteurs tous les changements qui se produisent dans le personnel enseignant ou dans l'organisation des facultés de médecine de l'Allemagne. (2)

Nous ferons toutefois observer que dans presque tous les hôpitaux dépendant des facultés de médecine le personnel est entièrement laïque; chaque professeur de clinique est directeur de son service, et par conséquent de l'hôpital quand une clinique occupe à elle seule tout un groupe isolé de bâtiments; il est secondé par un économe.

Notre ami et correspondant Dr Ed... nous envoie les renseignements suivants sur les médecins praticiens allemands:

Leurs examens terminés, la plupart des médecins vont pour quelque temps, dans une grande université pour y trouver l'occasion de perfectionner dans les spécialités (otologie, laryngoscopie, pédiatrie,etc.). Quoique toutes ces spécialités soient l'objet d'un renseignement théorique et pratique dans presque toutes les petites facultés, le matériel y est ordinairement insuffisant pour y acquérir l'expérience nécessaire. Beaucoup de jeunes médecins se rendent dans les grandes maternités, comme par exemple à Dresde, où ils sont logés et où ils trouvent l'occasion d'assister à un grand nombre d'accouchements normaux et pathologiques. (Pendant son temps d'études l'étudiant n'assiste guère qu'à 15 ou 20 accouchements, tandis que dans les grandes universités il peut en voir 30, 40 ou davantage s'il suit avec assiduité la policlinique). Les deux universités où se rendent le plus grand nombre des jeunes médecins sont Vienne et Berlin pour l'enseignement pratique; la répartition excellente du matériel clinique et pathologique y permet de beaucoup voir et de beaucoup pratiquer. Ceux qui ont plus de temps et d'argent à dépenser se rendent, leurs études terminées, dans un institut petit ou grand pour y faire des recherches scientifiques sous la direction d'un professeur en renom. Ces premiers travaux sont utilisés généralement par la thèse. Nombre de ces thèses paraissent dans des revues connues et en forment un chapitre intéressant. Le sujet et la direction de ce premier travail décident souvent de la carrière de l'auteur. — D'autres soit après leur examen, soit seulement après leur thèse deviennent assistants dans un institut ou dans une clinique universitaire ou non. Leur traitement s'élève dans les universités de 800 à 1500 marks (3) avec ou sans logement, quelquefois avec la pension, le chauffage et l'éclairage. Les premier et second assistants peuvent être assimilés aux chefs de clinique en France, avec les fonctions d'internes en plus. Le premier assistant a, outre la charge des malades confiés à ses soins (20 ou 30), malades souvent choisis dans d'autres salles en vue de l'enseignement, à donner des cours de diagnostic et de percussion. Il est souvent Privat-Docent; il supplée le professeur en cas d'absence, son initiative varie selon l'importance de la clinique et les chefs de service. Le professeur s'efforce de faire publier le plus grand nombre de travaux par ses assistants; sa propre réputation et son avancement en subissent souvent l'influence. Dans les hôpitaux communaux, ces assistants reçoivent de 800 à 1.000 marcs avec l'entretien complet. La place d'asistant de ces hôpitaux peut être comparé à celle d'interne en France, avec cette différence que le premier est mieux rétribué. Une circulaire ministérielle a, il y a trois ans, vivement recommandé à tous les hôpitaux de la Prusse, la création de places pour les médecins qui désirent se perfectionner.

Les médecins praticiens ont encore à leur disposition une fois établis les sociétés médicales, dont l'organisation se rapproche sensiblement de celle des sociétés françaises. A Francfort sur le Mein ils ont à leur disposition un institut d'anatomie avec amphithéâtres et collections, un jardin botanique, une bibliothèque, dûs à la générosité de Senkenberg; il existe en outre dans cette ville une association dont le but est de faire donner chaque année des conférences sur des questions médicales importantes. — L'existence des bibliothèques médicales circulantes explique le petit nombre d'abonnés que possèdent la plupart des revues allemandes.

Les journaux les plus lus, sont; *die Berliner Klinische Wochenschrift*; *die deutsche Medicinal Zeitung* et les divers *Centralblatt*. Le prix élevé des *Archiv für Chirurgie*, *Gynœkologie*, *Innere Medicin*, etc. fait que ces dernières sont bien moins répandues, quoique le nombre de leurs lecteurs soit assez considérable. Parmi les journaux français nous citerons le *Progrès médical* dont le nombre des lecteurs augmente chez nous chaque année. Les deux journaux anglais les plus appréciés en Allemagne, sont: le *Lancet* et le *britisch medical Journal*. Nous signalerons encore les revues annuelles sur les progrès de la médecine.

Les médecins militaires déclarés aptes au service, passent une année sous les drapeaux; à chaque promotion à un grade plus élevé ils sont tenus de faire un nouveau service de six semaines. Depuis trois ans ce service est remplacé par un cours de vacances de six semaines à l'université; pendant ce temps ils reçoivent la solde attachée à leur grade.

C. Autriche-Hongrie.

Les Universités de l'Empire Austro-hongrois qui possèdent des Facultés de médecine et délivrent des diplômes médicaux, sont les suivantes : Agram (Croatie), Gratz (Styrie), Innsbrück (Tyrol), Cracovie, Pesth (Hongrie), Prague (Bohême) et Vienne.

Toutes ces Universités relèvent du Gouvernement, et le diplôme de docteur en médecine qu'elles délivrent donne le droit d'exercer dans tout l'Empire. La durée des études exigées pour le doctorat, est de cinq années; les candidats ont à subir trois examens, qui, sauf une dispense spéciale et rarement accordée, doivent être passés tous dans la même Université. Le premier examen comprend: la physique, la chimie, l'anatomie et la physiologie; l'examen est théorique sur ces quatre sujets et pratique sur deux d'entre eux, l'anatomie et la physiologie. Le deuxième examen roule sur la pathologie et la thérapeutique générales, l'anatomie pathologique et l'histologie, la pharmacologie, la pathologie et la thérapeutique médicales; il y a une épreuve pratique d'anatomie pathologique et une épreuve de clinique médicale. Le troisième examen comprend : la chirurgie, l'ophthalmologie, les accouchements et la médecine légale; l'épreuve clinique porte sur la chirurgie, l'ophthalmologie et les accouchements. Les examens sont publics, et ont tous lieu en présence d'un commissaire du Gouvernement : pour le second et le troisième, un examinateur désigné par le Gouvernement est adjoint au jury. Les examens ont lieu en allemand, sauf à Cracovie où ils ont lieu en Polonais.

L'Université de Vienne est la plus importante de l'Empire. Parmi ses professeurs ordinaires se trouvent : Von Brücke (physiologie); Langer et Toldt (anatomie): Von Bamberger (pathologie spéciale et clinique); Späth (accouchements); Billroth (clinique chirurgicale); Hofmann (médecine légale); Sigmund (syphilis); Stricker (pathologie expérimentale); Meynert (psychiatrie et maladies nerveuses); Kaposi (maladies de la peau); Kundrat (anatomie pathologique). Elle compte en outre parmi ses professeurs extraordinaires : Schlager et Leidesdorf (psychiatrie); Benedikt (électrothérapie); Politzer (otologie): Drasche (épidémiologie); Auspitz (maladies de la peau); Exner (physiologie); Rosenthal (maladies du système nerveux); Von Basch (pathologie expérimentale); Nowak (hygiène); Moseitig-Moorhof (médecine opératoire); Snitzler (laryngologie, etc.

L'hôpital général (*Allegmeine Krankenhaus*) peut recevoir environ 3000 malades; on y trouve la matière d'un enseignement clinique portant sur toutes les branches de la médecine, sauf la clinique des maladies des enfants, qui se trouve à l'hôpital Sainte-Anne.

Les cours libres sont nombreux et utiles à Vienne; mais ils sont dispendieux; et, si l'étudiant peut y employer son temps d'une façon très profitable, il doit en revanche, s'attendre à dépenser des sommes relativement considérables. L'Université de Vienne se prête surtout à l'étude de l'anatomie pathologique, ordinaire ou médico-légale; le chiffre considérable de douze autopsies par jour n'est pas rare à l'hôpital général.

L'Université de Buda-Pesth, fondée en 1635 à Tyrnau, transportée à Ofen en 1777, et enfin transférée à Pesth en 1784, compte environ 1000 étudiants, 50 professeurs, et possède une bibliothèque de 70000 volumes : le professeur Bokai y enseignait les maladies des enfants (1); la même chaire est occupée à Cracovie par le professeur Jakubowski; cette dernière Université, fondée en 1400, possède un personnel enseignant très complet.

L'Université de Gratz possède des instituts d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de zoologie, ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie, d'obstétrique et de gynécologie; des laboratoires de chimie physiologique et pathologique, un laboratoire de chimie, etc. Elle trouve l'enseignement clinique dans plusieurs établissements hospitaliers, parmi lesquels il faut citer

(1). Ces lettres ont été réunies en un volume de 268 pages, dont le prix est de 4 francs. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75.

(2) Nous avons déjà à plusieurs reprises signalé l'organisation des cours de vacances soit par les élèves, soit par les médecins praticiens. Le journal a à plusieurs reprises publié le programme de quelques uns de ces cours. Cet exemple mériterait d'être suivi en France. Voir aussi les articles nécrologiques que nous consacrons aux professeurs allemands.

(3) Le marck vaut 1 fr. 25.

(1) Voir Nécrologie, p. 000.

© BIU Santé

l'hôpital général (700 lits), la Maternité (120 lits), l'hôpital de la Ville (80 lits); l'hôpital des enfants (80 lits) et deux infirmeries (245 lits). Parmi les professeurs, mentionnons R. Von Krafft-Ebing qui enseigne la psychiatrie; Schroff, la pharmacie; Helly et P. Börner, professeur extraordinaire, les accouchements; Eppinger, l'anatomie pathologique.

L'Université d'Innsbrück a des laboratoires, des cliniques et divers autres établissements d'enseignement pratique; elle dispose en outre d'un hôpital général de 204 lits et d'une Maternité de 130 lits.

L'Université de Prague, fondée en 1348, compte environ 2000 étudiants; elle possède un amphithéâtre d'anatomie, des instituts de pathologie, de physiologie, de chimie médicale et de zoo-chimie, des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie et de dermatologie; des cliniques obstétricales pour les médecins et pour les sages-femmes, etc.; ainsi que divers hôpitaux, parmi lesquels nous citerons : l'hôpital général (950 lits) auquel se rattache l'hôpital des Sœurs de Bohême (220 lits); l'hôpital Frantz-Joseph, pour les enfants (100 lits); l'hôpital général israélite (50 lits); celui des Frères de la Charité (166 lits); celui des Sœurs de Sainte-Elisabeth (60 lits); l'asile public des aliénés (150 lits) et la Maternité qui comprend 22 lits pour les mères et 176 pour les enfants. Dans la liste des professeurs de Prague, on trouve les noms de Hering (physiologie), de Gussenbauer (chirurgie); de Pribram (médecine); de Chiari (anatomie pathologique), Breisky (accouchements); Aeby (anatomie) et de Kaulich, professeur extraordinaire (maladies des enfants).

Il a été créé récemment à Prague une faculté de médecine de langue tchèque. Cette faculté, encore en voie d'organisation, a, parmi ses professeurs : Schoebl (ophthalmie); Streng (gynécologie); Spina et Hlava (anatomie pathologique); Tomsa (physiologie) (1). Les correspondances de notre collaborateur Dagonet sur les Facultés de Prague (2) nous dispensent d'entrer dans de plus amples détails sur l'enseignement médical en Autriche-Hongrie. L'organisation des autres facultés ne diffère que par quelques détails insignifiants. L'admission des femmes dans les universités de l'Autriche, tolérée pendant quelque temps, est actuellement interdite.

D. Suisse.

Les quatre universités Suisses (Bâle, Berne, Genève, Zürich) confèrent le grade de docteur en médecine, mais ce grade universitaire ne donne pas le droit de pratiquer la médecine en Suisse. La patente de médecin praticien fédéral est obtenue à la suite d'un examen d'état que font passer des commissions fédérales d'examens nommées par un comité directeur siégeant à Bâle. A côté de ce titre de médecin fédéral permettant d'exercer la médecine dans toute la Suisse et d'occuper des positions médicales officielles et d'être médecin militaire, chaque canton peut autoriser la pratique médicale sur son territoire. Quelques cantons jouissent même du libre exercice de la médecine : le grade de docteur en médecine de Genève donne le droit d'exercer la médecine dans ce canton; mais n'est pas valable pour toute la Suisse.

Les examens qui confèrent le droit d'exercer dans toute la Suisse se divisent en deux parties. Le premier (*propédeutique*) comprend des épreuves pratiques d'anatomie et d'histologie humaine, et un examen oral sur la physique, la chimie, la botanique, la zoologie et l'anatomie comparée, l'anatomie et l'histologie, la physiologie.

Le deuxième et dernier examen (*professionnel*) se divise en un examen pratique et en un examen oral. Le premier comprend : 1° L'examen de deux malades de médecine, de deux malades de chirurgie, d'un malade d'ophthalmologie et d'une malade d'accouchements. 2° Une consultation écrite sur l'un des deux cas de médecine et l'un des deux de chirurgie. 3° Une autopsie avec conclusions et préparation microscopique. 4° Deux opérations, et épreuves obstétricales sur le mannequin. 5° Examen écrit de médecine légale de police sanitaire ou d'hygiène.

L'examen oral comprend la physiologie, la pathologie générale et l'anatomie pathologique; la pathologie spéciale et la thérapeutique, y compris les maladies des enfants et la psychiatrie; la chirurgie, l'ophthalmologie; l'obstétrique et la gynécologie; l'hygiène et la médecine légale; la matière médicale. L'organisation des facultés suisses est à peu près la même que celle des facultés allemandes.

L'université de Bâle, fondée en 1460, possède un hôpital qui contient des cliniques de médecine et de chirurgie, d'accouchements, des maladies des yeux et des maladies mentales; elle possède également un hôpital d'enfants et des instituts pratiques de physiologie, de pathologie, de chimie et de botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Socin (chirurgie), Immermann (médecine), Bischoff (obstétrique), Miescher fils (physiologie), Roth (anatomie pathologique), Wille (psychiatrie), Schiess (ophthalmologie), Kollmann (anatomie). C'est la seule faculté suisse où les femmes ne soient pas admises.

L'université de Berne possède également des cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, ainsi que des cliniques spéciales et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Kocher (chirurgie); Lichtheim (médecine); P. Müller (obstétrique et gynécologie); Langhans (anatomie pathologique); Vogt (hygiène); Pflüger (ophthalmologie); Emmert (médecine légale); Demme, professeur extraordinaire (maladies des enfants); Gasser (anatomie); H. Kronecker (physiologie); Schwarzenbach y enseigne la chimie.

Nous signalerons tout spécialement la maternité de Berne construite il y a quelques années dans les meilleures conditions possibles. Les élèves s'y inscrivent pour y demeurer à tour de rôle pendant un mois, et sont appelés pour les accouchements et toutes les opérations qui s'y font. Un assistant est spécialement attaché au service des salles affectées aux femmes atteintes d'infection puerpérale, s'il s'en présente. Le professeur Müller est directeur de cette maternité; il a sous ses ordres un économe.

L'université de Genève possède des laboratoires d'anatomie normale et pathologique, de physiologie, de chimie, de physique, fort bien installés. L'hôpital Cantonal, la maternité, l'asile des aliénés, l'hôpital ophthalmique, la policlinique, la morgue judiciaire sont les établissements qui servent à l'enseignement pratique des diverses branches de la médecine. Les études sont organisées d'après le système de la liberté d'études, sans qu'il y ait une division tranchée par années. Six ans sont considérés comme le temps approximativement nécessaire pour parcourir le champ d'études et être préparé à subir les examens de docteur. Les professeurs sont : MM Laskowski (anatomie), Schiff (physiologie), Zahn (anatomie pathologique), Revilliod (clinique médicale), Julliard (clinique chirurgicale), Vaucher (clinique obstétricale et gynécologique), Vuilliet (policlinique), D'Espine (pathologie interne), Reverdin (pathologie externe et médecine opératoire), Prevost (thérapeutique), Dunant (hygiène), Brun (matière médicale), Gosse (médecine légale), Olivet (psychiatrie); Jentzer (gynécologie opératoire sur le cadavre), A. Reverdin (pansements et appareils).

Parmi les Privat-Docent nous citerons Barde et Haltenhoff (ophthalmologie), E. Chenevière (accouchements), Ed. Martin (voies urinaires), Ladame (électrothérapie). M. Carl Vogt enseigne à la Faculté des sciences la zoologie et l'anatomie comparée. C. Yung, la zoologie générale; Græbe et D. Monnier la chimie; Wartmann et Raoul Pictet la physique. Il existe à Genève une école supérieure de chimie fondée en 1879, et une école dentaire ouverte depuis trois ans.

La ville de Lausanne (Vaud) possède une école préparatoire de médecine confondue avec la faculté des sciences; l'anatomie avec exercices de dissection, la physiologie, l'hygiène, la pharmacie, l'histologie générale y sont les principales branches enseignées. On peut y subir l'examen propédeutique.

L'université de Zürich possède un hôpital général, un hôpital d'enfants, une maternité, et des laboratoires de pathologie, de physiologie, d'anatomie, de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Meyer (anatomie), Frey (histologie), Klebs (anatomie pathologique), Eichhorst (clinique médicale), Horner (ophthalmologie), Krönlein (chirurgie), Fränkenhauser (obstétrique), Wyss (pédiatrie et hygiène), Forel (psychiatrie), Hans V. Wyss, privat-docent (médecine légale).

Un grand laboratoire d'anatomie pathologique (bâtiment spécial pourvu de tout le matériel nécessaire a été bâti, il y a deux ans. Tous les malades morts dans les hôpitaux et asiles cantonaux sont autopsiés. On construit en ce moment un laboratoire nouveau pour la physique et la physiologie. Les hôpitaux sont tous et entièrement laïques et dirigés par des médecins. L'hôpital cantonal possède des pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses (variole, fièvre typhoïde, etc.).

Les élèves de la clinique d'accouchements sont appelés à tour de rôle, par le concierge pour aller assister aux accouchements.

Il existe dans le canton de Zürich deux asiles d'aliénés; Burghögli pour les curables (350 lits) dont le médecin directeur est M. Forel, professeur de psychiatrie, et Rheinau pour les incurables (650 lits). Des chambres mortuaires existent à l'institut d'anatomie pathologique, à l'institut d'anatomie, à l'asile de Burghögli et en ville.

La méthode antiseptique est naturellement employée à la clinique chirurgicale. M. Krönlein qui avait abandonné le Spray, l'a repris à cause des affections septicémiques causées par les étudiants; avant chaque opération il fait désinfecter la salle; il emploie de préférence la gaze iodoformée et la gaze salicylique pour les pansements; pour les opérations faites dans la cavité abdominale il use d'une solution de sublimé (1/1000) qui est aussi employée à la clinique d'accouchements. Les assistants de l'hôpital cantonal donnent de petits cours pour les infirmiers et les infirmières. (1)

(1) Voir pour plus de détails, *Progrès médical*, n° 000.

(2) Voir *Progrès médical* 1884 : Une visite à la clinique du professeur Gussenbauer. Les facultés de médecine de Prague. La Gebaeranstalt, n°s 27, 36, 37, 38.

(1) Nous sommes redevables à l'obligeance de M. Forel de la plupart des renseignements que nous publions sur la faculté de Zürich.

© BIU Santé

Nous avons déjà fait connaitre (1) à nos lecteurs le projet soumis au Reischtag par le gouvernement allemand d'après lequel il ne serait plus tenu compte aux étudiants en médecine du temps d'études dans les universités étrangères de langue allemande, ainsi que de la pétition adressée au conseil fédéral par les universités suisses allemandes à ce sujet : Nous ignorons si le gouvernement allemand est revenu sur sa première décision ; en tous cas nous constaterons que ce projet est contraire aux idées modernes qui tendent à faire accepter avec raison l'internationalisme de la médecine.

E. Hollande.

La médecine est enseignée en Hollande aux trois Universités de l'Etat, de Leyde, Gröningue et Utrecht, et à l'Université communale d'Amsterdam.

Dans les quatre villes se trouvent un hôpital académique et des laboratoires de physique, chimie, zoologie, botanique, d'anatomie, de physiologie, de pathologie expérimentale et de pharmacie ; à Amsterdam, il y a en plus des laboratoires d'hygiène et d'anatomie pathologique.

La médecine est exercée exclusivement par ceux qui ont le titre d'*arts*, titre accordé après un examen pratique, par une Commission nommée annuellement par le roi.

On est admis étudiant en médecine après l'un des deux examens suivants : l'*Examen littéraire-mathématique* (sciences mathématiques, le hollandais, le français, l'allemand et un peu de latin); l'*Examen d'admission à l'Université* (sciences mathématiques, le hollandais, le latin et le grec). — Ou après avoir parcouru avec succès les six classes d'une école latine (sciences mathématiques, géographie, histoire, le latin, le grec, le hollandais, le français, l'allemand et l'anglais).

Les étudiants qui ont suivi les deux dernières voies seulement, peuvent aspirer plus tard au titre de docteur en médecine. Les femmes sont admises à l'Université.

A l'Université, l'étudiant passe les examens suivants : 1° Botanique, zoologie, physique, chimie (après deux ans). 2° Anatomie, physiologie, histologie, pharmacologie, pathologie générale (après deux ans). 3° Pathologie interne, chirurgie (théorique), l'art des accouchements (théorique), anatomie pathologique, pharmacodynamie, hygiène (après deux ans).

Après une thèse de doctorat, la Faculté accorde le titre de docteur en médecine à ceux qui ont passé ces trois examens et qui, lors de leur admission à l'Université, ont prouvé de savoir suffisamment le latin et le grec. Ordinairement, l'étudiant se soumet à l'examen pratique d'*arts* un an après le troisième des examens nommés. (2)

F. Danemark.

Le siège de la Faculté est à Copenhague : tout étudiant peut librement suivre les cours après s'être fait inscrire ; les femmes y sont admises ; mais il faut être Danois pour obtenir à la suite des examens réglementaires le droit d'exercer.

La durée des études est ordinairement de six ou sept ans. L'enseignement théorique est donné dans les anciens bâtiments de l'Académie de chirurgie, où se trouvent un amphithéâtre d'anatomie, des collections d'anatomie normale et pathologique, d'instruments de chirurgie et de matière médicale. L'enseignement clinique est fourni par les hôpitaux de Copenhague, où six professeurs de l'Université remplissent les fonctions de chefs des divers services. Le diplôme est délivré à la suite d'un examen divisé en deux parties. Les seuls frais d'études sont ceux des examens : l'enseignement de la médecine est gratuit. — Il a été fondé récemment à Copenhague un laboratoire de bactériologie dirigé par Salomonssen.

Nous publierons dans le prochain numéro du *Progrès médical* (1er novembre 1884) quelques renseignements sur l'hôpital de Blegdam bâti de 1876 à 1881 et destiné aux maladies contagieuses et épidémiques ; le docteur Sorensen en est le médecin en chef.

G. Suède.

Il y a en Suède trois Ecoles de médecine ; deux relèvent des Universités d'Upsal (1477) et de Lund (1668), et la troisième de l'Institut médico-chirurgical de Stockholm (Institut Karolina). Ces trois écoles possèdent des musées d'anatomie normale et pathologique, des collections de produits chimiques et de préparations pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie et d'obstétrique, des laboratoires de physiologie et de pathologie, etc. Pour être admis à la Faculté de médecine, l'élu doit passer devant la Faculté de philosophie le « Medico-filosofrik Examen. » Les femmes sont admises à l'Université.

Nul ne peut exercer la médecine en Suède s'il ne possède un permis d'exercice délivré par l'une de ces trois écoles, à la suite de deux examens : Candidature et licence. Le premier examen porte sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie, l'embryologie, la chimie médicale, la toxicologie, la pharmacologie, l'anatomie et l'histologie pathologiques (autopsie), l'histoire de la médecine ; les épreuves sont pratiques et théoriques. L'examen de licence comprend la pathologie et la thérapeutique, les maladies cutanées et syphilitiques, la chirurgie, l'obstétrique et la gynécologie, la pédiatrie, la psychiatrie, l'anatomie pathologique et la médecine légale, plus une dissectation. Le temps d'études n'est guère inférieur à dix ans. Le licencié qui veut devenir docteur n'a qu'à se présenter et à soutenir une thèse. Les Universités d'Upsal et de Lund sont investies du droit de conférer le grade de docteur à leurs propres licenciés et à ceux de l'Institut de Karolina. Parmi les professeurs de la faculté d'Upsal, nous citerons Mesterton (chirurgie), Hedenius (anatomie pathologique), Kjellberg (psychiatrie), Hensebren (médecine).

H. Norvège.

Il n'y a en Norvège qu'une seule école de médecine ; elle dépend de l'Université de Christiania. L'enseignement théorique est donné à l'Université ; l'enseignement clinique est donné à l'hôpital général et à la Maternité à laquelle est annexé un hôpital d'enfants. Deux asiles d'aliénés servent à l'enseignement de la psychiatrie ; les maladies chroniques sont traitées et étudiées à l'hôpital de la Ville. Il y a des travaux pratiques de chimie, de botanique et d'anatomie. Avant son immatriculation, l'étudiant doit subir deux examens préliminaires. Trois examens professionnels sont nécessaires à l'obtention de la licence ou permis d'exercer. Les candidats au titre de docteur doivent, une fois en possession de la licence, subir un quatrième examen, et présenter et soutenir une thèse.

I. Belgique.

Les Universités de Bruxelles, Gand, Liège et Louvain ont le droit de délivrer des diplômes académiques. Ce droit leur est conféré par la loi qui autorise en Belgique toute Université composée d'au moins quatre Facultés à délivrer des diplômes. Ceux-ci peuvent encore être délivrés par un jury (dit jury central) nommé par le gouvernement.

Pour acquérir une valeur légale, tout diplôme délivré par l'une des quatre Universités belges, doit être au préalable visé par une Commission gouvernementale. Cette Commission porte le nom de « Commission d'entérinement ». Sa mission se borne à vérifier si le diplôme est conforme aux prescriptions de la loi, notamment si les épreuves ont porté sur toutes les matières exigées par la loi.

Pour obtenir le titre de docteur, le récipiendaire doit subir dans les quatre Universités les mêmes examens à savoir : 1° Examen de candidature en sciences naturelles à passer devant la faculté des sciences et comprenant une épreuve orale sur la chimie, la physique, la botanique, la zoologie, les éléments de minéralogie et de géologie, la logique, psychologie et morale et une épreuve pratique de manipulations chimiques. Cet examen fait l'objet d'une épreuve unique ou de deux épreuves successives au choix de l'étudiant. Ordinairement les étudiants suivent pendant deux ans les cours de la faculté des sciences et passent au bout de la première année un premier examen sur la moitié des branches (sciences philosophiques, physique expérimentale et zoologie) et au bout de la seconde année un examen comprenant le reste des matières. 2° Examen de candidat en médecine, deux épreuves ou une épreuve unique au choix de l'étudiant, à passer devant la faculté de médecine et comprenant : l'anatomie descriptive, l'histologie générale et spéciale, la physiologie y compris l'embryologie, les éléments d'anatomie comparée et la matière médicale, en outre une épreuve de dissection et d'histologie pratique. Les étudiants suivent généralement ces cours pendant deux ans et passent l'examen de candidat en deux fois, une épreuve au bout de la première année, une autre au bout de la deuxième année. 3° Trois examens dits de doctorat en médecine. *a*) Le premier doctorat (une ou deux épreuves au choix de l'étudiant) comprenant la pathologie et la thérapeutique spéciales des maladies internes, la thérapeutique et la pathologie générales, l'anatomie pathologique et l'hygiène. Epreuve pratique d'histologie pathologique. *b*) Le deuxième doctorat comprenant la pathologie chirurgicale y compris l'ophthalmologie, les accouchements, la médecine légale. *c*) Le troisième doctorat comprend un examen de clinique au lit du malade (clinique interne, externe, accouchements) et une épreuve pratique d'anatomie des régions et de médecine opératoire. Les étudiants suivent généralement les cours des doctorats en médecine et les cliniques pendant trois ans ; ils passent le premier doctorat (épreuve unique) à la fin de la deuxième année, et les deux derniers doctorats à la fin de la troisième année. La durée totale moyenne des études est donc de sept années. La loi ne stipule rien à cet égard. Elle exige seulement que les étudiants fréquentent les cliniques pendant trois ans. Les cours ne sont pas publics. Chaque étudiant prend au commencement de l'année une inscription de 15 francs. En outre les cours se paient de la façon suivante :

(1) *Progrès médical*, 1884, n. 13, p. 257.

(2) Un projet d'organisation médicale est à l'étude ; nous n'avons reçu à cet égard aucun renseignement de date récente.

© BIU Santé

200 fr. (à payer une fois) pour les cours de la candidature en sciences, 200 fr. (à payer une fois) pour les cours de la candidature en médecine, 200 fr. pour les cours de chacun des doctorats en médecine.

Les examens de candidat en sciences et de candidat en médecine se paient chacun 40 francs. Chacun des trois examens du doctorat en médecine se paie 80 francs. Tous les étudiants en médecine sont tenus de fréquenter les laboratoires (chimie, histologie normale et pathologique, amphithéâtre, physiologie etc.) Ils ont à payer de ce chef une légère rétribution.

Pour pouvoir se présenter devant un jury universitaire, il faut avoir été inscrit au rôle des étudiants de l'Université et avoir suivi les cours se rattachant à l'examen pour lequel on se présente. A côté des jurys universitaires existe un « jury central » dont les membres, pris parmi les professeurs de quatre Universités, sont nommés par le roi. Devant ce « jury central » peuvent se présenter toutes personnes qui n'auraient pas été inscrites au rôle des étudiants de l'une ou l'autre Université, ou bien aussi les étudiants qui préfèrent ce jury à celui de l'Université dont ils suivent les cours.

Les Universités libres de Bruxelles et de Louvain délivrent enfin, après examen devant la Faculté, des diplômes honorifiques. Ces diplômes n'ont aucune valeur légale. La réglementation de ces examens n'est pas contrôlée par le Gouvernement.

La faculté de Louvain (catholique) a subi depuis 1880 quelques modifications; les examens pour le doctorat (titre honorifique) y sont maintenant les mêmes que ceux de l'état; une épreuve pratique d'autopsie y serait exigée, il a été créé un cours de biologie cellulaire (cours surtout pratique), un cours d'embryologie avec exercices pratiques, et un cours de chimie physiologique. Les cliniques ont pris de l'extension et comprennent comme dans les autres facultés l'obstétrique, l'ophthalmologie, etc. La médecine légale n'y est enseignée que théoriquement. En résumé cette faculté a modifié avantageusement son organisation, mais l'esprit qui l'anime est toujours le même. Ses professeurs les plus connus sont: Verriest (médecine), Deboisieux (chirurgie), Hubert fils (obstétrique). Le service d'autopsie est organisé comme en Allemagne. La faculté libre de Bruxelles, possède des cliniques de dermatologie, de pédiatrie, de psychiatrie, d'otologie, de maladies des vieillards, etc.

Parmi les professeurs de la faculté de Liège nous citerons Wasseige (accouchements), Masius (clinique interne et pédiatrique), Vanlair (anatomie pathologique), Winiwarter (chirurgie), Putzeys (anatomie), L. Fredericq (physiologie), Van Beneden (zoologie), Spring (chimie), Plucker (clinique des maladies syphilitiques et cutanées). On construit en ce moment à Liège un institut anatomique. Les femmes sont admises dans les universités belges. (1)

J. Italie.

Les Facultés de médecine italiennes sont régies par la loi Casati (13 novembre 1859), modifiée depuis par divers arrêtés. Elles sont au nombre de 20, celles de Bologne, de Naples, de Padoue, de Palerme, de Pavie, de Rome et de Turin sont officielles, complètes et de première classe; celles de Cagliari, Catane, Gênes, Messine, Modène, Parme et Sassari, de seconde classe. Les Facultés de Pise et de Sienne n'ont que les quatre premiers cours, celle de Florence que les deux derniers. Les Facultés libres et incomplètes sont Perugia (4 ans de cours), Camerino et Ferrare (2 ans). Auparavant, chacune de ces Facultés avait son programme et ses usages. Actuellement, la durée des études est de six ans au moins; après ce laps de temps, on obtient la licence complète qui permet d'exercer sur toute l'étendue du territoire. Presque tous les cours sont obligatoires (trois seulement sont facultatifs); parmi les études obligatoires figurent les manipulations de physique, de chimie et de pharmacie, les exercices pratiques d'ophthalmologie et de dermatologie et la clinique des maladies mentales. M. Bacelli a rétabli, en 1882, les examens spéciaux et généraux au commencement et à la fin de chaque année scolaire; le dernier examen est celui de doctorat.

« La nomination des professeurs ordinaires, dit M. Bizzozero (2), a lieu de différentes façons. Tout d'abord, le ministre peut nommer directement ceux qui se sont faits connaître par des travaux, des découvertes, et des cours dans les matières qu'ils doivent enseigner. Le ministre cependant, n'use de ce pouvoir que dans des cas extrêmement rares, et la nomination a lieu le plus souvent par concours. Les règles des concours pour les chaires ont beaucoup varié sous les différents ministères. D'après le règlement en vigueur du 26 mai 1882, lorsque le concours est ouvert, le ministre nomme la commission du jury, en choisissant les membres selon les propositions faites par la Faculté où la chaire est vacante. La commission peut se composer de cinq à neuf membres, et sa majorité doit être constituée par des professeurs ordinaires enseignant la même matière que celle du concours. Un seul des membres de la commission peut être choisi parmi les membres de la Faculté qui l'a proposé. La commission, après avoir examiné les titres des concurrents (travaux publiés, cours faits, places occupées) distingue les éligibles des non-éligibles, et place les noms des premiers par ordre de mérite; d'habitude le ministre nomme le premier de la liste. — Si la commission n'a pas trouvé quelqu'un d'éligible par titres, elle passe à l'épreuve d'examen, qui consiste: dans une controverse sur un mémoire présenté par le concurrent, dans une leçon, et dans un ou plusieurs exercices pratiques, si la nature de la matière mise en concours le permet. Dans cette dernière forme de concours, le premier proposé par la commission est également choisi d'habitude par le ministre, mais il est simplement nommé professeur extraordinaire. Ces règles, pour la nomination des professeurs, ont donné en général de bons résultats en Italie, et c'est particulièrement à elle qu'on doit ce réveil scientifique remarquable qu'on observe dans nos Universités. Il y a lieu de croire en effet que ce système italien est meilleur que le système allemand, autrichien, etc., selon lequel le choix du professeur à nommer est fait par la Faculté; car, selon notre système, le jugement scientifique est porté par des juges plus compétents, c'est-à-dire par ceux qui sont, ou qui devraient être les meilleurs maîtres de la matière mise au concours, et en outre ces juges, appelés des différentes Universités du royaume dans la capitale, peuvent échapper plus facilement aux petites intrigues des Facultés, et aux sollicitations des candidats. »

La Faculté de Turin (1500 étudiants) possède des cliniques ophtalmologique, mentale, dermatologique, orthopédique, syphiligraphique, obstétricale, etc.; des instituts anatomo-pathologique (quatre autopsies par jour environ) et anatomique, des laboratoires d'hygiène, de médecine légale (autopsies judiciaires à la Morgue), de matière médicale, de pathologie générale, de physiologie, etc. Les principaux professeurs sont: Bizzozero (pathologie générale et histologie), Mosso (physiologie), Perroncito (parasitologie), Sperino (syphiligraphie), etc

La Faculté de Naples qui compte près de 1.500 étudiants est aussi largement pourvue de laboratoires, instituts, cliniques, etc., qui sont dirigés par des professeurs dont beaucoup sont connus de nos lecteurs.

Nous avons pris pour type la Faculté de Turin, dont l'organisation est des plus parfaites, mais nous ajouterons que la plupart des petites Facultés laissent beaucoup à désirer, tant au point de vue de leur personnel enseignant que de leur installation matérielle. — A la fin de l'année dernière, une commission parlementaire avait émis un vote favorable à la loi Bacelli (décentralisation universitaire); nous ignorons s'il a été donné suite à ce projet. — Un règlement de 11 octobre 1875 autorise l'admission des femmes à l'Université aux mêmes conditions exigées des hommes.

K. Portugal.

Il n'y a en Portugal qu'une seule Université qui soit pourvue d'une Faculté de médecine, c'est celle de Coïmbre; mais il y a deux autres écoles de médecine, l'une à Lisbonne, l'autre à Oporto et deux écoles secondaires (Madère et Goa). Avant l'immatriculation, la Faculté de Coïmbre impose aux candidats un examen préliminaire: les études durent cinq ans, et chaque année scolaire se termine par un examen. Dès qu'il a subi avec succès son cinquième examen, le candidat reçoit le titre de licencié et l'autorisation d'exercer. Les licenciés seuls peuvent aspirer au grade de Docteur, pour l'obtention duquel ils doivent présenter et soutenir une thèse. A Lisbonne, l'hôpital San-José, où se trouve la faculté de médecine, par le grand nombre de ses malades, est un grand centre d'instruction. Les professeurs de clinique choisissent dans les autres services les malades les plus intéressants. Le personnel de l'hôpital, comme du reste dans tout le Portugal, est exclusivement laïque et largement rétribué. Parmi les professeurs, nous citerons les noms de Motta (physiologie), May Figueira (clinique médicale), Barbosa (anatomie pathologique). Les cours se donnent en portugais, mais presque tous les ouvrages admis par la Faculté sont de langue française. Nous ignorons si l'admission des femmes est actuellement réglementée, deux seulement ont été jusqu'ici autorisées par arrêté royal à subir l'examen de pharmaciens.

L. Espagne.

Il y a en Espagne dix Universités: celle de Madrid porte le titre d'Université centrale; les autres sont celles de Barcelone, de Grenade, d'Oviedo, de Santiago, de Sarragosse, de Valence et de Valladolid, auxquelles il faut ajouter les Facultés libres de Salamanque et de Séville. Les Universités de Grenade et de Séville possèdent des Ecoles de médecine. Chaque faculté peut apporter quelques modifications de détail au programme de l'enseignement officiel. Les renseignements que nous donnons ci-dessous sur l'une de ces facultés, celle de Valence, permettront à nos lecteurs de juger du niveau scientifique atteint par quelques écoles espagnoles. L'enseignement médical est réglé par la loi d'instruction publique de 1857, avec les modifications apportées par les décrets de 1875

(1) Nous remercions M. Fredericq des renseignements qu'il nous a adressés.

(2) Bizzozero ; *De l'enseignement de la médecine en Italie* (*Archives italiennes de Biologie*, 20 mai 1883).

© BIU Santé

et 1880. Les programmes généraux comprennent : 1er *Groupe*. — Anatomie descriptive, Dissection, Physique et Chimie (à la Faculté des Sciences). — 2e *Groupe* : Anatomie descriptive et générale, 2e cours (Angiologie, Névrologie) Dissection. Physiologie humaine. — Zoologie, Botanique et Minéralogie (à la Faculté des Sciences). — 3e *Groupe* : Pathologie générale et anatomie pathologique. Thérapeutique et matière médicale. — Hygiène. — 4e *Groupe* : Pathologie médicale. Pathologie chirurgicale. Obstétrique et maladies des femmes et des enfants. — 5e *Groupe* : Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire, Clinique des Accouchements et des maladies des femmes et des enfants. — 6e *Groupe* : Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Hygiène publique, Médecine légale et Toxicologie. Ces études terminées, l'élève reçoit le titre de licencié qui donne le droit d'exercice dans toute l'Espagne et les Colonies. — 7e *Groupe* : (Doctorat), seulement à la Faculté centrale à Madrid. Histologie normale et pathologique. Histoire philosophique de la Medecine. Analyse chimique. — Le titre de docteur s'obtient à la suite d'un examen et de la soutenance d'une thèse.

Le Doctorat est condition absolue pour le professorat et pour quelques autres fonctions officielles. Un arrêté royal du 16 mars 1882 interdit aux femmes l'accès de l'enseignement supérieur.

Toutes les charges sont supportées par l'Etat excepté celles des hôpitaux cliniques auxquels l'Etat donne une indemnité, les charges ordinaires étant à la province.

Les Professeurs (Catedráticos) reçoivent des émoluments qui varient de 1.500 fr. au début, à 10.000 fr., traitement maximum, selon le temps d'exercice. Les agrégés ont 1750 fr.; les chefs de clinique (Profesores clínicos), 1.500 fr.; les sous-chefs (ayudantes), 1.000 fr.; Les Bibliothèques, laboratoires, etc. disposent de sommes variables assignées inscrites, chaque année au budget du matériel scientifique.

L'enseignement clinique se fait dans les hôpitaux départementaux (provinciales), dont le personnel est religieux, sous la direction, soit d'un des conseillers départementaux (Diputado provincial), soit par un médecin nommé par le conseil. A Madrid, la Faculté possède un hôpital clinique indépendant, dirigé par le Doyen de la Faculté et les Professeurs de cliniques.

Le régime des aliénés varie selon les établissements (manicomios). Dans le manicome de Valence on suit le régime mixte. Mais l'enseignement officiel ne comprend pas la clinique mentale.

La Faculté de Valence possède un musée d'anatomie, sous la direction d'un Préparateur-Directeur, qui a sous ses ordres un aide-Préparateur-dissecteur, un sculpteur et un aide-sculpteur et dirige aussi le musée d'Histologie.

Un laboratoire de recherches biologiques, sous la surveillance du professeur de Physiologie et la direction immédiate des sous-chefs (ayudantes), qui comprend deux sections : (vivisection et expérimentation ; microscopie.)

L'autopsie de tous les cadavres de la clinique est faite par le chef des travaux anatomiques ou son aide, et presque toujours en présence du professeur de clinique. L'examen histologique est pratiqué dans le laboratoire de microscopie. Les pièces pathologiques sont préparées et conservées par le préparateur-directeur du Musée.

Il existe au cimetière, une chambre pour les autopsies des cadavres de la ville et pour les autopsies judiciaires.

La méthode de Lister est en usage à la clinique chirurgicale. A la clinique d'accouchements, les élèves sont appelés à tour de rôle pour les accouchements de jour et de nuit, mais pendant le jour ils peuvent rester par groupes de 5 à 8 dans la chambre des internes. Ceux-ci ont de très modestes émoluments (450 fr.).

M. le professeur Campa a depuis deux ans institué une polyclinique pour les maladies des femmes et des enfants : et l'année dernière une clinique des maladies nerveuses.

Nous remercions M. le professeur Campa, doyen de la Faculté de Valence, qui a eu l'obligeance de nous adresser la plupart des renseignements qui précèdent.

M. Grèce.

La Grèce ne possède qu'une seule Université, celle d'Athènes, qui compte environ 500 étudiants en médecine ; la durée des études médicales est de quatre ans. Le diplôme de docteur en médecine ne représente qu'un titre scientifique et ne confère pas le droit d'exercice ; mais il est indispensable de posséder ce titre pour être admis à passer l'examen de licence, auquel on n'est admis qu'après avoir passé neuf mois à la clinique d'application (sorte de policlinique), où les docteurs sont tenus de visiter quiconque se présente. Il est question de créer une seconde université à Larina (Thessalie).

N. Turquie d'Europe.

Il existe à Constantinople un Collège Impérial de médecine, investi du droit de délivrer des diplômes médicaux ; il use quelquefois de ce droit, mais il paraît surtout avoir pour mission d'enregistrer les diplômes étrangers que possèdent la plupart des médecins de Constantinople.

O. Russie.

L'empire russe possède neuf facultés de médecine. Moscou, Kazan, Khartow, Kiew, Odessa. Varsovie, Dorpat, Helsingfors et l'académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg qui relève du ministère de a guerre, La plupart de ces facultés ont une organisation qui se rapproche de l'organisation allemande. La faculté de Dorpat (Lithuanie) doit, au point de vue scientifique, être classée parmi les facultés de langue allemande.

Le diplôme de médecin s'acquiert après cinq années d'études ; l'obtention du titre de docteur nécessite un nouvel examen que l'on ne peut subir que deux ans après. Nous citerons parmi les professeurs les noms de Botkin (clinique médicale) et de Gruber (anatomie) à Saint-Pétersbourg ; ceux de Dagendorff (pharmacologie), Vogel (clinique médicale), Thoma (anatomie pathologique) et Emminghaus (psychiatrie) à Dorpat.

P. Roumanie.

Les diplômes médicaux sont délivrés en Roumanie par la Faculté de médecine de Bucharest, qui compte un assez grand nombre d'étudiants ; les grades qu'elle confère donnent le droit d'exercer dans tout le pays. Elle exige des candidats un certificat d'études préliminaires, un certificat d'études médicales, un examen portant sur toutes les branches des sciences médicales. La Faculté possède plusieurs hôpitaux.

Q. Serbie.

La ville de Belgrade possède une Faculté de médecine et un hôpital pour l'enseignement de la Clinique ; la Faculté délivre des diplômes aux candidats qui ont présenté un certificat d'études préliminaires et un certificat d'assiduité à tous les cours de l'école, et qui subissent avec succès un examen portant sur tout l'ensemble des sciences médicales. — La Serbie est, croyons-nous, le seul pays d'Europe où la possession d'un diplôme médical français ou autrichien confère, *ipso facto*, le droit d'exercice. L'exercice de la pharmacie est réglementé : le nombre des offieines est limité. Les pharmacies ne peuvent délivrer de médicaments sans ordonnance, ni faire de la réclame dans les journaux en faveur d'un médicament.

R. Mexique.

Les lois qui régissent l'enseignement et l'exercice de la médecine varient suivant que l'on passe de l'un à l'autre des Etats qui constituent la République mexicaine. Les Universités qui possèdent des Facultés de médecine sont celles de Mexico, de Guadalaxara (150.000 h.) de Oaxaca, de Campeachy, Zacatecas, de Puebla (une faculté de l'état et une école libre catholique), de Guanajuato (100.000 hab.) Cette dernière n'est ouverte que du 29 janvier 1883 ; la durée des études y est de six ans (1).

S. Brésil.

Organisation des Facultés : Le Brésil possède deux Facultés de médecine : celle de Rio de Janeiro et celle Bahia. L'enseignement dans chaque Faculté se compose d'un Cours de sciences médicales auquel sont annexés un cours de pharmacie, un cours d'obstétrique et de gynécologie et un cours d'odontologie.

Les chaires du Cours de médecine sont communs à celles des cours annexes. Ces chaires sont au nombre de vingt-six, pour l'enseignement théorique et clinique ; les professeurs peuvent être suppléés par des professeurs-adjoints en nombre égal, analogues aux agrégés en France.

Voici les titres de ces différentes chaires avec les noms des titulaires pour l'année 1884, à la Faculté de Rio de Janeiro, où les modifications apportées à l'enseignement de la médecine depuis quatre années, ont fait de cette Faculté, la première de l'Amérique du Sud et une émule si ce n'est une rivale de nos meilleures Facultés d'Europe :

Noms des professeurs : 1° Physique médicale, Dr J. Martins *Teixeira* ; 2° Chimie minérale et minéralogie, Dr A. Ferreira dos *Santos* ; 3° Botanique et zoologie médicales, Dr J.-S. *Pizarro* ; 4° Anatomie descriptive, Dr J. Pereira *Guimaraès* ; 5° Histologie, Dr *Baron de Maccio* ; 6° Chimie organique et biologique, Dr Domingos J. *Freire* ; 7° Physiologie, Dr J.-B. Kossuth *Vinelli* ; 8° Anatomie et physiologie pathologiques, Dr Cypriano de S. *Freitas* ; 9° Pathologie générale, Dr F.-J. da *Silva* ; 10° Pathologie médicale, Dr J.-D. *Peçanha* da Silva ; 11° Pathologie chirurgicale, Dr *Pedro Affonso* de Carvatho Franco ; 12° Matière médicale et thérapeutique, Dr Conseiller Albino R. de *Alvarenga* ; 13° Obstétrique, Dr L. *Feijo* junior ; 14° Anatomie chirurgicale, médecine opératoire et appareils, Dr C.-V. de *Motta-Maia* ; 15° Clinique et policlinique ophtalmologiques, Dr Hilario de *Gouvéa* ; 16° Pharmacologie et art à formuler, *chaire vacante* ; 17° Hygiène publique et privée de l'histoire de lamédecine, Dr Nuno F. de

(1) Nous avons donné dans le n° du 7 avril 1883, du *Progrès médical*, le programme complet des études de cette Faculté.

© BIU Santé

Andrade ; 18° Médecine légale et toxicologie, Dr *Souza Lima ;* 19° Clinique psychiatrique, Dr J.-C.-F. *Brandão ;* 20° Clinique médicale 1re chaire, Dr *Torres-Homem ;* 21° Clinique médicale 2e chaire, Dr *Martins-Costa ;* 22° Clinique et policlinique et chirurgie, maladies d'enfants, Dr C. *Barata* Ribeiro ; 23° Clinique obstétricale et gynécologique, Dr Erico de G. *Coelho ;* 24° Clinique chirurgicale, 1re chaire, Dr V.-C.-F. de *Saboia ;* 25. Clinique chirurgicale, 2e chaire, Dr *Lima e Castro ;* 26° Clinique de maladies cutanées et syphilitiques, Dr *Gabizo.*

Enseignement pratique — L'enseignement pratique a lieu dans *quatorze laboratoires.* Chaque laboratoire a pour directeur le professeur de la chaire respective, et pour Chef des travaux un Préparateur, Docteur en Médecine, Pharmacien ou Dentiste. Deux assistants et un conservateur, choisis parmi les étudiants sont attachés à chaque laboratoire. Ils sont nommés au concours et reçoivent une rémunération.

Laboratoires de physique : Chimie minérale et cabinet de minéralogie ; Botanique et cabinet de zoologie ; Chimie organique et biologique ; Pharmacie ; Hygiène ; Anatomie et dissection ; Physiologie expérimentale ; Médecine opératoire et expérimentale ; Médecine légale et toxicologie ; Histologie, Anatomie et physiologie pathologiques ; Prothèse dentaire : Thérapeutique expérimentale.

Tous ces laboratoires sont admirablement montés en instruments et en appareils des plus parfaits et des plus nouveaux, ainsi qu'en produits chimiques ; le tout est mis *gratuitement* à la disposition des élèves pour leur instruction, ainsi qu'à celle des professeurs, adjoints et préparateurs pour leurs recherches scientifiques (1). Leur *budget* s'élève à 190,000 francs ou 76 contos de reis. Pendant l'année 1883, il a été en outre dépensé 64 contos de reis (environ 160,000 francs) en achats d'instruments et d'appareils destinés à compléter le matériel de ces laboratoires, à la Faculté de Rio.

Bibliothèque. — La Faculté possède une bibliothèque à l'usage des étudiants ; elle renferme environ 14,000 volumes en langues portugaise, française, allemande, anglaise, italienne, espagnole, latine, etc. La bibliothèque reçoit plus de 120 journaux de sciences médicales, en différentes langues. Elle est ouverte tous les jours non fériés de 9 heures à 2 heures et de 6 heures à 9 heures du soir. Son *budget* est de 15 contos de reis soit 37,500 francs.

Musée. — Enfin un musée anatomo-pathologique sert de complément aux études pratiques. Il s'y trouve de belles collections de pièces en cire, une entre autres de pièces admirablement modelées et artistement préparées sous la direction du Dr E. Ossiau-Bonnet. Cette collection, unique en son genre, a été formée par la reproduction des divers cas observés dans les cliniques de Rio, et principalement de ceux ayant rapport à la pathologie brésilienne.

Enseignement clinique. — L'enseignement clinique a lieu dans la Santa Caza da Misericordia, vaste établissement hospitalier, contenant plus de 1,200 malades, et appartenant à une confrérie laïque, qui met tous les services nécessaires à l'enseignement de la médecine, à la disposition de la Faculté, moyennant certaines prérogatives que lui concède l'Etat. Cet hôpital a un personnel administratif laïque, avec un *Médecin* comme Directeur du service médical, et un personnel infirmier religieux. Ce sont les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, qui ont la direction de tout ce qui a rapport aux salles de malades ainsi que dans la pharmacie, sous l'inspection d'un pharmacien. Les internes des services de cliniques sont nommés par la Faculté après concours. Ils perçoivent un traitement de 480 milreis par an, c'est-à-dire 1,200 francs.

Ce n'est qu'en 1882 et grâce aux persévérants efforts du Dr Saboia, l'éminent directeur actuel de la Faculté de Rio, que les services de cliniques ont été régulièrement installés à la Miséricordia. Jusqu'à cette époque la Faculté ne disposait que d'une seule clinique médicale et d'une clinique chirurgicale. Il n'a pas fallu moins de trente ans de réclamations incessantes, de 1854 à 1884, pour pouvoir obtenir l'installation d'une Maternité, et ce n'est que depuis cette année-ci, que les services d'obstétrique et de gynécologie ont pu être ouverts aux élèves. Actuellement l'hôpital de la Miséricordia offre aux élèves, *deux cliniques de médecine, deux de chirurgie, une de maladie des enfants, une de maladies cutanées et syphilitiques, une de maladies des yeux, une Maternité, et une clinique psychiatrique.* Cette dernière a lieu dans l'hospice D. Pedro II, splendide établissement contenant 800 aliénés et dont l'administration est dépendante de celle de la Miséricordia.

Chaque service de clinique se compose de 60 lits. Depuis 1875, les *pansements antiseptiques* sont rigoureusement employés dans tous les services de chirurgie. Le professeur Saboia fut l'introducteur du système de Lister. Toutes les précautions antiseptiques sont de même employées à la Maternité. La réforme de la Faculté de médecine de Rio, commencée en 1881, ne s'est achevée que cette année, et les plus grands éloges doivent être adressés à son infatigable Directeur le Dr Saboia, qui avec une énergie et une patience sans égales, est parvenu à réorganiser les programmes, à créer de nouvelles chaires, à installer les nouvelles cliniques et les splendides laboratoires, à transformer en un mot cette Ecole qui se mourait d'inanition en une Faculté pleine de vie où près de 1,400 étudiants trouvent à leur disposition tous les moyens d'études que peuvent fournir les Facultés les mieux organisées de l'Europe.

Anatomie pathologique. — L'étude de l'anatomie pathologique est *obligatoire* pour les élèves de 3e année, et se fait soit au Laboratoire où les élèves ont à leur disposition les *tumeurs* opérées dans les cliniques de l'hôpital, et dont ils doivent faire des *préparations microscopiques*, soit aux *autopsies* faites sur tous les morts non réclamés des cliniques, sous la direction du professeur adjoint et du préparateur. Un registre reçoit toutes les observations faites sur le cadavre, et un double en est délivré au chef du service d'où provient le sujet.

Médecine légale. — L'étude de la médecine légale est réunie à celle de la *toxicologie* ; mais, en outre des cours et du laboratoire, des leçons pratiques ont lieu à la *Morgue* sur les cadavres des individus morts accidentellement et qui y sont transportés.

L'enseignement théorique, clinique et pratique est absolument libre, c'est-à-dire que les élèves ne sont astreints ni à signer des feuilles de présence, ni à répondre à des appels ; mais ils doivent au moment des examens, fournir la preuve qu'ils ont fréquenté les *travaux* des *laboratoires*, en présentant un certain nombre de *préparations* faites par eux pendant l'année scolaire.

Examens de médecine. — Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine, l'étudiant doit subir huit séries d'examens et présenter une thèse : 1re Série : Physique médicale. — Chimie minérale et minéralogie médicale. — Botanique et zoologie médicales ; 2e Série : Anatomie descriptive.—Histologie théorique et pratique. — Chimie organique et biologique ; 3e Série : Physiologie théorique et expérimentale. — Anatomie et physiologie pathologiques. — Pathologie générale ; 4e Série : Pathologie médicale. — Pathologie chirurgicale. — Matière médicale et thérapeutique, spécialement brésilienne ; 5e Série : Obstétrique. — Anatomie chirurgicale, médecine opératoire et appareils. — Pharmacologie et art de formuler ; 6e Série : Hygiène et histoire de la médecine. — Médecine légale et toxicologie ; 7e Série : Clinique médicale d'adultes. — Clinique chirurgicale d'adultes. — Clinique obstétricale et gynécologique ; 8e Série : Clinique médicale et chirurgicale d'enfants. — Clinique ophtalmologique. — Clinique de maladies cutanées et syphilitiques. — Clinique psychiatrique.

Examens de pharmacie. — Les études médicales se font en six années. Les matières du cours de *Pharmacie* sont l'objet de trois séries d'examens : 1re Série : Physique. — Chimie minérale et minéralogie ; 2e Série : Chimie organique. — Botanique et zoologie ; 3e Série : Matière médicale. — Pharmacologie et pharmacie pratique. — Toxicologie.

Examens de sages-femmes. — Deux séries d'examens sont nécessaires pour obtenir le titre de sage-femme : 1re Série ; Anatomie descriptive et Physiologie, en général et plus particulièrement des organes génito-urinaires de la femme. — Pharmacologie et hygiène des femmes en couche ; 2e Série : Obstétrique. — Clinique obstétricale et gynécologique.

Examens de dentistes. — Enfin il faut subir trois séries d'examens pour obtenir le diplôme de Dentiste : 1re Série : Physique élémentaire. — Chimie minérale. — Anatomie descriptive et topographique de la tête ; 2e Série : Histologie dentaire. — Physiologie dentaire. — Pathologie dentaire et hygiène de la bouche

(1) La salle de *dissections* très grande, est très bien aménagée. Les murs et le parquet sont en marbre de même que les tables de dissection. La lumière, l'air et l'eau y sont largement distribués. Les cadavres sont conservés par le froid, les injections conservatrices employées en Europe n'ayant pas donné de bons résultats.

Le laboratoire d'*histologie*, complètement organisé depuis quatre ans, est installé de manière à permettre le travail à quatre-vingts élèves à la fois. Plus de quarante microscopes, des microtômes, des tournettes, tous les réactifs nécessaires aux travaux, sont mis à la disposition des élèves, sans que ceux-ci aient rien à débourser.

Le laboratoire d'*hygiène* est destiné non-seulement à l'instruction pratique des élèves, mais aussi aux analyses et examens des boissons et substances alimentaires ou de tout autre produit intéressant la santé publique. Ces analyses peuvent être demandées par le gouvernement ou par des particuliers moyennant une rétribution.

Ce laboratoire, de même que ceux de *chimie* et de *pharmacie*, occupe un très grand emplacement, et peu d'instituts en Europe pourraient être mis en comparaison avec eux soit pour le luxe de l'installation, soit pour l'abondance des produits et des appareils que les étudiants y trouvent à leur usage.

© BIU Santé

3e Série : Thérapeutique dentaire. — Chirurgie et prothèse dentaires.

Personnel et organisation des Facultés de Médecine. — Budget. — Les Facultés de Médecine sont placées immédiatement sous la dépendance du Ministre de l'intérieur. Leur budget qui est très élevé est réglé par le Corps législatif. Elles n'ont pas de revenus spéciaux. Ce budget pour 1884, était pour chacune des deux Facultés de Rio et de Bahia, de : Personnel enseignant : 204 contos de reis, soit 510,000 francs. Personnel du secrétariat. de la bibliothèque et des laboratoires, 103 contos, soit 257,500 francs. Frais de matériel 146 contos, soit 365,000 francs. Total pour les deux Facultés de l'empire, *deux millions deux cent soixante et quinze mille francs.*

Directeur. — La direction de la Faculté et du personnel est confiée à un Doyen nommé par le Gouvernement ; il prend le titre de Directeur ; il est suppléé par un Vice-Directeur ; tous deux sont choisis parmi les Professeurs.

Congrégations. — L'inspection scientifique de la Faculté appartient à la Congrégation, ou réunion plénière des professeurs cathédratiques. Le Directeur en est le Président.

Professeurs. — Les Professeurs après 25 ans d'exercice ont droit à la retraite avec les 2/3 de leurs appointements ; la retraite est *obligatoire* après 30 ans, mais avec la totalité de leur paye. Les appointements des Professeurs sont de quatre contos et huit cent milreis par an, soit 12,000 francs.

Concours pour le professorat. — Les Professeurs sont nommés par Décret sur présentation par la Faculté, après un concours auquel sont admis les Docteurs en Médecine, de nationalité brésilienne, ayant obtenu leur grade d'une Faculté de l'Empire ou d'une Faculté étrangère. Les Docteurs en Médecine, étrangers au Brésil, peuvent aussi se présenter au concours, s'ils parlent correctement le portugais ou le *français* et s'ils ont obtenu leur grade après avoir subi la défense d'une thèse. Les étrangers nommés Professeurs ne peuvent recevoir leur titre, qu'après avoir obtenu la naturalisation brésilienne. Les épreuves de ce concours sont : 1° La présentation d'une thèse sur un sujet donné par la Congrégation et sa défense en public contre l'argumentation de trois professeurs ; 2° Une épreuve écrite, sans préparation, sur un point tiré au sort parmi ceux choisis par une commission de professeurs ; 3° Une épreuve orale publique, 24 heures après le tirage au sort du sujet de cette leçon ; 4° Une épreuve pratique, consistant en expériences ou préparations ayant trait à la place en concours. Le candidat doit ensuite expliquer et justifier ses préparations, analyses ou diagnostics ; 5° Une épreuve orale d'improvisation sur un sujet tiré au sort. Une heure est accordée au candidat pour coordonner ses idées sans recourir à aucun livre ou auxiliaire quelconque.

Adjoints. — Les professeurs adjoints sont aussi nommés par décret après concours, mais pour le terme de dix ans. Les épreuves de ce concours sont les mêmes que celles exigées pour les chaires de professeurs cathédratiques, sauf l'épreuve orale d'improvisation et la thèse qui sont supprimées. Les adjoints perçoivent un traitement de 2 contos et quatre cent milreis, soit 6,000 francs par an.

Préparateurs. — Peuvent concourir aux places de préparateurs, en outre des Docteurs en Médecine, des Pharmaciens et des Dentistes pour les laboratoires respectifs. Les épreuves demandées sont une épreuve écrite, une épreuve pratique relative à la matière du laboratoire, et une exposition orale sur un point tiré au sort, avec vingt-quatre heures de préparation. Les appointements des Préparateurs sont les mêmes que ceux des Professeurs adjoints. Leur nomination a lieu par Décret pour le terme de dix ans.

Voyages scientifiques. — Tous les deux ans, chaque Faculté indique au gouvernement un Professeur ou un Adjoint, afin qu'il soit chargé de faire aux frais de l'Etat, des investigations scientifiques au Brésil, ou pour qu'il soit envoyé en pays étranger étudier les améliorations accomplies dans les méthodes d'enseignement, examiner les établissements et institutions médicales ou compléter ses études.

Publications d'œuvres de science. — Afin d'encourager la publication de livres de sciences médicales en langue portugaise, l'Etat se charge de l'impression de toute œuvre écrite par un membre du personnel enseignant, si celle-ci en est jugée digne par la Congrégation de la Faculté ou par une commission d'hommes compétents nommés par le gouvernement. Il peut même être alloué une récompense à l'auteur, pouvant s'élever à la somme de 5,000 francs, suivant l'importance du travail (1).

Enseignement libre. — Les salles de cours et les locaux de la Faculté, sont mis à la disposition des Docteurs en Médecine, Pharmaciens ou Dentistes, qui désirent y faire des cours libres, gratuits ou payants. Les médecins étrangers qui ont obtenu le droit d'exercer au Brésil ont les mêmes facilités. L'autorisation est accordée par la Faculté après présentation du programme des cours et ceux-ci sont placés sous la surveillance immédiate du Directeur.

Régime des Facultés. — Les cours des Facultés ouvrent le 1er mars et se terminent habituellement à la fin de décembre, lorsque tous les examens ont eu lieu. Les exercices pratiques dans les laboratoires, sont chacun de 2 à 4 heures.

Inscriptions de médecine. — Pour s'inscrire à la Faculté de Médecine, il faut avoir subi avec succès des examens préparatoires sur les branches suivantes : Langues portugaise, latine, française, anglaise, allemande ; philosophie, histoire, géographie, arithmétique, algèbre, géométrie, trigonométrie rectiligne, éléments généraux de physique, chimie et histoire naturelle.

Inscriptions de pharmacie. — Pour la faculté de pharmacie, les examens préparatoires sont les mêmes, en supprimant l'allemand et l'histoire.

Inscriptions de sage-femmes. — Pour les cours d'obstétrique, les aspirantes doivent faire preuve de connaissances suffisantes en portugais, français, arithmétique des éléments de physique et d'histoire naturelle.

Inscriptions de dentistes. — Enfin, pour les cours d'odontologie, il est exigé la connaissance du portugais, du français, de l'anglais, de l'arithmétique et de la géométrie.

Les *femmes* sont admises à tous les cours.

Frais d'études. — Les taxes à payer s'élèvent pour la matriculation et les inscriptions d'examens : pour les cours de médecine à 612,000 reis, soit 1,530 francs ; pour les cours de pharmacie à 306,000 reis, soit 765 francs ; pour les cours d'obstétrique à 204,000 reis, soit 510 francs et pour les cours d'odontologie à 306,000 reis, soit 765 francs.

Examens. — Pour s'inscrire à un examen, l'élève doit présenter un certificat d'approbation sur les matières de la série antérieure, ainsi qu'un attestat du préparateur, constatant qu'un certain nombre de préparations ou expériences ont été faites par l'étudiant pendant l'année scolaire dans les laboratoires de la faculté. Ces préparations doivent être présentées au jour de l'examen.

Les examens se composent pour chaque matière d'une partie pratique et d'une partie théorique ; celle-ci est divisée en épreuve écrite et en épreuve orale.

Examen pratique. — L'examen pratique a lieu sur un point tiré au sort. Cet examen est élémentaire, c'est-à-dire qu'un élève non approuvé dans cet examen ne peut subir l'examen théorique.

Examen écrit. — L'examen écrit a lieu au choix de l'élève sur une des deux questions tirées au sort.

Examen oral. — L'examen oral se fait en présence de trois professeurs, chaque professeur interrogeant l'élève pendant un quart d'heure.

Statistique. — Les examens ont lieu en mars et en octobre. En 1883, à la faculté de Rio, 259 élèves se sont inscrits pour subir leurs examens en mars, et 972 en octobre. Pendant cette année-là 1,145 élèves ont pris des inscriptions pour les cours de médecine, et 205 pour les cours de pharmacie ; 102 thèses ont été présentées cette même année, afin d'obtenir le grade de docteur en médecine, et celui de pharmacie a été conféré à 31 élèves.

Prix. — L'élève qui, ayant complété ses études médicales ou pharmaceutiques en obtenant toujours la note : distinction, et qui est classé premier étudiant par la faculte, a droit comme prix, à aller en Europe aux frais de l'Etat, s'appliquer aux études pratiques pour lesquelles il a de la prédilection ou qui lui sont désignées par la faculté. (1)

(1) A la fin du mois de septembre 1884, doit paraitre le premier numéro du journal officiel de la faculté, sous le titre de : *Revista dos cursos theoricos e praticos.* Cette revue qui paraitra de trois en trois mois, est rédigée par une commission nommée par la congrégation et composée de trois professeurs cathédratiques, d'un professeur adjoint et d'un préparateur. La revue publie les décisions de la congrégation, les mémoires originaux sur des points concernant les études pratiques, les recherches et investigations utiles faites dans les laboratoires, ainsi que les observations et leçons sur les cas importants des cliniques. La revue sera envoyée aux directions des journaux de même nature en Europe et en Amérique ainsi qu'aux institutions scientifiques les plus importantes.

(1) Deux prix ont en outre été institués tout dernièrement par deux généreux donateurs :

Prix Gunning. L'un a été offert par le Dr Gunning, médecin anglais ayant fait sa fortune au Brésil. Il se compose des revenus de trente-cinq actions de la Banque du Brésil, et doit être distribué tous les quatre ans, à l'élève qui aura étudié avec le plus de distinction l'histoire naturelle au Brésil, afin qu'il puisse se rendre en Europe continuer ces études.

Prix Manoel Feliciano. Ce prix a été institué par le baron de Ibituruna, médecin distingué de Rio-de-Janeiro, ancien élève du Dr Manoel Feliciano, ancien professeur de clinique chirurgicale. Il consiste en une médaille en or, attribuée à l'élève qui aura écrit la meilleure thèse de clinique chirurgicale.

© BIU Santé

Thèse.— La thèse dont la défense est nécessaire pour que l'élève en médecine obtienne le titre de docteur, consiste en une dissertation publique, plus trois propositions sur chaque chaire du cours et six aphorismes médicaux. Les sujets sur lesquels peuvent être écrites les thèses sont choisis par la congrégation.

Collation des grades. — Le jour où le grade de docteur est conféré aux jeunes médecins, est l'occasion d'une grande fête. Cette cérémonie a lieu à Rio, en présence de la famille impériale, des ministres, des professeurs et de tout un public composé de docteurs et de l'élite de la Société.

Rio-de-Janeiro, 10 septembre 1884.

Dr Eug. A. Poncy, *préparateur d'histologie.*

T. Colombie.

Dans la Colombie, il existe également, depuis 1866, une Université qui comprend quatre Ecoles, dont une de médecine. Cette Ecole est desservie par vingt-trois professeurs dont la plupart sont docteurs de la Faculté de Paris.

Le plan d'études est,à peu de chose près, le même qu'à la Faculté de Paris. Ainsi, l'Université de Colombie donne deux titres : *licencié* en médecine, et *docteur-médecin chirurgien*. Les études qu'il faut faire pour avoir le titre de licencié sont les mêmes que la Faculté de Paris exige pour donner le titre d'officier de santé. Pour pouvoir prendre des inscriptions pour le doctorat, il faut, de même qu'à Paris, avoir les deux diplômes de bachelier ès sciences (restreint) et de bachelier ès lettres.

Les études pour le doctorat se font en six années scolaires. L'Ecole dispose d'un laboratoire de chimie et d'une collection d'histoire naturelle assez complète. Les travaux pratiques de dissection, de médecine opératoire et d'anatomie pathologique se font assez bien. Les travaux pratiques d'histologie sont insuffisants.

Quant à l'enseignement clinique, il se fait dans un hôpital qui contient 300 lits pour les services de médecine et chirurgie, 40 lits pour les services d'accouchements et de gynécologie,et 50 lits pour les enfants malades. Il y a un professeur pour chacun de ces services. Le nombre moyen d'élèves qui suivent les cours monte à environ 150. En général, le niveau des études médicales est assez élevé, vu les ressources du pays. On s'accorde à déclarer que l'Université des Etats-Unis de Colombie est une des plus avancées parmi les Universités de l'Amérique du Sud, sauf peut-être celles du Brésil.

U. Chili.

Le Chili ne possède qu'une seule Université, celle de Santiago qui exige des candidats au grade de docteur en médecine (lequel confère le droit d'exercice) un examen préliminaire, et six années d'études, avec examens portant sur toutes les branches de l'art de guérir.

V. Pérou.

L'Université de Lima, qui, seule, délivre des diplômes médicaux, confère le grade de licencié et celui de docteur : ce dernier titre est purement honorifique, et tout licencié peut l'obtenir. La durée des études est de sept ans ; les examens sont au nombre de cinq. Le gouvernement a, cette année, institué une commission chargée de rédiger un projet de réforme de l'enseignement médical.

X. Venezuela.

On y trouve deux Universités, celle de Caracas et celle de Merida. Leurs programmes et leurs règlements sont presque identiques à ceux de l'Université de Lima.

Y. Uruguay.

La Faculté de médecine de la république de l'Uruguay a été fondée en 1876 à Montévideo.

Les chaires, de plus en plus fréquentées, sont données au concours, auquel ont droit de prendre part les docteurs en médecine de tous les pays. Les cours sont divisés de la manière suivante :

1re année (9 mois de cours). — Histoire naturelle, physique et chimie médicales, anatomie descriptive et dissection.

2me année. — Anatomie descriptive et topographique, dissection, physiologie, hygiène, pathologie générale, anatomie pathologique.

3me année. — Pathologie interne et externe, matière médicale et thérapeutique. Cliniques interne et externe.

4me année. — Médecine légale et toxicologie. Cliniques médicale et chirurgicale. Médecine opératoire, appareils et bandages.

5me année. — Accouchements et maladies de femmes. Cliniques médicale et chirurgicale.

Les examens partiels ont lieu à la fin de l'année. Il faut, pour être reçu docteur, passer, en outre, un examen général de toutes les matières qui ont fait l'objet des examens partiels, et soutenir une thèse pour un sujet choisi par le candidat.

Les auteurs, les plus généralement suivis par les élèves, sont les professeurs de la faculté de Paris.

Le nombre de sujets pour l'anatomie et les opérations est plus que suffisant, car un décret du ministère, met à la disposition de la Faculté les cadavres de tous ceux qui, étant morts à l'hôpital, ne sont pas réclamés, par les parents ou amis, dans les 4 heures qui suivent le décès (1).

W. République Argentine.

La république Argentine possède une faculté de médecine dont le siège est à Buenos-Ayres. La durée des études y est de six années à la fin de chacune desquelles l'élève doit subir un examen. Le titre de docteur est délivré après la soutenance d'une thèse (2).

AA. Etats-Unis d'Amérique.

L'enseignement de la médecine aux Etats-Unis est entièrement libre ; il ne relève pas de l'Etat, et n'est point placé sous le contrôle du pouvoir central ; malgré cette liberté, l'action publique n'est pas tout à fait nulle à l'égard des collèges de médecine ; c'est ainsi que durant ces dernières années quelques établissements qui se livraient effrontément à la vente des diplômes ont été fermés, tandis que leurs directeurs étaient poursuivis conformément aux lois. Ces exécutions salutaires, tout en mettant fin à un trafic honteux et rempli de périls, ont débarrassé les universités sérieuses, qui sont en très grand nombre, d'une promiscuité très fâcheuse pour elles et pour leur considération.

Les institutions où l'on enseigne la médecine sont extrêmement nombreuses aux Etats-Unis ; il n'est guère d'Etat qui n'en possède au moins une, et la liste que nous avons sous les yeux, et que nous renonçons à reproduire, n'en contient pas moins de 89. Parmi ces établissements, les uns sont des collèges ou des écoles de médecine ; d'autres sont constitués par la section médicale des universités ; l'origine de quelques-unes est fort ancienne : l'Université de Pensylvanie a été fondée en 1768 ; le collège des médecins et chirurgiens de New-York remonte à 1769 ; enfin l'Université de Harward, fondée en 1783, célébrait son centenaire avec un grand éclat il y a tout juste un an (17 octobre 1883). Nous ne pouvons songer à donner des renseignements, même sommaires, sur des universités aussi nombreuses, aussi disparates entre elles, et nous devons nous borner à quelques détails sur les principaux centres d'enseignement médical.

L'Université de Pensylvanie, bien pourvue de laboratoires, délivre le diplôme de docteur en médecine aux candidats qui sont âgés de 21 ans au moins, qui sont de bonne vie et mœurs, qui ont suivi les cours de médecine pendant trois ans au moins, composé une thèse et subi leurs examens avec succès ; elle compte parmi ses professeurs MM. W. Pepper, R. Penrose, Alfred Stillé, Hayes Agnew, W. Goodell, Horatio Wood, John Ashurt jun., L. Duhring, etc.

L'Université de Harvard (Boston), l'une des plus importantes des Etats-Unis, exige depuis deux ans de ses candidats, avant toute immatriculation, un certificat d'études ou un examen préliminaire. La durée réglementaire des études est de trois ans, mais l'Université engage très vivement les étudiants à ne pas consacrer moins de quatre ans à leurs études. Les élèves sont divisés en classes suivant qu'ils sont plus ou moins avancés ; les candidats au diplôme doivent être âgés de 21 ans au moins, avoir étudié la médecine trois ans au moins, et de préférence quatre ans (le cours d'études est divisé en quatre années), avoir passé à l'école au moins une année sans interruption, avoir subi un examen écrit sur toutes les matières prescrites, et avoir présenté une thèse. Cette Université compte parmi ses professeurs MM. Ch. Eliot, Bowditch, Oliver Holmes, H. Bigelow, Cheever, R. Edes, J. Otis, A. Post, J.-J. Putnam, Chadwick, etc.

Il faut signaler en outre à Boston le collège des médecins et des chirurgiens.

Le collège des médecins et chirurgiens de New-York également connu sous le nom de Faculté de médecine du collège de Columbia, ne comprend pas moins de dix cliniques, se rapportant à toutes les branches de l'art de guérir ; les cours, au nombre de deux à six par jour, y sont obligatoires ; la durée des études ne peut être inférieure à trois ans, et l'examen final est suivi de la présentation d'une thèse. Ce collège compte parmi ses professeurs MM. Dalton (physiologie), Alonzo Clark (médecine pratique), Gaillard Thomas (gynécologie clinique), Delafield (anatomie pathologique), A. Jacobi (maladies des enfants), F. Otis (clinique des maladies syphilitiques), E. C. Seguin (maladies du système nerveux), Lefferts (laryngoscopie).

L'université de la ville de New-York possède aussi un personnel enseignant considérable, où figurent les noms de MM. A. Post, A. Loomis, Polk, Winters, etc. Les professeurs de clinique ont à leur disposition les hôpitaux de Bellevue et de la Charité, et les élèves sont admis à suivre ces cours gratuitement ; il y a en outre au collège huit cliniques par semaine et cinq cours par jour, ainsi que des exercices pratiques ; les dissections durent toute l'année et sont

(1) Nous remercions le Dr de Saltorain, secrétaire de cette faculté, à qui nous sommes redevables de ces renseignements.

(2) Nous manquons de renseignements exacts sur cette faculté.

© BIU Santé

gratuites. Les examens de fin d'études sont au nombre de deux; ils peuvent être subis séparément ou en même temps.

Le collège médical de Bellevue compte parmi ses professeurs MM. Isaac Taylor, Fordyce Barker, Austin Flint, Lewis A. Sayre, Austin Flint jun., J. Bryant, Beverley Robinson, H. Noyes, J. P. Gray, etc. Il faut signaler dans l'état de New-York, la modeste université du Niagara, dont le siège est à Buffalo, et qui durant l'année scolaire 1883-1884 possédait treize étudiants.

Enfin, c'est ici le lieu de dire quelques mots d'une excellente institution fondée à New-York il n'y a guère plus de deux ans, et dont le plein succès a démontré l'utilité; nous voulons parler du Post-Graduate medical School and Hospital. Cet établissement ne confère point de grades, et n'admet que des médecins déjà diplômés; il est destiné à combler les lacunes que l'étudiant peut avoir laissé subsister, durant ses études scolaires, dans son instruction clinique générale ou spéciale; il a pour but aussi, et ce n'est pas la moins utile des attributions qu'il s'est données de familiariser les praticiens qui exercent déjà depuis un temps plus ou moins long avec les méthodes et les découvertes nouvelles, inconnues ou mal connues à l'époque de leurs études, et aussi de leur familiariser l'étude de telle ou telle branche spéciale de la médecine vers laquelle ils se seraient trouvés tardivement entraînés par le courant de leur pratique. Cette école dès aujourd'hui florissante est excellemment outillée en vue de l'enseignement qu'elle distribue; elle compte parmi ses professeurs MM. James Little, William Hammond, F. Sturgis, E. Spitzka, E. Partridge, C. Dana, Ambrose Ranney, Mme Mary Putnam Jacobi, etc.

Le collège médical Jefferson, à Philadelphie, confère le grade de docteur en médecine aux candidats qui produisent un certificat de bonne vie et mœurs, qui sont âgés de 21 ans au moins, qui ont satisfait aux examens prescrits, et qui ont présenté une thèse de médecine composée et écrite par eux-mêmes. Ce collège ne délivre pas de diplômes honorifiques. Dans la liste de ses professeurs figurent les noms de MM. Roberts Bartholow, H. Chapman, J. M. Da Costa, W. H. Pancoast, T. Parvin etc.

La Faculté de médecine de l'Université de la Louisiane dispose, pour son enseignement clinique, de l'hôpital de la Charité, qui contient 700 lits de médecine, de chirurgie et d'accouchements. L'administration de l'hôpital nomme chaque année 12 élèves résidents, qui sont entretenus aux frais de l'établissement; les vacances qui se produisent sont comblées par la voie du concours. Les candidats aux diplômes doivent être âgés de 21 ans, avoir trois ans d'études, avoir suivi régulièrement les cours pendant deux termes, et avoir subi l'examen d'une manière satisfaisante (1).

AB. Canada.

La puissance du Canada (Dominion of Canada) comprend sept provinces, dont quatre ne possèdent pas de corps enseignant la médecine, à savoir : Manitoba, Nouveau Brunswick, Ile du Prince Edouard et la Colombie Anglaise; la 5e, la Nouvelle Ecosse, population 440,885, capitale Halifax, possède une Faculté de Médecine - le « *Halifax Medical College* » fondé en 867. L'élève est tenu de, suivre six mois de cours pendant trois ans consécutifs. La sixième province d'Ontario, population 1,913,460, nombre de médecins 1,700, possède six Ecoles de médecine, à savoir : La « *Toronto School of Medecine*, de Toronto, affiliée à l'Université de Toronto. Fondée en 1843; sessions annuelles de 6 mois. Exige quatre années d'études. — La « *Trinity medical School*, » de Toronto, affiliée à l'Université du collège de la Trinité et à l'Université de Toronto, fondée en 1850. Sessions annuelles de six mois. Exige 4 années d'études. — Le « *Women's medical College* » (Homœopathe) de Toronto, fondée en 1883. Les femmes seules sont admises. — Le *College Royal* des médecins et chirurgiens, le Kingston, fondé en 1854. Sessions annuelles de 6 mois. Exige 3 ou 4 ans d'études; — Le « *Women's Medical College* » de Kingston. Fondé en 1883, n'admet que les femmes; — Le *Département Médical* du Western University, fondé en 1882 à London. Sessions de 6 mois. Exige 3 ans d'études.

La Province de Québec, population, 1,358,469, possède cinq facultés de médecine, dont une à Québec et quatre à Montréal. La Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec a été fondée en 1852. Sessions annuelles de *neuf mois*, avec examens trimestriels; elle exige quatre années d'études et n'accorde le titre de docteur en médecine qu'à ceux qui ont obtenu à tous leurs examens une des notes bien ou très bien. La succursale de l'Université Laval à Montréal est soumise aux mêmes règlements que l'Université Laval à Québec. Fondée en 1878. — La Faculté de médecine de l'Université, Mac Gill, à Montréal, fondée en 1824. Session annuelle de six mois, obligatoire; session d'été, facultative. Exige quatre années d'études. — L'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, fondée en 1843, affiliée à l'Université Victoria. Sessions de six mois, 4 années de cours. — Le Bishop's Collège de Montréal, fondé en 1870. Session de 6 mois, 4 années d'études.

En outre, chaque province possède son « acte concernant la pratique de la médecine » et dans chaque province tous les médecins réunis forment un corps légalement constitué, connu sous le nom de « collège des médecins et chirurgiens de la Province de... Ce collège élit un bureau de représentants pour l'expédition des affaires. Ces collèges possèdent beaucoup de privilèges. Ce sont eux qui ont charge de faire appliquer la loi médicale, qui règlent la durée des cours dans les Ecoles, définissent les qualifications requises des aspirants à l'étude de la médecine, qui contrôlent les examens dans toutes les facultés de médecine et nul ne peut pratiquer la médecine sans être muni d'une licence du collège de la Province (1).

AC. Japon.

Au point de vue médical, comme à bien d'autres égards, le Japon est beaucoup plus avancé que la Chine; la vieille médecine japonaise perd chaque jour du terrain, et ne comptera bientôt plus un seul adepte. Le Japon possède actuellement deux facultés de médecine, toutes deux à Tokio, et plusieurs écoles secondaires départementales. Il existe en plus une école libre chinoise.

Les deux facultés sont l'école japonaise, où l'enseignement se donne dans la langue du pays, et l'école allemande. Les programmes de ces deux écoles ne diffèrent que par quelques détails, toutefois les examens sont moins sévères dans la première et la durée des études y est plus courte (4 ans). La plupart des places gouvernementales sont réservées aux élèves qui sortent de l'école de langue allemande. Ceux-ci peuvent exercer aussitôt l'obtention de leur diplôme, mais les médecins de l'école japonaise doivent encore subir un examen d'Etat. Nous ne nous occuperons ici que du programme de l'école de langue allemande. Les élèves ne sont admis à la Faculté de médecine proprement dite qu'après avoir suivi quelques années un cours préparatoire où ils étudient le japonais et le chinois, l'allemand, les mathématiques, le latin dans ses rapports avec l'étymologie, l'histoire, la chimie, la physique, la botanique, etc. (les examens annuels sont éliminatoires). Les deux premières années sont consacrées aux sciences physiques et naturelles, à l'étude de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie (cours théoriques et pratiques).

Pendant les trois dernières années, l'étudiant suit les cours de pathologie interne et externe, de matière médicale et de toxicologie, d'anatomie pathologique, les cliniques ophthalmologique, gynécologique, mentale, la policlinique, etc.; il subit des examens semestriels, et à la fin de ses études un examen définitif qui a beaucoup de rapports avec l'examen d'Etat allemand; les épreuves cliniques (médicale, chirurgicale, obstétricale ophthalmologique) consistent à suivre un malade pendant plusieurs jours sous les yeux du jury, et à en rédiger l'observation, etc.

L'hôpital et les bâtiments universitaires sont réunis dans l'enceinte d'une vaste propriété; les étudiants peuvent y être logés gratuitement sur leur demande. Tokio possède aussi une école de pharmacie.

Il ne s'en faut pas de beaucoup que les études médicales japonaises soient égales à celles de la plupart des écoles d'Europe, et l'on peut, en tout cas, être assuré qu'elles ne tarderont pas à l'être. Nous signalerons à ceux de nos lecteurs qu'intéresse le développement de l'enseignement et de l'étude de la médecine au Japon, le très intéressant article de Ch. Rémy, auquel nous avons emprunté les quelques détails qui précèdent. — (*Revue scientifique*, n° du 6 octobre 1883.)

AD. Chine.

Il existe à Pékin un collège impérial de médecine (115 membres : 15 médecins impériaux, 39 praticiens, 40 docteurs et 30 aspirants) et un Conseil supérieur de santé. L'académie de médecine ferait, selon Pauthier, passer des examens et délivrerait des diplômes, mais elle paraît avoir surtout pour mission de recruter et de former des médecins pour le souverain et son entourage, ainsi que de conserver dans toute leur pureté les dogmes de la médecine chinoise; le second est chargé de surveiller les praticiens subalternes et de veiller également à ce qu'ils ne s'écartent pas des préceptes doctrinaires. L'anatomie n'est pas enseignée en Chine, aucune dissection ne pouvant être faite; toutefois, l'introduction dans le collège impérial lui-même de quelques traductions d'ouvrages étrangers d'anatomie et de pathologie, commence à modifier un peu les idées des médecins chinois les plus intelligents. La médecine légale est très en honneur en Chine, mais elle se borne aux constatations extérieures.

(1) Voir encore, pour plus de détails, les correspondances de M. Thaon sur *les écoles médicales des Etats-Unis*. (*Progrès médical*, n. 40, 43, etc.)

(1) Nous devons tous les renseignements relatifs aux Universités du Canada à la bienveillance de notre distingué confrère M. le Dr Lamarche, rédacteur en chef de l'*Union médicale du Canada* (B.).

© BIU Santé

Les étudiants s'attachent à un praticien célèbre pendant un certain temps avant de pratiquer eux-mêmes. Leur principale étude est celle du pouls; ils emploient aussi les scarifications, les moxas, l'acupuncture, etc. La médecine paraît être entrée dans une période de décadence, qui date déjà de quelques mille ans (1). — Au Thibet et en Tartarie, il n'y a aucun enseignement médical; la médecine est exercée par les prêtres, sans études préalables, et uniquement en vertu de leur caractère sacerdotal.

La Chine possède depuis longtemps des asiles, entre autres des hospices pour les orphelins et les enfants assistés. Les sommes allouées par l'Etat au budget de l'Assistance publique s'élevaient en 1810 à 10 millions.

Le nombre des praticiens est considérable, mais tous, sans exception, sont des empiriques sans instruction : il n'existe aucun hôpital d'enseignement : dans la pratique privée, si la première ou la seconde prescription n'est pas suivie de guérison immédiate, le médecin est remplacé par un autre ; ainsi un malade atteint de pneumonie ou de fièvre typhoïde par exemple, passe entre les mains de 8 à 10 médecins. Les médecins Chinois font de la polypharmacie à outrance. L'auscultation, la thermométrie, etc, sont absolument inconnues en Chine. Au sujet du pouls, il existe les théories les plus fantastiques; on pense qu'un médecin peut, par l'examen de celui-ci, diagnostiquer la grossesse à toutes ses périodes et dire avec certitude quel est le sexe du fœtus et si la grossesse est simple ou multiple. La chirurgie n'existe pas. Anévrysmes, abcès, arthrites, etc., sont traitées par l'acupuncture. On chauffe l'extrémité libre des aiguilles jusqu'à ce que les cris du malade annoncent au médecin qu'il a atteint la limite extrême de la souffrance. (Les Chinois ne connaissent pas l'anesthésie générale) : souvent les médecins étrangers ont l'occasion de hâter des arthrites purulentes causées par cette thérapeutique singulière. La gynécologie est entre les mains des vieilles femmes. En cas de dystocie, elles se succèdent les unes aux autres, tirant sur les parties du fœtus qu'elles peuvent atteindre. Rarement on appelle dans ces cas un médecin: celui-ci, d'ailleurs, ne peut voir la malade, il ordonne des combinaisons variées de drogues à l'intérieur ou à l'extérieur, ou des incantations pratiquées en vue de chasser les mauvais esprits qui s'opposent à la sortie de l'enfant. Les autopsies ne sont jamais pratiquées. Le médecin chinois ne pouvant disséquer, n'a aucune connaissance de la position exacte des organes internes. Il sait comme le vulgaire, parce qu'il voit chez les bouchers, que les animaux ont un cœur, une rate, etc. (2)

Faculté de médecine de Paris. (*Derniers renseignements*).

Travaux pratiques d'histologie, sous la direction de M. Cadiat, chef des travaux. — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique, 2, rue Vauquelin) sera ouvert, à partir du mardi 11 novembre 1884, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de 9 heures à 11 heures du matin. Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les élèves de seconde année. Les inscriptions seront reçues de 3 à 4 heures de l'après-midi, au bureau du surveillant général de l'Ecole pratique, les mercredi 5, jeudi 6, vendredi 7, samedi 8 et lundi 10 novembre, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la cinquième inscription. Une carte d'admission sera délivrée. MM. les étudiants de deuxième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Hôpital de la Pitié. Clinique médicale. — M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale le mardi 11 novembre 1884, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Visite des malades tous les jours, à 9 heures du matin.

Hôpital de la Pitié. Clinique chirurgicale. — M. le professeur Verneuil a commencé le cours de clinique chirurgicale le vendredi 7 novembre 1884.

Hôpital Necker. Clinique médicale. — M. le professeur Potain commencera ses leçons cliniques le lundi 10 novembre, à 10 heures, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Visite des malades tous les jours à 8 heures et demie du matin. M. le Dr A. Petit, chef de clinique, fera le mardi, à 10 heures, une conférence de Séméiologie clinique. M. le Dr G. Esbach, chef de laboratoire, fera le mercredi, à 10 heures, une conférence de Chimie pathologique. M. le Dr Suchard, chef de laboratoire, fera les Nécropsies en présence des élèves.

Cours complémentaire d'anatomie pathologique. — M. Straus, agrégé commencera le cours complémentaire d'anatomie pathologique le jeudi 13 novembre 1884, à 2 heures (à l'Ecole pratique, rue Vauquelin), et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Conférences de pathologie interne. — M. le Dr Legroux, agrégé libre, commencera les conférences de pathologie interne, le lundi 17 novembre 1884 (Petit Amphithéâtre), à 8 heures et demie du soir, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Sujet du cours : Pathogénie, thérapeutique et prophylaxie des maladies infantiles.

Cours complémentaire de chimie. — M. Hanriot, agrégé, commencera le cours complémentaire de chimie le mercredi 12 novembre 1884, à 4 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 10. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) et 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Verneuil, Guyon, Segond. — 2e *de Doctorat* (N. R., oral. 1re partie) : MM. Charcot, Fournier, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Joffroy, Ch. Richet.

Mardi 11. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Jaccoud, Hayem, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Brouardel, Laboulbène, Debove. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Duplay, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Panas, Charpentier.

Mercredi 12. — 2e *de Doctorat* : MM. Trélat, Fournier, Straus. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gautier, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Damaschino, Tarnier, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Potain, Lannelongue, Pinard.

Jeudi 13. — 2e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Ball, Humbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Hardy, Peter, Raymond.

Vendredi 14. — 2e *de Doctorat*. (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Vulpian, Pouchet. — 2e *de Doctorat* (N. R., oral, 1re partie) : MM. Trélat, Lannelongue, Pinard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Verneuil, Guyon, Ribemont-Dessaignes.

Samedi 15. — 3e *de Doctorat* (N. R., oral, 1re partie) : MM. Richet, Duplay, Charpentier. — (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Le Fort, Quinquaud.

Enseignement médical libre.

Hôpital du Midi. — M. le Dr Horteloup fait, en été, le dimanche matin, des cours cliniques. Durant toute l'année il pratique ses opérations le jeudi à 9 heures.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Guibout fait tous les lundis de l'année, à 9 heures, un cours sur les maladies des femmes ; examen au spéculum à partir du mois de mars ; sur les maladies de la peau, tous les mercredis à 9 heures.

Hygiène publique. — M. le Dr A.-J. Martin fait son cours à l'Ecole pratique pendant le semestre d'été. Sera annoncé ultérieurement.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales* le dimanche 16 novembre, à neuf heures et demie du matin et les continuera les dimanches et les mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la Folie. Les leçons porteront plus particulièrement cette année sur les rapports entre la *folie des héréditaires, les folies intermittentes et le délire chronique*.

Hospice de la Salpêtrière. — Cours public des maladies mentales. — M. le Dr Falret commencera son cours le dimanche 9 novembre, à 10 heures du matin, le continuera les dimanches suivants, à la même heure. Le jeudi à 9 heures, examen clinique.

Eaux Minérales. — M. le Dr Durand-Fardel fera un cours sur les *Eaux Minérales et leurs applications au traitement des maladies chroniques*. Ce cours, qui commencera dans le courant de janvier, sera fait en 20 leçons, les mardi, jeudi et samedi, à 5 h., à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole de Médecine.

Ophthalmologie. Médecine opératoire. — M. le Dr Gillet de Grandmont. Les élèves seront exercés à la pratique des opérations. Ce cours commencera le 17 novembre à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3. et il sera continué les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours d'accouchements. — Le Dr Stapfer, chef de clinique, a commencé son cours particulier le 1er septembre à 4 heures et le continue tous les jours à la même heure à la clinique de la Faculté. Ce cours théorique et pratique (examen des femmes, opérations) sera complet en deux mois. S'adresser pour tous renseignements à l'hôpital de la clinique.

(1) Consulter G. Pauthier *La médecine, la chirurgie et les établissements d'assistance publique en Chine* : Paris, 1860; — Milne : *La vie réelle en Chine*. Paris, 1858; — Dabry, *La médecine chez les Chinois*, in-8, Paris, 1863 ; — Lepage, *Recherches sur la médecine des Chinois*. Paris, 1813, etc.

(2) Nous devons ces derniers renseignements à l'obligeance de M. Jamieson, médecin sanitaire anglais à Sanghai.

© BIU Santé

Le Choléra à Paris.

Depuis plusieurs mois on avait signalé à Paris un certain nombre de cas de choléra ou d'accidents cholériformes. Ainsi que nous l'avons fait remarquer, il s'agissait là de *choléra sporadique* : les cas étaient isolés et n'étaient suivis d'aucune propagation. La situation vient, malheureusement, de changer tout à coup d'aspect : Dix cas de *choléra* ASIATIQUE ont été enregistrés depuis mercredi matin jusqu'à jeudi soir; quatre dans la rue Sainte-Marguerite, transportés à l'Hôpital Saint-Antoine (trois décès), un rue Coquillère, (mort); un dans le IIe arrondissement, un dans le IVe, un dans le VIe, deux dans le VIIe (un décès); l'autre malade a été transporté à Necker. De ces dix cholériques huit seraient morts.

Le Choléra à Nantes.

Nantes, le 5 Novembre 1884.

Au moment où le choléra paraît s'éteindre dans le midi, au moment où la plupart des grandes villes pouvaient espérer échapper au fléau, la ville de Nantes vient d'être frappée et compte déjà une quarantaine de décès cholériques. Le premier cas paraît s'être montré le 24 octobre dernier, et malgré les recherches faites par les médecins et par l'administration, à Nantes pas plus qu'à Toulon, on n'a pu découvrir d'une manière positive la porte d'entrée du fléau.

Nous reviendorns plus tard sur les détails de cette épidémie qui, disons-le tout de suite, ne paraît pas devoir atteindre les proportions de celles de Toulon ou de Marseille. Nous nous bornerons à indiquer la physionomie générale qu'elle a prise : Les quartiers frappés sont le quartier Sainte-Anne, Pilleux, Richebourg et les Ponts, c'est-à-dire les quartiers pauvres et habités par une nombreuse population ouvrière.

L'insuffisance de la voierie, mais surtout les habitudes de malpropreté et d'ivrognerie, ainsi que la misère, font de ces malheureux quartiers une proie toute prête pour les épidémies qui viennent frapper la ville de Nantes. Dans les premiers jours, l'administration municipale et la presse locale se sont entendues pour dissimuler la vérité, et, ce n'est qu'au moment où le choléra était devenu le secret de Polichinelle qu'on s'est décidé à sortir de cette réserve très louable, sans doute comme intention mais évidemment fort exagérée et plus propre à semer la panique qu'à l'empêcher. Actuellement la mairie fait parvenir chaque jour à tous les journaux de Nantes une statistique sincère des nouveaux cas et des décès.

La population Nantaise ne s'est émue que médiocrement du fléau qui venait la frapper, et peu de départs ont été signalés jusqu'à présent. Les cas du début ont été assez graves puisqu'ils ont entraîné des décès dans la proportion d'environ 50 0/0; mais déjà aujourd'hui, 12e jour de l'épidémie, la proportion des cas graves paraît diminuer, et dans les pavillons d'isolement de l'hospice Saint-Jacques, sur 30 cholériques il n'y en aurait guère que deux paraissant gravement atteints.

Un certain nombre de précautions hygiéniques sérieuses ont été prises par l'administration ou recommandées aux habitants; mais ce qu'on ne peut changer du jour au lendemain, c'est l'habitude de la malpropreté et de l'ivrognerie; c'est aussi la misère. Nous reviendrons prochainement sur les caractères de cette épidémie, sur les causes qui ont pu favoriser son éclosion à Nantes, et nous donnerons la statistique exacte des cas connus. A. M.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du vendredi 24 octobre au jeudi 30 octobre 1884, les naissances ont été au nombre de 1207, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 439; illégitimes, 161. Total, 600. — *Sexe féminin* : légitimes, 436 ; illégitimes, 171. Total, 607.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 24 octobre au jeudi 30 octobre 1884, les décès ont été au nombre de 984, savoir : 549 hommes et 440 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12. F. 12. T. 24.—Variole : M. .. F. ., T. .. — Rougeole : M. 14. F. 20, T. 34. — Scarlatine : M. ., F. ., T. .. — Coqueluche : M. 1, F. 3. T. 4. — Diphthérie, Croup. M. 17, F. 13, T. 30. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. ..— Erysipèle : M. 3, F. 2, T. 5. — Infections puerpérales : 5.— Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 25, F. 20, T. 45.— Phthisie pulmonaire : M. 120, F. 87. T. 207. —Autres tuberculoses : M. 7, F. 4. T. 11.— Autres affections générales : M. 30, F. 31. T. 61.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 25, T. 51.— Bronchite aiguë : M. 15. F. 11, T. 26. — Pneumonie : M. 35, F. 32, T. 67.— Athrepsie : M. 39, F. 25. T. 64. — Autres maladies des divers appareils : M. 175, F. 143, T. 318. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 24, F. 5. T. 29. — Causes non classées M. 6, F. 2, T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 99 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 21. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 19. Total : 48.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le nouveau directeur de l'Assistance publique serait le docteur PEYRON, directeur de l'Institution nationale des Sourds-Muets ; la nomination paraîtrait dans l'*Officiel* de demain.

CONCOURS. — Les questions tirées (épreuve écrite) pour les prix de l'internat sont : 1° pour la médaille d'or : *Cellule hépatique; accidents nerveux du diabète.* Les questions restées dans l'urne étaient ; *Cartilage de conjuguaison et ses lésions dans les maladies du système osseux; muqueuse linguale, ulcération de la langue.* 2° Pour la médaille d'argent : *Valvule iléo-cœcale : symptômes, diagnostic et traitement de l'étranglement interne.* (Les questions restées dans l'urne étaient : *Plèvre, empyème; scissure de Rolando. abcès du cerveau.* Le jury se compose de MM. Fournier, Jules Simon, Troisier, Cruveilhier, Reclus, Peyrot et Maygrier. La lecture des copies a commencé le 4 novembre, à 5 heures, à l'hôpital de la Charité ; les épreuves continueront les mardi, jeudi et samedi, à la même heure

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Deux concours pour l'emploi de suppléants de la chatre d'histoire naturelle et des chaires de physique et de chimie, à l'école de Reims, s'ouvriront le 15 et le 1er juin 1885, devant la Faculté de médecine de Nancy ; le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours. — Un autre concours pour un emploi de chef des travaux chimiques et physiques, s'ouvrira à l'Ecole préparatoire de Reims.

NOMINATIONS. — Le Dr HABERLANDT, privat-docent, a été nommé professeur extraordinaire de botanique à l'Université de GRATZ, et le Dr BLEICHSTEINER, nommé privat-docent d'odontologie à la même Université.

NOMINATION. — M. ZÉVORT, docteur ès-sciences, inspecteur d'académie, est nommé recteur de l'académie de Caen, en remplacement de M. Liard.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — Par arrêté du 23 octobre, sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, les docteurs Napias, Grancher, Richard, Du Mesnil, A. J. Martin ont été nommés auditeurs près de ce comité pour une période de trois ans.

NÉCROLOGIE. — M. BOKAI, professeur de pédiatrie à la Faculté de médecine de Buda-Pesth, directeur et médecin en chef de l'hôpital Saint-Etienne, est décédé le 20 octobre à l'âge de 62 ans. Nous avons de lui outre des articles de journaux : *Ueber Retropharyngeal-Abcesse bei Kindern*, 1876 ;— *Krankheit d. Männl. Sexualorgane; Krankheit. d. Mastdarms u. d. Afters; Krankh; d. Harnblase, in Handbuch d. Kinderkr.* — Le *Marseille médical* annonce la mort du Dr LAYDET, à l'âge de 90 ans. — Le Dr J. F. DUVAL, médecin en chef de l'hôpital d'Arles, est mort le 25 octobre. à la suite d'une chute de voiture. = On annonce également la mort du Dr RUF DE LAVISON (de Neuilly-sur-Seine). — Nous recevons la nouvelle de la mort de M. LESAGE, aide de clinique de la Faculté de médecine attaché au service de M. G. Sée, au laboratoire de l'Hôtel-Dieu. Dès le commencement de ses études médicales, désirant se consacrer à la science, Il fit de sérieuses études d'anatomie et de physiologie. C'est ainsi qu'il a exécuté des recherches physiologiques sur les sels de potassiem, et sur l'adonis vernalis ; enfin, il a collaboré aux recherhces de M. Bourceret sur le système veineux périphérique. Sa mort est une perte pour les laboraloires de la Faculté et spécialement pour le laboratoire de l'Hôtel-Dieu. où il laisse les plus vifs regrets. — Au moment de mettre sous presse nous apprenons la mort du Dr FAUVEL, inspecteur général des services sanitaires, à l'âge de 71 ans; il aurait succombé à une pneumonie double.

PRÉPARATION HISTOLOGIQUE, ZOOLOGIE ET BOTANIQUE. — *Eléments, tissus* Madeuf., 69, rue de Seine.

VACANCE MÉDICALE. — A céder, pour cause de départ, excellente clientèle au centre de Paris, facilités de paiement, écrire à M. Madeuf, 69, rue de Seine.

DENTRIFICE ET SAVON AU PHÉNOL BOBŒUF. — Entrepôt spécial des produits hygiéniques, 7, rue Coq-Héron, à Paris.

PRIME AUX ÉTUDIANTS

A TITRE DE PRIME, la maison DUBOIS, 31, rue Saint-André-des-Arts, donnera à tout lecteur du *Progrès médical* une boîte de scalpels, dont la valeur est de 15 francs, au prix de 9 francs.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 46. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 15 NOVEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

Note sur trois cas d'érythème à diagnostic douteux

Par **Paul BERBEZ**, interne des hôpitaux.

Dans les *Leçons cliniques* de Graves (1843), on peut lire la relation de deux faits fort remarquables décrits sous le nom d'*affection singulière des pieds*. Ces faits avaient beaucoup frappé l'auteur anglais, qui avait trouvé là une confirmation de sa manière de voir sur les circulations locales indépendantes de l'action du cœur. L'attention, une fois attirée sur ce point, les faits se multiplièrent et le sujet parut assez intéressant à M. Strauss et à M. Lannois, son élève, pour que ce dernier en fît le motif de sa thèse inaugurale en 1880. Cette thèse, fort bien faite, résume complètement la question. Au point de vue historique, elle nous apprend que la découverte de Graves demeura à peu près lettre morte jusqu'en 1872, époque à laquelle Weir Mitchell publia, dans le *Philadelphia medical Times*, une série d'articles sur une affection vaso-motrice des extrémités ressemblant beaucoup à l'affection décrite par Graves. Ces articles tombèrent dans l'oubli. Grenier de Sore publie dans le *Bordeaux médical* de 1873 un article intitulé : *Observation d'une affection des extrémités non décrite par les auteurs*. La question s'étend avec l'article publié par Sigerson, en 1874, dans le *Progrès médical*. Cet auteur donne la relation d'un cas observé à la polyclinique de Duchenne (de Boulogne), cas dans lequel la paralysie vaso-motrice, loin de se cantonner dans les pieds, avait envahi les membres supérieurs. Dans ses *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, M. Vulpian, en face de l'article qui traite de l'asphyxie locale des extrémités de Maurice Raynaud, cite un fait très instructif de paralysie vaso-motrice des extrémités.

En 1872, Weir Mitchell publie un deuxième mémoire sur le sujet et apporte soixante observations personnelles. Enfin, M. Strauss présente à la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 26 mars 1880, une longue observation prise dans son service, à l'hôpital Ténon.

Tel est, rapidement esquissé, l'historique d'une affection encore peu connue, non seulement au point de vue étiologique, mais encore au point de vue de ses symptômes qu'on a trouvés variables d'un malade à l'autre. Le hasard a amené dans nos salles de l'infirmerie d'Ivry deux malades chez qui l'affection, nommée érythromélalgie par Lannois et Strauss, s'est généralisée d'une façon curieuse après s'être présentée dans des conditions à peu près identiques. Nous donnons ici ces deux observations :

Observation I. — Eugénie R..., âgée de 23 ans, entre il y a deux ans à l'infirmerie d'Ivry, salle Saint-Paul, lit n° 2.

Antécédents héréditaires. — Père, très goutteux, est à l'hospice des incurables depuis plusieurs années. Il a des tophus à tous les doigts des deux mains et des abcès goutteux aux pieds. Depuis plusieurs mois déjà est atteint de paralysie faciale.

Mère, rhumatisante et migraineuse, a eu 9 enfants, dont 7 vivent encore. Deux ont succombé aux convulsions. Le grand-père paternel est mort fou.

Antécédents personnels. Bonne santé jusqu'à l'âge de 3 ans; à cet âge, la malade commence à avoir de la blépharite, des gourmes et un certain degré d'entropion. A 5 *ans*, rougeole. *A 7 ans*, on dut lui arracher des cils à l'hôpital Saint-Eugénie. *A dix ans*, scarlatine guérie sans anasarque et sans complications rénales. Dès le plus bas âge, grande impressionabilité ; la petite malade pleurait et riait avec la plus grande facilité ; elle n'eut jamais cependant de crises convulsives. Réglée à 13 ans 1/2, et très régulièrement depuis cette époque. L'établissement de la menstruation fut très pénible ; la malade eut des éblouissements, des brouillards devant les yeux ; elle fut même atteinte d'une cécité presque complète durant quatre ou cinq semaines.

Après avoir recouvré la vue, elle garda devant les yeux un miroitement général ; le sol sur lequel elle marchait lui faisait l'effet d'une glace brillante. Tous ces accidents disparurent au bout de six mois.

Il y a 7 ans, l'œil droit, érodé continuellement par les cils renversés en dedans, subit une fonte complète. Le 19 janvier 1882, M. Monod enleva ce qui restait de l'œil et, depuis, il arracha souvent des cils ou cautérisa avec le fer rouge le bord libre des paupières.

C'est à l'occasion de cette opération que les rougeurs se produisirent pour la première fois en février 1882.

Ces rougeurs et les phénomènes qui les accompagnèrent furent caractéristiques dès le début des accidents. Trois jours après l'opération que pratiqua M. Monod, la malade sentit presque tout à coup une chaleur insupportable à la face; sa vue se troubla presque subitement; elle eut des bourdonnements dans les oreilles et il lui sembla voir les objets tourner autour d'elle; en même temps des battements se produisent aux tempes. Ces battements sont comparés par elle à des coups des marteau répétés au même endroit.

Peu à peu le cuir chevelu devint le siège d'une démangeaison insupportable. Le vertex était très douloureux à la pression. Bientôt les nerfs sus et sous-orbitaires devinrent à leur point d'émergence, comme des boutons électriques à irradiations douloureuses. Quand la malade ressentit ces sensations bizarres, elle fut très effrayée et se demanda si elle ne devenait point folle. En se regardant dans son miroir, elle remarqua que son front, ses pommettes, les joues et le cuir chevelu lui-même, étaient marbrés de taches rouges de dimensions variables. Ces taches qui, par endroit, apparaissaient sous forme d'un piqueté plus ou moins clair-semé, affectaient ailleurs la forme de longues traînées serpigineuses.

Les rougeurs ne tardèrent pas à gagner le membre supérieur. La démangeaison simple fit bientôt place à une sensation de cuisson, de brûlure même, qui devint, en peu d'instants, d'une acuité presque intolérable. Chose remarquable, la démangeaison atteignit son maximum d'intensité, au moment où les plaques rouges atteignaient leur maximum de coloration. Au bras, les rougeurs furent plus marquées, dans le sens de la flexion et sur la face interne, que sur la face externe du membre.

Les mains se marbrèrent sur la face palmaire d'abord, puis sur la face dorsale. Quelques taches peu marquées sur le thorax et l'abdomen, servirent de pont à l'érythème, et les cuisses se couvrirent d'une magnifique efflorescence rouge. Les pieds se couvrirent aussi de marbrures sur la face plantaire, puis sur la face dorsale.

La sensation de brûlure fut plus intense encore aux pieds qu'aux mains; il semblait à la malade que ses pieds allaient éclater ; la moindre pression était impatiemment supportée.

Dans cet état, la malade ayant voulu s'asseoir sur son lit, fut

© BIU Santé

prise de palpitations; elle n'évita une syncope qu'en reprenant au plus vite la position horizontale. Elle raconte qu'il lui semblait être en proie à une fièvre intense; sa bouche était sèche, elle avait très soif et buvait sans parvenir à se désaltérer. La peau était d'une sécheresse absolue. L'accès, au dire de la malade, dura une heure et demie. Comme cette jeune fille a eu depuis des accès de fièvre intermittente, elle compare ce qu'elle éprouva après cet accès, au bien-être profond qui succède au stade de froid. Son malaise se dissipa et l'accès sembla se juger par l'émission d'une grande quantité d'urine assez limpide. Les rougeurs disparurent par la face; partie où elles avaient commencé à apparaître. C'est sur les mains qu'elles persistèrent en dernier lieu. Dans l'intervalle des accès, qui revenaient avec une grande régularité tous les jours vers midi, la santé était excellente, à cela près que la malade souffrait de ses yeux et que le genou, qui est aujourd'hui le siège d'une tumeur blanche, commençait à devenir très douloureux.

Depuis 2 ou 3 mois, les yeux allaient mieux; les accès d'érythromélalgie avaient disparu après avoir duré environ 3 semaines, quand, en *décembre* 1882, M. Monod fit une nouvelle excision du bord libre des paupières. Les suites de l'opération ne furent pas ce qu'elles avaient été précédemment.

La malade eut ces accès fébriles franchement intermittents avec les trois stades classiques, revenant aux mêmes heures que l'accès de rougeurs, c'est-à-dire à midi, pour finir à 1 heure 1/2 ou deux heures. Les accès intermittents revinrent tous les jours. Les accès cessèrent d'être quotidiens au bout de 2 mois environ ; 3 mois après, il n'y en avait plus trace.

A notre arrivée dans le service, en janvier 1883, nous avons trouvé la malade au lit et dans l'impossibilité d'en sortir ; une tumeur blanche évoluait dans l'articulation du genou droit. Ses yeux, ou, plus justement, la paupière de l'œil gauche, le seul qui lui restait, ayant recommencé à éroder le globe oculaire, M. Monod se décida à détruire au thermo-cautère, toute la partie sur laquelle s'attachaient les cils irritants. Pansement de Lister. Quand, 3 jours après, on voulut changer le pansement, la malade fut reprise de ses rougeurs et les accès se renouvelèrent avec la même régularité que la première fois, pendant 6 semaines. Nous fûmes témoin d'un de ces accès : la rougeur de la face était telle, le pouls était si plein, la peau si chaude, que nous crûmes à un érysipèle de la face ; le voisinage d'une malade atteinte d'érysipèle de la cuisse était fait pour nous induire en erreur. Mais l'envahissement du cou, du thorax et des membres, ne nous laissa bientôt plus de doutes. Cette crise répondit trait pour trait à la description que la malade nous avait faite des descriptions précédentes. Le pouls était plein, bondissant, mais le thermomètre, placé dans l'aisselle, ne marquait que 37°.8.

J'essayai de piquer les îlots de peau saine, la sensibilité y était normale. Il y avait au contraire de l'hyperesthésie à tous les modes de sensibilité dans les points rouges. Mais, en même temps que l'hyperesthésie, on constatait de la perversion du sentiment. La piqûre—les yeux étant auparavant fermés—était mal rapportée au point piqué. Du reste, la malade sentait une cuisson plus vive dans toute la partie piquée, mais elle n'avait pas la notion bien précise de la piqûre ; une raie faite avec l'ongle sur la peau saine, amenait presque aussitôt une barre rouge qui persistait longtemps.

Au bout de quelque temps les taches pâlirent, le corps se couvrit de sueur, la bouche se remplit de salive, et une émission assez copieuse d'urines limpides jugea la crise. Pendant l'accès, nous appliquâmes des thermomètres à températures locales, et nous pûmes constater une élévation de température au niveau des points rouges. Cette élévation était, en moyenne, de 6 à 8 dixièmes de degrés en faveur des points rouges. Au bout de 6 semaines environ, les accès disparurent complètement. Nous ne fîmes pas d'injections de pilocarpine.

Observation II. — Mathilde L..., 37 ans, institutrice, salle Saint-Paul, n° 12.

Antécédents héréditaires. — Rien de remarquable. *Sa mère* est morte en couches, à 33 ans. Son *père* est mort, à 74 ans, d'une cystite purulente avec phlegmon du petit bassin. Un *frère* et une *sœur* sont morts d'une fluxion de poitrine. Un frère, plus jeune, est mort du croup.

Antécédents personnels. — La malade naît chétive, a une mauvaise nourrice. *Rougeole* à 8 ans. *Ictère persistant* à 9 ans. Établissement pénible de la *menstruation* à 12 ans. A 14 ans, *attaque de rhumatisme aigu* durant 6 semaines et occupant les poignets, les coudes, les articulations de la tête et du rachis. A 18 ans, *gastralgie* très pénible avec vomissements. Cet état dure un an ; depuis, meilleures digestions.

A 20 ans, la malade, institutrice à Buzançais, dans l'Indre, alla passer quelques semaines de vacances dans la Brenne, pays essentiellement marécageux ; elle contracte là des fièvres intermittentes à type quotidien, qui durèrent environ 6 ou 8 mois et disparurent sous l'influence du sulfate de quinine. A 22 ans, une tumeur blanche se développe dans le genou gauche ; la malade s'alite pour ne plus se lever. A 23 ans, nouvelle tumeur blanche dans l'article tibio-tarsienne gauche. A 25 ans, *coxalgie* toujours du côté gauche. A partir de cette époque, la malade est vouée à l'immobilisation dans les appareils plâtrés et les gouttières Bonnet. A 30 ans, *mal de Pott lombaire*, sans gibbosités, paraplégie presque absolue. A 31 ans, *une variole fort grave* vient brocher sur le tout, couvrant de pustules le corps entier, à l'exception de la jambe gauche, si éprouvée déjà par trois tumeurs blanches. Bientôt, douleurs constrictives en ceinture, mais absence de douleurs dans les jambes. Le mouvement revient un peu dans les deux membres inférieurs. Des abcès lombaires s'ouvrirent au dehors ; les règles se supprimèrent pendant 5 ans et ne reparurent plus après cet intervalle, que deux fois par an. Pendant un an la malade eut de l'incontinence d'urine.

Aujourd'hui, elle se présente à nous sous un aspect relativement florissant : les tumeurs blanches ont disparu, c'est-à-dire que l'immobilisation a amené l'ankylose. Le mouvement, intact dans les bras, est conservé à peu près dans la jambe droite ; le membre inférieur gauche est immobilisé du fait des tumeurs blanches. La sensibilité est conservée. Les douleurs dans les jambes sont toujours vives, mais il n'y a plus rien qui rappelle, en aucune façon, la compression médullaire, si ce n'est autour de la ceinture. Quand les douleurs lombaires sont le plus vives, il se produit des troubles vaso-moteurs curieux, à l'étude desquels la lamentable énumération précédente ne doit servir que de préambule. Au moment où les douleurs sont le plus vives, il se produit un phénomène qui revient avec une grande régularité. La malade ressent, à la même heure, comme un grand anéantissement. Sa tête se congestionne, les yeux larmoient, une vive céphalalgie se déclare, la vue se trouble légèrement, en même temps, le cœur précipite ses battements, le pouls devient plein, bondissant, et une sueur abondante couvre la face, le cou, les aisselles, la ceinture, la région lombaire et les aines. La malade se croit dans un bain de vapeur. A ce moment, ou un peu après, la peau de la face d'abord, puis celle du cou, enfin, les téguments des bras et de la jambe droite se couvrent de rougeurs qui atteignent en vingt minutes environ, une coloration vineuse intense. Ces taches deviennent comme autant de brûlures très pénibles, qui poussent la malade à se déchirer avec ses ongles. Dans ces moments-là, il n'est pas rare de voir survenir des vomissements qui prennent la valeur d'un phénomène critique. Ce sont des vomissements bilieux. Quelquefois, la crise se termine pour ainsi dire à l'amiable par la disparition simple des symptômes précités ; en deux heures, tout est rentré dans le calme.

Dans d'autres circonstances, il se produit une véritable débâcle. Ainsi, on voit d'abondants vomissements bilieux, des sueurs profuses et une miction copieuse terminer la scène. Après ces crises (il est ordinairement 4 ou 5 heures du tantôt) la malade, à bout de forces, s'endort d'un profond sommeil pour recommencer le lendemain.

Au moment d'un accès, j'ai pris la température locale avec toutes les précautions possibles et j'ai trouvé, comme pour la malade de l'observation n° 1, une différence moyenne de 7 à 8 dixièmes de degrés entre les plaques rouges et les intervalles de peau saine. Au courant d'un accès, j'ai essayé les injections de pilocarpine et j'ai pu voir que les effets ordinaires de ces injections ne se produisaient qu'au bout de 14 minutes.

Ces crises ne se sont produites ainsi que pendant six semaines environ; ensuite les sueurs ont persisté, mais les rougeurs

© BIU Santé

ont disparu, et les malaises, quand nous quittions Ivry, avaient perdu le caractère régulièrement intermittent qu'ils avaient auparavant.

Telles sont les deux observations que nous avons pu recueillir et qui nous ont paru mériter l'attention.

Nous pensons d'abord qu'il s'agit bien d'une affection distincte et ressemblant par trop de points à la maladie décrite par Lannois et les auteurs que nous avons cités, pour ne pas être classée dans la même catégorie que cette dernière. Malheureusement, le terme érythromélalgie n'est pas très justifié dans le cas présent, car c'est surtout à la face et aux membres supérieurs que nous avons vu les rougeurs douloureuses se manifester.

La question de siège ne nous semble cependant pas une raison suffisante pour que notre maladie ne soit pas l'érythromélalgie de Lannois et Strauss. Les symptômes capitaux, c'est-à-dire la douleur, la rougeur et aussi la tuméfaction, le caractère essentiellement passager du phénomène et sa forme paroxystique : voilà, nous le croyons, des raisons suffisantes pour penser qu'il s'agit d'un trouble vaso-moteur identique à celui décrit sous le nom d'érythromélalgie. Quelles sont, d'un autre côté, les maladies à érythème qui pourraient nous donner le change.

Les *éruptions sudorales* ne ressemblent à ce que nous avons observé ni par l'aspect extérieur, ni par les symptômes concomittents, ni par le mode de production, ni par la durée, ni par le siège.

On peut en dire autant du rhumatisme. A bien dire, on peut penser que la forme décrite par Lannois, forme dans laquelle la maladie se localise aux extrémités, peut être plus facilement confondue avec d'autres affections que celle dont nous avons été témoins.

Ainsi, nous éliminons l'*ataxie locomotrice* dont Lannois est obligé de parler à cause des symptômes plantaires, d'ordre sensitif et moteur auxquels cette maladie donne lieu.

L'*acrodinie* s'élimine aussi.

Enfin, nous pensons que nos malades n'ont aucune *lésion cérébrale* ou *spinale* capable de produire de semblables symptômes.

Au point de vue étiologique, nous sommes étonnés de voir chez nos deux malades des antécédents paludéens nettement constatés comme origine chez une de nos malades, mais bien établis chez l'autre qui n'a jamais habité un pays marécageux.

D'un autre côté, nous voyons nos deux malades présenter, avant l'éclosion des accès, des maladies de longue durée telles que des tumeurs blanches. Ces deux malades ont beaucoup souffert, et chez les deux, c'est à l'occasion de souffrances plus vives (souffrances provoquées par l'excision des paupières chez l'une et douleurs spontanées chez l'autre) que nous voyons éclater les troubles vaso-moteurs décrits plus haut.

Le nervosisme provoqué par l'ébranlement nerveux peut encore être invoqué chez ces femmes facilement irritables et singulièrement émotives depuis quelques années.

Comme *symptômes*, le point le plus saillant à notre avis est la forme franchement intermittente qu'ont revêtue les manifestations vaso-motrices.

Chez l'une de nos malades, l'alternance de crises de rougeurs à forme intermittente et d'accès franchement intermittents nous a semblé être plus qu'une simple coïncidence. Existe-t-il là deux états distincts? S'agit-il de l'érythromélalgie vaso-motrice qui revêt ici la forme intermittente? Ou bien les crises de rougeurs ne doivent-elles être considérées que comme une forme incomplète, fruste, larvée pour ainsi dire dans le cours d'une intoxication palustre?

Nous laissons à des cliniciens compétents le soin de prononcer, mais nous pensons qu'il est bon d'apporter au grand jour tous les faits capables d'éclairer l'histoire si obscure encore des nervoses vaso-motrices. L'opinion qui consisterait à ne voir dans l'affection qui nous occupe qu'une manifestation paludéenne réveillée par un ébranlement nerveux ferait descendre l'érythromélalgie, celle que nous avons décrite tout au moins, du rang de maladie distincte au rang plus modeste de symptôme. Les observations de MM. Strauss et Lannois sont telles, qu'on ne peut les attaquer. La durée du symptôme, sa pathogénie, ses symptômes, tout en fait une maladie distincte. Les deux cas que nous rapportons sont moins nets assurément. Jusqu'à plus ample informé, nous pensons qu'il s'agit là d'une névrose identique à l'érythromélalgie, mais qui, évoluant sur un terrain spécial, s'est présentée sous une forme particulière.

Au moment où nous allions faire paraître ces notes, il nous a été donné d'observer dans le service de M. Ferraud, suppléé par M. Gingeot, un cas de franche érythromélalgie. Voici en peu de mots l'histoire du malade qui nous a présenté le symptôme en question :

Observation III. — Jeune homme de 28 ans, fils d'une mère nerveuse qui a eu des *contractures*, des *attaques de nerfs* et a fini par mourir de mort subite. Lui-même a eu jusqu'à l'âge de 6 ans, une constipation opiniâtre avec météorisme abdominal. Il a toujours été nerveux, quinteux, tracassier et emporté. Il n'a pas eu la syphilis. En 1882, il a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, généralisée ; il n'a rien au cœur. Il sortit guéri et reprit son métier pénible de mineur jusqu'en décembre 1883. A cette époque, une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu l'oblige à rentrer à Laënnec, dans le service de M. Ferrand. On le soigne, et nous le trouvons à notre arrivée dans le service, au 1er janvier, convalescent de son rhumatisme, sans lésion cardiaque, mais souffrant d'une constipation que l'électrisation seule put vaincre.

Brusquement, le malade est frappé d'hémiplégie sensitive et motrice de la jambe gauche, ensuite la paralysie gagne le côté gauche entier. Les sens spéciaux baissent dans la même proportion que la sensibilité générale. Le lendemain, la jambe droite se prend et, au bout de 8 jours, le malade est *parésique général*, quant à la motilité. La sensibilité a disparu dans tous les modes. Bientôt il faut le sonder. Ses sens baissent, il ne voit plus guère ; le goût disparaît, l'odorat aussi ; la paraplégie prend le caractère spasmodique, les réflexes sont exagérés. Il y a de l'épilepsie spinale et du tremblement spontané ; la marche devient presque impossible ; le malade se traîne avec des béquilles.

Un jour que nous voulions faire lever le malade, nous vîmes que ses pieds, qui pendaient sur le bord du lit, devenaient rouges, violacés même, et cela dans l'espace de quelques minutes. La couleur ne fit que se foncer davantage quand le malade mit ses pieds sur le parquet et chercha à rester debout. Au bout de quatre ou cinq minutes, on eût dit qu'une ligature très serrée avait été appliquée au-dessus des malléoles. Le malade n'éprouvait aucune sensation désagréable ; il ne se plaignait que d'une sensation de froid très appréciable aux extrémités ; la pression du doigt laissait une tache blanche qui disparaissait aussitôt, comme cela se produit sur une main bleuie par le froid. Un thermomètre à température locale n'a révélé aucune différence de température avec la peau des parties voisines. Quand le malade s'est recouché, la peau a repris en 10 minutes environ sa couleur normale. Ce phénomène bizarre s'est renouvelé pendant 4 ou 5 jours, avec la même intensité, puis il a disparu et a été remplacé par un autre phénomène d'ordre connexe : des crises de sueurs.

© BIU Santé

Un soir, à la contre-visite, le malade m'appela en me disant que « son accès allait le prendre. » Il se plaignit, en effet, d'une sensation exagérée de froid sous les fesses. Cette sensation, comparée par lui au passage d'un courant d'eau froide, gagna les jambes et, en même temps, je vis sourdre de la sueur en grande quantité sur la face extrême des membres, sur les pieds et sur les cuisses. L'eau ruisselait et mouillait les draps, comme il aurait pu arriver à un malade ayant de l'anasarque et à qui on aurait fait des mouchetures. Ayant fait pendre les jambes sur le bord du lit durant un quart d'heure, je vis tomber goutte à goutte sur le parquet, une quantité de sueur que j'évalue à un demi-verre à boire. La face suait également ; tout le reste du corps était parfaitement sec.

Le malade me raconta alors qu'au moment où il faisait ses 28 jours, il était très incommodé de sueurs aux jambes et aux pieds. Un loustic de régiment lui conseilla de prendre un bain de pieds avec du poivre quand il serait en transpiration. Le malade ne sua plus des pieds pendant longtemps, mais le résultat de cette suppression fut une douleur vive qui le cloua dans son lit pendant ses 28 jours, et encore après qu'il fut libéré.

Ce cas mérite, je crois, d'être rapproché de celui qu'a signalé M. Lannois, cas dans lequel un malade suant des pieds, prit des bains de pieds d'eau glacée et vit, peu de temps après, survenir de l'érythromélalgie. L'observation de ce malade nous a paru intéressante; la maladie ne s'est pas accompagnée d'accès intermittents comme dans les cas précédents. Elle répond, du reste, mieux à la description qu'en ont faite MM. Strauss et Lannois, et s'est produite au milieu d'un ensemble de troubles vaso-moteurs imputables à l'hystérie, affection où se rencontrent le plus souvent les troubles de cette nature.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Traitement de la Pyurie (1) ;

Par M. le professeur **R. ULTZMANN.** Conférence faite à la Polyclinique générale de Vienne pendant le semestre 1882-1883. Traduite par M. le Dr Henri **PICARD.**

Traitement de la partie du canal de l'urèthre située derrière le muscle bulbo-caverneux. Traitement du catarrhe du col vésical.

Le catarrhe de la vessie est aigu ou chronique. Le catarrhe aigu est ordinairement consécutif à la gonorrhée et n'exige jamais un traitement instrumental local. Seulement, s'il existe simultanément de la rétention d'urine, on pourra introduire avec précaution un cathéter élastique mou pour vider la vessie et la laver avec des solutions aseptiques ou narcotiques. La thérapeutique du catarrhe aigu de la vessie devra être purement diététique et médicamenteuse. Comme le catarrhe aigu du col est toujours associé en même temps à celui du corps, ce dernier sera traité en même temps dans le chapitre suivant.

Le catarrhe chronique du col de la vessie est une des affections les plus tenaces, résistant parfois à la thérapeutique la plus énergique. On observe encore ce catarrhe chez les individus adonnés à l'onanisme pendant longtemps ou aux excès génésiques. Cette sorte de catarrhe se montre aussi primitivement au début de la tuberculose prostatique ou d'une autre partie de l'appareil urinaire.

Le catarrhe chronique de la vessie n'est ordinairement guéri que par un traitement local rationnel. Il consiste à déposer les médicaments dans la partie prostatique elle-même au moyen d'instruments appropriés. L'usage de la sonde convient moins bien pour le catarrhe vésical. Il produit très souvent une poussée aiguë du catarrhe avec ou sans gonflement simultané de la prostate elle-même.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 3, 4, 5, 43 et 44, 1884.

Le mode d'emploi des médicaments liquides diffère suivant qu'on se sert de solutions astringentes diluées ou concentrées pour la cautérisation locale. Pour les solutions étendues, l'irrigation avec un cathéter court est ce qu'il y a de plus convenable. On réussit, il est vrai, parfois aussi à faire couler le liquide dans la vessie sans cathéter, au moyen de la pression seule d'un irrigateur. Cependant quand il y a en même temps une vive sensibilité du canal et une contraction du muscle de Wilson, ce procédé ne s'exécute pas sans provoquer de vives douleurs. Un procédé plus avantageux consiste à annihiler les contractions du muscle de Wilson en introduisant un cathéter court pour pratiquer l'irrigation. Cette dernière opération s'exécute alors sans douleur.

J'ai décrit précédemment un cathéter irrigateur de cette espèce (voyez névroses de l'appareil génito-urinaire Ultzmann, clinique de Vienne 1879). Il est en argent, long de 16 centimètres et du calibre 14 à 16 Charrière. L'extrémité vésicale a la courbure moyenne ordinaire des cathéters métalliques, elle est lisse et arrondie et perforée en pomme d'arrosoir ou de quatre fentes disposées en croix, longues d'un centimètre et larges de 2 à 3 millimètres. Les fentes sont préférables par la raison que le cathéter peut être bien plus facilement nettoyé. La partie extra-vésicale porte un disque en caoutchouc durci, muni d'une entaille pour indiquer le bec du cathéter. A la partie extra-vésicale est fixé un tube de caoutchouc long de 20 centimètres, établissant une communication facile avec la seringue.

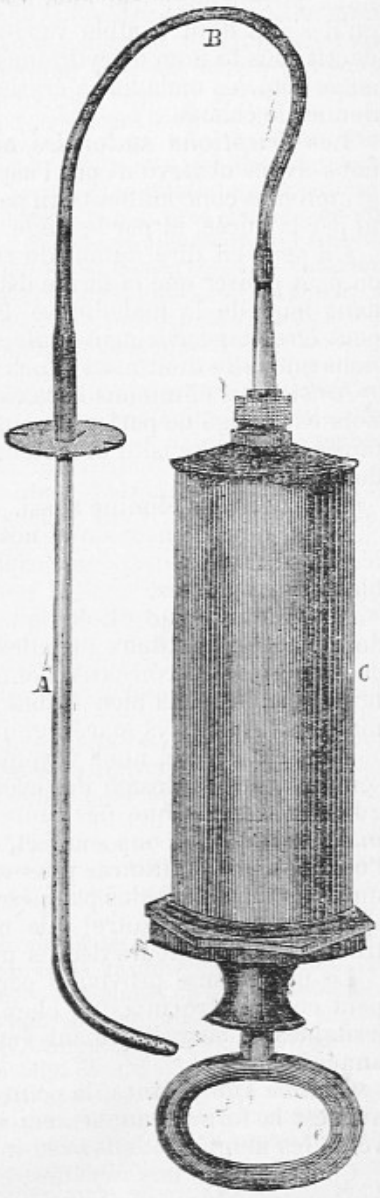


Fig. 122.

L'irrigation du col s'exécute de la manière suivante avec cet appareil. Le patient est couché horizontalement. On remplit une seringue pouvant contenir 100 à 200 grammes de liquide avec le médicament. On relie, au moyen des tubes en caoutchouc, la seringue et le cathéter, on chasse l'air de ce dernier, on tient enfin la seringue et le cathéter d'une main, la droite, et on introduit celui-ci jusque dans la partie membraneuse. Quand le cathéter, le patient étant dans la position horizontale, est élevé de 30° au-dessus de la verticale, son extrémité se trouve ordinairement dans la partie membraneuse. Le cathéter ainsi introduit est maintenu de la main gauche au niveau de la partie extra-vésicale et de la main droite le contenu est légèrement poussé dans la vessie. Si celle-ci peut contenir une plus grande quantité de liquide, la seringue pourra être remplie une seconde et même une troi-

© BIU Santé

sième fois. Quand le cathéter est dans la position voulue, le liquide peut être poussé sans résistance dans la vessie, car le sphincter interne est si faible qu'il ne peut lui opposer aucune résistance. Quand on retire la seringue, après l'injection, rien ne doit, le malade étant dans une position convenable, s'écouler du cathéter, son extrémité n'étant pas dans la vessie, mais dans la portion membraneuse. Quand, par contre, l'extrémité du cathéter se trouve en avant du bulbe, on ne peut faire arriver le liquide dans la vessie ; il ressort par le méat sur les côtés du cathéter. L'irrigation terminée, on fait vider la vessie au malade.

Ce système d'injection du col vésical ne peut être exécuté et recommandé que quand on a affaire à une vessie tout à fait suffisante, c'est-à-dire capable de se vider seule entièrement jusqu'à la dernière goutte. Quand il n'en est pas ainsi, il est préférable de renoncer à l'injection avec le cathéter court, car, comme on le sait, une vessie insuffisante ne peut se vider seule, d'où il résulte qu'une certaine quantité de liquide injecté restera dans la vessie et provoquera des besoins douloureux d'uriner et du malaise. Pour des vessies non contractiles, l'injection du col vésical avec un cathéter élastique ordinaire est beaucoup plus commode. On la fait de la façon suivante. Le malade se tient debout. On lui fait d'abord vider sa vessie autant que possible et on y introduit alors un cathéter élastique, de préférence le cathéter coudé de Mercier, muni de fenêtres latérales. La quantité d'urine qui sort à ce moment montre quel est le degré d'insuffisance de la vessie. Quand elle est vidée, on retire un peu le cathéter de la vessie de manière à ce que les yeux arrivent dans le col et on injecte alors ce dernier avec une bonne seringue à main. Quand on a injecté de cette façon une quantité de liquide suffisante, on enfonce de nouveau le cathéter dans la vessie et on la vide complètement. Une vulgaire injection ne peut remplacer ce procédé, car quand les yeux du cathéter se trouvent dans la vessie, le col se trouve bouché par le cathéter lui-même et si la vessie est sous l'influence du médicament, il n'en est plus de même du col ou de la portion prostatique.

On se sert pour l'irrigation du col des solutions astringentes les plus diverses. Les suivantes sont à recommander :

Acide carbolique. .	1 gr.	Alun.	à ā
Eau distillée	500 gr.	Sulfate de zinc.. .	0,50 centigr.
		Acide carbolique .	à 1 gr.
		Eau distillée. . . .	500 gr.

Permanganate de potasse 0,10 centigr. à 0,50 centigr.
Eau distillée . . . . . 500 gr.

Nitrate d'argent . . . . . 0,20 centigr. à 1 gr.
Eau distillée . . . . . 500 gr.

Il est bon que les solutions soient tièdes.

Quand on veut toucher seulement le col avec les solutions concentrées, quand on veut agir en cautérisant et localiser l'effet à la prostate sans influencer la vessie, on se sert d'un appareil à gouttes.

J'ai déjà décrit ailleurs un appareil de ce genre pour le traitement local des pollutions et de la spermatorrhée. Il consiste en un tube capillaire, court, en argent, à parois très épaisses et courbé en forme de sonde. Il a la longueur, l'épaisseur et la forme du cathéter injecteur décrit plus haut et est muni à son extrémité extra-vésicale d'un prolongement en caoutchouc durci, dans lequel s'emboite une seringue de Pravaz. Le conduit capillaire de l'instrument s'ouvre à son extrémité qui est bien arrondie. L'instrument est construit de telle sorte que son orifice interne laisse exactement passer deux gouttes du liquide de la seringue (deux degrés de la seringue). Quand on veut injecter une goutte (une goutte de la seringue de Pravaz) d'une solution concentrée dans le col de la vessie, il faut que la seringue contienne trois gouttes. Si deux gouttes doivent être injectées, la seringue doit en contenir quatre, etc.

On se sert de l'appareil de la façon suivante : Le malade étant étendu horizontalement, on remplit la seringue de Pravaz de trois ou quatre gouttes de la solution, on l'introduit dans le cathéter à tube capillaire qu'on pousse jusque dans la région prostatique dans laquelle on vide le contenu de la petite seringue. Quand l'instrument, le malade étant couché horizontalement, forme un angle de 45° au delà de la verticale, le bec de l'instrument occupe, dans les conditions normales, la région prostatique. Si toutefois on doutait de la position de l'instrument, l'index introduit dans le rectum contrôlerait la position de l'instrument. Immédiatement après l'opération une cuisson se fait sentir dans la partie profonde de l'urèthre et immédiatement après un violent besoin d'uriner. Il est donc bon que les patients fassent suivre cette opération par le repos et même restent couchés.

On emploie le plus souvent des solutions de nitrate d'argent, les mêmes que celles dont on se sert pour badigeonner. La solution à 5 0/0 est celle dont on se sert ordinairement. Si on veut agir plus énergiquement, on aura recours à une solution à 10 0/0. Dans ce dernier cas, la cautérisation est suivie d'une hémorrhagie plus ou moins abondante du point cautérisé, ce qui n'a pas lieu avec la solution à 5 0/0. Avec la solution plus faible, on peut cautériser tous les deux jours, ou même tous les jours, tandis qu'avec la solution plus forte on ne peut le faire qu'une fois par semaine.

Ce procédé convient surtout aux catarrhes légers du col vésical consécutifs à l'onanisme et aux excès vénériens accompagnés d'écoulement spermatique. Ce procédé est surtout excellent dans la spermatorrhée. Cependant cette méthode est aussi d'une grande utilité dans le catarrhe gonorrhéique du col.



Fig. 13.

Parmi les méthodes de traitement avec les petits suppositoires, celle qui s'effectue avec le porte-remède de Dittel est la mieux connue et celle dont on fait le plus souvent usage. Au moyen du cathéter porte-remède à bout coupé et muni d'un obturateur, les petits suppositoires sont déposés dans la partie prostatique. On choisit, quand on veut exercer une influence purement astringente sur la partie prostatique un des suppositoires courts, indiqués plus haut, mais quand on veut agir plus énergiquement, il faut avoir recours à des suppositoires suivant la formule suivante :

Nitrate d'argent. . . . 0,10 centigr.
Beurre de cacao . . . q. s.
Pour 5 suppositoires.

Si on veut procéder avec prudence, on n'emploiera pour la première cautérisation que la moitié d'un suppositoire. L'action de ce moyen est efficace et il n'est pas rare qu'une pareille cautérisation soit suivie d'une hémorrhagie de plusieurs jours. Il est bon aussi que le malade reste au lit, mais ce n'est pas nécessaire.

Dans le catarrhe du col qui prélude ordinairement à la tuberculose urinaire, on peut introduire encore des suppositoires courts d'iodoforme et de beurre de cacao dans la partie prostatique. Ils calment quelque peu le besoin d'uriner. Ils ont la formule suivante :

Iodoforme. . . . . } q. s.
Beurre de cacao. . }

pour faire six suppositoires gros comme des grains d'avoine.

La cautérisation de la partie prostatique de l'urèthre avec le nitrate d'argent solide se pratique bien au moyen du porte-caustique de Lallemand ou mieux de l'endoscope sous le contrôle de l'œil. (*A suivre.*)

© BIU Santé

PATHOLOGIE EXTERNE

Coxalgie ancienne. — Abcès de l'os iliaque ouvert dans la vessie. — Calcul vésical secondaire. — Lithotritie. — Mort. — Autopsie.

Par TUFFIER, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

Chatelain, 45 ans, charretier, entre, le 21 février 1884, à l'hôpital Necker, salle Civiale, n° 4, pour se faire soigner d'une affection vésicale.

C'est un homme robuste, grand et assez bien musclé.

Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ont débuté il y a dix mois, sous forme de douleurs rénales, avec irradiations vers les membres inférieurs, douleurs rappelant assez bien celles d'une colique néphrétique subaiguë. Le tout était survenu sans cause, le malade n'ayant jamais eu aucune espèce d'accidents blennorrhagiques ou vésicaux. Ces accès douloureux ne persistèrent que pendant quelques jours; il ne furent point suivis d'hématuries ni de gravelle.

Quatre mois après, les mictions jusqu'alors normales, devinrent plus fréquentes, surtout pendant le jour. Le malade urinait 40 à 50 fois dans la journée et seulement 8 à 10 fois la nuit.

En même temps, les mictions devenaient douloureuses, surtout à la fin. La fatigue ou la marche provoquaient une recrudescence de ces phénomènes. Jamais d'hématurie. Depuis un mois seulement, l'urine laisse déposer un sable fin, blanchâtre; elle est louche et souvent fétide.

En présence de ces accidents, M. Guyon pose le diagnostic « calcul vésical »; mais le professeur fait remarquer que les urines de ce malade décèlent une cyotite assez violente, fait rare chez les calculeux. L'exploration fait constater : Urèthre libre, un peu de spasme, au niveau de la région membraneuse. Vessie assez large, calcul de 5 millim. de diamètre. La lithotritie est décidée; mais on prescrit des lavages boriqués et le repos à l'hôpital pendant quelques jours. Sous cette influence, les accidents s'amendent (après dix jours). Les mictions sont peu douloureuses, beaucoup moins fréquentes (15 fois par jour), mais les urines sont toujours laiteuses et laissent déposer du pus.

Le 6 mars, la *lithotritie* est pratiquée. Chloroformisation. Injection de 70 grammes d'eau boriquée dans la vessie. Introduction d'un lithotriteur à mors fenêtrés n° 2. Un peu de résistance de la portion membraneuse. Vessie spacieuse. M. Guyon saisit d'abord une pierre phosphatique de 3 cent. et demi. Après six prises, il saisit une autre pierre de 6 cent. et la fait éclater au moyen du marteau. 118 prises en 25 minutes; 70 aspirations en 4 minutes. L'opération, en tout, dure trois quarts d'heure.

Dans les 24 heures qui suivent, les mictions sont fréquentes (40 fois) et douloureuses. Le liquide est louche et sanguinolent.

C'est alors que le malade se plaint d'une douleur au niveau de la fesse droite. La région est en effet un peu gonflée et les téguments rouges, sans œdème ni fluctuation. La température monte à 38°,2.

En présence de ces accidents, nous interrogeons notre homme et nous apprenons que depuis une quinzaine de jours, la fesse était un peu douloureuse; souvent, le soir, la marche était gênée, mais cependant le tout était très supportable, et cet homme n'avait pas cru devoir appeler l'attention de ce côté.

En examinant de plus près la région, nous trouvons : 1° A la partie supérieure externe de la cuisse droite, deux cicatrices blanches et profondes; ce sont les vestiges d'une suppuration datant de l'âge de 13 ans, suppuration ayant persisté pendant 7 à 8 mois. 2° Le fémur droit est hypertrophié dans son tiers supérieur; les trochanters sont plus gros et plus saillants que du côté opposé. L'articulation est saine.

Nous pensons alors au réveil d'une vieille affection osseuse, et on prescrit des émollients sur la région douloureuse et des lavages boriqués dans la vessie.

Le lendemain, le malade a moins souffert. Les urines sont toujours sanguinolentes et purulentes; elles contiennent quelques graviers.

La tumeur fessière n'a pas changé; on parvient à y trouver une fluctuation profonde. Par le toucher rectal, on détermine une douleur du côté de l'échancrure sciatique, mais la vessie et la prostate ne sont pas sensibles. La température se maintient autour de 38°.

Le 10 mars, la tuméfaction est beaucoup plus nettement fluctuante; on y perçoit un bruit hydroaérique très net; la rougeur a disparu, il n'y a point d'œdème, les douleurs ont diminué, si bien que toute intervention active est différée. La cystite purulente et la tuméfaction fessière persistent ainsi jusqu'au 18 mars. Alors, la tumeur pointe vers le milieu de la fesse; elle est plus tendue et plus douloureuse.

En même temps, le malade accuse une douleur dans l'articulation du coude. M. Guyon porte le diagnostic de cystite avec adhérence au petit bassin et pelvi-cellulite consécutive. Une uréthrorrhagie sans cause connue survient pendant la nuit du 20 mars.

Devant ces accidents, M. Guyon juge le débridement nécessaire. Une incision est faite à la partie moyenne de la fesse, les fibres du grand fessier sont coupées, et on arrive sur le moyen fessier, qui est déchiré avec la sonde cannelée. Des gaz fétides s'échappent tout d'abord, puis un liquide séro-purulent ayant une forte odeur fécale. Le doigt, introduit dans la plaie, pénètre dans le petit bassin au-dessous de la grande échancrure sciatique. On place un gros drain. Pansement de Lyster. La température monte à 38°,2 le soir.

Le lendemain, la langue est sèche, le malade est abattu. Il n'urine que 120 grammes, mais le pansement est traversé par du liquide ayant une odeur urineuse. Le soir, *uréthrorrhagie* abondante, sans cause connue. L'articulation du coude n'est plus douloureuse. Le gonflement a presque disparu.

Les jours suivants, les bords de la plaie sont sphacélés, les pansements sont traversés par l'urine. Le malade tombe dans le demi-coma; la température reste à 38°,5. La langue devient sèche, fuligineuse, une ophthalmie cachectique atteint l'œil gauche, et cet homme succombe le 28 mars.

AUTOPSIE, 28 heures après la mort. — Le *cœur*, le *poumon*, le *cerveau* sont sains. L'articulation du coude ne contient pas de pus. L'appareil *génito-urinaire* est enlevé avec le bassin tout entier. Les reins et les uretères sont normaux. La dissection permet d'y reconnaître les lésions suivantes :

Lésions extra-pelviennes. — Au niveau de fesse, l'ouverture chirurgicale conduit sur une large poche creusée au-dessous du grand fessier et communiquant par la grande échancrure sciatique avec une poche plus petite située dans l'excavation pelvienne. Une sonde introduite dans ce diverticule vient butter contre les parois vésicales.

L'articulation coxo-fémorale est ouverte. Elle présente les altérations d'une tumeur blanche ancienne et guérie. Tête fémorale aplatie, déformée, régulière, privée de cartilage. Cavité cotyloïde, non perforée, mais irrégulière, à bords couverts d'ostéophytes, à fond éculé en haut et surmonté d'une végétation osseuse formant là un contre-fort à la tête du fémur.

Lésions intra-pelviennes. — Le péritoine ne présente pas trace d'inflammation. Le tissu cellulaire périvésical est intact en avant et sur la partie latérale droite; mais à gauche, il disparaît, et le doigt est arrêté par une adhérence intime entre les parois vésicales et la paroi osseuse du petit bassin; il est impossible de séparer là ces deux organes.

Pour étudier de plus près ces lésions, il est nécessaire de fendre l'urèthre et la vessie sur la ligne médiane. Le

(1) *Société anatomique*, 17 octobre 1884.

© BIU Santé

canal est sain. Un petit abcès au-dessous de la région membraneuse.

Dans la *vessie*, un fragment de calcul phosphatique du volume d'une noisette. Ce calcul, lisse d'un côté, présente sur ses bords des aspérités irrégulières qui prouvent bien son origine : c'est un débris du gros calcul broyé. Sa partie centrale porte l'empreinte d'un corps irrégulier, que la lithotritie a dû faire disparaître. Les parois vésicales présentent leur épaisseur normale ; mais sur la partie latérale droite, vers la région moyenne, on trouve une lésion intéressante. A ce niveau, existe une perte de substance de la largeur d'une pièce de 2 francs. La paroi vésicale est remplacée en ce point par l'os iliaque. Les bords de la perte de substance adhèrent presque dans toute leur étendue à la surface quadrilatère de l'os iliaque, si bien que la vessie est presque complètement fermée de ce côté. L'os, dépourvu de périoste et présentant les traces très nettes d'inflammation, fait partie intégrante du réservoir vésical et devait baigner dans l'urine pendant la vie du malade. Le tissu osseux à ce niveau (c'est-à-dire en un point correspondant au fond de la cavité cotyloïde), est rugueux, très vascularisé et très friable. Il présente donc bien les lésions d'une ostéite. A la partie inférieure de la dénudation osseuse, la paroi vésicale n'adhère pas à l'os, mais limite avec celui-ci un orifice qui laisse passer une sonde n° 20. La sonde, introduite dans cet orifice, s'engage dans un canal creusé au milieu du tissu cellulaire ou petit bassin et vient sortir dans la poche extra-pelvienne sous-fessière. La vessie communique par là directement avec les foyers de la fesse, et chez cet homme, l'*urine* contenue dans la vessie devait facilement s'épancher dans ce diverticule sous-fessier.

Plusieurs points de cette observation doivent être mis en lumière.

Réflexions. — Les pièces en main, l'histoire du malade peut être reconstituée de la façon suivante : Coxalgie dans l'enfance. Ostéite de la cavité cotyloïde, adhérences de la surface quadrilatère.

Guérison de la coxalgie. Plus tard, réveil des accidents et abcès ostéopathique de la cavité cotyloïde ; ouverture dans la vessie. Cystite secondaire ; calcul phosphatique ; peut-être développé autour d'une esquille. Migration de l'abcès non seulement dans la vessie, mais dans la fesse, par l'échancrure sciatique, et dès lors, le foyer purulent ne faisant qu'un avec la vessie, l'urine pénètre jusque dans la fesse, le diverticule de l'abcès n'étant pour ainsi dire qu'un diverticule de la vessie. Les choses restent dans cet état un certain temps, puis inflammation de l'abcès fessier, peut-être sous l'influence de traumatisme, ouverture au dehors, septicémie et mort.

L'histoire clinique de ce malade mérite un certain intérêt.

Tout d'abord, la quantité considérable de pus qu'il rendait est un fait rare chez les calculeux, et doit toujours laisser soupçonner quelques lésions accessoires.

De plus cette observation montre qu'il faut, dans ces cas de pyurie, scrupuleusement chercher dans tout le squelette s'il n'existe point de lésions capables de s'évacuer dans la vessie.

Les cas de suppuration osseuse ouverte dans le réservoir vésical sont rares, et nous n'avons pas connaissance d'abcès de l'os iliaque ouvert dans cette cavité et s'étant accompagné de calcul secondaire. C'est pourquoi nous avons exposé ce fait, dont les pièces sont conservées au musée civiale de l'hôpital Necker.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Pollution des rivières.

L'Académie de médecine vient de terminer la discussion qu'elle avait entreprise sur la pollution des rivières, et en particulier de la Seine. — Nous n'avons pas à rappeler ici les communications de M. Daremberg, de M. Brouardel, etc. ; le compte rendu des sciences publié par le *Progrès médical* donne une idée très exacte de l'insuffisance de ces communications.

Chaque orateur a envisagé un seul point de la question, souvent avec des préoccupations de polémique pour ou contre le tout à l'égout, pour ou contre les usines qui dénaturent les matières fécales.

La discussion, en somme, a manqué d'ampleur. Mais il convient de dire que les conclusions qui ont été votées par l'Académie dans une de ses dernières séances, sur la proposition de M. Brouardel, sont excellentes. Voici ces conclusions : 1° l'eau qui sert à l'alimentation doit être exempte de toute souillure qu'elle qu'en soit la provenance ; 2° la contamination de l'eau par les matières fécales humaines est particulièrement dangereuse ; toute projection de cette nature qu'elle qu'en soit la quantité dans les eaux de sources, de rivières et de fleuves doit être absolument et immédiatement interdite.

Toutefois ces conclusions ont ce défaut de laisser croire que ce sont uniquement les matières de vidanges qui souillent les cours d'eau. M. Gautier a justement montré que, si on empêche de jeter à la Seine les matières fécales, il faut empêcher d'y jeter aussi les résidus incomplètement transformés des usines qui traitent ces matières. Il a ajouté qu'on doit éloigner de la Seine toutes les autres matières fermentescibles.

En réalité, la question de la pollution des cours d'eau en général, et de la Seine en particulier, est tout autre que celle qui a été si peu complètement discutée par l'Académie.

La présence de la totalité des vidanges de Paris dans les eaux d'égout n'augmenterait pas sensiblement leur degré de souillure ; d'après les calculs d'Emile Trélat, le degré de souillure actuel étant 1, le degré de souillure avec toutes les matières fécales serait de 1,0056 ; et quand l'alimentation d'eau sera portée à 800.000 m. c., le degré de souillure sera seulement de 1,002.

Si toutes les eaux d'égout étaient portées sur des champs d'épuration convenablement situés et suffisamment étendus, on débarrasserait la rivière de cette cause de souillure, la plus importante de toutes ; et on la débarrasserait aussi de la plupart des causes de souillures provenant des usines, si un système d'égout amenait dans les collecteurs les résidus de ces usines. — Ce ne sont pas seulement, ne l'oublions pas, les matières de vidanges qui peuvent contenir des germes dangereux, capables de se reproduire ; est-ce que les résidus des abattoirs, les eaux de désuintage, etc., ne peuvent pas entrainer avec elles la bactérie charbonneuse ? Et n'y a-t-il pas un intérêt sérieux à verser les eaux organiques quelconques, soupçonnées de contenir des micro-organismes, dans le torrent d'un égout où arriveraient aussi les eaux résiduaires acides de certaines usines, les eaux goudronneuses, etc. ?

© BIU Santé

Ce sont là des questions qu'on peut et qu'on doit se poser. Il y a dès aujourd'hui un fait acquis, c'est que l'épandage sur les terres est le meilleur mode d'emploi des résidus liquides et le moyen le plus simple d'empêcher l'arrivée aux cours d'eaux de substances capables de les polluer. Il existe d'ailleurs un champ d'expérience, c'est la plaine de Gennevilliers. Les habitants de ladite plaine ont échappé à la fièvre typhoïde quand elle régnait à Paris l'année dernière ; ils n'ont pas, que nous sachions, été atteints cette année par le choléra. La voie est toute tracée pour l'épuration des résidus liquides des grandes cités.

D'ailleurs ce n'est pas de Paris seulement qu'il s'agit, ce n'est pas seulement de la Seine : c'est de toutes les villes et de toutes les rivières.

Il faut avoir vu l'Helpe-Mineure, à Frameries, qui va consécutivement infecter la Sambre ; il faut avoir vu l'Espierre, à Roubaix, qui va infecter consécutivement l'Escaut ; il faut avoir vu la Vesle au-dessous de Reims ; il faut avoir vu, à Rouen, l'eau de Rebec, pour savoir à quel degré de souillure peuvent être portés les cours d'eaux par le fait de l'industrie. Ce sont là des questions qu'on connait peu à l'Académie de médecine, et ce n'est pas le lieu de discussion qui conviendrait. Ce n'est même pas la commission technique d'assainissement instituée à la préfecture de la Seine qui peut, en toute liberté, apprécier l'ensemble des difficultés que cette question soulève ; ce qu'il faudrait, ce serait une commission mixte nommée par les ministres du commerce, de l'agriculture, des travaux publics ; ce qu'il faudrait mettre à l'ordre du jour de cettte commission, ce serait l'opportunité d'une modification à la législation actuelle.

Les hygiénistes interviendraient utilement dans cette étude ; et j'espère qu'ils ne discuteraient pas la mesquine question toute parisienne du *tout à l'égout* ou du *rien à l'égout*, mais qu'ils s'entendraient sur ce principe supérieur : *rien à la rivière*. Dr Robert Piquet.

Ouverture du cours de M. le professeur Cornil.

M. le professeur Cornil a commencé lundi 3 novembre, à 10 heures, les autopsies avec démonstrations ; il les fera dorénavant tous les jours, à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre contigu au laboratoire. C'est là une fort heureuse innovation qui sera très utile aux élèves.

Les sujets provenant des divers services sont, en effet, nombreux à l'Hôtel-Dieu ; c'est par exception qu'il se passe un seul jour sans qu'il y ait à faire une et souvent plusieurs autopsies. M. le professeur Cornil les fera toutes ainsi qu'il a commencé à le faire lundi et il les fera lui-même, dictant au fur et à mesure les moindres détails avec le soin et l'exactitude qu'on lui connait, montrant aux élèves chaque particularité intéressante au fur et à mesure qu'elle se présente, leur faisant non seulement voir, mais toucher les pièces donnant toutes les explications qu'elles comportent, établissant les rapprochements nécessaires entre ce que montre l'autopsie et ce que la clinique avait permis de supposer (chaque sujet, en effet, est présenté avec le diagnostic porté pendant la vie), répondant enfin avec sa bienveillance accoutumée aux questions qui lui sont posées. Aussi, lorsque l'autopsie est terminée, les élèves ont bien vu et toujours beaucoup appris et il reste un procès-verbal d'autopsie très détaillé, à joindre à l'observation prise dans le service. Il faut donc engager les élèves à suivre cet enseignement si éminemment instructif et savoir grand gré aux maitres dont le concours a été nécessaire pour innover cet enseignement.

Ouverture du cours de M. Falret.

Grâce à son organisation particulière, la Salpêtrière était destinée à devenir à la fois un centre d'études fécond en découvertes, tant anatomiques que cliniques, et un centre d'enseignement des plus suivis. Cet établissement, en effet, comprend un hospice contenant plusieurs milliers de vieillards qui constituent un véritable musée pathologique vivant ; il renferme, en outre, un asile d'aliénés qui contient une division d'épileptiques et d'idiots. L'ensemble de ce matériel clinique déjà considérable est complété par un service d'affections aiguës du système nerveux, dont une grande partie appartient au service de la clinique de la Faculté, sous la direction de M. le professeur Charcot. A ce vaste champ d'étude et d'enseignement est venu s'ajouter dans ces dernières années, l'extension du service de chirurgie qui, grâce à la révolution que subit la chirurgie de l'abdomen, a pris une grande importance.

Les maitres et les élèves ont su profiter de ce vaste champ d'observations et d'expériences.

La Salpêtrière a, d'ailleurs, des traditions scientifiques qui lui assurent une place des plus honorables dans l'histoire scientifique de notre pays. La chirurgie comme la médecine y a eu de dignes représentants, Bérard, Manec, Follin, Broca, y ont travaillé à côté de Rostan, de Magendie, de Piorry, de Cruveilhier, de Barth, etc.

Quant à la médecine mentale, c'est là qu'elle est née sous l'impulsion de Pinel, c'est là qu'elle s'est développée avec les travaux d'Esquirol, de Falret père, de Lélut, de Trélat, de Moreau (de Tours), pour ne citer que les morts.

Grâce à sa merveilleuse organisation et à la valeur des maitres qui s'y sont succédé, les élèves n'ont jamais oublié le chemin de la Salpêtrière, mais à aucune époque ils n'y ont trouvé un enseignement aussi utilement coordonné. Pendant toute l'année, le lundi, le mardi et le vendredi, M. le professeur Charcot y fait des leçons sur les maladies du système nerveux. A l'amphithéâtre, dans les salles ou à la consultation externe, ce cours est complété par des leçons de M. Vigouroux sur l'électrothérapie et de M. Parinaud sur l'ophthalmologie dans les rapports avec les maladies nerveuses. Pendant deux mois, M. Legrand du Saulle y enseigne les maladies mentales considérées surtout dans leurs rapports avec la médecine légale ; pendant un même laps de temps, MM. Falret et Voisin feront successivement des leçons sur les maladies mentales, complétant ainsi un enseignement neuropathologique dont les divers éléments ne peuvent que gagner à être réunis.

M. Jules Falret a pris la parole pour la première fois dans l'amphithéâtre de la Salpêtrière, dimanche dernier, et on peut dire que c'est avec le succès le plus

© BIU Santé

complet. Après avoir, dans une pieuse invocation à ceux dont il a suivi les leçons, rappelé avec émotion le souvenir du maître dont il porte le nom, le sympathique professeur a préludé à son enseignement par une esquisse rapide de l'histoire de la médecine mentale. Il a montré le rôle à la fois philanthropique et scientifique de l'œuvre de Pinel, l'influence encore persistante des travaux d'Esquirol et de ses élèves, les services rendus par les différentes écoles, anatomique, psychologique, somatique et les lacunes qu'elles ont laissées.

Puis, se livrant à la critique de la classification d'Esquirol, il s'est appliqué à démontrer que les états désignés sous le nom de manie, de mélancolie, de démence, ne constituent pas des maladies distinctes, mais que ce sont des manifestations symptomatiques communes à des états morbides différents : l'excitation maniaque peut appartenir aux délires toxiques, à la paralysie générale, à la folie à double forme, à l'épilepsie, etc. Et chacune de ces affections peut donner lieu à des manifestations dont la description est conforme à ce que dans la classification d'Esquirol on considère comme des états morbides distincts : c'est ainsi que l'alcoolisme peut se présenter sous la forme d'un état maniaque (*delirium tremens*) ou d'un état mélancolique (alcoolisme subaigu de Lasègue), etc. Quant à l'expression de monomanie, si elle s'est conservée dans le langage scientifique, on ne lui attribue plus le sens que lui attachait Esquirol, il n'est plus guère d'aliénistes qui admettent l'existence d'un délire limité.

En somme, les différentes écoles qui se sont succédé n'ont pas réussi à fournir les éléments d'une classification scientifique. L'exemple de la découverte de la paralysie générale montre qu'à défaut d'une systématisation générale, la méthode anatomo-clinique peut permettre de découvrir des espèces morbides. C'est en se basant sur l'étude clinique que M. Falret se propose de décrire, dans les leçons qui vont suivre, ce qui s'appelle les *formes nouvelles* de l'aliénation mentale (1).

Ouverture du cours de pathologie externe. M. Lannelongue.

M. Lannelongue commence par faire l'éloge de son maître, M. Gosselin. Il nous permettra de ne pas partager son avis et de regretter seulement que la démission tardive de M. Gosselin n'ait pas permis à la Faculté de nommer plus tôt à la chaire de pathologie externe un jeune professeur au courant des progrès de la chirurgie contemporaine. Nous avons lieu d'espérer que M. Lannelongue ne suivra pas les préceptes de son maître, car après un aperçu historique rapide sur la chirurgie ancienne et moderne, il s'est déclaré listérien et partisan des idées microbiennes. On peut augurer favorablement du nouvel enseignement, quoiqu'il nous ait semblé que le nouveau professeur avait une tendance à ne tenir compte qu'insuffisamment des travaux étrangers. Il nous a aussi paru que M. Lannelongue n'était pas assez concis, qu'il était trop académique et parlait avec trop de lenteur.

(1) M. Falret continuera ses leçons théoriques le dimanche à 10 heures dans l'Amphithéâtre, et le jeudi à la même heure, il interrogera publiquement les malades.

Ce sont là des défauts dont il saura sans doute se corriger. Nous craignons, toutefois, que le plan qu'il semble avoir adopté ne l'oblige à ne pas faire un cours complet avant de longues années, ce qui n'est peut-être pas dans le plan d'enseignement d'une faculté destinée à faire des médecins praticiens.

Cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale. M. Blanchard.

En commençant son cours sur *les vertébrés et les anthropodies considérés au point de vue médical*, M. Blanchard était forcément amené à parler de classification. Une des premières questions qui se posait était la suivante : l'homme doit-il être placé dans un ordre ou même, comme on l'a voulu, dans un règne à part; doit-il au contraire marcher tout simplement à la tête des Primates ? Etudiant rapidement les caractères généraux des anthropoïdes, M. Blanchard a montré que les caractères anatomiques, la gestation, la menstruation de ces êtres étaient presque identiques à ceux de l'homme.

Abordant la pathologie, il a fait voir que la syphilis, la tuberculose existaient chez le singe; que des animaux bien plus inférieurs pouvaient communiquer à l'homme leurs maladies, rage, cow-pox, charbon, et qu'enfin si, au point de vue intellectuel et malgré la réalité, on pouvait difficilement se persuader que certains animaux étaient plus intelligents que certains hommes ou mieux que certaines peuplades, personne ne pouvait au moins se refuser à croire que l'animal était intelligent comme l'homme. L'instinct et l'intelligence n'ont donc pas lieu d'être différenciés. Dans un cours de cette sorte, les questions philosophiques et religieuses doivent être écartées avec soin; mais puisqu'on a dit que l'idée religieuse différenciait complètement l'homme de la bête, il est bon de savoir que des millions d'individus, les Boschimans, les Fuégiens, les Galibis, pour ne citer que ceux-là, n'ont jamais eu la moindre notion de la divinité. Ses nombreux auditeurs ont tenu à montrer, par leurs applaudissements prolongés qu'ils souscrivaient entièrement aux idées émises par le professeur qui, cette année, enseignera presque toutes les matières demandées au premier examen de fin d'année. Les élèves puiseront dans ce cours, outre les notions élémentaires professées par un homme au courant de toutes les découvertes récentes, des principes d'anatomie générale aussi profitables au développement intellectuel de ceux qui débutent dans la médecine, qu'au perfectionnement de ceux qui sont déjà plus avancés dans la carrière.

Ouverture du cours de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité. — M. U. Trélat.

M. le professeur Trélat a fait sa leçon d'ouverture le mercredi 12 décembre, devant une assistance nombreuse et sympathique, dans laquelle on remarquait plusieurs professeurs et agrégés de la Faculté et plusieurs chirurgiens du Bureau Central. Après avoir rendu hommage en quelques mots aux maîtres qui l'ont précédé dans la chaire de clinique chirurgicale de la Charité, M. Trélat expose à ses auditeurs comment il entend l'enseignement clinique ; il indique ensuite les ressources dont il

© BIU Santé

dispose dans le service dont il vient de prendre possession, les modifications qu'il a réclamées au point de vue de l'installation de l'amphithâtre, etc. Nous nous bornons à signaler les points principaux de cette intéressante et éloquente leçon, qui s'est terminée au milieu des applaudissements unanimes de l'auditoire.

Cette séance inaugurale a été suivie de deux petites opérations de fistules à l'anus, que M. Trélat a exécutées après avoir résumé en quelques mots l'histoire des malades et les indications à remplir pour obtenir leur guérison.

Les leçons et opérations auront lieu les mercredis et vendredis ; le lundi est consacré à la consultation des maladies des femmes, puis à la visite du laboratoire, où tout sera disposé ce jour-là pour qu'on puisse examiner à loisir et fructueusement les pièces récemment recueillies et les préparations microscopiques correspondantes.

Conférences de médecine légale à la Morgue. M. le professeur Brouardel.

M. le professeur Brouardel a repris ses conférences de médecine légale, à la Morgue, le mercredi 5 novembre. Chaque année, à pareille époque, le *Progrès médical* annonce la reprise de ces conférences et constate le succès légitime de ce nouvel enseignement. Grâce au zèle infatigable et au dévouement incessant de M. le professeur Brouardel, ces conférences pratiques de médecine légale sont très fréquentées par l'unanimité des étudiants et des docteurs en médecine. De nombreuses réformes ont été adoptées ; elles sont encore insuffisantes. Si l'accès de la Morgue est aujourd'hui possible au monde médical, c'est à M. le professeur Brouardel qu'il le doit en totalité : car, usant de sa haute personnalité à l'Ecole de médecine de Paris, il est parvenu à secouer les préjugés et à transformer le côté pratique des expertises judiciaires. Hier encore, les autopsies judiciaires étaient pratiquées loin des regards, à l'abri de tout contrôle ; aujourd'hui, ces mêmes autopsies sont faites en présence d'un très nombreux auditoire d'élèves et de médecins.

Le monde médical, de son côté, n'a jamais hésité à témoigner au savant professeur de médecine légale toute sa gratitude et toute son admiration. Aujourd'hui même, les élèves qui s'étaient empressés au cours de M. Brouardel ont salué son retour par de nombreux et chaleureux applaudissements. Un étudiant en médecine s'est alors approché du maître, et, au nom de ses camarades et au sien, a tenu à lui exprimer tous les sentiments de reconnaissance et de profond attachement qu'on professe à Paris, tant pour les progrès qu'il a accomplis en médecine légale, que pour les services qu'il a rendus au pays, lors de la récente épidémie de Toulon. M. le professeur Brouardel, visiblement ému de cette touchante manifestation, a remercié ses élèves en leur promettant de faire davantage, pour le plus grand bien de tous. Abordant ensuite l'objet même de ses conférences, M. Brouardel a rappelé à ses auditeurs les devoirs qui leur incombent lorsqu'ils pénètrent dans la Morgue.

L'entrée de la Morgue est, en effet, formellement interdite ; mais, par une sage tolérance, les médecins sont, à l'heure présente, admis à bénéficier des ressources scientifiques que cet établissement renferme. En échange de cette tolérance, chacun s'engage moralement à ne rien révéler au dehors de ce qu'il voit et entend. Ces préambules étant bien établis, M. Brouardel a procédé à une autopsie judiciaire, en commentant les lésions qu'il trouvait et en formulant des conclusions qu'il veut toujours prudentes et conformes à l'état actuel de la science. — Les conférences de médecine légale auront lieu à la Morgue les lundis, mercredis et vendredis à 2 heures.

Ouverture du cours de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. M. Sée.

M. le professeur Sée a ouvert son cours le vendredi 7 novembre 1884. Tout d'abord le professeur a affirmé de nouveau la nécessité de l'adjonction, à la clinique, de la physiologie, de l'histologie et de l'anatomie pathologique. Et, choisissant immédiatement des exemples, M. Sée a montré de quelles lumières la microbiologie avait éclairé la clinique : la tuberculose, la pneumonie, en sont des exemples frappants ; de même la question si complexe du choléra ne pourra être élucidée que par l'étude de son bacille pathogène. Entrant alors dans l'étude clinique de quelques affections du cœur, réunies dans le service, le professeur a montré les difficultés de diagnostic que présentent certaines dyspnées cardiaques difficiles à distinguer des dyspnées d'autre nature : pulmonaire, urémique, etc. D'autres cas permettent également au professeur d'étudier la symptomatologie d'une part des lésions aortiques et d'autre part du rétrécissement mitral. Enfin, dans plusieurs de ces faits on a pu constater de la façon la plus nette l'action diurétique et régulatrice de la convallarriarine dans les diverses maladies du cœur. (On sait que la convallarriarine est l'alcaloïde actif du muguet.)

Le professeur termine en déclarant qu'aujourd'hui la médecine doit se baser sur l'étiologie, mais que cette médecine étiologique, après avoir été anatomo-pathologique, doit aujourd'hui être aussi physiologique, en comprenant, sous cette dénomination, aussi bien la physiologie des êtres supérieurs que la micro-physiologie. Dans la prochaine leçon, M. Sée commencera l'étude de la thérapeutique clinique qui découlera tout naturellement de l'étude étiologique des maladies. Les leçons du vendredi seront plus spécialement consacrées à l'étude des divers cas intéressants qui se présenteront dans le service.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 novembre 1884. — Présidence de M. M. Duval.

M. Rebourgeon, au nom de M. Domingos Freire (de Rio de Janeiro), dépose une note qui établit pour ce dernier la priorité de la découverte du *microbe de la fièvre jaune*. On trouve dans le sang des malades des petits points hyalins que l'on voit par places sortir d'un organe cellulaire plus volumineux. Ces points hyalins sont cultivables ; l'en-

© BIU Santé

veloppe du corps cellulaire qui les contient est chargée d'une matière noire qui explique la couleur des vomissements dans cette maladie, alors que ceux-ci ne contiennent pas ces globules sanguins. Ces vomissements, de même que ces éléments, sont très riches en ptomaïnes : un litre en contiendrait environ 5 ou 6 gr. Les liquides de culture ont été inoculés d'abord à des animaux, qui sont morts au bout de peu de temps ; les liquides ont pu être atténués, et les animaux sont devenus réfractaires à la fièvre jaune. De l'animal, la vaccination a été transportée à l'homme ; plus de 500 individus et en particulier le présentateur ont été vaccinés ; 5 ou 6 sont morts, mais parce qu'on leur avait fait l'inoculation avec la lancette au lieu de la faire à l'aide de la seringue de Pravaz.

M. Cornil désirerait voir des préparations de ces microbes, dont il a vu des dessins fort peu concluants. M. Rebourgeon, qui va retourner au Brésil, se propose d'envoyer des liquides de culture.

M. Arragon lit une observation qui consacre les bons effets de la *valériane* dans le pansement des plaies. Il paraît, dit le présentateur, que Marie Madeleine aurait employé avec succès cette substance dans le même but.

M. Laborde, revenant sur une précédente communication, présente un nouvel échantillon de *digitaline* de fabrication allemande, d'aussi mauvaise qualité que les précédents. Il demande à nouveau qu'on exerce une vive surveillance sur ces produits.

M. Gréhant remet une note de M. Philippeaux sur l'*extirpation du corps thyroïde* chez les animaux. M. Schiff a soutenu qu'après l'ablation de cet organe, ceux-ci succombaient toujours. M. Philippeaux a montré qu'il n'en était pas ainsi, et que la survie s'obtenait dans un nombre de cas assez considérables.

MM. Dubois et Aubert ont pu étudier au laboratoire du Havre les propriétés physiques de la lumière fournie par un pyrophore, insecte très lumineux. Ils ont constaté à nouveau l'exactitude des recherches de M. Pasteur sur le spectre qu'elle fournit. Ils ont de plus montré l'intensité des rayons chimiques, car ils ont, au moyen de cette lumière, obtenu des photographies très nettes qu'ils soumettent à la Société.

M. Regnard étudie à nouveau les *différents temps de la fermentation* et montre que, pendant la période qui, après la ligne ascensionnelle, correspond à une ligne paraboloïde, il ne reste plus dans le liquide de sucre en voie de transformation.

M. P. Bert est élu président perpétuel par 29 voix et M. Dumontpallier secrétaire général pour cinq ans par 28 voix.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 novembre 1884.— Présidence de M. A. Guérin.

M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur l'*épidémie de choléra d'Aubervilliers et de Saint-Ouen*. Cette communication vise des faits purement rétrospectifs, car l'état sanitaire de Paris est actuellement aussi satisfaisant que possible. Après avoir rappelé les mesures que le conseil d'hygiène a cru devoir prendre à l'occasion de l'épidémie du département de la Seine, M. Dujardin-Beaumetz déclare que 40 décès, imputables au choléra, ont été constatés du 26 juin jusqu'à ce jour (1). Le premier cas de choléra s'est montré chez un homme, arrivant de Perpignan, qui descendit à Paris, rue Monge, où il resta 36 heures. Son état s'aggravant, il entra à l'hôpital et y succomba le lendemain. Ce cas est resté absolument isolé. Un autre fait sur lequel M. Dujardin-Beaumetz désire appeler l'attention, c'est sur la présence du *microbe en virgule*, qui a été trouvé chez un malade atteint de choléra nostras non contagieux. En ce qui concerne l'influence du cuivre, M. Dujardin-Beaumetz cite le cas d'un estompeur en cuivre qui a succombé au choléra après deux jours de maladie. A l'occasion de ce qui s'est passé à Aubervilliers et à St-Ouen, M. Dujardin-Beaumetz signale 15 cas de ces cholériques survenus, dans l'espace d'un mois, à Aubervilliers. Les premiers cas se sont montrés dès les premiers jours de septembre.

Cette petite épidémie s'est localisée dans la commune dite des Quatre-Chemins. La portion placée à la gauche de la commune appartient à la commune d'Aubervilliers ; la portion située à droite, à celle de Pantin. Aucun cas ne s'est déclaré dans la portion droite. La plupart des faits observés n'ont paru avoir entre eux aucun lien, sauf cependant trois foyers très nets d'épidémie : 1° rue de Solférino, la femme, le mari et une fille ont été pris successivement de symptômes cholériques ; aucun d'eux ne succomba ; 2° Impasse Caiou, une mère et ses deux fils sont atteints du choléra et succombent ; la maison qu'ils habitent est évacuée ; les mesures de désinfection sont rapidement exécutées. Cette petite épidémie s'éteint sur place ; 3° Impasse de la Goutte-d'Or, deux ménages, habitant un rez-de-chausséée sont atteints et guérissent ; la femme du deuxième ménage est à son tour frappée et succombe en 12 heures. Le rez-de-chaussée et le premier étage de la maison sont évacués ; depuis lors, aucun cas nouveau ne s'est produit. Pendant que ces faits se passaient à Aubervilliers, une épidémie de même nature se produisait à Saint-Ouen, et l'on pouvait constater, du 13 septembre au 4 novembre, 8 décès par le choléra. — M. Dujardin-Beaumetz recherchant le pourquoi de cette localisation du choléra à Aubervilliers et à Saint-Ouen, invoque les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent ces communes suburbaines : usines très nombreuses, établissements insalubres, et présence de trois cours d'eau qui sont ordinairement le point de départ d'émanations délétères. A toutes ces circonstances fâcheuses, il faut ajouter le mauvais état de la voirie, l'insalubrité des logements, la misère qui règne en ce moment, et l'état déplorable de l'eau qui est donnée en boisson à toute cette zone du département de la Seine. Faut-il voir entre l'épidémie observée à Saint-Ouen et à Aubervilliers, un lien quelconque avec l'épidémie qui régnait dans le midi de la France ? Ce lien peut exister, mais il est impossible de l'établir. Ce choléra est-il envahissant ? Assurément, puisqu'il frappe les membres d'une même famille, mais il s'éteint sur place. Ces faits de choléra donnent-ils raison à la doctrine de M. J. Guérin ? Assurément non, puisque l'état sanitaire de ces communes est généralement bon. De tous ces faits, il résulte que certaines modes de contagion du choléra nous échappent, et que, dans certaines circonstances, il est bien difficile d'établir une distinction nette et précise entre le choléra nostras et le choléra asiatique.

M. Marey communique à l'Académie une lettre de M. Stassano (de Gênes), relativement au choléra qui s'est développé récemment dans cette ville. De la lecture de cette lettre, il semblerait que les habitants, faisant usage de l'eau du canal Nicolaï, ont payé un large tribut à l'épidémie.

M. Marey vient répondre aux objections que M. Giraud-Teulon lui a faites dans la précédente séance, relativement à la *théorie du saut*.

M. Féréol lit un *rapport officiel sur les épidémies* de l'année 1882.

A. Josias.

Séance du 11 novembre 1884.—Présidence de M. A. Guérin.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de son vice-président. M. Fauvel, et lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 29 février 1884. — Présidence de M. Cornil.

40. M. Broca présente un *pied bot* et insiste sur les particularités anatomiques qui résultent de sa dissection.

(1) Nous doutons fort que nos lecteurs partagent cette opinion après avoir jeté un coup d'œil sur la statistique des prétendus cas de l'hôpital Bichat (voir *Progrès médical*, n° 43, p. 850). (Note de la Réd.).

© BIU Santé

41. M. Delotte fait voir une pièce sur laquelle le *carré crural* s'insère à l'avant-dernière côte. Ce muscle se trouve ainsi en rapport direct avec le cul-du-sac pleural, de sorte qu'un empyème pourrait ainsi se répandre dans la gaine du muscle et fuser au loin, ainsi que cela s'est vu.

42. M. Ayrolles présente un cas de *lithiase rénale* survenue chez un goutteux, mort avec des phénomènes d'urémie, après quatorze jours d'anurie.

43. Ayrolles montre un *cancer végétant de l'œsophage* qui présente l'aspect d'une large plaque allongée. On trouve une masse ganglionnaire interposée entre l'œsophage et la bifurcation des bronches. Comme il y a eu rejet de crachats blanchâtres d'un aspect particulier, on peut se demander s'il n'y a pas eu communication de la masse cancéreuse ramollie avec les bronches.

M. Cornil démontre le trajet qui fait communiquer la masse ganglionnaire ramollie avec une des bronches. Il pense qu'on trouverait là un épithélioma cylindrique, et que le cancer de l'œsophage est un épithélioma secondaire qui s'est propagé par le ganglion interposé. L'étendue de la plaque végétante, la mollesse de la masse cancéreuse sont beaucoup plus en faveur de l'épithélioma cylindrique que de l'épithélioma pavimenteux.

44. MM. Malibran et Mathieu font voir le cœur et le foie d'un homme qui a succombé à l'asystolie consécutive à un rétrécissement mitral. Pendant la vie, on a constaté un ictère très coloré et des battements épigastriques, qui ont pu faire penser à l'existence d'un cancer hépatique. Il s'agit simplement d'un foie muscade, avec infiltration biliaire accentuée.

45. Traumatisme de l'abdomen, rupture de l'intestin sans épanchement de matières fécales, rupture d'une branche de l'artère mésentérique inférieure, énorme épanchement de sang dans l'abdomen ; par H. Chaput, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté.

Le nommé Alfred Champion, charretier, âgé de 47 ans, entre à Lariboisière, salle Saint-Ferdinand (service de M. le professeur Duplay), le 25 février, à cinq heures et demie du soir.

C'est un homme qu'on a ramassé sur la voie publique; ses chevaux marchaient sans guide, et on supposait que sa voiture lui avait passé sur le corps. L'interne de garde l'examine à l'entrée; il constate du collapsus et de l'algidité. Il y a une longue ecchymose longitudinale qui croise obliquement la cuisse gauche, au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'abdomen n'est pas distendu, mais on constate la présence d'un épanchement considérable, remontant à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis. — Mort dans la nuit, le 26 février, à une heure du matin.

Autopsie, le 29 février. — A l'ouverture du ventre, on constate d'abord la présence d'une énorme quantité de sang noir (environ 2 litres), absolument liquide et nullement mélangé de matières fécales, bien que l'odeur qu'il exhale ait la fétidité des épanchements de péritonite. Le paquet intestinal tout entier est injecté de rouge comme au premier degré d'une péritonite; cependant, pas d'exsudats ni de fausses membranes.

Le *foie* est très injecté, d'une couleur violacée; il ne présente pas de rupture. Il existe au-dessous de la peau qui recouvre les dernières côtes droites un épanchement de sang peu abondant dans le tissu sous-cutané, mais pas trace de fracture de côtes. La *rate* est pareillement violacée, très injectée, mais ne présente pas de ruptures.

En écartant les anses intestinales, on arrive très vite à inspecter le mésentère, et il est très facile de constater que le feuillet gauche du mésentère, à son insertion sur le côté correspondant de la colonne vertébrale, à la hauteur de la troisième vertèbre lombaire, présente une déchirure irrégulière haute d'environ 8 centimètres et large de 5 à 6 centimètres.

Non loin de cette déchirure, on voit deux bouts d'intestin, sectionnés, mais pas nettement; ils sont au contraire comme mâchés, aplatis, et leurs tuniques sont comme effilées. Pas de matières fécales ni à la surface de ces bouts d'intestin, ni même dans leur intérieur, à une certaine distance.

Pour reconnaître nettement la source de l'hémorrhagie, nous enlevons en masse tous les viscères, et disséquons les organes par la face postérieure. Nous voyons nettement que l'aorte est intacte, de même que la veine cave inférieure. Peut-être, cependant, quelques veines lombaires ont-elles été sectionnées par le traumatisme; mais il nous est impossible d'en avoir la preuve directe.

La dissection des branches qui naissent de l'aorte nous montre bientôt que l'un des rameaux de l'artère mésentérique inférieure présente une solution de continuité. A ce niveau, l'artère, qui est du volume d'une petite radiale, présente un point rétréci; ses tuniques sont infiltrées de sang, et au niveau des bords de la plaie, on trouve un très petit caillot qui n'obstrue pas la lumière des vaisseaux. Evidemment, c'est cette branche de l'artère mésentérique inférieure qui a dû fournir l'épanchement de sang trouvé à l'ouverture du ventre.

Réflexions. — L'absence de matières fécales dans le péritoine, à la suite d'une rupture complète de l'intestin, est sans doute un fait exceptionnel. Il est bon cependant de rappeler que Jobert, dans ses expériences, sectionnant l'intestin grêle des chiens, voyait les deux bouts se contracter au point de prévenir l'effusion des matières fécales dans le ventre. D'autre part, des faits analogues se passent dans les plaies d'artères par arrachement, ou simplement par écrasement ou broiement.

L'odeur absolument fétide de l'épanchement sanguin dans l'abdomen pourrait faire croire que les matières fécales s'y sont trouvées mélangées; mais outre que l'odeur en question n'était pas nettement fécale, ce détail trouve d'ailleurs son explication dans ce fait, qu'il est commun de voir les épanchements de l'abdomen devenir rapidement fétides à cause des phénomènes d'endosmose qui se produisent très facilement à travers les minces parois intestinales. Cela nous permettrait en même temps d'expliquer pourquoi notre épanchement sanguin, dont la source était artérielle, avait pris la coloration du sang veineux, puisqu'on sait que les gaz qui dominent dans l'intestin sont l'acide carbonique et l'hydrogène sulfuré.

L'étude attentive de ce cas nous suggère encore des réflexions relatives aux indications opératoires dans les cas d'épanchement sanguin de l'abdomen. Disons d'abord que nous n'entendons pas qu'une intervention fût indiquée chez notre malade, l'état d'algidité et de collapsus dans lequel il était devait faire rejeter toute opération. Mais n'est-il pas des cas analogues, dans lesquels on se trouve en présence d'un malade qui a subi un traumatisme de l'abdomen et qui présente les signes d'un épanchement rapidement croissant, sans être cependant dans un état d'algidité qui défende l'intervention? Dans ces conditions, a-t-on le droit d'intervenir chirurgicalement? On nous objectera que l'on risque fort de tomber sur une déchirure des gros vaisseaux de l'abdomen, aorte ou veine cave; mais l'objection tombe devant ce fait qu'en ces circonstances, d'ailleurs exceptionnelles, la mort est si rapide, que le chirurgien n'a que le temps de venir constater la mort du sujet.

D'autre part, les épanchements sanguins de l'abdomen peuvent reconnaître pour cause les déchirures du foie et de la rate; il nous semble cependant que, par la palpation, la pression exercée au niveau de ces organes, on reconnaîtrait par la douleur provoquée si ces organes peuvent être incriminés comme cause d'hémorrhagie.

Ces deux sources d'hémorrhagies éliminées, déchirures de l'aorte et de la veine cave d'une part, déchirures du foie et de la rate d'autre part, on ne peut plus guère admettre qu'une déchirure soit du mésentère, soit du grand épiploon. Dans ces conditions, il semble qu'on ne doive pas éprouver des difficultés insurmontables à trouver le vaisseau qui donne et à le lier.

Ajoutons encore un détail qui a bien son importance dans l'espèce : Un traumatisme dont la violence est assez

© BIU Santé

considérable pour déterminer une rupture du mésentère ou de l'épiploon, n'a-t-il pas en même temps beaucoup de chances d'avoir contusionné l'intestin contre la colonne vertébrale ou même de l'avoir perforé ou rompu. Perforation ou rupture qui, dans les cas qui nous occupent, se trouve masquée par les symptômes de l'épanchement sanguin.

On pourrait nous faire observer qu'il y a des épanchements sanguins de l'abdomen qui guérissent, mais nous ne pensons pas qu'on guérisse d'une rupture ou d'une perforation intestinale de cause traumatique. Quant à ce qui est de la rupture de l'intestin, le beau succès qu'a présenté M. Bouilly à la Société de chirurgie, en 1883, montre que l'intervention est parfaitement justifiée dans ces cas.

Nous ne ferons nulle difficulté d'avouer que les circonstances dans lesquelles il est permis d'intervenir sont très rares. Il est exceptionnel de rencontrer un malade qui, à la suite d'une contusion de l'abdomen, présente un épanchement sanguin abondant, rapidement croissant et sans algidité extrême. Nous insistons sur ce caractère de l'épanchement d'être rapidement croissant. C'est en effet l'indication la plus formelle. En effet, en présence d'un épanchement stationnaire, on risquerait fort en intervenant de trouver un vaisseau oblitéré par un caillot.

La question des contre-indications, tirées des lésions du foie et de la rate, doit encore rendre le chirurgien très réservé. Nous savons l'extrême difficulté qu'on éprouve à les diagnostiquer. On pourra se baser, pour les rejeter, sur le point d'application du traumatisme qui n'aura pas agi sur la région hépatique ou splénique, et enfin sur l'absence de douleur à la pression. Dans les cas d'algidité extrême, de collapsus, cette recherche est impossible; mais nous nous sommes déjà expliqué à ce sujet, et nous pensons qu'en ces conditions on ne doit point intervenir.

47. Myomes utérins considérables. — Hystérotomie. — Phénomènes d'anurie. — Péritonite. — Mort. — Autopsie. — Kystes du rein : par M. Paul Berthod.

La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une malade opérée par M. le Dr Polaillon.

Klein (Marie), âgée de 38 ans, a eu le croup dans son enfance et une variole à 34 ans. Trois ans auparavant elle avait présenté deux points douloureux au niveau du frontal et de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. A la suite de ces ostéites se produisit un écoulement de pus qui qui dura trois mois environ, puis il y eut formation de cicatrices adhérentes aux os.

K... est réglée depuis l'âge de 13 ans; elle s'est mariée à 16 ans et n'a jamais eu d'enfants. A 22 ans elle eut une perte de sang assez considérable à la suite de laquelle elle remarqua que son ventre augmentait de volume surtout à la partie inférieure. Depuis lors les hémorrhagies ont continué irrégulièrement plus ou moins longues, plus ou moins abondantes, quelquefois assez considérables, en particulier la dernière qui se produisit, il y a six mois, pour mettre la vie de la malade en danger.

Ensuite, de temps à autre, la malade se plaignait de douleurs vives dans tout l'abdomen, douleurs plus intenses dans la région de l'hypochondre droit. Tous ces phénomènes avaient plusieurs fois engagé la malade à se faire soigner à l'hôpital Cochin et à l'Hôtel-Dieu où elle fut soumise à un traitement reconstituant et aux préparations martiales.

Cependant le ventre avait toujours continué à s'accroître, si bien qu'elle se décidait à entrer de rechef à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le Dr Audhoui qui, frappé de l'énorme développement de la tumeur non moins que de l'extrême faiblesse de la malade, la faisait passer le 12 janvier dans le service de M. Polaillon.

12 *janvier*. Le facies de la malade est cireux, profondément anémié, les conjonctives pâles et exsangues, les mains diaphanes, les jambes sont maigres, non œdématiées, à peine un peu d'empâtement péri-malléolaire. Le pouls est analogue à celui qui suit les grandes hémorrhagies (70e) souffle anémique intense au premier temps du cœur et dans les deux jugulaires. La respiration superficielle est courte. L'auscultation du poumon est négative.

L'abdomen contraste par son développement avec l'amaigrissement des autres parties du corps, sa circonférence mesure 1 mètre 65, c'est un ventre de batracien, présentant trois saillies noueuses à la partie supérieure, saillies appréciables à la vue.

A la palpation, on sent la cavité abdominale remplie par une tumeur considérable présentant en haut trois saillies volumineuses, tumeur mate à la percussion, non fluctuante, mobile dans la cavité abdominale, grâce à la concommitance de liquide ascitique, si bien que la tumeur donne dans certaines de ses parties la sensation d'un véritable ballottement ; sur toute son étendue, la paroi abdominale antérieure amincie et comme parcheminée en est parfaitement indépendante. A l'auscultation, bruit de souffle intense coïncidant avec les pulsations radiales du pouls. Le toucher vaginal laisse à peine sentir le col qui est étiré, remonté au-dessus du pubis contre lequel il est aplati. Les culs-de-sac n'existent plus. L'examen des urines est négatif au point de vue du sucre et de l'albumine ; notons, d'autre part, que la malade garde bien ses urines et ses matières fécales.

Le diagnostic porté est myomes du corps de l'utérus, de dimensions considérables et tendant à s'accroître rapidement ayant déterminé des hémorrhagies dangereuses pour la vie de la malade, par là même, nécessitant au plus tôt l'intervention chirurgicale qui doit être facilitée par l'ascite et l'absence d'adhérences.

La malade est soumise alors à un traitement réparateur : toniques, ferrugineux, vin de quinquina. L'état général se relève et l'opération est fixée pour le commencement de février. Les urines ont été examinées plusieurs fois pendant cette période de préparation et n'ont jamais présenté ni sucre ni albumine. Après évacuation du tube intestinal (deux purgatifs doux, huile de ricin 30 grammes), à deux jours d'intervalle, on fait une dernière analyse d'urine négative comme les précédentes et l'opération est pratiquée le 7 février 1883.

7 *février*. Dès le matin, K... est entourée de flanelles, transportée dans une salle spéciale où elle doit rester isolée des autres malades, et l'opération est faite sous le spray, selon les précautions de la méthode antiseptique, par M. le Dr Polaillon, assisté de MM. Pozzi, Kirmisson et Nepveu.

Evacuation préalable de la vessie. Incision de la paroi abdominale antérieure partant du pubis et remontant à l'ombilic, division couche par couche sans écoulement sanguin notable. On arrive sur la tumeur. Celle-ci, trop volumineuse, nécessite un débridement secondaire qui est fait en contournant l'ombilic et remonte à trois centimètres au-dessus de lui. La tumeur est alors repoussée à l'extérieur, et on peut bien se rendre compte de sa forme. Un lobe antérieur, celui qui était appréciable à la palpation, présente en haut les trois noyaux qu'on percevait à travers la paroi abdominale antérieure ; un lobe postérieur plus considérable est séparé du précédent par un profond sillon dans lequel s'engage la masse intestinale.

Une ligature élastique provisoire est alors appliquée par M. le docteur Pozzi, grâce à son ingénieux appareil (cette ligature sera définitive) et l'opération va pouvoir dès à présent être exécutée à blanc, comme cela se passe lors d'une amputation des membres, selon la méthode d'Esmarck.

Les tumeurs (5 kil. 150) sont enlevées par des sections convergentes, de façon à évider un pédicule en forme de coque, après qu'on a au préalable libéré les adhérences qui existaient, surtout dans la partie gauche du petit bassin et sectionné les ligaments larges entre deux ligatures. Notons aussi, dès à présent, l'aspect singulier, blanc, lardacé que présente le péritoine, recouvrant le grand lobe ou lobe postérieur de la tumeur.

Le pédicule formé présente une hauteur de 10 centimètres environ, il est laissé aussi considérable pour éviter

© BIU Santé

les tractions trop fortes sur la plaie abdominale. Deuxième ligature élastique définitive. Le pédicule est fixé grâce à douze points de sutures à la plaie abdominale, de telle façon que toute la surface de la plaie se trouve communiquer avec l'extérieur. Ainsi tous les produits sécrétés ne pourront s'épancher dans la cavité abdominale.

La plaie abdominale se trouve obturée en grande partie, grâce à cette manière de procéder, l'angle inférieur seul reste libre et donne passage aux extrémités du fil des deux ligatures élastiques. Pansement de Lister. La chloroformation, du reste, très bien supportée par la malade, a duré deux heures. A midi, injection de morphine 0,01 cent. A 4 heures, la malade se plaint de quelques coliques, nouvelle injection de morphine 0,01 cent. T. 37°,4 ; pouls 76 ; R. 22. La malade, sondée, ne rend pas d'urine. Alimentation : champagne frappé, bouillon.

8 *février*, matin. La malade continue à se plaindre de coliques, nouvelle injection de morphine 0,01 cent. T. 39°,6; pouls 108 ; R. 34. La malade est sondée et rend à peine quelques gouttes d'urine non albumineuse. Midi, les coliques persistent, vomiturition, injection de morphine 0,01 c. Quatre heures, vomissements verdâtres, douleurs très vives dans le ventre. T. 38°,4 ; pouls 106 ; R. 22. Injection de morphine 0,01 cent. A peine quelques gouttes d'urine par la sonde. La malade s'affaiblit de plus en plus et succombe à dix heures du soir.

Autopsie. — L'autopsie est faite le 10 février, trente-trois heures après la mort. Distension considérable de tout le tube intestinal.

Thorax. Le poumon droit est réuni aux côtes par des adhérences molles, faciles à rompre. Ces adhérences, qui se rencontrent sur toute la surface du poumon, sont plus nombreuses en arrière et à la base, et réunissent les lobes entre eux. Rien de semblable à gauche. Les deux poumons présentent de la congestion hypostatique, mais surnagent dans l'eau ; pas de traces de tubercules aux sommets. Le cœur pèse 395 grammes, est hypertrophié, surtout dans sa partie gauche. Aucunes lésions de valvules, qui toutes sont saines et suffisantes.

Abdomen. Le *foie* (1 kil. 800 gr.) est déformé, ovoïde, recouvert d'un péritoine épaissi blanc-lardacé, analogue à celui qui recouvrait la partie postérieure de la tumeur utérine ; adhérent au diaphragme, il présente à la coupe les caractères du foie cardiaque. Vésicule biliaire normale, remplie d'une bile jaune d'or. La rate est adhérente au diaphragme, en plusieurs points elle présente à sa surface des plaques laiteuses, vestiges de péritonite ancienne, elle pèse 390 grammes.

Les reins (240-220 gr.) sont blancs, anémiés et kystiques ; celui du côté droit, en particulier, présente à sa surface extérieure de petits kystes lenticulaires et un kyste du volume d'un œuf de pigeon à son extrémité inférieure. A l'examen microscopique, les tubes rénaux paraissent entourés d'une prolifération conjonctive très abondante, c'est un rein chroniquement enflammé et qui tend à devenir chirurgical. L'uretère du côté droit est dilaté, présente 1 centimètre de diamètre et laisse écouler à la coupe une certaine quantité d'urine.

Bassin. Du côté gauche du pédicule on trouve du pus non collecté (environ 60 gr.), pas le moindre épanchement sanguin. La vessie est intacte et ne contient pas d'urine, les uretères dilatés viennent s'y aboucher et ne sont pas compris dans la ligature élastique. Celle-ci comprime encore le pédicule fortement. La plaie d'amputation ne présente pas trace d'hémorrhagie, mais une teinte sale, et suppure dans toute son étendue.

Séance du 7 mars 1884. — Présidence de M. Cornil.

1. Abcès du cerveau dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, mort, autopsie; par M. Eugène Deschamps, interne des hôpitaux.

Le nommé René Simon, âgé de 19 ans, valet de chambre, entre, le 4 décembre 1883 (service de M. Proust), à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, lit n° 10, pour une fièvre typhoïde à forme commune. La température qui a atteint 40°,5 est redevenue normale le 16 décembre.

Le 31 décembre, le malade fait une rechute et le soir la température est de 39,8 pour atteindre 40,3 le 5 janvier. Au mois de février, malgré la température élevée du soir qui monte parfois jusqu'à 40 degrés pour retomber à 37 le matin, et malgré la persistance de la diarrhée, on alimente le malade. Au bout de 4 ou 5 jours la température redevient normale.

Le 14 février, le malade se plaint d'un point de côté à gauche et de quelques douleurs dans l'épaule du même côté. Le 16, on constate une pleurésie avec épanchement.

Depuis cette époque, bien que le liquide n'ait pas atteint de grandes proportions, le malade va en s'affaiblissant chaque jour, il tousse beaucoup, il y a des signes de tuberculisation au sommet gauche, la maigreur est extrême, et l'on s'attend à une issue fatale prochaine, lorsque le 28 février à la visite du soir le malade se plaint de vives douleurs dans l'oreillette droite et la moitié droite de la face, avec difficulté de la déglutition. On constate une névralgie faciale droite avec points sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier. L'examen de la gorge ne fait rien découvrir d'anormal.

Le 19 février, le 1er mars et le 2 mars on prescrit 75 centigrammes de bromhydrate de quinine, qu'on remplace, le 3, par une injection hypodermique au-devant de l'oreille de un centigramme de chlorhydrate de morphine. La température qui était redescendue à 37 degrés le 27 février, remonte le 1er mars à 39°,3.

Le 2, le matin, T. 37,2. Le malade se plaint de ne pouvoir saisir les objets avec la main droite, il y a un affaiblissement musculaire considérable de ce côté, sans que pourtant il y ait paralysie complète ; pas de troubles de la sensibilité. Rien du côté du bras gauche. Un peu de raideur de la nuque. La névralgie faciale persiste, le malade a des vomissements bilieux déjà depuis quelques jours. Le soir T. 39°,6.

Le 3 mars, même état. T. 38 le matin, 40 le soir.

Le 4 le matin. T. 38 ; mais le malade est plus fatigué, il semble toujours souffrir beaucoup. Le soir, T. 40. Mort à 10 heures.

Autopsie le 6 mars. — Pleurésie séreuse du côté gauche avec fausses membranes très épaisses au-dessus du diaphragme. Petites cavernules au sommet du poumon gauche. Rien au cœur. Foie, rein, rate congestionnés. Rien à l'intestin, si ce n'est au niveau des plaques de Peyer qui sont un peu épaissies, mais cicatrisées.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on voit un peu de pus sur les méninges du côté droit dans un point assez limité, mais il est facile de voir qu'il n'y a pas de méningite et que le pus provient de parties plus profondes, dans la pulpe cérébrale.

Il y a un *abcès du cerveau* du côté droit, au niveau de la partie postérieure de la 1re circonvolution temporale. Cet abcès qui ne communique à l'extérieur que par une petite ouverture irrégulière, peut-être due à une déchirure de la pulpe cérébrale à ce niveau pendant l'ouverture du crâne, présente la grosseur d'une noix, il est superficiel et s'étend beaucoup plus en largeur surtout en avant qu'en profondeur. Il ne communique avec aucun des ventricules. Il ne présente d'ailleurs rien de particulier ni comme contenu, ni comme parois.

L'hémisphère cérébral gauche ne présente aucune lésion apparente ni à la surface des circonvolutions, ni à la coupe. Il n'existe aucune lésion, ni du rocher, ni de l'oreille, du côté droit, dont se plaignait le malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 novembre 1884. — Présidence de M. M. Sée.

Ectrodactylie (suite) M. Nicaise présente deux pièces recueillies sur le même sujet : la main droite offre une ectrodactylie du médius et trachydactylie de l'annulaire ; la main gauche présente une ectrodactylie du médius.

© BIU Santé

M. Verneuil, à propos de la communication de M. Cross sur les anévrysmes qui compliquent les luxations de l'épaule, relate une observation : luxation de l'épaule sur une femme de 60 ans ; la réduction fut facile, mais la malade, indocile, arracha le bandage et la luxation se reproduisit ; cette nouvelle luxation fut réduite à l'aide de mouffles, par Nélaton et Malgaigne ; quelques jours après, quand la malade commença à remuer le bras, on s'aperçut de l'existence d'un anévrysme de l'artère axillaire. Deux ans après la tumeur était restée stationnaire. M. Verneuil a cru intéressant de signaler ces cas qui sont d'un pronostic moins sombre.

M. Ledentu relève la différence qui sépare, au point de vue du traitement et de la gravité, ces anévrysmes tardifs et généralement vrais, des anévrysmes diffus qui se produisent au moment du traumatisme ou de la réduction.

M. Polaillon fait un rapport verbal sur une observation de *hernie inguinale congénitale*, adressée à la Société par le Dr Dubourg (Bordeaux) : le sujet était un garçon de 14 ans ; les symptômes d'étranglement furent presque foudroyants, et l'opération, pratiquée 13 heures après le début montra que l'agent de l'étranglement était une bride extérieure au sac. M. Dubourg détruisit la bride et réduisit sans ouvrir le sac : le malade guérit. — M. le rapporteur se demande s'il n'eût pas été avantageux d'ouvrir le sac pour se rendre un compte exact de l'état des viscères, et de tenter la cure radicale.

M. Berger eût peut-être fait une tentative sérieuse de taxis en présence d'un étranglement qui ne datait que de 13 heures. Au sujet de la cure radicale, il pense qu'il n'y avait pas lieu de la tenter par l'ouverture du sac et sa dissection, puisque la hernie était congénitale et compliquée d'ectopie testiculaire. La dissection du sac, très adhérent aux éléments dissociés du cordon, est alors une opération difficile et très sanglante, mieux vaut abaisser le testicule ou castrer.

M. Richelot eût ouvert le sac et tenté la cure radicale ; il profite généralement de l'opération de la hernie étranglée pour essayer la cure radicale, et n'a pas rencontré dans la dissection du sac les difficultés dont a parlé M. Berger. Si la dissection est impossible, on a recours à des résections partielles.

M. Lucas-Championnière partage l'avis de M. Berger au sujet des grosses difficultés que l'on rencontre dans la dissection du sac ; il essaie toujours la cure radicale et ne reculerait pas devant l'ablation d'un testicule en ectopie, c'est-à-dire d'une non-valeur.

M. Bouilly a pu constater deux fois l'extrême difficulté de la dissection du sac et les dangers auxquels elle expose le malade par l'hémorrhagie qui la complique fréquemment : il pense qu'il faut être très réservé surtout en présence des résultats douteux fournis par les tentatives de cure radicale. — M. Bouilly dit que la hernie dont il est question dans l'observation de M. Dubourg, congénitale dans ses symptômes, ne l'est plus par l'agent de l'étranglement ; cet agent est d'ordinaire un rétrécissement du conduit vagino-péritonéal, tandis que dans le cas présent c'était une bride extérieure au sac.

M. Trélat a aussi été frappé de ce détail anatomique et demande que le fait soit bien spécifié dans la relation au bulletin.

M. Nicaise a pu suivre quelques malades sur lesquels il avait tenté la cure radicale et il a toujours constaté quelque temps après l'opération, l'existence d'une pointe de hernie qui permettait de prévoir la reproduction.

M. Terrier communique une très intéressante observation d'hystérotomie. Il s'agissait d'une tumeur fibro-kystique énorme, si grosse, que plusieurs chirurgiens avaient refusé d'opérer. Au cours de l'opération, M. Terrier rencontra de nombreuses adherences, une trompe hypertrophiée au point de donner le change pour l'uretère ; le pédicule, le tissu cellulaire péri-vésical et péri-rénal suppurèrent ; la malade guérit.

M. Pozzi présente un polype fibreux intra-utérin, qui descendait dans le vagin d'une façon intermittente. Conduit à opérer pour obvier à des hémorragies redoutables, M. Pozzi fendit le col utérin, sépara avec beaucoup de peine la tumeur, très adhérente au tissu utérin, et, finalement, put la sortir de la cavité utérine à l'aide d'un petit forceps. La malade a guéri, bien que sa convalescence ait été interrompue par une pneumonie, puis par une péritonite.

P. Poirier.

Séance du mercredi 12 *novembre* 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Richelot fait un rapport sur deux observations de *thyroïdectomie* adressées à la Société par M. Schwartz. Dans un de ces cas M. Schwartz, après avoir essayé en vain les injections interstitielles de teinture d'iode, procéda à l'opération ; il s'agissait d'un goitre unilatéral déplacé de haut en bas dans la région cervicale, si bien qu'il pouvait donner le change pour une tumeur de cette région ; l'opérée guérit. Dans le deuxième cas, où la tumeur avait repoussé et déformé la trachée, l'opérée pût se lever dès le 16e jour ; mais elle était presque complètement aphone à ce moment, présentait un certain degré de dyspnée, et l'on pouvait constater au laryngoscope la paralysie de la corde vocale gauche ; *depuis, ces phénomènes ont disparu sous l'influence de l'électricité.*

M. le rapporteur attire l'attention de la Société sur les phénomènes de dyspnée et d'aphonie qui suivent fréquemment les thyroïdectomies. La pathogénie de ces accidents est loin d'être élucidée. Pendant longtemps on attribua les aphonies à la section d'un ou de deux récurrents, et comme ces aphonies disparaissent d'ordinaire très vite on argua de régénération ou de suppléances nerveuses ; cependant dans plusieurs autopsies d'opérées aphones on a trouvé les récurrents intacts ; il faut donc chercher d'autres explications de ce phénomène ; et on peut invoquer une névrite localisée ou ascendante, l'irritation par l'acide phénique (Julliard), la compression, etc.

Quant à la dyspnée post-opératoire, il est encore moins certain qu'elle puisse être le fait de la section ou de la paralysie du récurrent ; plus souvent peut-être elle est le fait d'un spasme glottique produit par l'excitation du nerf, pincé, tiraillé, excité, ou compris dans une ligature. — La conclusion est qu'il faut ménager à tout prix les récurrents et ne point faire de ligature en masse des pédicules vasculaires.

M. Terrillon a fait, il y a six semaines environ, une thyroïdectomie pour un sarcome de la glande ; bien qu'il puisse presque affirmer n'avoir pas touché les récurrents ; l'opérée a présenté, après l'opération, des phénomènes d'aphonie et de dyspnée analogues à ceux dont il vient d'être parlé, et qui paraissent vouloir s'amender.

M. Lucas-Championnière a observé la raucité de la voix pendant les quatre ou cinq premiers jours post-opératoires, et il a vu le phénomène s'amender, puis disparaître ; il fait remarquer combien il est difficile de se préoccuper efficacement des récurrents au cours de l'opération, surtout quand la région est déformée et ses rapports changés. M. Lucas-Championnière insiste, au point de vue opératoire, sur la nécessité d'arriver jusqu'au tissu même de la glande, avant d'essayer l'énucléation qui devient alors beaucoup plus facile, comme l'ont fait observer MM. Reverdin.

M. Ledentu fait remarquer qu'il est souvent difficile de savoir si l'on a affaire à un goitre à marche très rapide ou à un sarcome. Les douleurs à distances, qui peuvent siéger dans la région temporale ou dans la région mastoïdienne, et même dans la région orbito-frontale, paraissent être un signe de grande valeur en faveur du sarcome. Tout récemment il a pu diagnostiquer par ce seul signe un sarcome du corps thyroïde,

M. Terrier remarque que ce symptôme n'existe pas toujours et qu'il convient peut-être de l'attribuer à la rapidité plus ou moins grande du développement de la tumeur. Or, le sarcome se développe en général très rapidement, et les mêmes phénomènes peuvent être observés après des injections qui ont brusquement distendu la glande. M.

© BIU Santé

Terrier fait encore ressortir les avantages de l'anesthésie complète dans la thyroïdectomie comme dans la trachéotomie.

M. Berger, à propos du diagnostic de ces tumeurs, rappelle la remarque de Rosery d'après lequel le goître donnerait lieu d'abord à des accidents respiratoires, tandis que le cancer déterminerait d'abord des troubles du côté de la déglutition. M. Berger rappelle aussi les nombreux inconvénients des injections interstitielles.

M. Richelot croit que ces accidents sont nuls ou très bénins quand on emploie la teinture d'iode, mais il fait des réserves pour les autres injections qu'il n'a point expérimentées.

M. Terrier signale l'espèce de gargouillement senti par la main qui tient la glande après une injection d'une solution d'iodoforme dans l'éther, et se demande s'il faut l'attribuer à un dégorgement de vapeurs éthérées sous l'influence de la température de la glande.

M. Sée a injecté cette solution dans des genoux dont la température n'est guère inférieure à celle du corps thyroïde et n'a rien observé de semblable.

M. Ledentu communique un important travail sur les *épanchements graisseux*; son attention a été attirée sur ce sujet par un cas qu'il a rencontré et présenté il y a trois ans à la Société; il s'agissait d'une hydrocèle dans le liquide de laquelle il y avait une grande quantité de graisse; sur l'observation de M. Verneuil, le liquide fut examiné au point de vue de la présence des filaires, et M. Damaschino y trouva ce vers, à l'état embryonnaire, en abondance.

Le travail de M. Ledentu renferme un historique complet de la question, l'histoire naturelle et le rôle pathogénique probable de la filaire, d'intéressantes considérations sur la nature, la composition et la provenance du liquide qui constitue ces épanchements. Nous aurons l'occasion d'y revenir. P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 12 novembre 1884.—Présidence de M. Delpech.

M. R. Guéneau de Mussy lit une observation qui, jointe à plusieurs autres, lui ont démontré l'efficacité du *jaborandi* chez les arthritiques sujets à l'urticaire et dont la peau fonctionne peu. Il a employé la formule suivante :

Poudre de jaborandi.	aa 0,10 cent.
Extrait de Gayac.	
Benzoate de lithine,	0,20 cent.

Deux pilules en 24 heures en augmentant progressivement jusqu'à quatre. Continuer le traitement pendant plusieurs mois dans l'année en le coupant d'intervalles. Comme adjuvant, on se trouvera également bien d'envoyer les malades faire une cure d'eaux sulfureuses.

M. Huchard rappelle les propriétés physiologiques de la *caféine* (1) : on sait combien cet agent est précieux dans les affections cardiaques; il élève la tension artérielle et est un excellent diurétique ; c'est un tonique qui, employé en injections sous-cutanées, est comme excitant préférable peut être aux injections d'éther. Il faut l'employer à doses suffisantes : on se trouvera très bien de la formule suivante lorsque la caféine sera administrée en potion :

Eau distillée,	300 gr.
Benzoate de soude.	aa 5 gr.
Caféine.	

Deux à cinq cuillerées à bouche par jour.

Cependant comme l'estomac se fatigue assez facilement, les injections hypodermiques devront être préférées: Voici la formule qu'a donnée M. Tanret :

Salycilate de soude.	3 gr. 10.
Caféine.	4 gr.
Eau distillée, q. s., pour 10 cent. cubes.	

Chaque cent. cube contient ainsi 10 cent. de caféine : on pourra administrer de 40 à 80 cent. par jour. A ce propos, M. Huchard, qui a eu à soigner des cholériques à l'hôpital Bichat a employé cette substance jusqu'à la dose de 2 gr. par jour ; mais les cas qui ont été soumis à son observation ne sont pas encore assez nombreux pour lui permettre de conclure.

M. Dujardin-Beaumetz a également beaucoup employé la caféine qui est un excellent médicament : il propose dans tous les cas son association unique avec le benzoate de soude, substance dans laquelle se dissout le mieux ce produit. Puisque M. Huchard a parlé de choléra, il vaut peut être mieux dès aujourd'hui entamer sur son traitement une discussion qui viendra certainement devant la Société. En ce moment diverses médications sont en présence: parmi celles-ci, il y en a peut être de bonnes ; il en existe certainement d'inoffensives; ce qui est certain, c'est qu'il s'en trouve de mauvaises et en particulier la médication par les injections sous-cutanées de morphine qui s'étale dans tous les journaux les moins médicaux. En pathologie grossière, il existe au point de vue du traitement deux variétés de cholériques, ceux qui pissent et ceux qui ne pissent pas. Lorsque la morphine en injections sous-cutanées est donnée aux seconds, il peut arriver trois choses: ou elle n'est pas absorbée et reste sur place, ou elle est absorbée sans être éliminée et empoisonne le malade ; ou enfin, en cas de réaction et d'élimination consécutive, elle se trouve encore en trop grande quantité dans l'organisme. C'est donc là une médication dangereuse: il ne faut cependant pas pour cela bannir les opiacés du traitement du choléra. On peut dire également que le laudanum, en particulier, peut rester dans l'estomac et ne produire aucun effet, ou étant absorbé tout à coup produire des effets nuisibles: il n'en est rien, car lorsqu'il n'est pas absorbé il survient toujours des vomissements qui le rejettent au dehors. M. Dujardin-Beaumetz emploie également et alternativement les injections sous-cutanées de caféine et d'éther; il se propose aussi d'expérimenter le traitement que pratique en ce moment M. Hayem à l'hôpital St-Antoine et qui est ainsi institué. Lorsque, malgré tous les excitants, la période algide est survenue, on injecte dans les veines du sujet, à l'aide d'un injecteur vaginal ordinaire, 2 litres 1/2 d'une solution de chlorure de sodium et de sulfate de soude à la température de 38° C. Le malade, ainsi qu'on le sait, revient pour ainsi dire à la vie : profitant de la soif intense qui se manifeste alors, on lui fait absorber de grandes quantités de boissons alcalines. On n'ignore pas, en effet, que le sang est pour toujours acide chez les cholériques. Cette méthode paraît avoir déjà donné de bons résultats ; ce qui est certain, c'est qu'elle est tout à fait inefficace chez les alcooliques.

M. Delpech rappelle que Baudrimont avait préconisé le bicarbonate de soude, en vue de combattre l'acidité du sang chez les cholériques.

M. C. Paul pense qu'il est bon comme adjuvant de faire pendant la période algide une forte révulsion sur l'abdomen : une ceinture de flanelle imbibée d'essence de thérébentine donne une révulsion rapide et très effective. C'est un procédé thérapeutique facile à mettre en œuvre et qui est à la portée de tous. G. Gilles de la Tourette.

(1) Nous rappelons à nos lecteurs qu'ils trouveront dans le *Manuel des injections sous-cutanées* tous les renseignements relatifs à cette question.

REVUE MÉDICALE

Le Choléra (1).

VII. Sul cholera in *Cairo d'Egitto nel l'anno* 1883 : Ricordi del dott. Prospero Sonsino. Pisa, tip. Vannucchi, 1884.

VIII. Poche parole sul coelra dirette ai padri di famiglia; Dott. Ettore d'Urso. Bari, Luglio, 1884.

IX. Instruction médicale sur le choléra, par la *Société nationale de médecine de Lyon*, MM. Renaut, J. Teissier et Ferrand, rapporteurs. Lyon, Association typographique, 1884.

X. Leçons faites par décision de la faculté de Montpellier, les 4, 5, et 7 juillet 1884 sur la **Symptomatologie**, l'**Hygiène**

(1) Voir le n° 32.

© BIU Santé

et le traitement du choléra ; par MM. les professeurs Castan, Bertin-Sans et Grasset. — Montpellier, Typ. de Boehm, 1884.

XI. La Electricidad y el Colera. por R. Rodriguez Merino. — Madrid, imprenta de A. J. Alaria, 1884.

XII. Du cuivre contre le choléra et la fièvre typhoïde ; par V. Burq. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1884.

VII. L'auteur a communiqué en juin 1884, à la *Société médico-physique de Florence*, un certain nombre d'observations qu'il a pu faire en Egypte durant l'épidémie cholérique de 1883. Signalons les points un peu particuliers indiqués par l'auteur. Pour lui, le choléra pourrait s'arrêter à toutes les périodes ; mais tandis que la guérison serait fréquente à la période diarrhéique, elle l'est bien moins à la période asphyxique. — La diarrhée initiale est impossible à différencier des diarrhées banales ; elle est absolument indolore et peut être méconnue, ce qui permet de considérer les cas de choléra d'emblée comme faux ou au moins excessivement rares. — Dans la période asphyxique, la température augmente beaucoup, peut même dépasser 40°, tandis que pendant la période algide, elle peut descendre à 35°. — Lorsque la sécrétion urinaire se reproduit, l'urine contient toujours de l'albumine et une quantité notable d'indican et d'uroxanthine. — Durant la période de réaction, l'auteur a observé chez deux femmes un processus *diphtéritique* avec escarre de la vulve et du vagin ; les malades moururent. De même, un cas de parotidite se termina par la mort ; dans d'autres cas, on observa des éruptions à forme d'urticaire, de roséole, d'érythème. Tous ces faits sont en somme l'analogue de ce qu'on observe dans maintes maladies infectieuses. Quant aux microbes de l'intestin, l'auteur, qui d'ailleurs avoue son incompétence sur ce point, n'y a rien vu de particulier, sauf dans un cas où il aurait trouvé un cercomonas analogue à celui signalé par Davaine en 1854, mais il ne peut se prononcer sur la valeur pathogène de ces éléments. Le sang lui a montré des granulations qui sont probablement des débris de leucocythes et que d'ailleurs on retrouve dans le sang le plus normal. L'auteur aurait même pu ajouter que leur nombre augmente dans beaucoup de maladies hyperthermiques, qu'elles peuvent s'unir, affecter même des formes régulières de chapelets ou de bâtonnets, tout en étant souvent animées de mouvements browniens, et fort bien être prises alors pour de vrais microbes par des observateurs non prévenus. — Dans un grand nombre de cas, le Dr Sonsino a trouvé dans l'intestin de cholériques des parasites variés : bilharzia hœmatobia, anchilostomes, ascarides lombricoïdes. N'est-il pas possible de penser que ces parasites, gênant plus ou moins le fonctionnement de l'intestin, ont pu ainsi préparer le terrain pour le bacille cholérique. On sait en effet l'importance très vraisemblable que Koch attribue au mauvais fonctionnement au moins de l'estomac, comme cause permettant l'introduction et le développement du bacille virgule dans l'intestin. — Il n'est pas rare d'observer chez les cholériques des cas de mort apparente ; inversement, chez des sujets bien morts, on a pu observer des mouvements réflexes assez étendus. Dans un cas, immédiatement après la mort, l'auteur a pu constater la réaction nettement acide des masses musculaires. Des contractions fibrillaires purent être constatées dans un fragment de muscle détaché du cadavre. L'auteur, parmi plusieurs procédés thérapeutiques qu'il indique, préconise surtout les lavements aqueux fréquents et les ventouses à l'épigastre. Il affirme la non-propagation d'individu à individu et, à ce propos, cite le fait du Grand-Hôpital de Kasr-el-Ain où du nombreux personnel qui le fréquentait un seul infirmier succomba, ainsi que celui de l'hôpital d'Ibrahim-Pacha, où seul un barbier mourut. En somme, travail intéressant : des faits et non des phrases.

VIII. Comme son titre l'indique, cet opuscule est destiné aux pères de famille. Il renferme donc, classés en nombreux petits chapitres courts, avec titre bien en vue, tous les conseils les plus pratiques d'hygiène à suivre en temps de choléra ; quelques indications sont données sur les soins immédiats que réclament les sujets atteints de diarrhée prémonitoire : le laudanum, la menthe et la valériane sont recommandés et formulés. Enfin, une liste des substances médicamenteuses et antiseptiques qu'il faut avoir toujours chez soi en temps d'épidémie termine la première partie. Dans l'appendice qui suit, l'auteur discute les questions d'hygiène urbaine applicables surtout à la ville de Bara. Exposant les travaux récents de Koch, il réclame pour plusieurs Italiens, et surtout pour Pacini, l'honneur d'avoir antérieurement indiqué l'existence de microbes pathogènes dans le choléra. Mais, s'il est vrai que Pacini surtout semble avoir bien approché de la vérité, l'auteur oublie qu'il ne suffit pas d'affirmer, qu'il faut démontrer, la démonstration ne fût-elle même pas absolument complète, comme c'est le cas pour Koch. Il croit à la possibilité de la découverte du vaccin cholérique, mais en attendant recommande instamment la cure de la diarrhée prémonitoire.

IX. Les trois rapports de MM. Renaut, Teissier et Ferrand constituent un bon exposé de la question du choléra telle qu'elle doit être comprise d'après les recherches récentes. En somme, rien de bien nouveau ; cependant, nous insisterons sur quelques points spéciaux. L'historique du choléra à Lyon présente des particularités intéressantes. On considère généralement que Lyon a toujours joui d'une immunité complète pour le choléra ; or, cette immunité n'est que relative. En 1832, en effet, comme en 1835, alors que toute la vallée du Rhône était frappée, on ne signale pas à Lyon un seul décès autochtone. En 1849, nombre de personnes vinrent mourir à Lyon, et pourtant, pendant les six premiers mois, pas un cas local ne se produisit ; mais pendant le reste de l'année, on observa une centaine de cas développés sur place. En 1854, l'épidémie fut plus sérieuse, on constata dans les hôpitaux environ 300 cas, dont plusieurs nés sur place et à peu près 500 décès dans la population urbaine. Depuis lors, Lyon fut indemne ; ni en 1855, ni en 1865, ni en 1873, il n'y eut d'épidémie cholérique à Lyon. A quoi attribuer cette particularité si remarquable ? De nombreuses théories ont été mises en avant ; il en est deux surtout dignes d'attention : la première, celle de Petenkofer, fait jouer un rôle actif aux grandes oscillations de la nappe d'eau souterraine ; la seconde attribue une grande importance à la constitution granitique du sol. Il est fort probable que les deux théories sont également vraies. En effet, si les plateaux de la Croix-Rousse, de Fourvière et la rive droite de la Saône ont une constitution granitique, la presqu'île et toute la rive gauche du Rhône (Perrache et les Brotteaux) sont constituées uniquement par un terrain d'alluvion qui se laisse infiltrer avec la plus grande facilité par les eaux du Rhône exclusivement (la Saône, en effet, coule sur un lit de granit imperméable). Il existe donc, à une faible profondeur, une puissante nappe d'eau souterraine *coulante*, suivant les oscillations du fleuve, et qui doit jouer un rôle important en lavant le sol et entraînant rapidement tous les détritus organiques qu'il peut contenir ou qui s'y infiltrent. Si l'on joint à ces conditions éminemment favorables l'existence d'une ventilation puissante, balayant toute la surface de la ville par le courant d'air constant émané des vallées du Rhône et de la Saône, on pourra s'expliquer ainsi l'immunité presque complète dont jouit la ville de Lyon.

Les auteurs exposent ensuite l'anatomie pathologique du choléra et montrent comment la maladie est constituée par la réaction de l'organisme contre un microbe spécial, mais dont l'individualité n'est pas encore irréfutablement établie, microbe d'ailleurs qui n'agit pas seul, mais produit vraisemblablement bien des accidents au moyen des ptomaïnes qu'il sécrète, tandis qu'ouvrant la porte aux innombrables microbes du tube digestif, il leur permet de pénétrer dans les parois de l'intestin et de produire ainsi les graves accidents septiques de la période typhoïde. Les déductions prophylactiques que l'on peut tirer de ces données peuvent se grouper sous trois chefs : pureté des ingesta, pureté des voies digestives, purification des excréta. Inutile d'insister sur les deux premiers points ; il est évident que l'agent cholérigène étant un bacille, il faut éviter de l'introduire dans le tube digestif, et le grand véhicule étant l'eau, celle-ci doit être l'objet d'une surveil-

© BIU Santé

lance constante ; elle doit être d'origine pure ou absolument stérilisée par l'ébullition un peu prolongée. Quant à l'intestin, on conçoit que son intégrité est nécessaire, puisqu'il semble bien que le microbe ne peut arriver dans l'intestin que si l'estomac, fonctionnant mal, l'a laissé passer sans le détruire et ne peut ensuite se développer que si l'intestin n'est pas dans un état parfait. D'autre part, il va de soi que les déjections cholériques, surtout les selles incolores, à grains riziformes, pleines de microbes, aptes à se cultiver très facilement en dehors de l'organisme, doivent être désinfectées avec le plus grand soin. Bien plus, si l'on voulait admettre la pure hypothèse présentée beaucoup trop catégoriquement par les auteurs, il faudrait considérer comme dangereuses les selles d'un certain nombre d'individus « non infectés en apparence et qui n'auront pas le choléra, mais qui, réfractaires eux-mêmes à cette maladie, auront néanmoins servi de véhicule à son contage, l'auront semé sur leur route par leurs *excrétions* ou leurs bagages et auront ainsi créé de nouveaux milieux cholériques.... » — Le diagnostic différentiel est fait avec soin, et c'est là un point fort important durant toute épidémie cholérique. Quant aux multiples antiseptiques actuellement connus, l'exposé en est fait avec soin et détail. M. Ferrand recommande tout particulièrement l'huile lourde de houille préparée spécialement, de manière à n'avoir qu'une densité de 1 degré aréométrique.

X. De la symptomatologie du choléra exposée par M. Castan, rien à dire ; quant à l'hygiène du choléra traitée par M. Bertin-Sans, nous y trouvons exposée au long la théorie de Pettenkofer : 1° les variations des nappes d'eau souterraines qui, s'élevant, entraînent les germes pathogènes que peut renfermer le sol et, s'abaissant ensuite, abandonnent ces produits septiques à la disposition de l'air extérieur qui, par ses pénétrations faciles, en infecte aisément l'atmosphère ; 2° la théorie du choléra-germe et du choléra-poison : « l'organisme-ferment, issu du marais infectieux et transporté par les objets dont l'homme fait usage, est à l'état de choléra-poison et provoque la maladie chez l'homme ; sorti du corps de l'homme qu'il a rendu malade avec ses selles ou toute autre excrétion, il est à l'état de choléra-germe, et ne pourra communiquer le mal que lorsque, dans des conditions nouvelles, dans le sol, par exemple.... dans tous les milieux humides et chauds, imprégnés de matières putrescibles.... il aura repris sa forme seule dangereuse de choléra-poison. » L'auteur explique par ces théories pourquoi Koch n'a pu inoculer les bacilles qu'il a recueillis dans les selles des cholériques, « c'est qu'il avait dans ses mains le choléra-germe et non le choléra-poison. » Il n'y a qu'un malheur à tout cela, c'est que ce sont là d'ingénieuses hypothèses sans aucune espèce de démonstration expérimentale rigoureuse ; il faut donc les prendre pour ce qu'elles valent. Les antiseptiques que préconise surtout l'auteur sont le permanganate de potasse, le sulfate de cuivre et enfin les étuves. Le traitement du choléra est exposé par M. Grasset ; il affirme tout d'abord la non-existence des spécifiques contre le choléra, la thérapeutique doit être celle des *indications*, et celles-ci se tirent de tout. Successivement l'auteur examine les indications diverses : la première période, la diarrhée, les vomissements, l'algidité, etc., et en déduit une thérapeutique applicable à chacune d'elles. Suivant les périodes, il préconise l'opium, la glace, l'hydrothérapie, l'alcool, les ammoniacaux, les inhalations d'oxygène, l'électricité, les injections intraveineuses de sérum artificiel, etc.

XI. M. Rodriguez Merino, télégraphiste, a réuni dans une petite brochure un article écrit pour un journal politique. Considérant que l'ozone passe pour un excellent antiseptique, il pense qu'il ne doit cette qualité qu'à l'électricité, que celle-ci est le seul désinfectant qui existe ; bien plus, que tous les désinfectants connus ne désinfectent que parce qu'ils produisent de l'électricité (?). Comme conséquence, l'auteur propose, aussi bien comme traitement que comme moyen prophylactique, l'électrisation des sujets réunis en chaine, au moyen d'une bobine de Ruhmkorff actionnée par des piles Leclanché, en ayant soin d'introduire dans le circuit une boite à résistance et un commutateur pour graduer la quantité d'électricité, suivant les cas.

XII. Cette brochure compacte a été comme le testament médical de Burq. Il y a donné tout au long les innombrables recherches qu'il avait faites depuis trente ans dans le monde entier, pour établir ce fait « que les ouvriers en cuivre sont respectés par le choléra en proportion du degré de leur imprégnation cuprique, au moment même où il sévit. » Discussions, polémique, enquêtes et contre-enquêtes, témoignages de tous genres, Burq, avec une ténacité incroyable, avait tout entrepris pour arriver à faire la démonstration aussi claire que possible. Son dernier livre contient l'exposé complet de cet immense labeur. Il pensait être arrivé à cette démonstration, et déduisant de là une thérapeutique toute spéciale, il recommandait l'imprégnation cuprique provoquée comme méthode prophylactique infaillible contre le choléra, mais non pas au moyen de faibles doses, mais par des doses sérieuses, administrées pendant assez longtemps. Il préconisait soit l'absorption quotidienne de 1 à 6 pilules, suivant les âges, contenant chacune 2 centigr. de bioxyde de cuivre, soit l'administration, matin et soir, d'un quart de lavement contenant pour les adultes 15 à 20 centigr. de sulfate de cuivre, lavement qui devait être gardé ; en second lieu, inhalations cupriques la nuit en faisant brûler dans une lampe de l'alcool contenant un dixième de chlorure de cuivre ; enfin, application sur le corps de larges et permanentes armatures en cuivre ou de linge imbibé d'une solution de sulfate de cuivre. — Comme traitement du choléra, Burq préconisait la même méthode : sels de cuivre à haute dose, en potions ou en lavements, de 20 à 60 centigr., 1 gr. et même plus de sulfate ou de bichlorure de cuivre par 24 heures, en potion ; tandis qu'en lavements, de 10 à 50 centig. par lavement, à répéter jusqu'à 6 fois dans les 24 heures ; enfin, applications et au besoin frictions avec du cuivre en nature sur la peau des cholériques. Burq fut violemment combattu ; la lecture de son livre, en le débarrassant des exagérations inhérentes à tout novateur, tandis que d'autre part on lit sans parti pris, semble néanmoins assez bien démontrer que les ouvriers en cuivre sont, toutes choses égales d'ailleurs, bien moins frappés par le choléra que les sujets ordinaires, et d'autre part, qu'on a pu, dans certains cas, obtenir de bons résultats de la médication cuprique dans le choléra. Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'immunité que, d'après Burq, le cuivre procurerait aussi contre la fièvre typhoïde, la variole et la diphtérie (1).

L. CAPITAN. (*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Paris, le 27 octobre 1884.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*,

Dans votre estimable journal du 11 octobre dernier, j'ai lu avec un vif intérêt (p. 817), le compte rendu d'une communication faite par M. Delthil au Congrès de Blois (séance du 10 septembre) *sur le traitement des fractures du tiers supérieur du fémur par la position du membre dans l'abduction*. L'abduction n'étant qu'une des nombreuses indications à remplir, le mot traitement me semble un peu prétentieux ; mais passons.

D'après l'auteur de la communication, je n'aurais fait dans mon *Traité des fractures du fémur*, paru en 1877 et non en 1875, que développer une idée émise par lui dans sa *thèse inaugurale du 12 avril* 1869. Cette idée est tout entière dans la phrase suivante : « Mettons le membre inférieur en abduction, c'est là, ajoute-t-il, ce qui m'appartient en propre dans le traitement des fractures du fémur ». Cette première revendication m'avait échappé ; la seconde a été faite si solennellement au congrès, qu'elle n'a pu me laisser indifférent.

Le mot de plagiaire ne doit pas être prononcé ici. J'ai l'in-

(1) Nous croyons que cette question n'a pas l'importance que lui attribuait M. Burcq.

© BIU Santé

time conviction que M. Delthil, tout en attachant un très grand prix à cette idée, ne l'aurait pas revendiqué, s'il avait eu connaissance d'un mémoire, antérieur à sa thèse, intitulé : *Quelques considérations sur l'extension continue et les douleurs dans la coxalgie,* mémoire couronné par la faculté de médecine de Paris (prix Barbier, 1868) et imprimé dans les *Archives générales de médecine,* numéros de décembre 1868, janvier et février 1869 ; car au chapitre que je consacre à *la position du membre inférieur dans les fractures de la cuisse et dans les coxalgies* (p. 652 et suivantes), il aurait trouvé aux conclusions (p. 657), après une étude détaillée des insertions des muscles de la cuisse et de leur action sur les leviers osseux, des phrases comme celles-ci : « Une abduction modérée dont l'influence était à redouter pour les abducteurs est au contraire une position avantageuse à donner au membre inférieur atteint de fracture..... Dans les fractures de la cuisse, faire reposer le membre sur un plan horizontal, en abduction modérée et en relation en dehors.....» Cette même idée revient en différents endroits.

Si M. Delthil s'était donné la peine de lire la 3e observation (p. 474) de mon *Traité des fractures du fémur,* il aurait pu acquérir la conviction que cette indication de placer le membre inférieur en abduction avait été mise en pratique le 10 mai 1868 ; qu'enfin, s'il avait jeté les yeux sur la page 762 du même ouvrage, il y aurait vu le dessin d'une gouttière de Bonnet, modifiée de manière à maintenir le membre dans l'abduction. La lecture des pages indiquées et d'autres encore, l'aurait certainement convaincu que cette indication n'était pas une simple vue de l'esprit, une idée *à priori,* mais qu'après l'étude de l'action des muscles, elle s'est pour ainsi dire imposée au même titre qu'un résultat après la solution d'un problème.

Dans les fractures de la partie supérieure du fémur, pour ramener dans l'axe du membre les fragments déviés en dehors et enfouis au milieu de masses charnues, les appareils contentifs sont impuissants, les appareils extensifs presque toujours insuffisants ; alors j'ai fait agir sur ces fragments les muscles abducteurs mis en tension par l'abduction du membre.

La question de priorité m'a semblé jugée, puisque mon mémoire, après un séjour de plusieurs mois à la faculté de médecine, a paru dans les *Archives* en décembre 1868 et que M. Delthil n'a soutenu sa thèse que le 12 avril 1869.

Si cette rectification ne vous paraît pas indigne de l'impression, je vous serais très reconnaissant de l'insérer dans un de vos prochains numéros.

Recevez, je vous prie, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes meilleurs sentiments. Dr Hennequin,

31, *rue de Maubeuge.*

BIBLIOGRAPHIE

De la spermatorrhée ; par le Dr A. Malécot,—Paris, O. Doin, 1884

Il y a peu de sujets plus intéressants pour le chirurgien des voies urinaires, et en même temps plus obscurs que la spermatorrhée. Cette obscurité a été rendue plus grande encore par de nombreux travaux publiés dans un esprit peu scientifique, destinés pour la plupart aux gens du monde et ayant pour véritable but d'attirer les malheureux spermatorrhéiques au cabinet de l'auteur, qui exploite leur hypocondrie. Aussi n'est-ce point sans un véritable plaisir que nous avons lu le travail de M. Malécot, travail fait dans un esprit véritablement scientifique et destiné à combattre au nom de la science, au nom de l'observation précise et sincère les funestes doctrines des charlatans qui font un spermatorrhéique non seulement de tout hypochondriaque, mais de tous les sujets chez qui une affection un peu rebelle a influencé le moral.

M. Malécot a adopté dans son mémoire les divisions suivantes : 1° une revue de l'historique de la question ; 2° l'étude des pertes séminales physiologiques ; 3° la spermatorrhée pathologique ; 4° la spermatorrhée imaginaire.

Par spermatorrhée pathologique, l'auteur entend une spermatorrhée résultant soit de lésions, soit de troubles fonctionnels du centre génito-spinal. Il n'admet point de spermatorrhée idiopathique. Pour lui, la spermatorrhée est toujours un symptôme résultant d'un trouble primitif de l'innervation. S'il reproduit le tableau classique de la spermatorrhée et des terribles conséquences que les anciens auteurs lui attribuent depuis Lallemand, c'est pour repousser bien loin ces doctrines et pour dire qu'elles sont basées sur une erreur consistant à prendre l'effet pour la cause. Les pertes séminales, d'après M. Malécot, seraient toujours le résultat d'un trouble nerveux primitif et n'en seraient nullement la cause. Pour lui, les pertes de sperme ne seraient pas plus fâcheuses pour l'économie que la perte de tout autre produit de sécrétion. Ceci mériterait peut-être d'être discuté ; nous y reviendrons. Toujours est-il que les pertes séminales, quelle qu'en soit la cause première, peuvent se présenter sous deux formes : 1° pollutions nocturnes plus ou moins répétées ; 2° issue du sperme pendant la défécation et la miction. L'issue du sperme pendant la miction est fort rare, comme le prouvent les nombreuses recherches microscopiques de M. Malécot. L'émission du sperme pendant la défécation est assez fréquente, mais sans aucune gravité, car ce n'est que le trop plein des vésicules séminales qui s'échappe, pour ainsi dire, par une action mécanique. Il reste donc comme spermatorrhée assez fréquente les pollutions nocturnes. Ces pollutions, communes chez les sujets continents et bien portants, arrivent chez des spermatorrhéiques à un degré de fréquence bien supérieur à celui qui serait nécessaire pour évacuer le trop plein des vésicules séminales. Elles causent à ces malades non seulement une fatigue physique plus ou moins prononcée, mais aussi des sentiments d'inquiétude et de crainte qui peuvent les mettre dans l'état le plus fâcheux et aboutir à de véritables troubles intellectuels.

C'est ici qu'il y aurait lieu de se demander si la spermatorrhée n'est point la cause des troubles nerveux très réels que présente le malade et si, comme le veut M. Malécot, elle n'est qu'un des symptômes de la névropathie ou d'une autre affection bien déterminée du système cérébro-spinal.

Ici, il faut distinguer : Il n'est pas douteux qu'au début des affections de la moelle, de l'ataxie locomotrice, par exemple, on ne puisse observer des pertes séminales qui n'ont aucune importance par elles-mêmes ; mais en dehors d'une maladie nerveuse préexistante et s'étant déjà manifestée par des symptômes évidents, ne peut-on pas voir survenir la spermatorrhée ?

On a invoqué comme raison de ce symptôme deux causes tout à fait opposées : 1° la continence exagérée ; 2° les excès génitaux.

La continence peut certainement produire les pertes séminales dites physiologiques, et, chose curieuse, les évacuations de sperme qui devraient être pour le sujet une source de soulagement ont souvent pour effet de l'inquiéter. Ces pertes séminales sont, paraît-il, très fréquentes chez les moines, et certains d'entre eux s'en préoccupent beaucoup. Cependant, elles n'ont aucune gravité et cessent naturellement avec l'âge.

Les abus sexuels ont également un effet assez curieux : chez certains sujets, ils déterminent des pollutions nocturnes. Ainsi, il n'est pas rare de voir chez des sujets qui pratiquent le coït au delà de leurs besoins survenir un état nerveux accompagné de pollutions répétées. Il y a là évidemment une excitation permanente du centre génito-spinal dont la conséquence peut être un affaiblissement très réel du sujet, tant au point de vue de ses forces physiques qu'au point de vue de ses aptitudes intellectuelles. Dans ce cas, une continence prolongée, loin d'être nuisible, peut amener la guérison.

Il semble donc que, dans ce cas, la déperdition du sperme ait exercé une influence fâcheuse sur la santé, et c'est bien, croyons-nous, la perte du sperme qui est la cause de la fatigue, car les excitations génitales n'aboutissant pas à l'éjaculation sont loin de produire une fatigue aussi marquée. Nous ne saurions donc admettre avec M. Malécot que la perte du sperme est aussi indifférente que celle d'un autre produit de sécrétion quelconque ; il nous paraît très certain que la perte du sperme produit toujours une fatigue plus ou moins grande, fatigue qui tend à augmenter avec l'âge, à mesure que le mouvement

© BIU Santé

de nutrition et de dénutrition se ralentit. On admet en général que chez les vieillards les excès génitaux sont fort dangereux. On a cherché à expliquer par l'élimination du phosphore contenu dans le sperme la fatigue qui résulte des pertes de ce liquide. C'est un point sur lequel il est difficile de se prononcer; mais que l'on admette ou non cette explication chimique, il n'en reste pas moins vrai que les excès de coït ou de masturbation peuvent déterminer la spermatorrhée sous forme de pollutions nocturnes. Sans doute, il faut une certaine prédisposition du système nerveux, car sans cela, étant donné le grand nombre des sujets qui se livrent à des abus génitaux, on verrait bien plus de spermatorrhéiques qu'il n'y en a. Du reste, cette forme de spermatorrhée se guérit habituellement par la continence.

Sous le nom de spermatorrhée imaginaire, M. Malécot décrit l'état des névropathiques, dont l'attention se porte surtout vers le système génital, et qui croient avoir des pertes séminales alors que l'examen de leurs urines prouve qu'ils n'en ont pas. Cette spermatorrhée imaginaire s'observe d'autant plus souvent, que les malades atteints de cette névropathie ont l'habitude de changer fréquemment de médecins et peuvent être examinés par de nombreux observateurs. Il est fort difficile de dire ce que deviennent ces malades, parce qu'on a rarement l'occasion de les suivre assez longtemps. Il est probable qu'un certain nombre d'entre eux deviennent de véritables aliénés.

En résumé, pour M. Malécot, la spermatorrhée véritable est beaucoup plus rare qu'on ne le croit, et il y a très rarement lieu d'appliquer à cette maladie des moyens chirurgicaux. C'est surtout aux divers traitements des névroses que l'on devra avoir recours. Dr A. Malherbe.

VARIA

Choléra.

Les premiers cas de choléra observés à Paris, ont eu lieu le 4 novembre; nous donnons ci-dessous le tableau des cas et des décès enregistrés depuis cette date :

4	novembre.	3 cas.	2 décès.
5	—	9 —	5 —
6	—	10 —	8 —
7	—	37 —	12 —
8	—	70 —	33 —
9	—	186 —	51 —
10	—	119 —	50 —
11	—	148 —	56 —
12	—	114 —	47 —
13	—	86 —	11 —

Les quartiers les plus atteints sont ceux de *Sainte-Marguerite* (XIe arrondissement) et des *Invalides* (VIIe arrondissement); dans ce dernier, l'asile de la vieillesse de l'avenue de Breteuil, tenu par les sœurs, a fourni à lui seul 55 décès sur 217 pensionnaires; cette mortalité élevée est attribuable, paraît-il, aux conditions hygiéniques déplorables de cet établissement, à la nourriture malsaine et insuffisante donnée aux vieillards, etc. Il est à désirer que le Conseil municipal et M. le Préfet de police fassent visiter les autres établissements exploités par les Petites sœurs des pauvres.

On signale des cas à *Neuilly*, à *Aubervilliers*, à *Clichy*, à *Boulogne*, à *Pantin* et à *Vincennes*. On continue à signaler quelques cas de choléra à *Yport* (Seine-Inférieure), à *Oran* (Algérie), à *Nantes*. A *Toulon*, quelques nouveaux cas (20) se sont produits dont 10 parmi les frères ignorantins de l'école de la place Louis Blanc, dont l'hygiène, comme chacun sait, laisse fort à désirer. Le choléra aurait fait son apparition à *Melun*.

Belgique. On annonce que le choléra (?) a gagné *Bruxelles*.—En *Italie* l'épidémie continue à décroître.

Instruction

Pour les Escouades de désinfecteurs. — 1° Quand une escouade est appelée à aller désinfecter une chambre qui a été occupée par un malade, elle doit partir immédiatement et emporter les objets suivants: 1° une plaque de tôle de 0m60 sur 0m60; 2° du sable en sac; 3° de la fleur de soufre, par paquets de 500 grammes; 4° de l'alcool méthylique (flacon de 200 grammes); 5° des fourneaux de terre ou des briques; 6° des allumettes; 7° des allume-feux; 8° un mètre; 9° une échelle de 2 mètres; 10° un pot à colle et un pinceau; 11° du papier de collage, par exemple des vieux journaux; 12° des flacons de chlorure de zinc. — 2° Arrivé dans la chambre, il faut d'abord cuber la pièce. A cet effet, mesurer la hauteur, la longueur et la largeur, multiplier le premier nombre par le second et le produit par le troisième. Cette mesure a pour but de savoir quelle quantité de soufre doit être brûlée dans la pièce. Il en sera brûlé 20 grammes par mètre cube. Une pièce de 25 mètres cubes exigerait un paquet de 500 grammes. Etendre à terre ou sur des tables, tous les objets ayant été en contact avec le cholérique. Calfeutrer la cheminée, les fenêtres, les portes intérieures, en y collant du papier. Disposer sur la plaque de tôle placée au milieu de la chambre, le fourneau ou les briques, en prenant toutes les précautions possibles, pour éviter les causes d'incendie : on aura soin d'en écarter les papiers et les étoffes. A défaut de fourneau on formera au moyen de briques et de sable une sorte de cuvette peu profonde, de 0m30 sur 0m30 environ, dans laquelle on versera la quantité de soufre nécessaire. Sur ce soufre on répandra de l'alcool de façon à en humecter la surface; on y jettera quelques allume-feux et on allumera. Avec un fourneau, l'opération serait analogue. On fermera la porte dès l'allumage. On calfeutrera hermétiquement la porte au dehors et on donnera la clef au concierge en lui recommandant de ne pas s'en dessaisir. Avant de se retirer, ne pas manquer de jeter dans les plombs et dans les cabinets d'aisances une solution de 500 grammes de chlorure de zinc, mélangée à 10 litres d'eau. — 3° Le lendemain, retourner dans le local, ouvrir les portes et les fenêtres, jeter de nouveau dans les plombs et dans les cabinets d'aisances une solution de 500 grammes de chlorure de zinc mélangée à 10 litres d'eau et rapporter les objets au dépôt.

Transport des cholériques.

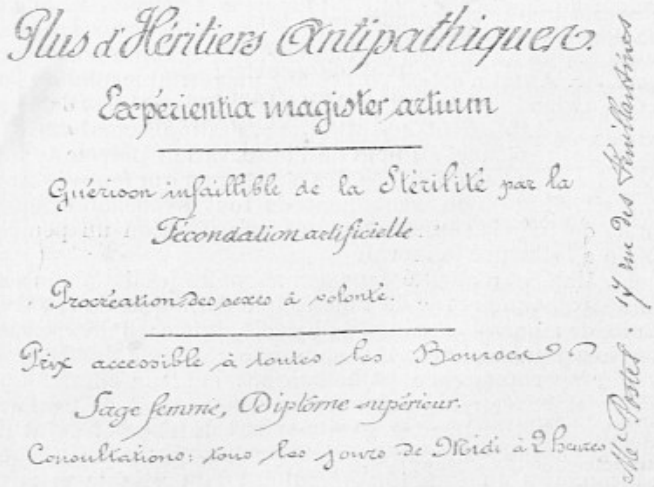
Nous extrayons de la circulaire du préfet de police aux maires des vingt arrondissements les parties suivantes relatives au transport des cholériques :

« Quant au transport des malades, ce service qui n'avait jamais fonctionné dans Paris, a, malgré des difficultés de toute sorte et notamment l'éloignement extrême du seul hôpital ouvert aux cholériques jusqu'à hier dimanche, marche d'une façon très satisfaisante. Il est nécessaire maintenant de le décentraliser. Dès samedi soir, un service spécial a marché au 11e arrondissement desservant les arrondissements les plus voisins du foyer primitif et aussi les plus atteints. Un second service spécial partait de l'Hôtel-Dieu; un troisième enfin desservait la rive gauche. Il faut se préparer à en faire autant dans chaque arrondissement et trouver une ou deux voitures aménagées spécialement et une remise.

« Dans le cas d'impossibilité d'avoir les ressources suffisantes dans l'arrondissement, j'enverrais des voitures qui y resteraient attachées. Mes services spéciaux de transport et de désinfection deviendront ainsi une réserve qui se portera sur les points où elle sera nécessaire. Pour éviter tout double emploi et fausse manœuvre, il importe que nous soyons constamment en rapport et que vous me disiez le plus tôt possible ce que vous avez fait et ce dont vous avez besoin.

« Je compte, Monsieur le maire, sur votre énergie et votre dévouement. Nous pouvons encore enrayer un mal dont l'étendue n'a en ce moment rien d'inquiétant.»

Nous donnons ci-dessous un prospectus distribué à domicile dans plusieurs maisons du Ve arrondissement.



© BIU Santé

Autopsie proprement dite (1)

EXAMEN DU CŒUR (*suite.*)

d) Examen des valvules aortiques et pulmonaires par l'épreuve de l'eau. — Le cœur enlevé, on examine les coupes des gros vaisseaux, leur largeur, l'épaisseur de leurs parois. Après avoir retiré les caillots des orifices et des ventricules, on s'assure du fonctionnement des orifices artériels. La section des gros vaisseaux est régularisée, si besoin en est, par une nouvelle coupe faite à 4 ou 5 centimètres des orifices et parallèlement à leur plan. Pour cette opération, le cœur ne doit jamais être tenu à pleine main, serré entre les doigts ou suspendu par les bords de la coupe du vaisseau dont on examine l'orifice (2). On doit le saisir de chaque main, entre le pouce et les autres doigts, vers la base des valvules (oreillette et artère pulmonaire pour l'orifice aortique); le cœur doit être maintenu « de telle façon que le plan de l'orifice à examiner soit strictement horizontal et qu'il ne risque pas de se laisser déplacer dans aucun sens par un tiraillement quelconque. » (3). On comprend en effet que la répartition inégale du liquide sur les valvules, ou qu'une déformation de l'orifice puisse rendre artificiellement les valvules insuffisantes. Le cœur ainsi suspendu, on fait verser de l'eau par un aide dans l'aorte, puis dans l'artère pulmonaire, ou bien on plonge l'organe dans un seau rempli d'eau. Dans ce dernier cas, on doit faire attention, en retirant le cœur, à ce que le plan de l'orifice examiné reste toujours horizontal. Il peut arriver que l'eau s'écoule avec plus ou moins de lenteur, sans que pour cela les valvules fonctionnent insuffisamment. L'eau s'écoule alors par les artères coronaires qui se sont trouvées parfois sectionnées quand on a fait les coupes opérées *in situ*. L'examen de l'orifice aortique nécessite surtout l'emploi de grandes précautions.

e) Coupes pratiquées dans l'axe de l'artère pulmonaire et de l'aorte. — Le cœur est placé dans la paume de la main gauche, dans une position rappelant sa position naturelle, et de telle manière que le pouce, pénétrant par la coupe précédemment faite sur le bord du ventricule droit, soit placé entre le muscle papillaire antérieur et la paroi antérieure du ventricule : prenant alors un entérotome, on glisse sa branche mâle contre le pouce au-dessus du muscle papillaire qui doit être ménagé et on opère la coupe suivant la direction de l'artère pulmonaire ; arrivé au niveau de l'orifice, on coupe le plus près possible de la paroi interventriculaire, afin de ménager les valvules en passant entre deux d'entre elles.

On pratique une coupe analogue et de la même façon sur le ventricule gauche, en avant et le long de la cloison interventriculaire. Cette coupe, faite dans le prolongement de l'aorte, part de la pointe du cœur et se termine sur l'aorte. Pour éviter de sectionner l'orifice pulmonaire, il faut avoir soin, tout en coupant, de tirer un peu à droite l'artère pulmonaire avec le pouce et l'index de la main gauche et de ne pratiquer la section qu'à gauche et en arrière de cette artère, tout en évitant de trop dévier à gauche, pour ne pas sectionner la mitrale (4).

Examen des valvules aortiques et pulmonaires ; des valvules mitrale et tricuspide. — Dernières coupes. — Les valvules aortiques et pulmonaires sont examinées ; l'attention doit porter surtout sur leurs bords de fermeture (face ventriculaire) où se rencontrent fréquemment dans les maladies infectieuses (septicémie, fièvres éruptives, rhumatisme articulaire aigu, pneumonie, tuberculose, carcinome, etc.) des *végétations* ou *granulations* plus ou moins récentes (transparentes, semi-transparentes ou opaques) ; elles siègent soit autour des nodules seulement ou sont disposées sur tout le bord de fermeture ; plus fréquentes à gauche qu'à droite, elles peuvent s'étendre à l'endocarde de l'espace sous-aortique, à celui des cordages tendineux, etc.; il est souvent facile d'y constater la présence de micrococcus. Elles peuvent être le point de départ d'embolies. L'endocardite valvulaire donne lieu à la formation d'anévrysmes, à des ulcérations (endocardite suraiguë ou ulcéreuse), aux lésions de l'endocardite chronique (soudure valvulaire, épaississement et rétraction des bords, etc.) Les perforations, etc., qui siègent dans l'espace compris entre le bord libre et le bord de fermeture, ne présentent aucun intérêt. La présence de valvules supplémentaires, la fusion complète ou incomplète de deux valvules voisines, sont aussi de peu d'importance.

Le *rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire* est ordinairement accompagné de la persistance du canal artériel et d'une inocclusion du septum membraneux interventriculaire. Les *nodules* doivent être examinés à droite et à gauche ; ils sont souvent épaissis. La coloration rouge uniforme de l'endocarde et de la tunique interne des vaisseaux n'est qu'un phénomène cadavérique dû à l'imbibition.

L'examen de l'espace sous-aortique ne doit pas être omis, car il est fréquemment envahi par l'athérome. L'endocardite athéromateuse valvulaire simple ou ulcéreuse siège en général à la base des valvules sur leur face artérielle et peut être l'origine d'embolies.

L'endocarde ventriculaire est examiné avec soin, surtout au-dessous des orifices où il est souvent épaissi (insuffisance) ; c'est au niveau du septum membraneux que l'on rencontre ces dilatations anévrysmales causées d'ordinaire par l'insertion d'une des cordes tendineuses de la valvule tricuspide.

On incise toujours avec l'entérotome les oreillettes entre les embouchures des veines caves d'un côté et des veines pulmonaires de l'autre. On enlève les caillots contenus dans les oreillettes. — L'examen des valvules mitrale et tricuspide peut être fait en partie à ce moment ; on constate en plaçant le cœur dans l'eau et par un mouvement de haut en bas si ces valvules fonctionnent suffisamment, mais il est à noter que pour ces orifices l'épreuve de l'eau ne donne que des résultats incomplets et peu exacts. L'examen de chaque valvule plus ou moins rétractée, épaissie, etc., l'état des cordes tendineuses (ruptures, nodosités, épaisissements, etc.) et des muscles papillaires fournissent des notions plus précises sur leur fonctionnement. Pour faciliter l'examen des surfaces auriculaires des valvules mitrale et tricuspide, quelques anatomo-pathologistes terminent les coupes du cœur en réunissant de chaque côté les deux coupes pratiquées *in situ* sur le cœur droit et sur le cœur gauche. Il reste, outre le myocarde, à examiner les artères coronaires et l'origine de l'aorte qui sont ouvertes avec des ciseaux (calcification, thrombroses, athérome, anévrysmes, etc.). *(A suivre.)*

(1) Voir les nos 43 et 44.

(2) Cette dernière recommandation s'applique surtout à l'examen des valvules aortiques.

(3) Virchow, *loc. cit.*, p. 40.

(4) « Tout près de là vient s'insérer intérieurement le bord droit de la base de la mitrale et cette base, comme on le sait, confine immédiatement au bord gauche de l'orifice aortique. Faites-vous maintenant votre section à quelques millimètres trop sur la gauche, que vous tranchiez cette partie de la mitrale et il en résulte un trou béant à cette place. L'emplacement de ce trou correspond exactement, à l'extérieur au bord droit de la base de l'oreillette du cœur gauche. Il est donc facile de s'orienter maintenant : La coupe devra être effectuée dans le milieu de l'espace compris entre l'orifice pulmonaire et l'oreillette gauche ». (Virchow, *loc. cit.*, p. 43).

L'hôpital de Blegdam.

L'hôpital de Blegdam (*Blegdams-hospitalet*), a été bâti de 1876 à 1883. Non compris le terrain dont la valeur peut être estimée à 1,400,000 fr.. l'hôpital sans inventaire a coûté 1,300,000. Il offre de la place pour 180 malades distribués en 8 pavillons distincts. On peut y ajouter des tentes pour 120 malades en cas d'épidémie.

La construction des pavillons est bien comprise, ils sont bien ventilés et offrent des systèmes de chauffage variés, cela à titre d'essais. Toutes les précautions d'isolement y sont réalisées, les divers pavillons, isolés les uns des autres, permettent de séparer les diverses maladies qui y sont simultanément admises.

Le service de désinfection est composé d'un four construit en fer, garni de bois, se chauffant au moyen de becs de gaz. Par un de ses bouts il communique avec la pièce de remise des objets à désinfecter, par l'autre, avec la chambre d'assortiment des objets désinfectés. Entre ces deux pièces, il n'y a de communication qu'à travers le four.

Les visites dans les pavillons sont interdites. Les malades convalescents peuvent recevoir des visites dans un parloir, dans lequel ils sont séparés de leurs visitants par une glace hermétique. Les malades ne peuvent quitter l'hôpital que lorsqu'on les juge incapables de communiquer la maladie.

A titre exceptionnel, le plus souvent concernant des malades sur le point de succomber, les parents peuvent être admis dans les

© BIU Santé

pavillons, mais ils sont alors soumis à leur sortie à des mesures rigoureuses de désinfection.

Le service médical est fait par un médecin en chef, aidé de deux assistants, remplissant le rôle d'internes; ces étudiants se consacrent pendant six mois à un an à ce service, n'ayant pas de relation avec les autres hôpitaux, car les autres étudiants ne sont pas admis dans ce service. Dans les pavillons des malades, les médecins et les infirmiers portent des pardessus de toile, qui restent dans les pavillons. Avant de sortir, ils doivent se laver la tête et les mains. Quant ils quittent l'hôpital, ils doivent changer de vêtements et ordinairement prendre un bain.

Durant les quatre ans que l'hôpital a fonctionné et sur 1926 malades, 8 malades seulement ont été infectés dans l'hôpital. Tous ont contracté la scarlatine. Pendant le même espace de temps, 6 fonctionnaires ont été infectés, 3 ont pris la variole, 2 la scarlatine, et 1 la diphthérie.

Cet hôpital reçoit surtout les scarlatines, rougeoles, varioles, érysipèles, diphtéries. Lors de ma visite il ne contenait que peu de malades atteints de diphtérie, de scarlatine et d'érysipèles.

J. L. Prévost. (*Journal de Genève, 3 septembre*, 1884).

Cours de M. Brouardel.

Voici l'allocution prononcée par M. Bougier, étudiant, et dont nous avons parlé à la page 946.

Très cher et très illustre maître,

Si nos devanciers, les étudiants en médecine, ont cru devoir sortir de la légalité, pour exprimer leur opinion sur certains faits de médecine légale, qui bientôt appartiendront à l'impartiale histoire, s'il y a eu certaines contestations, sur l'indépendance de caractère, et la prudence dans le diagnostic, d'un maître illustre, aujourd'hui disparu, mes camarades ici présents et moi, nous sommes heureux de ne pas sortir de la légalité et de rendre hommage à la vérité, en affirmant bien haut, dans ce temple de la médecine légale, que jamais professeur ne fut plus indépendant d'esprit, plus prudent dans son diagnostic, plus honnête dans ses appréciations, que le maître savant et illustre dont nous nous honorons d'être les élèves très reconnaissants. Il faudrait, en effet, très cher maître, que nous soyons bien ingrats, en ne vous remerciant pas de ce que vous avez fait pour la médecine légale et pour son enseignement pratique. Notre présence seule, ici le prouve.

Avant vous, aucun de nous ne l'ignore, la Morgue était en quelque sorte une petite chapelle où les maîtres officiaient sans témoins. Il était défendu au *Vulgum pecus* de l'école d'y approcher, de sorte que les élèves étaient reçus docteurs, c'est-à-dire exposés tous les jours à devenir médecins légistes, sans avoir vu une seule autopsie médico-légale. Or, comme d'après la vieille formule « une autopsie mal faite ne se répare pas », il arrivait que tout contrôle ultérieur était impossible; de là, de la part de la justice, certaines préventions contre les médecins légistes en général.

Le premier, très cher maître, vous avez compris, que de même qu'il est nécessaire de faire de l'anatomie et de la clinique pour devenir un chirurgien et un médecin, de même il faut assister aux conférences pratiques de la Morgue pour être capable de faire des expertises médico-légales. Vous avez compris que la médecine légale ne devait pas rester stationnaire en France alors qu'elle avait fait tant de progrès chez nos voisins, les Allemands. Vous avez compris enfin, qu'il n'était pas digne pour un médecin, d'être livré, désarmé devant les tribunaux, aux sarcasmes d'avocats plus ou moins spirituels, qui ne manquaient pas d'attaquer les rapports médico-légaux, armés qu'ils étaient, très souvent, d'autres rapports dont les conclusions étaient toutes différentes.

En instituant les conférences pratiques de la Morgue, vous avez fait la médecine légale *une*, c'est-à-dire que vous lui avez donné des règles et des principes à l'aide desquels il est difficile de faire fausse route. La première de ces règles est la prudence, c'est-à-dire ne rien avancer que ce qui peut être prouvé, *et rigoureusement prouvé*. Le premier de ces principes est que le médecin légiste n'est pas un accusateur public, mais un expert, qui expose le plus clairement possible, ce que lui a indiqué l'autopsie. Nous n'insisterons pas trop, très honoré maître, sur les difficultés de toutes sortes que vous avez éprouvées, pour obtenir de l'administration de nous réunir ici, nous n'insisterons pas trop, car vous avez un projet de réformes à faire passer dans la pratique, et l'administration peut nous être encore utile; disons seulement, à votre grand honneur, que grâce à vos démarches nombreuses et incessantes, les élèves qui préparent leur 4e de doctorat peuvent aller à la Morgue, apprendre en même temps, ce que doit être le secret professionnel, ce que sont les autopsies de médecine légale, et de quelle prudence on doit s'entourer pour poser un diagnostic. Puisque dans cette salle nous prenons la parole, au nom des étudiants, vous êtes, cher maître, trop ami de la justice, pour ne pas nous permettre de joindre à votre nom, ceux de MM. les Drs Descouts et Vibert, qui, chacun avec un tempérament différent, mais avec une égale éloquence, un grand savoir et une grande expérience, nous initient aux secrets de la médecine légale. Ce n'est pas tout encore, cher maître, à côté de la Morgue, vous avez obtenu l'établissement d'un laboratoire de toxicologie où ceux d'entre nous, qui se sentent poussés du côté des sciences chimiques, peuvent aller étudier tout ce qui a trait aux intoxications, et rechercher les alcaloïdes, qui, à la dose de quelques milligrammes, peuvent causer des empoisonnements difficiles à retrouver. A la tête de cet établissement, vous avez su placer un chimiste distingué, le Dr Ogier, qui, par sa science et son amabilité, attire tous les étudiants et docteurs qui veulent s'instruire dans cette science à la fois si attrayante et si difficile que l'on nomme la toxicologie.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1884, par le Dr Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	34	36	4	74
2e	15	29	3	47
3e	33	38	9	80
4e	43	68	6	117
5e	43	49	8	102
6e	35	47	7	89
7e	13	34	3	50
8e	7	13	1	21
9e	17	35	3	55
10e	42	46	8	96
11e	111	135	38	284
12e	38	52	18	108
13e	56	78	26	160
14e	47	81	20	148
15e	51	75	28	154
16e	25	15	4	44
17e	55	93	20	168
18e	65	116	29	210
19e	66	78	26	170
20e	82	138	49	269
	780	1356	310	2446

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	101	Insolation.	3
Croup	33	Affect. cérébrales.	94
Coqueluche. . . .	7	Eclampsie. Convulsions.	56
Corps étranger de l'œsophage. . . .	1	Névralgies	57
Conjonct. purulente	1	Névroses	89
B		Epilepsie.	21
Asthme	19	Aliénation mentale.	14
Affections du cœur.	52	Alcoolisme. Delirium tremens. .	33
Bronchites aiguës et chroniques. . .	46	Tétanos.	1
Pleuro-pneumonie.	31	**F**	
Congestion pulmonaire	11	Rhumatisme . . .	32
C		Affections éruptives	39
Affections et troubles gastro-intestinaux	355	Fièvre intermitt. .	6
Cholérine.	375	Fièvre typhoïde. .	51
Choléra	5	Hémorrhagies de causes internes et externes. . .	85
Dysenterie	8	**G**	
Athrepsie.	47	Plaies. Contusions.	132
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	91	Fractures. Luxations. Entorses .	21
Hernie étranglée .	26	Brûlures	11
Rétention d'urine .	19	Empoisonnements .	22
Orchite	5	Asphyxie par le charbon	8
Chute du rectum. .	1	Submersion	
D		Suicide.	6
Métrite. Métro-péritonite	51	**H**	
Métrorrhagie . . .	52	Mort à l'arrivée du médecin	65
Fausse-couche . .	54		
Accouc. Délivrance	409	Total. . . .	2446

La moyenne des visites par nuit est de 24 58/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 17 92/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 32 0/0.
Les femmes — — de 55 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 13 0/0.

Visites du 3e trimestre de 1883 . .	1.659
— — 1884.. .	2.446
Différence en plus. .	787

Un ouvrage extra-médical du Dr Ferrand.

Le public médical n'avait eu jusqu'aujourd'hui que peu d'occasions sérieuses d'apprécier la saveur des œuvres du Dr Ferrand: « La phthisie pulmonaire », ouvrage contemporain, évidemment destiné à donner un aperçu de science rétrospective. « Une thérapeutique », venue au jour il y a quelques dix ans; elle peut former chez Baillière une imposante collection, mais elle n'a pas épargné à son auteur l'ennui de heurter trois fois en vain au seuil inexorable de l'Académie. Ajoutons un certain nombre de « mémoires », etc., dont les feuilles suffiront largement à mettre les précédents exemplaires à l'abri des intempéries. Tel est le bilan scientifique de M. Ferrand. Aujourd'hui ce modeste succédané du Dr Després, impatient de sortir du domaine médical exclusif, aborde un genre nouveau: s'il n'acquiert pas les titres d'une nouvelle paternité, il a l'honneur

© BIU Santé

d'une régénération. Saluons donc l'ancien ouvrage moralement transfusé par M. Ferrand. Et pour que nul n'en ignore, livrons aux amateurs le titre scrupuleusement exact :

LA THÉOLOGIE MORALE (1)

ET

LES SCIENCES MÉDICALES

Par le P. Debreyne, prêtre et religieux de la Grande-Trappe.

6e édition

Entièrement revue et refondue

Par le Dr A. FERRAND

Médecin des hôpitaux de Paris, chevalier de saint Grégoire-le-Grand.

POUSSIELGUE FRÈRES, 15, RUE CASSETTE

Corps de santé militaire.

Par décret du Président de la République en date du 3 novembre 1884, rendu sur le rapport du Ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, après concours : au grade de *médecin de 1re classe*, les médecins de 2e classe : MM. M. Bertrand, L. Randon, Brou-Ducloud, H. Lemarchand, S. Raffaelli, F. Jabin-Dudognon, M. Machenaud, F. Le Landais, P. Bohéas, J. Arami, A. Deschamps, P. Coutraud, D. Mortreuil, H. Nicolas, P. Hahn, L. Chabaud, H. Desmoulins, C. Borély C. Pagès, A. Alexandre; — *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. V. Rousseau, Th. Pascal, M. Bahier, M. Charrin, P. Lemihauté, H. Hugé, T. Damany, A. Fruitet, F. Lota, A. Durand, J. Bonain, D. Branellec, A. Cardes, J. Vinas, H. Haneur, M. Suard, H. Mathé, J. Grognier, C. André, dit Duvigneau, G. Amiaud, M. Ollivier, P. Duville, E. Métin, D. Gervais, J. Chauvet, L. Triand, P. Audibert, P. Deblenne, P. Vigné, A. Jollet, A. Recoules, G. Deslandes, E. Leclerc, A. Negretti, F. Crozat, J. Vian, J. Laugier, A. Lacarrière, J. Casanova, P. Duprat, J. Borins, H. Nollet, L. Percheron, J. Roby.

Au grade d'aide-médecin. — Les étudiants en médecine : MM. F. Martel, H. Brossier, G. Loussot, J. Labadens, J. Rouxel, F. Fontaine, M. Bossuet, E. Le Ray, F. Bonain, A. Houdart, F. Branzon-Bourgogne, M. Gargam, P. Boullangier, M. Dusault, L. Jourdan, E. Bonnescuelle de Lespinois, A. Rousselin, J. Montfort, J. Besnard, J. Dumas, L. Allain, A. Martinot, T. Fisco, E. Caire, F. Marchaix, E. Debray, A. Brochet, M. Lafaurie, L. Kiribel, C. Emonet.

Au grade de médecin de 2e classe : Les médecins stagiaires : MM. P. Maubrac, E. Forgue, C. Sieur, E. Nicolas, J. Herck, J. Lassègue, P. Kocher, B. Baylac, P. Thellier, L. Petitbien, G. Privat, V. Lapasset, L. Astier, L. Dewèvre, C. Lanel, Ed. Séguin, H. Milliot, A. Brisse-Saint-Macary, A. Mouret, M. Brumcher, P. Trilhe, P. Roquencourt, V. Bilonet, P. Dupré, G. Bernard, O. Bich, R. Murie, P. Bazin, P. Buot, P. Viger, O. Dupard, L. Carton, P. Courboulès, M. Humbert, P. Martin, J. Camentron, E. Gruson, J. Vincent, J. Soula, J. Verdier, P. Gauvin, J. Girardeau, L. Dommartin, A. Artigues, C. Lajoue, E. Boudet, L. Knoll, A. Croux, F. Clène, T. Barreau, G. Pilon, J. Fasquelle, H. Arragon, E. Breton, J. Pellier, E. Fiau, H. Folliasson, J. Patenostre, J. Robin, C. Hurtret, M. L'héritier de Chezelle, L. Speckhahn, P. Olivier, A. Baptiste, P. Magnin, J. Ohier, P. Micault, L. Chauzeix.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, commencera son nouveau cours, le lundi, 17 novembre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 6. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, rue Jean-Lantier, n° 4, près le Châtelet, de midi 1/2 à 1 heure 1/2.

FORMULES

30. Traitement de la conjonctivite purulente (blennorrhée des nouveau-nés. Ophtalmie blennorrhagique (2).

Nous n'appliquons ce nom d'ophthalmie purulente ou mieux *virulente* qu'aux conjonctivites dont le produit de sécrétion contient le *gonococcus*, le microcoque que l'on rencontre infailliblement dans la blennorrhagie de l'homme ou de la femme, et qui trouve sur la conjonctive un milieu de culture favorable. L'inoculation peut se faire au passage de l'enfant à la vulve, ou par le transport accidentel du virus par le linge, les mains, etc.

Le tableau clinique est connu de tous, gonflement des paupières, sécrétion purulente ou séropurulente, chémosis, et trop souvent ulcération, puis perforation de la cornée en moins de 48 heures dans les cas graves, si une thérapeutique énergique n'a pas été mise en œuvre dès le début.

Cette thérapeutique préconisée depuis longtemps par le Dr Abadie consiste en *cautérisations toutes les 12 heures avec des solutions fortes de nitrate d'argent*, employées en lavages au pinceau et non en instillations. Le crayon pur ou mitigé ne doit être employé qu'en cas d'urgence et faute de mieux. Les lavages phéniqués, les applications d'iodoforme, d'acide borique sont de puissants adjuvants mais ils sont insuffisants pour arrêter dans son cours la marche foudroyante d'une *ophtalmie blennorrhagique*.

Voici comment, à la clinique du Dr Abadie, nous procédons à l'application de ce traitement :

La peau des paupières et des joues est d'abord soigneusement lavée avec une solution saturée d'acide borique ou de sublimé à 1/3000 pour éviter tout danger de réinoculation ; puis la paupière supérieure est complètement retournée pour bien étaler au jour toute la surface conjonctivale, sur laquelle le pinceau, trempé dans la solution de nitrate d'argent à 2 ou 3 0/0 est promené en tous sens pendant quelques secondes, jusqu'à ce que la conjonctive, de rouge foncé qu'elle était, ait pris une couleur uniformément rosée, blanchâtre. On passe ensuite un peu d'eau pure avec le pinceau pour enlever l'excès du caustique. La paupière inférieure est cautérisée de la même façon.

12 heures plus tard, même traitement, sans quoi les microcoques reprennent le dessus et continuent leurs ravages. Dans l'intervalle, des cautérisations, des compresses trempées dans une solution saturée d'acide borique *glacée*, sont tenues en permanence sur les yeux et changées toutes les dix minutes *nuit et jour*.

Il arrive souvent que le chemosis et la tuméfaction des paupières sont si considérables et si douloureux qu'on peut à peine soulever les paupières. Il faut, coûte que coûte, les retourner pour faire les cautérisations, dût-on, si le malade est trop rebelle, employer le chloroforme. Il est bon, dans ces cas, après la cautérisation, de pratiquer des scarifications dans le tissu conjonctival infiltré de manière à avoir une déplétion sanguine qui rende plus souples les paupières.

Les cautérisations doivent être continuées toutes les 12 heures jusqu'à ce que tout danger d'ulcération, de perforation de la cornée soit entièrement dissipé. Bientôt, sous l'influence de ce traitement, le chémosis et la sécrétion purulente diminuent, les paupières reprennent leur souplesse, les yeux s'ouvrent plus facilement. Les cautérisations ne doivent plus être faites que toutes les 24 heures, puis on peut n'employer que des solutions plus faibles, 1 0/0, 0,50 0/0, *mais toujours en retournant bien les paupières*. On essaye enfin de suspendre le traitement un jour, puis deux, puis pour toujours.

Fréquemment, et surtout chez l'adulte, un œil seul est affecté, il faut alors appliquer tous ses soins à préserver le deuxième au moyen du monocle de Maurel.

Le traitement ci-dessus s'adresse aux formes graves d'ophtalmie purulente. Dans les formes bénignes les cautérisations avec des solutions de nitrate d'argent à 1 0/0 toutes les 24 heures amènent une guérison rapide sans scarifications ni compresses glacées.

A. Darier.

NOUVELLES

Natalité à Paris. — Du vendredi 31 octobre au jeudi 6 novembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1200, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 432; illégitimes, 165. Total, 597. — *Sexe féminin* : légitimes, 432 ; illégitimes, 171. Total, 603.

Mortalité à Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 31 octobre au jeudi 6 novembre 1884, les décès ont été au nombre de 1006 : savoir : 547 hommes et 459 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7. F. 13 T. 20.—Variole : M. 1. F. ., T. 1. — Rougeole : M. 17, F. 18, T. 35. — Scarlatine : M. 3, F. ., T. 3. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup. M. 17, F. 17, T. 34. — Dyssenterie : M. 1. F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 4, F. 2, T. 6. — Infections puerpérales : 2. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 20, F. 18, T. 38. — Phthisie pulmonaire : M. 138, F. 80. T. 218. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 6. T. 17. — Autres affections générales : M. 22, F. 41. T. 63. — Malformations et débilité des âges extrê-

(1) Scilicet *Mœchialogie*.

(2) Voir les nos 31, 37 et 40 du *Progrès médical* : Traitement des maladies des yeux à la clinique du Dr Abadie.

© BIU Santé

mes : M. 31, F. 35, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 7, T. 18. — Pneumonie : M. 28, F. 31, T. 59. — Athrepsie : M. 44, F. 23, T. 67. — Autres maladies des divers appareils : M. 169, F. 151, T. 320. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 18, F. 9, T. 27. — Causes non classées M. 3, F. 4, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 93 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 36 ; illégitimes, 13. Total : 49. — *Sexe féminin :* légitimes, 32 ; illégitimes, 12. Total : 44.

Faculté de médecine de paris. — *Travaux pratique de physique.* Chef des travaux : M. Guébhard, agrégé : Les manipulations obligatoires pour les élèves de 1re année commenceront le mardi 11 novembre, à l'Ecole pratique, rue Vauquelin, n° 2, et se continueront les jeudis et samedis suivants de chaque semaine. Elles auront lieu par séries de douze manipulations consécutives. Les élèves inscrits seront prévenus, par lettres individuelles, de l'époque où ils devront se présenter au Laboratoire. Les élèves non inscrits pourront régulariser leur situation, en se présentant au Laboratoire, aux jours de travaux pratiques, de 3 heures 1/2 à 4 heures, jusqu'au 17 novembre inclus. Passé cette date, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale du Doyen.

Cours d'opérations et appareils. — M. le professeur Duplay a commencé son cours d'opérations et appareils le jeudi 13 novembre 1884, à 4 heures de l'après-midi et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. M. le professeur A. Fournier commencera le cours de clinique de maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 14 novembre 1884, à 9 heures du matin (Hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Les mardis : leçon au lit des malades. Les vendredis : leçons à l'Amphithéâtre (10 heures).

Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique des maladies des enfants. M. A. Joffroy, agrégé, chargé du cours, ouvrira le cours des maladies des enfants le samedi 15 novembre, à 9 heures 1/4, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Les samedis : leçon à l'Amphithéâtre. — Les mardis : leçon à la salle Sainte-Catherine (Présentation de malades). Tous les matins, visite des malades à 9 heures (Préparateur : M. N. Féry).

Hôpital de la Charité. — Cours de clinique médicale. M. le professeur Hardy commencera ses leçons cliniques le samedi 15 novembre 1884, à 10 heures du matin, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Visite des malades, tous les jours, à 9 heures du matin. Exercices cliniques par les élèves, le jeudi, à la visite.

Faculté de médecine de bordeaux. — Par décret en date du 6 novembre 1884, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Figuier, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe, est nommé à partir du 1er novembre 1884, professeur de pharmacie à la faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux (chaire nouvelle).

Faculté des sciences de paris. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en date du 6 novembre 1884, la chaire de chimie organique de la faculté des sciences de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecoles de médecine de nantes et de caen. — *Concours.* Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en date du 6 novembre 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1884, devant la faculté de médecine de Paris pour deux emplois de suppléants des chaires de pathologie et de clinique interne, l'un à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, l'autre à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est reporté au 15 février 1885.

Ecole de médecine de nantes. — *Concours.* Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en date du 6 novembre 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884, devant la faculté de médecine de Paris pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est reporté au 1er mars 1885.

Ecole préparatoire de médecine d'alger. — *Cours de clinique sur les maladies nerveuses et mentales.* — M. le Dr P. Gérente médecin directeur de l'asile des aliénés, fera des leçons à l'Amphithéâtre de l'Ecole de Médecine, tous les jeudis à 4 heures de l'après-midi. La première leçon aura lieu le jeudi 20 novembre. Il serait bien à désirer qu'un semblable enseignement fût partout où cela est possible.

Concours. — *Externat.* Artère fémorale et ses branches ; — Vaccine et vaccination, muscles sterno cléido-mastoïdien ; — Articulation coxo-fémorale, crosse de l'aorte ; — Parois osseuses de l'orbite ; — Configuration extérieure et rapports des poumons ; — Articulation tibio-tarsienne ; — Diaphragme ; — Les côtes.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Dans le *Numéro des Etudiants* (p. 895), nous avons dit que le conservateur du Musée de Clamart était M. H. Siredey : c'est une erreur. Depuis le 1er janvier 1882, le conservateur du musée est M. Notta, qui, de plus, est préparateur du cours de M. Tillaux.

Institution nationale des sourds-muets. — M. Vernet, ex-préfet des Basses-Alpes (1), est nommé directeur de l'Institution des Sourds-Muets, en remplacement du Dr Peyron.

Université étrangères. — *Nominations.* Le Dr Bronu a le 1er octobre pris possession de la chaire de clinique chirurgicale d'Iéna. — Le Dr Partsch a été nommé privat-Docent de chirurgie à la faculté de Breslau.

Médecin juge de paix. — Par décret en date du 11 octobre 1884, M. Hippolite Girout a été nommé suppléant du juge de paix du canton de Beaumont-le-Roger, en remplacement de M. le Dr Lebrun, décédé.

Université de Cracovie. — Le cercle de lecture de l'université de Cracovie a été fermé le 11 de ce mois ; son secrétaire, Dr Dansbrowsky, avait été arrêté trois jours auparavant pour menées socialistes.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 10 novembre 1884 à 4 heures très précises, au Palais de Justice (salle d'audiances de la 5e chambre du Tribunal civil). — Ordre du jour : 1 Election de dix membres correspondants nationaux ; 2. Cas de suicide par coups de pistolet, sans blessure extérieure, par le Dr Frank Ogston ; 3, Relation par M. Barthelemy d'un fait d'empoisonnement volontaire par la strychnine, ayant soulevé une question de secret professionnel ; 4. Rapport de M. Socquet sur deux cas d'infanticide ; 5, fixation des jours et des heures des séances. Ceux des membres de la Société qui ne pourront être présents, sont invités à faire savoir, par lettre adressée à M. le Président, s'ils sont d'avis de conserver les mêmes jours et heures de séance, en cherchant un autre local, ou s'ils préfèrent conserver le local actuel, en tenant les séances après huit heures du soir.

Legs. — Le Dr Mourgues de Carrère, vient de léguer environ 150 volumes, à la bibliothèque des internes de Necker.

Statue du Dr rouffy. — Les habitants de Draveil, Vigneux, Champrosay, Mainville, tous ces jolis villages en bordure des bois de Sénart, viennent d'ouvrir une souscription pour élever sur la place de Draveil une fontaine commémorative portant sur une de ses faces le médaillon du Dr Rouffy, un humble médecin de campagne, mort à la peine, il y a quelques mois, après avoir couru pendant trente ans les routes de Seine-et-Oise, donnant ce qu'il avait, c qu'il savait avec une bonté, une abnégation vraiment admirable. Le Dr Roulfy est le type décrit sous le nom de Rivals dans Jack de M. Alphonse Daudet (*France médicale,* 21 octobre).

Statue de renaudot. — Grâce aux efforts de notre collaborateur et ami Gilles de la Tourette, qui a tiré de l'oubli Théophraste Renaudot, le Conseil municipal de Loudun va donner le nom du médecin de Louis XIII à l'une des rues de la ville et faire poser une plaque sur la maison qu'habita le grand philanthrope.

Nécrologie. — On annonce la mort du Dr Pitoy, professeur de thérapeutique à l'Ecole de Médecine de Rennes ; il a succombé le 16 octobre à uue congestion pulmonaire ; on signale également la mort du Dr Suasso (de Paris), à l'âge de 69 ans, celle du Dr Valbrune (de Saint-Astier).

Publications du Progrès Médical.

DELASIAUVE. **Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique.** aris, 1877. In-8 de 24 pages. — Prix, pour nos abonnés. . . . . 50 cent.

FÉRÉ (Ch.). **Etude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin,** Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25 — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Du cancer de la vessie.** Un volume in-8° de 144 pages. — Prix : 3 francs. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

LAMBERT (P) **Etude sur un nouveau procédé de chloroformisation par les solutions titrées.** Broch. in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50. Pour nos abonnés. . . . . 1 fr

MAGNAN (V.) **Leçons cliniques sur la dipsomanie.** Faites à l'Asile Sainte-Anne. Recueillies par M. Briand. In-8 de 151 pages. — Prix : 2 fr. Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 35

MARCANO (G.). — **Du doigt à ressort.** Broch. in-8 de 33 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

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

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES Fossés-St.-JACQUES.

CHARCOT (J.-M.). Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE et E. BRISSAUD. In-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande.

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du **Dr Clin.**

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire)

PICARD (H.). La vallée de Davos. Brochure in-8 de 19 pages. Prix : 75 c.—Pour nos abonnés, 50 c.

TARNIER De l'influence du régime lacté dans l'albuminurie des femmes enceintes et de son indication. . . . . 50 cent.

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE

(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées

délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :

Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou, complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **C ca.** L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—**Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *névralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 17. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Pouchet. — 3e *de Doctorat* : MM. Baillon, Gautier, Guebhard. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Damaschino, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Lannelongue, Ribemont-Dessaigne. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Guyon, Joffroy, Pinard.

Mardi 18. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) ; MM. Richet, Panas, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) ; MM. Sappey, Cornil, Humbert. — 3e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Ball, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Duplay, Charpentier.

Mercredi 19. — 1er *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Lannelongue, Reynier. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Damaschino, Hanriot. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Trélat, Potain, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Joffroy, Kirmisson.

Jeudi 20. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie), 1re *Série* : MM. Le Fort, Cornil, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Robin, Ball, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Sappey, Duplay, Richelot — 2e *de Doctorat* : MM. Richet, Jaccoud, Raymond. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Laboulbène, Quinquaud.

Vendredi 21. — 1er *de Doctorat* : MM. Charcot, Lannelongue, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Trélat, Remy ; — 2e *Série* : MM. Verneuil, Vulpian, Ch. Richet.

Samedi 22. — 1er *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (N. R., or. 1re partie) : MM. Richet, Le Fort, Richelot. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie (Hôtel-Dieu) : MM. Jaccoud, Cornil, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 18. — M. Deschamps. Contribution à l'étude du choléra endémique en Cochinchine. — M. Tissot. Fièvres récurrentes malariennes. — *Mercredi* 19. — M. Lalou. Etude anatomique et physiologique sur l'élasticité pulmonaire. — M. Guyot. Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes. — *Jeudi* 20. — M. Denux. Etude sur la valeur thérapeutique de l'empyème. — M. de Vésian. Etude sur la pathogénie des poumons et du cœur chez les bossus. — M. Durieux. Des complications pleurales du rhumatisme chez les enfants. — *Vendredi* 21. — M. Pilven. De l'orchite consécutive au passage d'instruments dans le canal de l'urèthre. — M. Christiansen. Quelques considérations étiologiques, cliniques et thérapeutiques sur les syphilides ulcéreuses. — M. Verdié. Des anévrysmes d'origine syphilique. — *Samedi* 22. — M. Oudaille. De l'hydarthrose tuberculeuse. — M. Calisti. Contribution à l'étude des luxations du cristallin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

Armbdev (C.). — Etude sur l'hydro-pneumo-péricarde médical. Brochure in-8 de 64 pages. — Prix : 2 fr.

Carlet (L.). — Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, avec une figure dans le texte. — Prix : 4 fr.

Caudemberg (F. de). — Choléra. Moyen d'en arrêter la propagation et d'en préserver les cités et les individus sans apporter aucune entrave aux relations internationales, avec une préface de C. de Caudemberg. Broch. in-8 de 38 pages. — Prix : 1 fr.

Colombel (F.). — Etude expérimentale et clinique sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte (atropine, morphine et chloroforme). Broch. in-8 de 91 pages. — Prix : 3 fr.

Courchet. — Du noyau dans les cellules végétales et animales ; structure et fonctions. Broch. in-8 de 184 pages. — Prix : 4 fr.

Dignat (P.). — Recherches dynamométriques sur l'état des forces chez les hémiplégiques. Broch. in-8 de 124 pages. — Prix : 4 fr.

Duchesnes (L.). — Des applications nouvelles la thérapeutique pendant l'année 1883. Broch. in-8 de 35 pages. — Prix : fr.

Gay (F.). — Altérations dites spontanées des médicaments chimiques, causes et phénomènes, moyens de conservation. Broch. in-8 de 136 pages. — Prix : 3 fr.

Girerd. — Notes de pathologie exotique des manifestations du paludisme sur les organes génitaux de l'homme. Broch. in-8 de 90 pages. — Prix : 3 fr.

Langlebert. — Traité pratique des maladies des organes sexuels. Vol. in-18, cartonné, de 600 pages, avec 25 figures dans le texte. — Prix : 7 fr.

Petit (A.). — Guide du médecin et du pharmacien de réserve, de l'armée territoriale et du médecin auxiliaire. Vol. in-18 cartonné de 252 pages, avec 13 figures dans le texte. — Prix : 5 fr.

Régis (E.). — Manuel pratique de médecine mentale. Vol. in-18 cartonné de 640 pages. — Prix : 7 fr. 50.

Ritti (Ant.). — Eloge de F.-E. Renaudin, lu à la séance annuelel de la Société médico-psychologique du 28 avril 1884. Broch. in-8 de 28 pages. — Prix : 1 fr.

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

Lunier. — Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882. Brochure in-8 de 20 pages, avec un tableau. — Prix : 1 fr. 25.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

Parisot (P.). — Recherches sur le pouls dans le cours, la convalescence et la rechute de la fièvre typhoïde. Broch. in-8 de 152 pages, avec 6 planches hors texte. — Prix : 3 fr.

Gémy (A.). — Cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — Leçon d'ouverture. Broch. in-8 de 31 pages. — Alger, A. Jourdan.

Librairie ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

Bernard. — Blepharopalmostat. Broch. in-8 de 4 pages. Extrait du *Recueil d'ophtalmologie*.

Henry (Ed.). — Les courses, leur utilité au point de vue de l'agriculture et de l'armée. Broch. in-8 de 62 pages. — Caen, 1880.

Third annual report of the state board of health of Illinois with the official register of physicians and midwives, 1880, in-8 de 268 p.

Fourth annual report of the state board of health of Illinois, in-8 de 213 pages. — 1882. — Springfield Ill. — H. W. Bokker, state printer and Binder.

All'Onorevole commandatore Mariano Semmola ispettore sanitario della croce Bianca. Lettera sulla cura praticata dal dottor Efisio Marini. Broch. in-8 de 7 pages. — Napoli, 1884. — Tipografia A. Train.

Carreras-Arago. — De las cataratas hereditarias y de su trasmision principalmente a los individuos del sexo igual al del paciente originario. Broch. in-8 de 14 pages. — Barcelona, 1884. — Tipografico « La Academia ».

Lydston (F.). — The prophylaxis and treatment of puerperal septicœmia and the puerperal inflammations. Broch. in-8 de 20 pages. — Chicago, 1884. — A. M. Wood et Cie.

Librairie G. MASSON, 120, boul. Saint-Germain

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Publié sous la direction de A. Dechambre, secrétaire de la rédaction : L. Hahn, in-8 avec figures dans le texte. Troisième série Q. Z. — Tome quatorze, seconde partie Syp-Sys ; — Tome 29e, 2e série I-P, 2e partie Pao-Par ; — Tome 30e, 1re série A-E ; 1re partie Dic-Don, 2e partie Dor-Dra.

Lapponi (G.). — Sulla etiologia della tuberculosi studio critico e sperimentale. Broch. in-8 de 130 pages. — Macerata, 1884. — Stabilimento Frat. Nancini.

Ingrasias (L.). — Un viaje a cerebropolis. (Ensayo humoristico de dinamica cerebral escrito por el). Dado a luz, en español corriente y moliente por el Dr D.-J. Giné y Partagas. Broch. in-8 de 124 pages. — Barcelona, 1884. — Imprenta de los successores de N. Ramirez y Cie.

Sojo y Batlle F. de). — Del espiritu de la cirurgia contemporanea. Discurso de recepción leido en la real academia de medicina y cirurgia de Barcelona en session del 3 de Junio ultimo. — Discurso de contestación del Dr D.J. Giné y Partagas. Broch. in-8 de 54 pages. — Barcelona, 1884. — Imprenta de Redondo y Xumatra.

Wise (T.). — The Alpine Winter cure : vith notes on Davos Platz, Wiesen, St-Moritz and the Maloja. In-8. cartonné de 110 pages, avec une carte. — London, 1884. — Baillière, Tindall and Cie.

Transactions of the obstetrical society of London. Vol. XXV for the Jear 1883, with a list officers, fellows, etc. Volume in-8 cartonné de 315 pages, avec 2 planches hors texte. — London, 1884. — Longmans, Green et Cie.

Byrom-Bramwell. — Diseases of the heart and thoracic aorta. Volume in-8 cartonné de 783 pages, avec 317 Illustrations. — Edinburhb, Young, J. Pentland.

Sonsino (P.) — Sul cholera in Cairo d'Egitto nell' Anno 1883. Broch. in-8 de 23 pages. — Pisa, 1884. — Tipografia Vannucchi.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 47 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 22 NOVEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DENTAIRE

Accidents déterminés par une injection chloroformique sous-muqueuse ;

Par P. BLOCQ, interne des hôpitaux.

Les injections chloroformiques dans le tissu sous-muqueux gingival ont été préconisées comme moyen thérapeutique dans les cas d'odontalgie par le Dr Dop, de Toulouse (1872), qui relate une moyenne de 73 succès sur cent observations et ne signale pas d'accidents.

Dans une courte note parue dans le *Progrès médical*, (1883, n° 12), M. Guillot dit n'avoir eu aucun cas d'insuccès. La constance de ses heureux résultats serait due à certaines modifications qu'il a ajoutées à la pratique du Dr Dop. Il donne le chloroforme à « dose rasorienne » de la façon suivante : « nous emplissons la seringue de Pravaz à moitié environ, puis introduisant la canule parallèlement au corps du maxillaire à 1 c. 1/2 de profondeur au niveau présumé des racines de la dent malade en ayant soin de raser le maxillaire et de faire disparaître la canule presque entièrement dans le tissu sous-muqueux. » Il affirme n'avoir remarqué à la suite des injections, ni inflammation, ni phlyctènes, ni ulcérations. La gencive et la muqueuse buccale se sont toujours montrées tolérantes, et non seulement il ne s'est jamais produit d'action nocive, mais encore il y a eu en tous cas soulagement très rapide.

Confiant dans ces données nous nous sommes servi de ce procédé dont l'emploi a été suivi des résultats fâcheux que nous avons consignés dans la relation suivante.

OBSERVATION. — Paul Allard, infirmier, âgé de 24 ans, souffre depuis quelques jours d'une odontalgie très pénible, dont il localise le siège au niveau de la canine supérieure gauche, et pour laquelle il réclame un soulagement immédiat.

20 *avril*. Nous lui faisons dans la gencive, au niveau des racines de l'organe, à l'aide d'une seringue de Pravaz, une injection sous-muqueuse de V à VI gouttes de chloroforme (chimiquement pur, destiné à l'anesthésie chirurgicale). Au moment même de l'injection, le malade manifeste une douleur atroce en criant, et en rejetant violemment la tête en arrière de sorte que la canule étant retirée brusquement une partie du liquide injecté sort par la piqûre. *Immédiatement* après, on constate un gonflement considérable de la partie gauche de la lèvre supérieure ainsi que l'apparition d'une zone érythémateuse au niveau des points douloureux de la névralgie du trijumeau, sus et sous-orbitaires. Ces régions se tuméfient du reste à vue d'œil pour ainsi dire, et en quelques minutes la figure est rendue difforme. En même temps se montrent des plaques saillantes d'un rouge vif bordées d'un bourrelet festonné, analogue à celui qui limite l'érythème érysipélateux, au front, au niveau du trou sous-orbitaire sous forme de trois élevures se confondant par un de leurs bords, à la partie interne de la joue figurant une bande recouvrant l'apophyse montante du maxillaire supérieur, à la lèvre supérieure occupant toute sa partie gauche et se fondant insensiblement avec la précédente. Leur surface est hyperesthésiée et le moindre frôlement détermine de vives douleurs. Tout autour le côté gauche de la face se tuméfie uniformément, la peau tendue paraît luisante, la région envahie est douloureuse spontanément au point d'arracher des plaintes au malade.

Toutefois les douleurs disparaissent au bout de 10 minutes environ, mais l'enflure non seulement persiste mais gagne en étendue et en volume. Vers le soir, la partie gauche de la face est énorme, couverte de phlyctènes plus abondantes sur la lèvre et la joue : il n'y a ni douleur, ni chaleur.

21 *avril*. La bouffissure a encore augmenté ; limitée toutefois à la moitié gauche de la face. La couleur et la forme des plaques apparues primitivement ne sont plus sensibles, l'enflure est maintenant uniforme et occupe : le front, les paupières à ce point gonflées que le malade ne parvient pas à les ouvrir, la joue et la lèvre supérieure qui a triplé de volume. Partout on remarque des phlyctènes qui, ouvertes, laissent sourdre de la sérosité jaunâtre. La tuméfaction est indolore, dure, mais dépressible quoique conservant mal l'empreinte du doigt. Au niveau de la piqûre, la gencive insensible montre une teinte grisâtre escharrotique dans l'étendue de 2 cc. environ, la muqueuse labiale présente une large phlyctène. La préhension des aliments et l'émission de la voix sont gênées. Pas de phénomènes généraux.

24 *avril*. L'escharre gingivale s'est limitée, la partie de la muqueuse labiale qui lui correspond recouverte auparavant de phlyctènes, est également mortifiée. La face reste tuméfiée.

26 *avril*. Apparition d'un sillon d'élimination autour des parties sphacélées. Suppuration fétide.

5 *mai*. La tuméfaction de la face a diminué progressivement et actuellement a presque complètement disparu. Les escharres en voie d'élimination, se sont détachées en grande partie.

15 *mai*. La cicatrisation de la plaie labiale est presque complète, la paroi alvéolaire de l'os maxillaire supérieure est dénudée à l'endroit qu'occupait l'escharre, et ne montre aucune tendance à se recouvrir.

4 *août*. Jusqu'à ce jour il ne s'est rien produit de particulier sauf une suppuration peu abondante mais continue dont s'est plaint le malade. Actuellement, la muqueuse labiale est complètement réparée, mais il existe sur la paroi du maxillaire un séquestre noir, sonore à la percussion, non friable, de l'étendue d'une pièce de 1 fr., limité en avant par la deuxième incisive supérieure, en arrière par la deuxième petite molaire, en haut par le repli gingivo-labial ; la canine et la première petite molaire très ébranlées sont implantées à son niveau. Ce séquestre paraît superficiel, il comprend probablement le rebord alvéolaire antérieur seul du maxillaire.

A quoi sont dus ces accidents ? Quelle en est la nature ? Telle est la double question que nous nous sommes posé. Nous étions tout d'abord disposé à incriminer la *qualité* du topique lui-même, mais le pharmacien qui l'a préparé en vue de l'anesthésie chirurgicale nous a garanti sa pureté. La *quantité* n'a-t-elle pas été exagérée ? Outre que nous n'avons injecté que 5 à 6 gouttes, une partie notable du liquide a fait issue aussitôt, faute par nous d'avoir appliqué la pulpe de l'index sur le point de la piqûre ; nous avons dit pourquoi. — Le mode opératoire a-t-il été défectueux ? Mais nous nous sommes conformé en tous points aux règles indiquées plus haut ; la canule a été introduite sous la muqueuse, à 1 c. environ, parallèlement au corps du maxillaire. Ajoutons que rien dans l'état local ni général du malade ne permettait de prévoir l'imminence de ce redoutable accident. — Nous sommes presque aussi embarrassé pour expliquer la pathogénie du processus. Malgré l'apparence lymphangitique de la tuméfaction nous pensons que les radicules lymphatiques de la gencive ne peuvent être mis en cause, en raison et de la difficulté

© BIU Santé

qu'on a de les injecter, et de leur trajet contraire à celui qu'a suivi le développement de l'enflure. Si l'on pensait qu'il s'est agi d'un phénomène vasculaire, on ne pourrait guère supposer un hasard assez peu chanceux pour guider une canule dans un canal veineux. Mais y a-t-il eu impression directe du liquide sur les terminaisons nerveuses? La rapidité extraordinaire de l'apparition des phénomènes, la localisation si particulière des plaques primitives, les caractères non inflammatoires de la tuméfaction, donneraient quelque valeur à cette hypothèse. Cependant nous admettrons plutôt que le chloroforme, irritant puissant, ainsi qu'il résulte de faits nombreux mentionnés par Jobert, Guersant, Velpeau, Gosselin, etc., a produit une véritable sidération de tous les éléments anatomiques, dont ces accidents bizarres seraient l'expression.

Quoi qu'il en soit, de l'intérêt que présente ce fait à ce point de vue, ce que nous tenons surtout à établir c'est la réserve qui s'impose au sujet de l'emploi des injections sous-muqueuses de chloroforme. Certes nous n'avons qu'un cas à opposer aux succès prétendus constants de M. Guillot, mais il n'en est pas moins vrai que la *possibilité seule* de semblables conséquences est à prévoir et que par suite le praticien doit hésiter s'il fait courir à son malade le risque d'aussi terribles accidents ayant en sa disposition d'autres et de nombreux moyens thérapeutiques.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Traitement de la Pyurie (1);

Par M. le professeur **R. ULTZMANN.** Conférence faite à la Polyclinique générale de Vienne pendant le semestre 1882-1883. Traduite par M. le Dr Henri **PICARD.**

Traitement de la suppuration du corps de la vessie. — Traitement du catarrhe de la vessie.

Tout catarrhe de la vessie ayant une cause, on ne pourra le traiter avec succès qu'après avoir trouvé celle-ci et cherché à la faire disparaître. Le catarrhe de la vessie provoqué par un prétendu refroidissement n'existe pas. On ne doit donc jamais se contenter de cette commode étiologie; il vaut mieux rechercher l'origine au moyen de l'exploration instrumentale aussi précise que possible et ne pas s'arrêter avant de l'avoir trouvé.

La thérapeutique du catarrhe vésical diffère suivant qu'on a à traiter une cystite aiguë ou chronique. Le traitement du catarrhe aigu de la vessie n'est que symptomatique, diététique et médicamenteux, tandis que dans le catarrhe chronique le traitement local avec les instruments joue le premier rôle.

Le catarrhe aigu de la vessie est généralement la conséquence d'une affection des organes voisins ; toutefois, il peut naître dans la vessie. Le catarrhe vésical chronique a, par contre, ordinairement pour cause une modification parenchymateuse ou organique de la vessie elle-même et de la prostate ou bien une anomalie de son contenu. Il ne faut pas non plus perdre de vue que la tuberculose, en particulier, donne lieu à des catarrhes très tenaces. Il ressort de cette courte remarque que dans la recherche de la cause du catarrhe vésical, on doit penser à tout autre chose qu'aux bactéries souvent accusées tout à fait à tort et qui, en somme, ne manquent nulle part où existe en même temps une fermentation ammoniacale.

Dans le catarrhe aigu le repos au lit ou du moins le séjour à la chambre et la position horizontale sont indiqués. Si la fièvre est un peu vive, le repos au lit est absolument nécessaire, sinon de graves complications comme la pyélite et la pyélo-néphrite, la rétention d'urine, l'hématurie, etc., peuvent apparaître. Contre la fièvre, on prescrira la quinine et, s'il y a des frissons prolongés, on administrera des boissons aromatiques chaudes (par exemple : tisane de fleurs de tilleul ou thé russe léger). A la douleur de la région vésicale, on opposera des cataplasmes faits d'infusion aromatique et des compresses trempées dans de l'eau de graines de lin. S'il y a simultanément douleur dans le périnée et dans le rectum, quelques sangsues sur l'une ou l'autre de ces parties peuvent produire un soulagement notable. Contre le besoin violent, douloureux et fréquent d'uriner on prescrira des narcotiques ou des suppositoires rectaux. A l'intérieur, la morphine combinée au lupulin et au bi-carbonate de soude est très recommandable. De même les suppositoires rectaux à la morphine sont très préférables à ceux de belladone. L'extrait de belladone est une préparation dont l'action est très irrégulière. Tandis que dans certains cas, elle est presque sans effet, dans d'autres elle provoque des contractions vésicales et augmente encore la strangurie. L'extrait de jusquiane est encore moins certain.

Les formules suivantes sont les plus recommandables :

Lupulin. . . . . 1 gr.	Chlorh. de morph. 0,10 cent.
Chlorhydrate de morphine. 0,05.	Beurre de cacao. . 12 gr.
Sucre blanc . . . . . 3 gr.	Pour 6 suppositoires, 2 à 3 par jour.
Mêlez pour 8 paquets, 3 par jour.	

Quand les suppositoires sont mal supportés on peut administrer des petits lavements mucilagineux avec 10 à 15 gouttes de teinture d'opium, deux à trois fois par jour.

Comme boisson on peut prendre du lait, de l'orgeat, de l'eau ordinaire. Les décoctions de graines de chanvres ou de lin, telles qu'elles sont administrées d'ordinaire dans le catarrhe aigu de la vessie, ne sont pas meilleures que les remèdes présentés et provoquent très souvent le dégoût. Les eaux minérales et les tisanes diurétiques ne sont pas indiquées tant que la miction est encore douloureuse et fréquente. Peu à peu seulement, quand les douleurs de la miction commencent à diminuer, on peut débuter par des eaux sodiques, mélangées à du lait tiède et ne passer aux eaux minérales pures que quand la douleur a complètement cessé. Il en est de même des thés astringents et diurétique telles que les feuilles d'uva ursi, le marrube blanc, et les chénopodium ambrocoides. Des bains de siège tièdes deux à trois fois par jour ou des grands bains facilitent beaucoup la miction. S'il survient une rétention d'urine telle que la vessie vienne à former une tumeur sensible au-dessus de la symphyse, on y introduira doucement un cathéter en caoutchouc vulcanisé, on la videra, on la lavera bien avec une solution tiède d'acide carbolique au 1/10, si la douleur est intense, on se servira d'une solution de 30 gouttes de teinture d'opium dans 300 grammes d'eau. Les cathéters élastiques rigides et métalliques sont moins recommandables parce que si la muqueuse est flasque, ils peuvent blesser le col de la vessie.

Le traitement du *catarrhe chronique de la vessie* doit, au contraire du catarrhe aigu, être toujours local. Avant de commencer celui-ci, on devra explorer chaque fois, minutieusement, la prostate et la vessie avec la sonde exploratrice. Si le catarrhe était intervenu par une pierre ou une stricture, il va sans dire qu'il faudrait d'abord les écarter. Si une rétention partielle d'urine ou une rétention incomplète était la cause du catarrhe, comme cela arrive ordinairement dans l'hypertrophie prostatique ou la paresse vésicale, il faudrait, avant tout, pratiquer régulièrement le cathétérisme évacuateur avec injection médicamenteuse dans la vessie.

La manière d'appliquer les médicaments à la muqueuse vésicale malade consiste à y injecter des solutions médicamenteuses après qu'on a vidé l'organe. Voici comment doivent être faits le lavage et l'injection : le malade se tient debout. Après la miction on introduit dans sa vessie un cathéter mou ou coudé et on la vide complètement. Ensuite, avec une seringue à main renfermant environ 100 grammes de liquide, on fait une douce injection. On laisse écouler

(1) Voir *Progrès médical*, nos 3, 4, 5, 43, 44 et 46, 1884.

© BIU Santé

chaque fois la première et la seconde seringue, mais on maintient plus longtemps le contenu de la troisième. On peut toutefois procéder de la façon suivante : laver d'abord, avec une seringue à main, la vessie avec de l'eau tiède, jusqu'à ce qu'elle sorte claire et limpide. Ensuite on injecte la solution médicamenteuse dans la vessie et on maintient le cathéter bouché avec le doigt pendant une ou deux minutes, après quoi, on laisse écouler le contenu. C'est là la manière la plus pratique de traiter localement une vessie. Si le malade est faible ou fébricitant et ne peut se tenir debout, on procède tout à fait de la même façon au lavage dans la position couchée ou demi-assise du malade. Cependant la position debout, quand elle est possible, est toujours préférable parce que de cette manière les sédiments peuvent être facilement expulsés de la vessie.

Autrefois, on préférait le lavage de la vessie avec le cathéter métallique à double courant. C'est une mauvaise méthode. D'abord, un cathéter métallique excite la vessie et son col beaucoup plus qu'un cathéter en caoutchouc vulcanisé, et ensuite la vessie est toujours contractée pendant le lavage; l'eau sortant d'une ouverture du cathéter pour rentrer dans l'autre; en sorte qu'une petite surface de la vessie se trouve irriguée. Cependant, la masse principale de la sécrétion catarrhale qui se trouve dans les plis de la muqueuse ou dans les espaces intertrabiculaires n'est jamais complètement expulsée de cette façon. On peut aisément s'assurer de ce fait. Qu'on lave une vessie affectée d'une cystite purulente, d'abord pendant un quart d'heure avec le cathéter à double courant et immédiatement après avec la seringue à main et le cathéter mou. On arrivera de cette manière à faire sortir avec la seringue à main une plus grande quantité encore de sécrétion catarrhale, quoique dans le lavage avec le cathéter à double courant une eau tout à fait claire se soit déjà écoulée. En effet, à chaque poussée de la seringue, la vessie est distendue, le sédiment soulevé et complètement expulsé, mais le lavage vésical au moyen de l'irrigateur n'est pas pratique. Avec l'irrigateur, on laisse d'ordinaire le liquide couler tranquillement dans la vessie jusqu'à ce que le patient éprouve une sensation de plénitude et de tension, après laquelle on fait sortir le liquide. Si on procède de cette façon au lavage dans des vessies non contractiles et paresseuses, elles n'en deviennent que plus vastes et par suite encore plus insuffisantes. En même temps, les sédiments ne sont jamais évacués avec l'irrigateur comme avec la seringue à main, parce que l'entrée et la sortie du liquide s'opère trop doucement.

Dans les vessies sensibles, tous les liquides injectés doivent être tièdes; froids, ils provoquent immédiatement la plus vive envie d'uriner, de sorte que la continuation du lavage devient impossible. Dans les vessies peu sensibles, au contraire, comme celles qui sont atteintes de paresse ou de catarrhes compliqués d'hémorrhagies, les injections doivent être froides. Le lavage vésical se fait tantôt seulement avec de l'eau pure, tantôt avec de l'eau additionnée de 10 gouttes de teinture d'opium pour 100 cent. cubes d'eau. Pour le lavage vésical, on peut encore employer une solution d'acide carbolique à 1/8 ou 1/4 0/0, ou une solution d'acide salycilique à 0,30 0/0. Comme il n'est pas rare que cette dernière produise une forte cuisson qui se produit surtout quand la solution, à cause de la faible solubilité de l'acide salycilique, se montre trouble, on emploie à sa place des solutions de salycilate de soude. Des solutions de 1 gr. à 1 gr. 50 0/0 d'acide carbolique ne sont bien supportées que par des vessies peu sensibles. Des solutions de 3 à 5 gr. 0/0 de chlorure de sodium, de sulfate de soude ou de borax sont recommandées en lavage quand la sécrétion catarrhale est très visqueuse.

Dans beaucoup de cas, le cathétérisme évacuateur, accompagné des lavages avec les liquides précédents, suffit à lui seul pour éviter le catarrhe muco-purulent de la vessie. Dans les catarrhes tenaces, cependant, il est aussi nécessaire d'avoir recours à des astringents énergiques tels qu'une solution de permanganate de potasse de 0,1 à 0,3 0/0, des solutions d'alun de 1 à 5 0/0, de sulfate de zinc de 0,3 à 2 0/0, de chlorure de zinc de 0,2 à 1 0/0 et des solutions de nitrate d'argent de 0,1 à 0,5 0/0, dont on augmente peu à peu les doses.

S'il y a en même temps hémorrhagie vésicale, on peut se servir, avec le nitrate d'argent, d'une solution de 0,5 à 1 0/0 de sesquichlorure de fer ou de tannin de 0,5 à 2 0/0.

Dans le catarrhe sanieux, on met en usage une solution de résorcine de 3 à 5 0/0 pour modifier la mauvaise odeur de l'urine. On obtient le même résultat en ajoutant 1 ou 2 gouttes de nitrite d'amyle à chaque 100 grammes d'eau de lavage.

Dans la phosphaturie, pour arriver à dissoudre dans la vessie les sédiments qu'elle contient, on emploie des solutions de 0,2 à 0,1 0/0 d'acice chlorhydrique concentré. Dans la fermentation ammoniacale, on alterne ces solutions avec les solutions astringentes aseptiques mentionnées plus haut.

Consécutivement aux inflammations gonorrhéiques intenses de la vessie, le catarrhe se complique d'une diminution de la capacité de cet organe, de telle sorte que les malades, obligés d'uriner toutes les cinq minutes, préfèrent porter un urinal. Chez les malades âgés, il s'agit le plus souvent d'une hypertrophie concentrique de la prostate; chez les jeunes, par contre, de ce qu'on appelle une vessie rétractée par cicatrisation. Dans ces cas, le traitement local au moyen d'injections médicamenteuses ne sert à rien quand on ne peut en même temps augmenter la capacité vésicale. Ce résultat, on peut l'atteindre au moyen d'injections d'eau faites avec une seringue, de manière à dilater progressivement la vessie. Chez les malades âgés, cette méthode n'est pas exempte de danger, parce que dans les vessies hypertrophiées, il se forme facilement de grands diverticules qui peuvent se rompre. Chez les jeunes gens, l'extension de la vessie rétractée donne des résults favorables.

Quand le catarrhe de la vessie est consécutif à une tuberculose partielle, que la tuberculose soit générale, locale ou mixte, ce qui est assez fréquent, le traitement local ne réussit pas, si on ne tient pas compte en même temps de l'état général. C'est un fait connu que les catarrhes de vessie qui résistent à tout traitement, disparaissent bien vite quand les malades font un séjour à la campagne, une cure convenable dans une ville d'eau, une cure de lait, etc., ou que, surtout pendant l'hiver ils vont séjourner dans le Midi, l'Italie, par exemple.

Dans la convalescence qui suit un traitement local convenable, une cure à Karlsbad, Marienbad, Wildungen ou à des termes indifférents comme Gastein, Romerbad, Teplitz ou des eaux analogues, est tout à fait indiquée. Dans le catarrhe tuberculeux de la vessie Gleichenberg ou Roznau sont très dignes de recommandation.

VIII. *Traitement de la suppuration des bassinets et des reins; de la pyélite et de la pyélonéphrite.*

Le traitement de la pyélite est purement médicamenteux parce que les instruments ne peuvent pénétrer dans le bassinet. Par extraordinaire, on a eu recuurs aux moyens chirurgicaux; mais jusqu'à présent, ils ont donné peu de succès par rapport aux dangers qu'ils ont fait courir. C'est ainsi qu'on a extirpé à diverses reprises et en partie avec succès des reins pseudoplastiques ou mobiles et d'autres qui contenaient des pierres ou avaient été lésés d'une manière ou d'une autre. De même on a pratiqué des incisions dans des abcès périnéphrétiques et dans les bassinets du rein, élargis par la suppuration; les unes pour créer une issue au pus, les autres pour extraire les concrétions qu'ils contenaient. Cependant, on n'a pas encore pratiqué d'opérations chirurgicales contre la pyélite.

Dans la pyélite consécutive à un processus fébrile ou à une accumulation d'urine dans la vessie, ou à un catarrhe de cet organe, on ne doit s'attacher qu'à l'affection primitive. Si on arrive à la faire disparaître, la pyélite cesse avec elle.

La *pyélite aiguë* exige le repos au lit. Tant qu'il y a de

© BIU Santé

la fièvre, il faut prescrire de la quinine, et s'il y a douleur, y ajouter de la morphine. Comme boisson, du lait, de l'orgeat ou de l'eau. S'il n'existe pas de violents besoins d'uriner, on prescrira des eaux minérales sodiques mélangées ou non à du lait.

Dans la *pyélite chronique*, on prescrira le régime lacté et l'usage systématique des bains tièdes. Comme médicament, on aura recours contre la suppuration au tannin, au tannate de quinine et à l'alun. Pour prévenir la constipation, il convient d'ajouter à ces médicaments un peu d'extrait d'aloès. L'alun peut aussi être prescrit sous forme de petit lait d'alun, dont on boira un demi-litre par jour. Les formules suivantes sont bonnes :

Tannin pulvérisé. . 1 gr. Sucre blanc . . . . 2 gr. Pour 6 doses, 3 par jour.	Tannate de quinine 1 gr. Sucre blanc . . . . . 2 gr. Divisez en 6 doses, 3 par jour.
Petit lait clarifié. . . . 500 gr. Alun pur. . . . . 3 gr. Pour une journée.	Eau de chaux. . . . . 100 gr. 1 à 2 cuillerées à bouche pour 1 verre de lait.

Le baume de copahu et la térébenthine sont aussi quelquefois employés avec succès. On les prescrit sous forme de capsules gélatineuses contenant 20 centigr., dont on prend 6 à 12 par jour.

La térébenthine est aussi fréquemment employée en inhalations tièdes ou froides. Dittel recommande des inhalations froides. A cet effet, on agite convenablement une cuillerée à café de térébenthine pure avec 300 grammes d'eau froide et on introduit une quantité convenable de ce liquide laiteux dans une bouteille de la forme d'un narghilé. Le patient, prenant dans la bouche le tuyau à embouchure, fait de profondes inspirations et s'introduit ainsi la térébenthine au travers des poumons. Les inhalations se font d'ordinaire pendant quelques minutes, plusieurs fois par jour. Dès qu'on voit apparaître des maux de tête ou des vertiges, on cesse l'inhalation.

Dans la *pyélite calculeuse*, on donne des médicaments en rapport avec la diathèse. Comme l'acide urique et l'oxalate de chaux forment la pierre dans le rein, ce sont les alcalis et les eaux minérales en renfermant qui conviennent le mieux. C'est pour cela que les eaux de Karlsbad et de Vichy sont renommées depuis les temps anciens pour leur efficacité contre la lithiase. Mais toutes les eaux minéralisées sodiques ont, sous ce rapport, une excellente influence. Contre l'acide urique, on recommande surtout la lithine.

Carbonate de lithine. . . . . 3 gr.

En six paquets; trois par jour.

Mais un mélange d'alcalins convient très bien; le suivant surtout mérite d'être recommandé :

Phosphate de soude . . . . . 30 gr.
Bi-carbonate de soude. . . . . 60 gr.
Carbonate de lithine . . . . . 10 gr.

Une cuillerée à café dissoute dans de l'eau sucrée, deux fois par jour.

Il est bien entendu que dans la pyélite calculeuse une cure à Karlsbad ou à Vichy est indiquée.

Si on présume une pyélite ou une pyélonéphrite tuberculeuse, il faut mettre en action la thérapeutique efficace contre la tuberculose pulmonaire. Une cure à Glichenberg, à Roznau, à Méran et dans l'Italie septentrionale, à laquelle on adjoindra un traitement diététique convenable et médicamenteux symptomatique.

Si dans la pyélonéphrite chronique on voit, en outre, apparaître des affections d'estomac telles que le manque d'appétit, des difficultés de la digestion, du dégoût de la nourriture et des vomissements, on les regardera comme des signes d'urémie chronique. Et si, dans ces cas, on ne peut attendre des succès durables de n'importe quelle thérapeutique, il y a cela de remarquable que les eaux minérales acides, prises à l'intérieur, font disparaître, au moins pour quelque temps, les symptômes inquiétants. On prescrit d'ordinaire l'acide chlorhydrique dilué, 10 à 12 gouttes, trois fois par jour, à prendre après chaque repas, ou l'acide phosphorique, 5 grammes par jour, dans du sirop et de l'eau de Seltz en boisson.

GYNÉCOLOGIE

Hôpital Cochin. — **M. Théophile ANGER.**

Prolapsus complet de l'utérus. — 9 calculs volumineux dans la cystocèle concomitante. — Issue spontanée de 5 de ces calculs par une fistule vésico-vaginale; extraction des quatre derniers par la cystotomie vaginale. Mort deux mois après de pyélo-néphrite (1);

Par H. VARNIER, interne des hôpitaux.

P..., 68 ans, blanchisseuse, entre le 5 mars 1884, à l'hôpital Cochin, salle Cochin, n° 15 (service de M. Théophile Anger). Cette femme a depuis 1869 un prolapsus de l'utérus pour lequel M. Després a pratiqué en 1875 la suture de la vulve. A cette époque, la tumeur saillante hors de la vulve avait le volume d'une tête d'enfant nouveau-né et s'accompagnait d'une cystocèle très prononcée, dans laquelle l'introduction d'une sonde exploratrice ne fit rien découvrir d'anormal (Després, *Chirurgie journalière*, p. 486). Par la suite, malgré l'usage d'une ceinture avec sous-cuisses et pelote périnéale, la suture faiblit et le prolapsus se reproduisit; d'abord peu accentué, il augmenta brusquement trois ans après l'opération à l'occasion d'un violent effort, égalant alors le volume du poing. Depuis lors, il s'est progressivement accru et atteint actuellement le volume d'une tête d'enfant. Depuis cinq ans, la malade a renoncé à sa sa profession. C'est à cette même époque qu'elle fait remonter les troubles de la miction, qui est devenue fréquente et douloureuse, surtout à la fin; les urines troubles renfermaient parfois des graviers. De temps à autre, élancements dans la tumeur. Mais jamais à aucune époque de son existence, P... n'a rien éprouvé qui, de près ou de loin, ressemblât à des coliques néphrétiques; elle ne présente aucun antécédent d'arthritisme.

Il y a six mois, les élancements que la malade ressentait par moments dans sa tumeur vulvaire sont devenus plus intenses et plus persistants; pendant quelques jours, elle ne put rester ni assise, ni couchée, tant les douleurs étaient vives. Après cette crise survint un écoulement sanguin par les parties; il dura quinze jours et fut suivi d'une incontinence d'urine qui a persisté depuis. Il y a un mois, nouvelle crise de deux ou trois jours, à la suite de laquelle P... trouve un matin dans son lit, mêlé à de l'urine sanguinolente, un calcul du volume d'un œuf de poule qu'elle avait rendu spontanément pendant son sommeil. Le lendemain matin, au moment où elle se lève, un second calcul gros comme un marron tombe à terre à son grand étonnement, car elle n'avait éprouvé aucune douleur. Les jours suivants, expulsion spontanée, dans les mêmes conditions, de deux nouveaux calculs de même volume que le précédent. Effrayée, P... se décide à entrer à l'hôpital Cochin.

On constate l'existence d'une tumeur vulvaire du volume d'une tête d'enfant, piriforme, à grosse extrémité inférieure formée par l'utérus et le vagin descendus en totalité, des anses intestinales et une énorme cystocèle. La muqueuse vaginale qui recouvre la partie antérieure du prolapsus est rose, peu cutanisée, largement ulcérée par places et complètement dépourvue de plis; lisse, polie, elle est en un point soulevée et tendue par l'aspérité d'un calcul qu'on sent nettement par la palpation. Ce mode d'exploration fait percevoir un bruit particulier produit par la collision de plusieurs pierres contenues dans la cystocèle. La pression au niveau du point saillant mentionné est extrêmement douloureuse et la paroi vésico-vaginale est tellement amincie qu'une perforation semble imminente. A la partie supé-

(1) Communication faite à la *Société anatomique*, 9 mai, 1884.

© BIU Santé

rieure et un peu latérale de la face antérieure du prolapsus, au niveau du pédicule, on découvre sur la paroi vaginale descendue, en soulevant légèrement les petites lèvres, une perforation vésico-vaginale, de la largeur d'une pièce de 1 franc superficiellement; elle se termine en entonnoir du côté de la vessie; ses bords sont irréguliers et déchiquetés. L'urine s'écoule constamment par cette fistule. C'est certainement par là que les calculs que nous présente la malade ont été expulsés; deux ou trois jours en effet après son entrée, nous avons pu assister au rejet par cette voie d'une cinquième pierre du volume d'une noix à la suite d'une crise très douloureuse. La portion antérieure du prolapsus formée par la cystocèle, comme le prouve le cathétérisme, est fluctuante en certains de ses points, très dure en d'autres. Une sonde introduite par la fistule et dirigée de haut en bas montre que ces parties dures correspondent à des calculs, très étroitement bridés dans le diverticule vertical et entre lesquels elle vient s'enclaver.

Il est impossible de recueillir une quantité suffisante d'urine pour se rendre compte de l'état de la vessie et du rein. L'état général n'est pas très bon, mais il n'existe pas de troubles digestifs; la malade accuse bien des douleurs lombaires, mais elles ne paraissent pas augmentées par la pression, et on les attribue au prolapsus.

Le 20 *mars*, on fait la cystotomie; une incision partant de la fistule divise de haut en bas la paroi vésico-vaginale sur la ligne médiane antérieure de la tumeur, dans l'étendue de 5 centimètres. On extrait assez péniblement par cette voie, à l'aide du doigt et des tenettes, quatre calculs du volume d'un œuf à celui d'un marron, triangulaires, à larges facettes. Injections boriquées. Avivement de la fistule, qu'on réunit en même temps que l'incision par de nombreux points de suture. Une sonde à demeure introduite par l'urèthre draine la cystocèle.

Les suites de l'opération furent simples; la plaie réunit dans toute son étendue par première intention, et au huitième jour, la guérison paraissait complète. Cependant, les urines purulentes exhalant une odeur infecte, les douleurs lombaires, l'amaigrissement et la déperdition des forces, la teinte terreuse, la fièvre vespérale indiquaient que le rein s'était ressenti de l'intervention chirurgicale. Le 25 avril, on trouve la malade comateuse et délirante, avec une dyspnée très marquée, sans signes physiques. Elle succombe le 26 avril.

Autopsie. — Après avoir décollé dans toute son étendue le péritoine pelvien, nous avons scié les branches horizontales et descendantes du pubis et sorti le tout avec le prolapsus. Il est aisé de voir sur la pièce disséquée que nous présentons tous les caractères classiques du prolapsus utérin. Nous n'y insisterons pas. Le bas-fond de la vessie et le trigone ont accompagné dans sa chute la paroi antérieure du vagin, de façon à constituer une poche diverticulaire qui parait, à l'autopsie, peu volumineuse. Il semble qu'elle ne pourrait guère loger qu'une mandarine. A la partie postéro-supérieure de cette poche se trouve un orifice admettant la pulpe de l'index et qui conduit dans la portion de vessie restée derrière le pubis, conformément à la règle. Cette dernière portion restée en place a le volume d'une noix et ne renferme aucun corps étranger. La vessie présente donc dans son ensemble la forme d'une gourde. Les uretères s'ouvrent dans la cystocèle, qui est remplie d'urine purulente exhalant une odeur infecte.

Les parois vésicales sont épaissies, dures à la coupe. La muqueuse présente une coloration violacée très accentuée et quelques cellules au fond desquelles se rencontrent deux ou trois petits graviers blanchâtres. Pas d'ulcérations; les uretères, épaissis et légèrement dilatés, sont remplis de pus.

Les reins sont un peu plus volumineux qu'à l'état normal; ils se décortiquent avec une grande facilité; leur surface est inégale, parsemée de mamelons à contours irréguliers et de points isolés ou confluents, formant un relief appréciable surtout au toucher, de coloration blanchâtre tranchant sur le fond violacé du reste de l'organe.

A la coupe, il s'écoule une énorme quantité d'urine purulente; le bassinet et les calices dilatés sont remplis de pus, et on y rencontre çà et là quelques graviers du volume d'un pois à celui d'une tête d'épingle, s'écrasant aisément; ils sont blanchâtres, friables, et l'examen microscopique n'y révèle pas la présence de cristaux définis. La substance rénale est presque complètement détruite et infiltrée d'abcès miliaires. Les calculs sortis spontanément ou retirés par la taille que je mets sous les yeux de la Société sont au nombre de huit. Leur volume varie de celui d'un œuf à celui d'une noix; ils pèsent 40, 45, 35 et 51 gr. (calculs spontanément expulsés par la fistule), 50, 45 et 30 grammes (calculs retirés par la taille).

Leur couleur est blanc grisâtre; ils sont lourds et d'une consistance dure, bien que s'effritant assez facilement sous l'influence des chocs; l'ongle, en effet, ne les entame pas. Ils rendent un son clair à la percussion. Tous sont à facettes, et la plupart affectent la forme d'une pyramide triangulaire à angles émoussés; les facettes sont larges, un peu concaves, lisses et polies par places.

L'un des calculs ayant été scié, on peut voir sur la coupe qu'il est formé de couches très régulièrement concentriques; le centre est occupé par un noyau qu'on fait sauter facilement avec la pointe d'un scalpel, et qui se présente sous la forme d'un pois à contours très réguliers, dur, de coloration brune. Les couches dont est formé le calcul sont alternativement blanches et jaunâtres. La plus externe, épaisse d'un demi-centimètre, est absolument blanche.

L'analyse qualitative a donné les résultats suivants : Phosphate de chaux, carbonate de chaux, phosphate d'ammoniaque, urate d'ammoniaque, urate de soude (traces), matières organiques.

Réflexions. — Cette observation m'a paru intéressante à publier aux différents points de vue suivants :

1° La présence de nombreux et volumineux calculs dans une cystocèle compliquant un prolapsus utérin. Bien que la stagnation de l'urine dans le diverticule vésical ainsi formé et la cystite qui en est la conséquence expliquent aisément la formation de calculs dans ces cas, cette complication a été jusqu'à présent considérée comme tout à fait exceptionnelle. Raoul Leroy (d'Etiolles), dans un mémoire présenté à la Société de chirurgie, en 1864, n'avait pu, avec une bibliographie remontant à Ruysch et comprenant plusieurs faits anglais et italiens, en rassembler que dix cas. J'ai fait à ce sujet des recherches qui seront ultérieurement publiées et qui tendent à prouver que, bien que peu fréquente, la complication en question l'est cependant notablement plus qu'on ne l'a cru sur la foi du mémoire de Leroy. Nous avons pu, en effet, rassembler plus de trente observations, et notre bibliographie n'est pas épuisée. Les Bulletins de la Société anatomique en renferment trois : Durand-Fardel, 1838; Ferra, 1842; Raymond, 1875.

2° La production dans ces conditions d'une fistule vésico-vaginale est extrêmement rare. Sur nos trente observations, il n'y a que cet exemple. Il semble cependant que ce soit surtout dans ces cas qu'on rencontre les conditions essentielles requises par Cruveilhier pour la production de ces perforations, savoir : la fixité, l'immobilité et par conquent la continuité de la pression exercée sur la même région de la vessie. Elles existaient certainement dans notre cas, où les calculs étaient tellement bridés dans la cystocèle, qu'il était impossible de les déplacer et qu'ils soulevaient la paroi vésico-vaginale de telle sorte, qu'une nouvelle fistule était sur le point de se produire au moment où l'on est intervenu.

3° La plupart des auteurs qui ont parlé de la taille pratiquée sur les cystocèles ont insisté sur son innocuité. Or, on a fait jusqu'à présent cette opération six fois, deux fois les malades ont succombé plus ou moins rapidement à la pyélo-néphrite exaspérée par l'intervention chirurgicale.

© BIU Santé

(Blandin, Soc. anat., 1842, Th. Anger.) Cette prétendue innocuité n'est donc que relative, et il faut ici comme ailleurs tenir compte de l'état des reins.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hospice de la Salpêtrière. Clinique des maladies nerveuses : M. le professeur Charcot.

S'il est un enseignement médical suivi entre tous, c'est, sans conteste, celui de M. Charcot. Alors que ce savant maître était titulaire de la chaire d'anatomie pathologique, ses nombreux auditeurs se pressaient déjà aux cours qu'il faisait par surcroît à la Salpêtrière sur les maladies nerveuses. Chaque année a vu s'accroître le nombre des élèves et la création de la chaire des maladies nerveuses n'a été que la consécration forcée des travaux de l'*école de la Salpêtrière*, fondée par M. Charcot, école qui n'a pas peu contribué au développement de la neuropathologie. Pour s'en convaincre, il aurait suffi d'assister à cette première leçon où, devant un auditoire où se comptaient bien des élèves déjà passés maîtres, le professeur a pris la parole sur une affection aujourd'hui incontestée, la *sclérose latérale amyotrophique*, qu'on connaît partout, en France peut-être excepté, de même que les arthropathies tabétiques sous le nom de *maladie de Charcot*. Dans un langage, où se pressaient les considérations les plus élevées de pathologie générale, M. Charcot a montré qu'en créant autrefois un type complet, il avait voulu satisfaire à ce besoin d'esprit qui, chez les novateurs, retarde l'exposition d'une découverte jusqu'au jour où il en apparaît un spécimen irréfragable. Aujourd'hui, de même qu'autrefois pour l'ataxie locomotrice de Duchenne, on peut reconnaître les cas qui se montrent même à l'état *fruste*. Suivant en cela la méthode qu'il avait employée pour déterminer son type morbide, le professeur a étudié devant ses auditeurs le type caractéristique, en leur montrant un malade répondant points par points à la première description qu'il avait donnée de la maladie, se réservant dans les leçons ultérieures, faites chaque semaine le *vendredi*, de faire passer devant leurs yeux des cas incomplets. Partisan absolu de la méthode anatomo-clinique qu'il a appliquée avec tant de fruit à l'étude des maladies nerveuses, M. Charcot veut qu'on ne néglige rien pendant la vie du malade de ce qui peut éclairer le diagnostic et servir après la mort à contrôler les résultats connus de la physiologie expérimentale. Grâce à la magnifique et complète organisation du service qu'il dirige et qu'il a créé de toutes pièces, toutes les ressources de la science moderne sont mises en œuvre pour l'instruction des élèves, présentation de malades, projections des lésions anatomiques et histologiques à la lumière électrique, schémas, etc. C'est ainsi que M. Charcot a montré une série de tracés plantaires de première utilité pour l'étude de la démarche dans les affections du système nerveux. Ces leçons sont complétées le *mardi* par l'examen direct des malades nouveaux venus à une policlinique où se rendent les cas difficiles et intéressants de l'Europe entière.

Ouverture du cours de médecine opératoire : M. Duplay.

M. le professeur Duplay a commencé son cours jeudi dernier, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Accueilli par les applaudissements sympathiques d'un public très nombreux, M. Duplay a exposé dès l'abord les raisons qui l'ont déterminé à solliciter l'honneur d'occuper la chaire de médecine opératoire et la manière dont il croit devoir comprendre cet enseignement.

Des divers points sur lesquels doit porter l'enseignement de la médecine opératoire, suivant l'excellent programme tracé par Malgaigne, il en est certains sur lesquels il convient d'attirer plus particulièrement l'attention. L'organisation si complète des travaux pratiques sous l'impulsion et par la volonté d'un homme auquel M. Duplay a tenu à rendre un éclatant hommage, rend moins nécessaire, pour ne pas dire inutile, l'exposé et l'étude des procédés opératoires et de leur mise en pratique. Ce n'est qu'à l'École pratique que l'élève peut apprendre à manier le couteau ; l'enseignement supérieur de la Faculté lui apprendra ensuite quand et suivant quel procédé il convient de le manier. C'est pourquoi M. Duplay se contentera souvent d'une description sommaire de l'opération, qu'il répétera alors seulement qu'il le jugera nécessaire, pour s'attacher plus particulièrement à l'étude des indications et contre-indications opératoires et du choix du procédé. A une époque où les pansements et les précautions opératoires ont acquis une si grande et si légitime importance, leur étude approfondie ne saurait être négligée ; le traitement consécutif, si important, les accidents et les complications des opérations seront longuement étudiés. Ainsi compris, ce cours de médecine opératoire appliquée deviendra l'analogue du cours de thérapeutique médicale et pourrait être dit : cours de thérapeutique chirurgicale. Pour marquer dès le début le caractère pratique qu'il désire imprimer à son enseignement, M. Duplay a consacré la plus grande partie de sa première leçon à l'étude des conditions générales, tant celles d'ordre extérieur que celles inhérentes au malade lui-même, qui dominent et commandent la pratique opératoire.

Nous ne pouvons qu'approuver hautement cette manière élevée de comprendre l'enseignement de la médecine opératoire qui ne pouvait d'ailleurs être placé en de meilleures mains. Les conseils pratiques, qu'une longue expérience peut seule permettre de donner, la clarté et la précision extrêmes des descriptions, ajoutent à l'intérêt et à l'attrait de ce cours, complément indispensable des études chirurgicales.

Ouverture du cours de clinique mentale : M. Magnan.

M. Magnan vient de reprendre la série des leçons qu'il consacre, tous les hivers, à l'étude de la pathologie mentale. Cette année, le professeur nous donne sa classification des maladies mentales, classification qui est, en quelque sorte, la conclusion de recherches poursuivies depuis de longues années, dans un contact incessant avec les malades.

© BIU Santé

S'il est une classification difficile entre toutes, c'est bien celle des aliénés. En pathologie ordinaire, on a presque toujours une base certaine, un critérium, la lésion anatomique qu'on trouve sur le cadavre. En pathologie mentale, au contraire, ni l'examen microscopique, ni le microscope ne nous donnent le secret de la maladie. L'autopsie d'un persécuté, par exemple, ne nous révèle rien. On n'a pour se guider que les signes cliniques purs. C'est ce qui explique la difficulté de l'étude des aliénés. Dès qu'on ouvre un livre de pathologie mentale, on se heurte à tant de confusion qu'on est découragé ; on ne voit presque aucune espèce pathologique bien nette, dont les grands caractères permettent de distinguer un aliéné au milieu des autres. Ce n'est pas qu'on n'ait cherché un fil conducteur ; les classifications émises sont, au contraire, très nombreuses.

Les uns, comme Esquirol et Georget, n'ont vu que le symptôme le plus saillant dans l'observation du malade, et ils ont bâti toute une espèce pathologique sur ce symptôme. Ainsi ont été créées la *mégalomanie*, la *théomanie*, etc., etc. D'autres, comme Berthier et M. Ball, ayant découvert qu'il existait des aliénés phtisiques, cancéreux, arthritiques, etc., se sont laissés séduire par la diathèse de ces malades et n'ont pas voulu reconnaître à l'aliéné le droit d'avoir des tubercules, ou des rhumatismes ou des cancers. De là la mise au monde de nouvelles espèces pathologiques (folie tuberculeuse, folie rhumatismale, folie cancéreuse, etc., etc.) qui ne supportent pas l'examen clinique. D'autres encore sont allés plus loin dans cette fausse voie et un médecin anglais, Skee, cherchant la cause de la folie dans l'influence mystérieuse d'un organe, a distingué la folie aménorrhéique, la folie post-connubiale, la folie de l'utérus qu'il divise en *utero-mania* et en *ovario-mania*.

Il est impossible à celui qui veut étudier la pathologie mentale de se reconnaître au milieu de toutes ces fragmentations cliniques. La méthode vraiment féconde est celle qu'ont appliquée en pathologie ordinaire les Andral, les Louis, les Trousseau. Il faut tenir compte non seulement du symptôme en lui-même, mais il faut chercher aussi sa valeur relative, il faut le classer selon la hiérarchie qui lui est dévolue, il faut l'étudier dans toutes les phases de son évolution. Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre plus longuement sur ces points, nous nous contenterons de donner ici la classification de M. Magnan.

Il distingue d'abord deux grands groupes :

1° Des états mixtes tenant à la fois de la pathologie ordinaire et de la psychiâtrie. Ce sont : la *paralysie générale*, la *démence sénile* (athérome cérébral) ; — les *lésions circonscrites* (ramollissements, hémorrhagies, tumeurs, etc.) ; — l'*hystérie* ; — l'*épilepsie* ; — les *intoxications* (alcool, absinthe, morphine, opium, verdet, seigle ergoté, plomb, etc.).

2° Le deuxième groupe comprend les folies proprement dites ou psychoses. Ce sont : *a*) le *délire chronique* ; *b*) les *folies intermittentes* (simple, circulaire, à double forme, alterne, etc.) ; *c*) la *folie des dégénérés* avec les syndromes épisodiques ; enfin, *d*) deux éléments simples dans ce groupe, la *manie* et la *mélancolie*.

C'est sur les folies intermittentes que les leçons de M. Magnan porteront cette année. Mais, avant d'y arriver, le professeur a voulu passer rapidement en revue les caractères du délire chronique et il a présenté quelques malades qu'on aurait appelés simplement des *persécutés* autrefois et que nous pouvons nommer aujourd'hui des *délirants chroniques à la deuxième période*, ce qui nous fournit immédiatement des renseignements certains sur la marche de la maladie, sur le pronostic et sur le traitement.

Nous n'avons pu donner aujourd'hui que l'idée générale de la leçon de M. Magnan, nous nous proposons de revenir prochainement sur des études si intéressantes. Les cours ont lieu au bureau de l'admission de Ste-Anne, tous les dimanches à 9 h. 1/2. Les mercredis à la même heure, des leçons plus pratiques se font auprès du malade.

Ouverture du cours de clinique chirurgicale à l'hôpital : Necker M. L. Le Fort.

M. le professeur L. Le Fort a commencé le mardi 12, à l'hôpital Necker, les leçons cliniques qu'il continuera les mardi et samedi de chaque semaine. M. L. Le Fort consacrera ses premières leçons à l'exposition des idées qu'il défend depuis longtemps, sur le rôle de la contagion dans les affections septicémiques. Comme on sait, le chirurgien de Necker n'est rien moins que partisan de la théorie moderne des *germes-ferments* sur laquelle est fondée la pratique antiseptique, et à laquelle il convient de substituer suivant lui la théorie plus vraie et plus facilement démontrable du *germe-contage*. Bien qu'elles ne soient pas acceptées par la majorité des chirurgiens, les idées de M. le professeur L. Le Fort, fruit d'une observation attentive, longtemps poursuivie, méritent attention et examen.

Elles conduisent d'ailleurs à des conclusions pratiques analogues, pour ne pas dire tout à fait semblables, à celles des chirurgiens qui ont adopté la théorie *Pastorienne* des germes ; et l'on ne saurait nier, sans injustice, qu'elles ont conduit leur auteur à adopter, l'un des premiers, longtemps avant Lister, les précautions opératoires et de pansement qui ont tant changé la face de nos statistiques hospitalières.

Dans sa première leçon, M. Le Fort a exposé devant une assistance nombreuse et sympathique l'historique des pansements, en s'attachant surtout à montrer la genèse *progressive* de la méthode antiseptique qui triomphe actuellement.

Ouverture des conférences d'anatomie pathologique : M. Straus.

Jeudi 13 novembre, à 2 heures, dans une des salles de l'Ecole pratique de la rue Vauquelin, M. Straus inaugurait la série des conférences d'anatomie pathologique qu'il continuera pendant tout le semestre d'hiver. Au milieu d'une grande affluence d'auditeurs, le professeur commence par exposer le programme qu'il compte suivre : les conférences seront essentiellement pratiques, des pièces et des coupes seront mises constamment sous les yeux des élèves, et sans s'attarder à ces préliminaires il aborde l'étude toute d'opportunité du *choléra*.

© BIU Santé

La description, empreinte d'une précision et d'une rigueur scientifique remarquables est animée par un langage coloré qui la rend saisissante.

A la fin de la conférence, des applaudissements réitérés ont témoigné et de l'intérêt qu'on y a attaché, et de la sympathie qu'inspire son auteur.

Ouverture du cours hebdomadaire de démonstrations anatomo-pathologiques de l'Hôtel-Dieu : M. Cornil.

La première leçon a eu lieu mercredi 12 novembre. Après avoir montré quelques cœurs atteints de lésions intéressantes, M. le professeur Cornil a exposé à grands traits ce que l'on sait actuellement du *bacille virgule* en se basant surtout sur les travaux de Koch. Après avoir décrit la technique de cet auteur pour la recherche, l'isolement et la culture du bacille cholérigène, M. Cornil a indiqué les recherches analogues qu'il a, lui-même, déjà entreprises sur ce sujet en montrant les desiderata et les inconnus encore nombreux de la question. Il a promis d'en donner la suite dans la prochaine leçon. A l'issue de la conférence, le professeur a montré aux élèves des préparations de bacilles virgules pris dans l'intestin et dans des cultures pures. Dans la seconde conférence, M. Cornil a continué l'étude du bacille-virgule, puis a abordé celle de l'endocardite ulcéreuse. Le professeur fait passer aux élèves de nombreuses préparations au fur et à mesure des descriptions. Nous ne pouvons que recommander très vivement aux étudiants de suivre avec assiduité ces conférences essentiellement pratiques.

Conférences sur la pathogénie et la prophylaxie des maladies infantiles : M. Legroux.

Lundi 17 novembre a eu lieu, au petit amphithéâtre de la Faculté, la première conférence de M. Legroux, agrégé libre. Après avoir remercié le doyen et le conseil des professeurs du bon accueil fait à sa demande, M. Legroux a expliqué pourquoi il s'était décidé à faire des conférences, alors que la plupart des jeunes agrégés quittent l'enseignement quand leur temps d'activité a pris fin. L'accueil sympathique qui lui a été fait, il y a trois ans, quand il professait officiellement, le désir de revoir ses auditeurs et le regret de quitter la chaire l'ont engagé à se faire entendre de nouveau.

Le sujet qu'il traite présente d'ailleurs une importance capitale et même un intérêt patriotique. Si, comme il le dit fort bien, nous comparons notre pays à ce qu'il était au commencement du siècle, nous voyons que la natalité tend à décroître et que la population des autres pays s'accroit rapidement, alors que chez nous elle reste à peu près stationnaire. Il en résulte que la France, qui était au premier rang comme population et comme importance politique, tend à se réduire à un rang inférieur.

Deux causes concourent avec une égale importance à cet abaissement : d'une part la diminution des naissances, et d'autre part l'énorme mortalité des enfants nouveau-nés. Il y a donc une importance capitale à reconnaître le mal, à le dévoiler, afin que l'on puisse, dans la mesure du possible, s'en préserver ou s'en défendre. — Grâce à l'ingénieuse idée du professeur, nous pouvons, sur des diagrammes et des tracés très exacts et très bien faits, embrasser d'un seul coup d'œil les variations démographiques des différents pays, depuis le commencement du siècle. La statistique ainsi comprise n'est plus une aride exposition de chiffres, mais devient une science agréable, et qui parle aux yeux sans alourdir la mémoire de chiffres placés bout à bout. Nous voyons alors passer sous nos yeux la natalité de l'Angleterre, qui est la plus élevée, celle de la Suède, de la Prusse, et enfin au dernier rang vient la France.

Comme accroissement de population, par rapport au nombre d'habitants, depuis 1800, nous voyons que l'Angleterre, puis la Prusse viennent en première ligne, que la France vient encore à un degré tout à fait inférieur. Comme étendue de terrain, où domine notre race, nous avons diminué dans des proportions effrayantes. Puis, nous nous apercevons bientôt que la campagne s'appauvrit aux dépens des villes « qui sont des mangeurs d'hommes », où la mortalité est beaucoup plus considérable dans l'âge adulte. — Nous voyons également que le nombre des mariages diminue, et surtout que les mariages se font plus tard qu'en Angleterre où il y a beaucoup plus d'enfants.

Si après avoir vu les tracés indiquant les naissances et les mariages, nous examinons ceux des décès, nous nous apercevons vite que nous ne sommes pas supérieurs à nos voisins. La mortalité des enfants est considérable pendant la première année, pour diminuer jusqu'à dix ans. Nous voyons également que les enfants illégitimes meurent en quantité beaucoup plus considérable que les enfants légitimes. Nous voyons enfin que le nombre des veufs est inférieur à celui des veuves.

En ce qui concerne plus spécialement Paris, la statistique nous montre aussi qu'il y a deux saisons, l'hiver et l'été, où la mortalité est surtout considérable chez les enfants. En hiver dominent les affections des voies respiratoires, et en été les affections du système digestif ainsi que les maladies du système nerveux. L'exposé de ce tracé indique donc déjà quelles précautions seront nécessaires, en diverses saisons, pour préserver l'enfant si frêle et si facilement la proie des maladies.

En nous montrant la situation précaire de notre race et la perdition énorme de nos forces vives, le professeur a fait, croyons-nous, une œuvre aussi instructive qu'utile.

Clinique des maladies des enfants : M. Joffroy.

La clinique des maladies des enfants est pendant ce semestre dirigée par M. Joffroy ; ancien élève du regretté professeur Parrot, nous ne doutons pas que mieux que bien d'autres il ne soit à même, par son enseignement, d'attirer de nombreux étudiants à une clinique dont tous savent apprécier l'importance. Nous avons déjà donné notre opinion (1) au sujet de la translation de ce service des Enfants-Assistés aux Enfants-Malades, nous n'avons donc pas à y revenir.

Nous sommes convaincu que M. Joffroy donnerait un enseignement clinique beaucoup plus utile s'il avait à

(1) Voir *Progrès médical*, n° 19, 10 mai 1884, p. 373.

© BIU Santé

sa disposition le matériel de l'hospice des Enfants-Assistés, et qu'il réunirait par suite un bien plus grand nombre d'élèves autour de lui.

Tel qu'il est organisé aujourd'hui, le service de la Faculté n'en est pas moins intéressant ; et nous sommes étonné que dans une école comme celle de Paris, qui compte un si grand nombre d'étudiants, on voie à une clinique si importante un moins grand nombre d'auditeurs que dans certaines Facultés allemandes beaucoup moins fréquentées et moins riches (Strasbourg, par exemple, avec 191 étudiants, semestre d'été 1884).

Nous ne pouvons donc que blâmer l'absence des étudiants de la Faculté de Paris à une des cliniques les plus utiles à de futurs médecins praticiens. Qu'ils fuient les cours de maitres à théories antédiluviennes, rien de mieux, car ces représentants d'une époque scientifique, illustre sans doute, mais qui ne présente plus qu'un intérêt historique, sont inconsciemment cause de la décadence scientifique de notre pays ; ignorants de ce qui a été fait depuis eux, soit en France, soit surtout à l'étranger, ils personnifient l'immobilisme et sont aussi inamovibles comme hommes de science que comme professeurs.

En suivant la clinique de M. Joffroy, les étudiants profiteront des leçons d'un maître accessible à tous les progrès ; ils seront tenus au courant des travaux anciens et modernes, et il ne tiendra qu'à eux que l'enseignement de leur nouveau maitre soit aussi pratique que scientifique. Qu'ils évitent de suivre les errements de beaucoup d'entre eux qui n'osent demander au professeur des explications, n'auscultent et ne percutent que contraints, ne cherchent pas à interroger les malades, etc. ; c'est à eux à encourager leur maitre à les interroger, à leur faire poser des diagnostics, indiquer le traitement, à les faire ausculter, percuter, etc. Il serait, du reste, désirable que tous les professeurs de clinique, surtout au moins leurs chefs de clinique ou internes consacrassent quelques heures à l'enseignement de l'examen des malades.

Après une visite dans les salles où nous avons pu entre autres vérifier les résultats obtenus dans la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine administré à dose élevée, M. Joffroy a fait sa première leçon à l'amphithéâtre sur « *les caractères généraux des maladies infectieuses ou maladies parasitaires.* Il a fait l'historique de la théorie parasitaire de ces maladies, et réfuté avec habileté les sophismes avancés par les adversaires des doctrines microbiennes. La diction est facile, la parole claire, les idées sont précises ; le professeur parle avec assez de verve et d'entrain et paraît éviter ces phrases sonores et vides de sens, si recherchées par certains de ses collègues (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÈTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 novembre 1884. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. P. BERT remercie les membres de la Société de l'honneur qu'il lui ont fait en le nommant à nouveau président perpétuel à la presque unanimité des voix. Bien que désireux le premier de respecter les statuts immuables de la Société il émet le vœu que tous les 5 ans le président soit renommé en même temps que le secrétaire général.

M. GRIMAUX prononce en termes émus un court éloge de M. Henninger, membre de la Société, enlevé si prématurément à la science. D'accord avec les sentiments de tous il affirme que personne ne connaissait mieux que lui la chimie biologique.

M. REGNAULD communique le résultat de ses recherches *sur la conservation du chloroforme.* Il rappelle qu'il a lui-même partagé l'opinion émise par M. Personne en 1877 ; à savoir que si ce corps s'altérait, son altération était due à la présence d'une certaine quantité de chloral. A ce propos M. Regnauld a institué une série d'expériences qui lui ont démontré qu'il était absolument impossible de conserver le chloroforme même lorsque celui-ci est privé de chloral, dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire exposé à la lumière solaire et à l'action de l'air ambiant.

Pour obvier à l'action de la lumière il faudrait conserver cet agent médicamenteux dans une atmosphère d'azote, procédé évidemment peu pratique. Aussi convient-il de mélanger avec lui des substances telles que l'alcool éthylique, ou même l'éther simple qui, à la dose de 1/1000e, assurent sa conservation.

MM. CORNIL et MÉGNIN ont fait des études comparatives sur la *diphtérie et la tuberculose chez les gallinacés.* Jusqu'ici ces deux affections, chez ces animaux, avaient été confondues entre elles, car il ne faut pas oublier que, chez les oiseaux, la diphtérie a une évolution chronique qui peut en imposer. L'étude des micro-organismes a permis d'établir des différences dans ces deux maladies dont les lésions présentent beaucoup d'analogies à l'œil nu. Dans les produits tuberculeux que l'on trouve chez les gallinacés, se rencontre une quantité considérable de bacilles, analogues à ceux qu'on trouve chez l'homme : ces bacilles se voient également à l'inverse de ce qui se passe chez celui-ci, en très grande quantité dans les tubercules calcifiés. Les produits diphtéritiques au lieu de renfermer seulement des bacilles contiennent aussi des microbes ainsi que l'avait déjà dit Klebs. A propos de cette dernière affection des expériences en cours d'exécution permettent de dire que la diphtérie des oiseaux n'est pas transmissible à l'homme.

M. P. BERT estime qu'il y a beaucoup à glaner dans le champ de la diphtérie et de la tuberculose des oiseaux encore imparfaitement connues et jusqu'ici mal différenciées; seuls les procédés employés par les expérimentateurs: cultures et inoculations, pourront permettre de juger les questions si importantes de transmissibilité.

M. BLANCHARD remet au nom de MM. BOULARD et PILIER une note sur *la disposition de l'organe folié de la langue des singes.*

M. MÉGNIN remet une note de M. THIERRY sur la production de 6 lésions hépatiques, constatées pour la première fois, par la *sclerostoma armatum.*

M. DUVAL remet une note de M LAULANIÉ sur le *renflement érectile de l'artère spermatique chez le fœtus.* Le présentateur émet l'avis que ce renflement érectile n'est peut-être constitué que par des débris du corps de Wolff.

G. DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 novembre 1884. — PRÉSIDENCE DE M. A. GUÉRIN.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit une lettre de M. Panum (de Copenhague), remerciant l'Académie du témoignage sympathique qu'elle a adressé au roi et au peuple danois, à l'occasion de l'incendie du château de Christianborg.

M. L. LABBÉ présente, au nom de M. Chéron, un nouveau galvano-cautère.

M. BERGERON lit une notice sur M. Fauvel.

M. HAYEM fait une communication sur le *traitement du*

(1) Voir ouverture du cours de M. Laboulbène, *Progrès médical*, 24 novembre 1883.

© BIU Santé

choléra, par les injections intra-veineuses d'une solution de chlorure de sodium. La solution liquide à laquelle M. Hayem a eu recours était ainsi composée : Eau distillée, 1 litre ; chlorure de sodium, 5 gr. : sulfate de soude, 10 gr. Deux litres à deux litres et demi, à une température de 38°, furent ainsi injectés. Les résultats varient suivant les individus affaiblis, alcooliques ou non. Ces injections ont généralement échoué chez les alcooliques ou chez les malades en état d'algidité ; il n'en a pas été de même chez les individus bien portants avant l'attaque du choléra. Sur 25 malades traités dans ces dernières conditions, 20 sont hors d'affaire et 5 restent encore douteux.

M. Hardy demande combien de malades ont été ainsi traités.

M. Hayem répond qu'il a appliqué ce traitement à 100 malades.

M. Hardy fait observer qu'il s'agit alors de 25 guérisons obtenues pour 100 malades traités.

M. Hayem fait observer que la grande majorité de ceux qui n'ont pas été ainsi traités sont morts.

M. Panas fait une communication sur l'emploi du *chlorhydrate de cocaïne* pour anesthésier la conjonctive et la cornée sans provoquer une anesthésie générale. La solution employée est à 5 0/0. Après trois instillations, faites de cinq en cinq minutes, la cornée et la conjonctive sont anesthésiées.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que les propriétés de la cocaïne se manifestent également sur les autres muqueuses laryngée, pharyngienne, stomacale.

M. C. Paul rappelle que la cocaïne a la propriété de dilater la pupille d'une manière tout à fait passagère.

L'Académie se forme en *Comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Guéniot, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements. La Commission présente: en 1re ligne, M. Charpentier ; en 2e ligne, M. Pinard ; en 3e ligne, M. Budin ; en 4e ligne, M. Ribemont-Dessaignes ; en 5e ligne, M. Martineau.

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 novembre 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Verneuil, à propos de la discussion sur la thyroïdectomie et les injections d'éther iodoformé, communique les remarques de son expérience ; il traite depuis quelque temps certains abcès froids par les injections d'éther iodoformé, et il a pu constater maintes fois le développement gazeux consécutif à l'injection, et que M. Terrier a signalé dans la précédente séance ; ce ballonnement du foyer, qui peut durer huit, dix ou douze jours, lui a paru sans inconvénients. M. Verneuil n'est point partisan de l'extirpation du corps thyroïde atteint de cancer ; il signale comme éléments principaux du diagnostic de ce cancer les adhérences précoces et les douleurs à distances. Sans être partisan enthousiaste des injections iodées dans le goitre ordinaire, M. Verneuil les a souvent pratiquées, quelquefois avec profit, toujours sans inconvénients.

M. Marchand a fait, il y a quatorze mois, une thyroïdectomie pour un carcinome central du corps thyroïde ; la tumeur fut examinée au collège de France ; il ne peut donc subsister aucun doute sur le diagnostic, et cependant la récidive ne s'est point encore faite.

M. Berger demande à M. Verneuil si, dans ses essais de traitement des abcès par les injections d'éther iodoformé, il n'a jamais observé de phénomènes d'intoxication.

M. Verneuil répond qu'il n'est jamais arrivé aux doses convenables qu'après quelques tâtonnements, et qu'il se propose d'entretenir prochainement la Société sur ce sujet.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation adressée à la Société par *M. Barthélemy*, médecin-major. Cette observation peut être ainsi résumée : rupture traumatique du canal de l'urèthre, rétention d'urine, ponction hypogastrique de la vessie ; après la ponction, le trocart est remplacé par une sonde molle, qu'on laisse à demeure ; mort par infiltration urineuse lente cinquante jours après le traumatisme. — M. Chauvel ne saurait approuver la conduite tenue en cette circonstance par M. Barthélemy ; l'incision immédiate du périnée, la recherche du bout postérieur de l'urèthre, et l'application de la sonde à demeure, telles sont les pratiques universellement adoptées aujourd'hui, et cette observation, dans laquelle l'ancien trajet de la sonde hypogastrique a été le lieu de départ de l'infiltration ne lui paraît pas de nature à pouvoir modifier l'opinion chirurgicale régnante.

Suit une courte discussion à laquelle prennent part MM. Delens, Marchand et Berger, tous partisans de l'incision périnéale, dont le premier effet, même alors qu'elle n'aboutit pas à la découverte du bout postérieur, est d'assurer l'écoulement de l'urine et de mettre à l'abri de l'infiltration. Cependant, M. Delens fait observer que la ponction hypogastrique aspiratrice de la vessie peut rendre de grands services quand la rétention persiste ; on peut renouveler cette ponction pendant plusieurs jours, sans le moindre inconvénient.

M. Terrier lit une note sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne pour produire l'anesthésie dans les opérations qui doivent porter la conjonctive et le globe oculaire ; il a employé cette substance sur deux malades ; dans un cas, il s'agissait d'une abrasion de la cornée ulcérée ; dans l'autre, d'une cataracte. M. Terrier s'est servi d'une solution à 5 0/0 dont il a instillé 4 gouttes ; cinq minutes après, dans les deux cas, l'insensibilité était complète ; cependant, M. Terrier a noté que la sensibilité n'était éteinte qu'à la surface, elle reparaissait dans les parties profondes de la cornée ; de même la section de l'iris et l'évacuation du cristallin cataracté furent accompagnées de douleurs assez vives. Cette insensibilité superficielle, qui s'est prolongée pendant un quart d'heure, sera utilisée avec grand profit par la chirurgie de l'appareil oculaire et notamment pour l'extraction des corps étrangers de la cornée.

M. Nicaise a fait des expériences analogues sur quatre malades ; il s'est servi d'une solution à 2 0/0 et a obtenu également l'insensibilité, mais à un degré moins prononcé que M. Terrier. Il n'a point noté de dilatation papillaire.

M. Chauvel dit que l'on peut anesthésier avec le chlorhydrate de cocaïne les muqueuses du palais, de l'arrière-gorge et du larynx ; il s'en est servi avec succès pour anesthésier la muqueuse laryngée.

M. Terrier a noté une dilatation papillaire très manifeste sur un de ses opérés, bien qu'il eût déjà la pupille dilatée par un traitement antérieur à l'atropine.

M. Terrillon communique la statistique du service qu'il vient de faire pendant neuf mois à la clinique de la Charité. 763 malades ou blessés ont été reçus ; 60 ont subi des opérations importantes, nécessitant l'emploi du chloroforme ; il a été fait 40 autres opérations moins importantes et 9 ponctions articulaires ; les abcès, phlegmons, panaris, etc., traités en grand nombre, ne sont point comptés dans ces opérations. M. Terrillon n'a enregistré que quatre décès : un après une gastrostomie pratiquée sur un cancéreux à la période cachectique, deux après l'opération de la hernie étranglée et un après l'ablation d'un épithélioma du col utérin. M. Terrillon attribue ces excellents résultats à une pratique rigoureuse de la méthode antiseptique.

M. Berger demande à M. Terrillon s'il a observé des érysipèles ; il y a en effet à la Charité certaines salles où l'érysipèle survient ordinairement, surtout au printemps et à l'automne. M. Berger en observa plusieurs cas dans ce service, bien qu'il appliquât le pansement de Lister.

M. Terrillon répond qu'il n'a eu que trois cas d'érysipèle ; encore ont-ils été très bénins.

M. Berger, qui exprimait tout récemment de grandes réserves dans un rapport à propos des tendances opératoires accusées dans un travail de M. Guermonprez *sur les traumatisme et malformations de la main*, a rencontré à la consultation du bureau central un malade qu'il présente et dont l'aspect est de nature à fortifier l'opinion régnante sur l'extrême réserve qu'il convient d'observer dans

© BIU Santé

les interventions après les traumatismes de la main. Ce malade ayant eu le médius et l'annulaire emportés, on désarticula les métacarpiens de ces deux doigts dans l'espoir de favoriser le rapprochement de l'auriculaire et de l'index; or, il se trouve que la cicatrice provenant de l'opération a amené la rétraction de ces doigts, qui restent fléchis dans la paume. P. POIRIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 octobre 1884.— PRÉSIDENCE DE M. BUCQUOY.

M. BLACHEZ montre à la Société un jeune enfant, âgé de 3 mois, chez lequel on constate au niveau de la partie moyenne de la région sterno-mastoïdienne du côté droit, la présence d'une petite tumeur, de la grosseur d'une amande et de consistance fibreuse. Cette tumeur, d'après M. Blachez, est le reliquat d'un hématome, qui s'est produit au moment de l'accouchement et à la suite de la rupture du muscle sterno-cléido-mastoïdien. M. Blachez a observé déjà des faits analogues, rapportés dans la thèse de M. Planteau, et il explique la production de l'accident de la façon suivante. Chez les enfants qui se présentent par le siége, la tête est d'ordinaire retenue assez longtemps au niveau du détroit. Pour la dégager on se livre à des manœuvres qui amènent assez souvent la rupture de l'un des muscles sterno-mastoïdiens, lorsque l'enfant est chétif. Tel était le cas du sujet qui fait l'objet de la présentation (1).

M. D'HEILLY a observé l'accident signalé par M. Blachez et survenu dans les mêmes conditions que celles rapportées plus haut.

M. LEGROUX l'a aussi rencontré, mais dans un cas de présentation de la tête, et à la suite de l'application des forceps.

Chez des enfants qui s'étaient présentés par le siège, M. C. Paul a vu se produire pendant l'accouchement un autre accident, le décollement de l'épiphyse supérieure du fémur.

La Société a ouvert la discussion sur le rapport de M. Vallin, relatif à la *prophylaxie de la tuberculose*. Il a été décidé, sur la proposition de M. LANDOUZY, qu'une enquête analogue à celles déjà entreprises en Allemagne et en Angleterre et en Italie serait ouverte pour arriver à déterminer, autant que possible, la proportion des cas de contagion. La commission dont M. Villemin est président et M. Vallin rapporteur, a été chargée à cet effet d'adresser aux médecins français un questionnaire détaillé, suivant un mode analogue à celui mis en pratique dans le pays voisin. M. VALLIN a proposé que la clôture de l'enquête soit fixée à trois mois.

M. LACOMBE a fait ressortir l'importance qu'il y aura à faire un questionnaire précis et détaillé, de façon à ce que chaque médecin relève à propos du cas qu'il aura pu observer, non seulement le fait brut, mais encore le mode de la contagion.

MM. LABBÉ, BLACHEZ et FERRAND ont soumis à la Société quelques réflexions relatives au rôle présumé de la contagion et de l'hérédité dans la genèse de la tuberculose. M. LABBÉ croit l'hérédité très rare, la contagion très commune. M. Blachez craint qu'entraîné par les travaux récents, on soit porté à exagérer le rôle de la contagion, au détriment de l'élément hérédité dont l'influence reste pour lui positive. M. Ferrand a, quant à lui, plus de tendance à s'en tenir à la doctrine ancienne de la tuberculose héréditaire, qu'à accepter la doctrine nouvelle de la phthisie contagieuse.

(1) En 1861, le Dr G. Melchiori a publié le premier, croyons-nous, des observations d'hématomes du sterno cléido-mastoïdien, (myo-sclérose-mastoïdienne); depuis cette époque jusqu'en 1876, année où MM. Planteau et Blachez firent connaître les cas observés par eux, de nombreux auteurs ont recueilli et décrit des cas identiques. On en trouvera l'analyse dans l'article que le Dr Gillette a consacré à cette affection dans le *Dictionnaire encyclopédique*, série I. (T. XXI, p. 347, 252, 1878). L'étiologie mécanique (version et forceps) de cette affection est admise et enseignée couramment en Allemagne. (*Note de la Rédaction*).

MM. BRISSAUD, MERKLEN, FAISANS sont nommés membres de la Société. G. B.

REVUE MÉDICALE

Le Choléra (1).

XIII. D'un traitement prophylactique et curatif du choléra, par la saturation de l'économie au moyen des carbures non toxiques et les goudrons de gaz. Paris, Berthier, 1884.

XIV. Traitement du choléra par la Pilocarpine ; par ALLIOT, Paris, J.-B. Baillière, 1884.

XV. Véritable traitement du choléra ; par le Dr MAIRE. Paris, chez l'auteur, 3, rue Mazagran.

XVI. Du choléra. — Traitement nouveau, guérison ; par le Dr JOUSSEAUME. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

XVII. Du traitement rationel de la période aiguë du choléra asiatique et de ses résultats dans les épidémies : 1° de Damas en 1875 ; 2° de l'Inde française en 1876 ; 3° de la Cochinchine en 1882 ; par le Dr M. DESPREZ. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

XIII. L'auteur avait depuis quelques mois déjà préconisé, dans le traitement de la diphtérie, les fumigations d'essence de térébenthine et de goudron de gaz, qu'on faisait brûler dans un récipient. Ce procédé a été essayé de divers côtés avec des résultats très variables; il est donc loin d'avoir fait ses preuves. Il a proposé récemment de l'appliquer au traitement du choléra en soumettant le malade à ces fumigations, tandis qu'on le frictionnerait avec l'essence de térébenthine qu'on lui administrerait également à l'intérieur, associée à de l'éther; au besoin, on ajouterait du tannate de quinine, de 1 à 2 gr. chez l'adulte. — L'auteur a ainsi soigné 150 cholérines graves, qui n'ont pas résisté à une partie seulement du traitement. Pour le choléra, l'expérience est encore à faire.

XIV. Bien des gens, à propos du choléra, se croient obligés de confier au public leurs idées. L'auteur de cette petite brochure a sa définition à lui du choléra; elle vaut la peine d'être citée textuellement : « Le choléra est une altération ou modification chimique de l'essence métachimique (fluide nerveux ou électrique qui constitue le principe vital de l'homme). » Il préconise les injections hypodermiques de pilocarpine, « afin d'opposer cette médication à un état pathologique qui diminue ou tarit toutes les sécrétions. » Inutile de discuter, n'est-ce pas? Quant à la prophylaxie de l'auteur, elle est toute d'hygiène. Nous y relevons cette étonnante proposition parmi bien d'autres aussi fantaisistes : « Nos aliments sont en plus grande partie constitués par la chair des animaux, dont les éléments non assimilés se putréfient dans notre sang et dans nos tissus, en donnant naissance à des gaz délétères doués d'une force expansive aussi considérable que celle des gaz engendrés par la putréfaction d'un cadavre. »

XV. Il est impossible d'affirmer plus carrément une série d'erreurs que ne le fait l'auteur de ce petit travail. Exemple : « Le choléra n'est pas importé; choléra nostras et choléra asiatique ne font qu'un. Le meilleur préservatif, le spécifique véritable du choléra, c'est..... la purgation répétée. — La diarrhée séreuse des cholériques renferme de la matière blanchâtre ressemblant à des grains de riz. *Ce sont des flocons d'albumine*. Quant au traitement que l'auteur appelle orgueilleusement *sa méthode*, il est loin d'être neuf; il consiste à réchauffer le malade, à le faire beaucoup boire et à lui administrer l'ammoniaque sous forme d'esprit de Minderer.

XVI. Des quelque cent pages dont l'auteur a cru devoir faire précéder l'exposé de la méthode thérapeutique qu'il préconise dans le choléra, nous ne dirons rien; cependant, nous nous permettrons de faire remarquer qu'il est singulier de trouver l'accusation de malhonnêteté portée contre Koch par un auteur qui ne paraît pas savoir ce qu'est un microbe, puisqu'il semble croire que les maladies infectieuses sont dues à des *infusoires*, « dont les ballons gro-

(1) Voir les nos 32 et 46.

© BIU Santé

tesques que l'on voit voltiger dans l'air un jour de fête donnent une idée assez exacte. » Mais passons à la thérapeutique : Frictions avec : huile de camomille camphrée, 50 gr.; essence de térébenthine, 5 gr.; tandis que le malade devra prendre toutes les demi-heures, puis toutes les heures, dans un peu d'eau sucrée, un des paquets suivants : carbonate de chaux, bicarbonate de potasse *aa*, 3 gr., et boire fréquemment un quart de verre de la limonade suivante, mélangée d'eau de seltz : acide azotique, 1 gr. 50 à 3 gr.; eau, 1 litre. Enfin, lavements amidonnés, avec quelques gouttes de laudanum.

XVII. L'auteur a imaginé, en 1867, un mode de traitement qu'il a pu expérimenter dans plusieurs cas graves et qui lui aurait donné d'excellents résultats. Il se compose essentiellement d'une potion ainsi composée : Chloroforme, 1 gr.; alcool, 8 gr.; acétate d'ammoniaque, 10 gr. eau, 110 gr.; sirop de chlorhydrate de morphine, 40 gr. Prendre une grande cuillerée toutes les demi-heures. En second lieu, il recommande d'entourer le malade complètement de cruchons remplis d'eau chaude. Ce traitement a pu être expérimenté à Damas, durant l'épidémie de 1875, par la Dr Cossini, dans beaucoup de cas des plus graves; il aurait obtenu, grâce à lui, « des guérisons presque incroyables ». — En 1876, durant l'épidémie qui sévit à Karikal et ses dépendances, du 9 juillet au 18 août, ce mode de traitement fut expérimenté sous la direction du Dr Follet, chef du service de santé de la marine à Pondichéry. Les conclusions du rapport de M. Follet, indiquent sur 161 cholériques, traités par les autres méthodes, 129 décès, soit une mortalité de 80,20 0/0, tandis qu'avec la médication de M. Desprez 136 cas ont fourni seulement 39 décès, soit une mortalité de 28,92 0/0, malgré l'adjonction de 22 cas très graves choisis pour l'expérimentation. Enfin, durant l'épidémie de choléra qui sévit en Cochinchine en 1882, le Dr Chastang, médecin en chef à Saïgon, l'indiqua dans une notice qui fut répandue partout. Beaucoup de malades en firent usage et « on eut beaucoup à s'en louer. » Enfin, l'auteur conseille, à titre de traitement préventif aux personnes qui approchent les cholériques, de prendre plusieurs fois par jour, avant ou après les repas, un demi-verre d'eau chloroformée au 500e ou au 1000e, eau qu'on pourrait aromatiser avec un sirop quelconque ou mieux avec de la teinture alcoolique de quinquina.

(*A suivre.*) L. Capitan.

THÉRAPEUTIQUE

Études sur le rôle de la pepsine et de la pancréatine dans la digestion

Par M. le Dr Girard.

La *Gazette hebdomaire de médecine et de chirurgie* a inséré, dans le n° 43 du 24 octobre dernier, un mémoire sur la pepsine et son rôle dans la digestion générale. L'auteur, M. Defresne, établit d'abord que l'albumine crue doit être préférée à la fibrine dans le dosage de la pepsine, et il essaie de démontrer ensuite que le suc gastrique a moins pour objet de peptoniser les aliments azotés que de les dissocier, les dissoudre et les préparer pour la digestion pancréatique.

Il faut bien se garder de penser, dit l'auteur, que la chymification des aliments se fait dans six fois son poids d'eau, comme l'indique le *codex* pour l'essai de la pepsine, et que la fonction du suc gastrique consiste à élaborer des peptones; il a pour mission de désagréger, de dissoudre, de syntoniser les aliments albuminoïdes, en un mot, de les chymifier, et c'est là un travail important.

La chymification requiert le concours des dents et celui de muscles de l'estomac pour diviser les aliments, celui de la salive pour liquéfier en partie les amylacés, et celui du suc gastrique acide pour désagréger et fluidifier les albuminoïdes.

Ce travail complexe ne peut s'effectuer qu'à la condition que le bol alimentaire présente quelque consistance. M. Defresne cite à l'appui de cette thèse les expériences variées auxquelles il s'est soumis : une première fois, il absorba 200 grammes de bifteck, représentant 330 grammes de viande fraîche et 325 grammes d'eau; trois heures et demie plus tard, il obtint à l'aide de l'ipéca 280 grammes de chyme fluide, où l'on ne reconnaissait plus que des tendons, des aponévroses et quelques débris musculaires; la chymification était terminée et 245 grammes de chyme au moins avaient déjà franchi le pylore.

Une deuxième fois, il prit 150 grammes de pain, 80 grammes de volaille cuite, 90 grammes de chicorée cuite, 30 grammes de pâtisserie et 450 grammes d'eau vineuse; le chyme obtenu après quatre heures de digestion, pèse 770 grammes; il est de consistance pultacée, on y rencontre des débris de pain, des faisceaux musculaires intacts; il contient 17 p. 0/0 de matériaux solides; le suc gastrique mixte que l'on en retire pèse 3 degrés Baumé; sa densité est 1030.

La chymification des aliments chez l'homme se fait dans un poids d'eau et de suc gastrique, environ double de celui des aliments solides ingérés; dans ces deux cas et dans d'autres encore, que M. Defresne observa chez les animaux, le chyme recueilli, filtré et neutralisé, se coagulait abondamment par la chaleur; il ne contenait que peu de peptone.

La chymification des aliments est très active dans le voisinage du pylore; le chyme pultacé franchit le détroit et débouche au fur et à mesure, par petites parties successives dans le duodénum où il rencontre la bile qui le neutralise, et le suc pancréatique qui saccharifie instantanément l'amidon, peptonise rapidement les albumines désagrégées ou dissoutes, émulsionne les graisses concurremment avec la bile, et les dédouble en acides gras et glycérine, seul il jouit de cette propriété. Le suc pancréatique peut opérer toutes ces transformations dans un milieu dense; la rapidité de son action est telle que l'on ne rencontre plus dans le jéjunum qu'un liquide sirupeux et lactescent.

La diversité, l'instantanéité du suc pancréatique a fait songer à employer la pancréatine en thérapeutique, mais la question suivante se pose : le suc pancréatique qui agit dans un milieu à peine acide peut-il, sans être détruit, séjourner au milieu du chyme et traverser impunément l'estomac.

Pour résoudre ce problème, il faut se rappeler les propriétés suivantes de la pancréatine : elle peut séjourner impunément au milieu d'un liquide dont l'acidité constituée par des acides organiques serait vingt fois plus grande que celle du chyme : dans ces conditions, elle peptonise encore l'albumine, mais ne retrouve toute son activité que lorsqu'on vient à neutraliser le milieu. Il n'en est plus tout à fait de même dans un milieu contenant un acide minéral, l'acide chlorydrique, par exemple; dans ce cas, les ferments sur l'amidon et la graisse sont détruits, celui sur l'albumine subsiste encore, mais est fortement atteint, et si l'on vient à neutraliser le milieu, la myopsine ou trypsine ne retrouve qu'une partie de son activité. Il est donc important de connaître la nature de l'acidité de l'estomac, qui est variable, suivant l'époque à laquelle l'observation est faite.

Le suc gastrique, que l'on obtient à l'aide de fistule ou par tout autre moyen, ne contient presque exclusivement que de l'acide chlorhydrique; mais une fois mêlé aux aliments broyés, il les pénètre, réagit sur les sels organiques qu'ils contiennent, met les acides tartrique, malique, lactique, etc., en liberté, et forme des chlorures avec leurs bases. (Defresne, 1879. Comptes rendus à l'Institut, II. LXXXIX.)

Si donc on a la précaution d'administrer la pancréatine un quart d'heure après le repas, elle ne rencontre que des acides organiques; elle commence la transformation des aliments dans l'estomac lui-même et la continue dans l'intestin grêle quand la bile a neutralisé le chyme.

© BIU Santé

L'expérience clinique vient confirmer ces déductions expérimentales. Le Dr Engesser (de Stuttgard) démontre, dans une brochure publiée en 1877, l'utilité qu'il y a à administrer la pancréatine. Après avoir discuté si le ferment pancréatique éprouve quelque altération dans le suc gastrique, il conclut pour la négative et cite à l'appui l'observation suivante :

Mme C..., âgée de quarante ans, avait été chlorotique dans sa jeunesse. En 1873, la malade souffrait depuis un an de douleurs gastriques, surtout après l'ingestion de son repas; trois ou quatre heures après, elle vomissait des aliments non digérés et un liquide acide ; l'estomac était dilaté. Le traitement consista dans le régime, l'administration du sulfate de soude, pour vaincre la constipation, et dans le lavage journalier de l'estomac avec de l'eau de Vichy. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs et les vomissements cessèrent. Trois ans plus tard, l'état s'était aggravé, l'estomac s'étendait jusqu'à la symphise pubienne; sentiment de pesanteur dans la région de l'estomac: vomissements.

Comme précédemment, on fit le lavage de l'estomac, quatre heures après chaque repas. L'administration de pepsine en poudre et l'acide chlorydrique étendu, la première avant le second, après les repas, n'empêchèrent pas les aliments de rester non digérés ; au lieu de pepsine, on administra la pancréatine.

Or, dès le premier jour, l'effet fut surprenant; non seulement la malade mangea avec plus d'appétit, mais elle ne pouvait attendre le repas suivant, quatre heures après le repas principal et deux heures après la collation que la malade était obligée de faire, le lavage de l'estomac ne donnait plus qu'un liquide d'apparence laiteuse, sans aucune trace d'aliments non digérés. Du mois de septembre au mois de janvier, l'accroissement fut de 9 livres.

Suivant le Dr Engesser, l'emploi de la pancréatine est indiqué dans la dyspepsie atonique, la dyspepsie acide, la dyspepsie flatulente, et enfin dans certains cas généraux, le rachitisme, l'arthrite, la scrofule, le diabète, etc., qui sont le plus souvent occasionnés ou entretenus par une élaboration viciée du bol alimentaire. — *Extrait de la Gazette des hôpitaux.*

VARIA

Choléra.

Paris. — Nous donnons ci-dessous le relevé des entrées et sorties des cholériques admis dans les hôpitaux :

Novembre	Malades existant le matin.	Entrées.	Total des malades traités.	Sorties par guérison.	Sorties par décès.	Total.
—	—	—	—	—	—	—
14	327	86	413	20	42	62
15	351	74	425	18	49	67
16	358	37	395	14	33	47
17	348	41	389	34	25	59
18	330	40	370	23	28	51
19	319	29	348	31	25	56
20	292					

Les statistiques qui émanent des différentes administrations officielles sont toutes contradictoires ; aussi nous bornerons-nous à donner la statistique fournie par l'Assistance publique. L'épidémie est en décroissance à Paris ; il en est de même à *Nantes*, à *Melun*, à *Oran*, à *Yport*,, etc.

En *Italie* le choléra ne fait plus que quelques rares victimes.

L'apparition de l'épidémie en *Belgique* et dans quelques autres pays étrangers n'est pas confirmée officiellement.

Le Choléra à Nantes.

Nantes, 12 novembre (1).

La diminution au moins momentanée, de l'épidémie que nous signalions en terminant la note insérée dans notre dernier numéro, a paru s'accentuer encore et l'on peut espérer que le choléra de 1884 ne sera pas plus sérieux à Nantes que celui de 1866 ne l'a été.

Les recherches sur le mode d'introduction du choléra dans cette ville n'ont point permis d'arriver à une certitude complète, on a incriminé d'abord un voyageur descendu à l'hôtel du Griffon (quartier Ste-Croix), puis des bateaux chargés de noir animal provenant de Marseille, qui auraient été déchargés sur le port, mais tout cela sans preuves bien certaines.

Le mode d'introduction que l'on croit le plus probable serait le suivant : Les environs de la gare sont hantés par une troupe de rôdeurs et de souteneurs qui séjournent fréquemment sur le quai, auprès de l'Etablissement de la Compagnie des Eaux, et qui pour cette raison ont reçu, paraît-il, le nom pittoresque d'*étudiants de la prise d'eau*. L'un de ces souteneurs, le nommé C..., aurait raccolé à la descente du chemin de fer, des chasseurs d'Afrique revenant de l'Algérie et ayant passé ou séjourné dans les milieux infectés précédemment. Après un ou deux jours d'orgies avec ces militaires, le nommé C... aurait été pris du choléra, auquel il a succombé au bout de huit à dix jours de maladie. Une femme qui avait lavé le linge souillé de ses déjections, et bu de l'eau de la pièce d'eau où elle lavait a succombé assez rapidement du choléra ; son décès a même précédé celui de C... Voilà pour les deux premiers cas. Le troisième se serait déclaré chez un individu habitant dans le voisinage des précédents.

Mais laissons ce côté la question qui n'a pas encore été élucidé complètement et qui présente un caractère quelque peu anecdotique. Voyons quelle a été la physionomie du choléra et quelles sont les causes qui ont pu favoriser le développement de l'épidémie à Nantes. Il y a eu une moyenne de 4 à 6 cas nouveaux et de 2 à 4 décès par jour, pendant la semaine qui vient de s'écouler. Parmi les malades qui sont antérieurement atteints, la plupart le sont peu gravement.

Voici d'ailleurs la statistique officielle des journées du 10 et du 11 novembre: pour le 10, cinq cas nouveaux et deux décès ; pour le 11, cinq cas nouveaux et un décès seulement.

La mortalité par les autres maladies étant très faible, il en résulte que la mortalité générale à Nantes n'a pas augmenté sensiblement.

Tous les cas connus jusqu'à ce jour ont, sauf un ou deux vieillards très âgés, frappé la classe ouvrière et surtout, il faut bien le dire, la classe des ivrognes qui est largement représentée à Nantes. Les abus de vin nouveau et de châtaignes ont paru favoriser l'éclosion de certains cas de choléra; mais, et ceci nous amène à parler des causes d'insalubrité que l'on peut observer à Nantes, c'est surtout la misère et l'encombrement de certains quartiers que l'on peut incriminer.

Dans les quartiers des Ponts, de Richebourg, de Ste-Anne, de Pilleux, habite une nombreuse population d'immigrants venus de la Basse-Bretagne, et principalement du Morbihan et des Côtes-du-Nord. Ces bretons qui travaillent, soit aux raffineries, soit à la répurgation de la ville, qui sont manœuvres, chiffonniers, terrassiers, etc., vivent dans de véritables bouges, où ils sont entassés sans air et sans lumière, le père, la mère, et souvent bon nombre d'enfants, car la population des Côtes-du-Nord et du Morbihan est comme on sait, assez prolifique.

Ajoutez à cette encombrement la misère, la malpropreté, l'habitude de déposer les ordures n'importe où, habitude malheureusement assez générale à Nantes ; ajoutez-y l'insuffisance de la répurgation, l'étroitesse et le mauvais entretien des rues et des ruelles de ces quartiers et vous serez étonné que ces malheureux qui paient un tribut considérable à la fièvre typhoïde et à la diphtérie ne soient pas atteints par le choléra dans des proportions plus fâcheuses.

La municipalité a beaucoup fait depuis une dizaine d'années pour l'amélioration de ces quartiers populaires. Malheureusement, l'argent dont la ville peut disposer ne permet pas d'aller en besogne aussi vite que cela serait désirable.

Nantes est affligé d'un autre foyer d'infection, dans la Chézine, petite rivière qui, dit-on, abrita jadis la flotte de César, mais qui à l'époque actuelle ne saurait abriter que des

(1) Cette lettre nous est parvenue trop tard pour être insérée dans le précédent numéro.

© BIU Santé

germes de typhus ou de paludisme. C'est un ruisseau infect, qui traverse, presque à ciel ouvert, plus d'un kilomètre de la ville avant d'aboutir à la Loire. Depuis plusieurs années le Conseil d'hygiène ne manque jamais de signaler à l'autorité l'état déplorable de cette rivière qu'il faudrait voûter sur tout son parcours. Jusqu'ici les fonds ont manqué pour opérer ce nettoyage salutaire. Bref, malgré toutes ces causes d'insalubrité, nous avons le plaisir de constater que le choléra va plutôt décroissant.

Quelques cas nouveaux, et peut-être une légère recrudescence se seraient montrés aujourd'hui dans le quartier des Ponts. Nous y reviendrons, s'il y a lieu. A. M.

Projet de loi sur l'exercice de la médecine.

La Commission chargée de l'examen de la proposition de loi relative à l'exercice de la médecine, a terminé ses travaux et a nommé M. Chevandier rapporteur. La dernière séance a été consacrée surtout à la question de l'exercice illégal de la médecine. M. Bourneville, tout en ne s'opposant pas à l'inscription d'un article spécial dans la loi, déclare que, suivant lui, l'exercice illégal diminuera à mesure que les médecins seront plus instruits, à mesure que l'instruction publique sera plus développée et que l'on aura introduit dans les programmes scolaires l'enseignement de notions élémentaires d'hygiène, d'anatomie et de physiologie. Rappelant ensuite les poursuites, suivies de condamnations, dont ont été l'objet des étudiants en médecine, internes des hôpitaux, parce qu'ils avaient remplacé des médecins malades, il propose à la Commission l'amendement suivant :

« Les internes des hôpitaux nommés au concours, les étudiants en médecine munis de 16 inscriptions pourront être autorisés à exercer la médecine durant les épidémies ou en cas de remplacement temporaire, dont la durée ne pourra pas dépasser trois mois. »

Cet amendement a été adopté. Dans une de ses prochaines séances, la Commission entendra le ministre.

Les hospices de la vieillesse (*hommes et femmes*) : Bicêtre et la Salpêtrière.

Le Conseil municipal a adopté un vœu, émis par le rédacteur de ce journal, demandant que dans les documents officiels les noms historiques de *Bicêtre* et de la *Salpêtrière*, noms d'usage vulgaire, persistant, remplaçassent dans les documents officiels les noms de Vieillesse (hommes), Vieillesse (femmes) donnés à ces établissements. Tout le monde, en France, tous les médecins étrangers connaissent *de visu* ou de réputation Bicêtre et la Salpêtrière, mais ignorent absolument ce que c'est que l'hospice de la Vieillesse (H.) ou de la Vieillesse (F.). Le nom de vieillesse (Femmes) est d'ailleurs devenu un non-sens, puisque l'on reçoit depuis deux ou 3 ans à la Salpêtrière et des *hommes* et des femmes. Cela est encore plus choquant lorsque dans la statistique quotidienne du choléra, on voit inscrit 1, 2 décès d'hommes à la *Vieillesse-Femmes*. Espérons que le nouveau directeur de l'Assistance publique réalisera ce modeste vœu du Conseil municipal.

Autopsie proprement dite (1)

EXAMEN DU COEUR (*suite.*)

Examen du myocarde. — Le *myocarde* doit être l'objet d'un examen attentif, on note son hypertrophie ou son atrophie au niveau des diverses cavités. Il faut se souvenir que l'épaisseur de la paroi du ventricule droit est d'environ 3 millimètres, celle du ventricule gauche de 10 millimètres. Il doit être tenu compte de la capacité des cavités (hypertrophie concentrique ou excentrique).

La *dégénérescence graisseuse* (teinte jaune généralisée, feuille morte, ou striation transversale ; tissu mou, onctueux); est une des lésions les plus fréquentes; elle n'est souvent que soupçonnée à l'autopsie et un examen microscopique doit suivre l'examen macroscopique. On la constate fréquemment et facilement sur les muscles papillaires qui présentent alors une striation jaune blanchâtre, transversale, très reconnaissable. Pour mieux voir la dégénérescence graisseuse, on pratique au besoin des coupes dans le myocarde, parallèlement à ses surfaces interne et externe. Elle s'observe dans les maladies toxiques ou septicémiques ; dans la chlorose, l'anémie pernicieuse progressive, les hypertrophies diverses, etc.; — dans les cas d'hypertrophie symptomatique de la pléthore vraie (1).

Celle-ci, généralement rejetée par les auteurs modernes, nous paraît devoir être de nouveau admise dans le cadre nosologique; quoique rare, nous avons été à même de la constater plusieurs fois sur des individus chez lesquels l'autopsie ne révélait aucune autre lésion qu'une hypertrophie générale du cœur avec dégénérescence graisseuse du myocarde (sans lésions valvulaires, ni obstacles périphériques, etc.) et une dilatation exagérée de tout le système vasculaire avec hypertrophie qualitative et quantitative du tissu sanguin.

La *tuméfaction trouble* et la *dégénérescence pigmentaire* (atrophie brune) se rencontrent aussi fréquemment ; celle-ci est loin d'être rare chez le vieillard et est souvent accompagnée de myocardite interstitielle. La *myocardite fibreuse* dont l'étiologie est encore obscure peut être une cause de mort subite; elle est parfois limitée aux muscles papillaires, surtout à leur sommet. (Plaques scléreuses le plus souvent d'un aspect blanc grisâtre.)

La *myocardite aiguë* primitive ou consécutive à des lésions du péricarde ou de l'endocarde peut être généralisée, mais elle siège le plus souvent à la base, ou à la pointe du ventricule gauche (maladies infectieuses causées par des embolies microbiennes dans les artères coronaires). Nous signalerons encore une forme de myocardite particulière de la pointe reconnaissant pour cause l'oblitération des artères coronaires et décrite parfois sous les noms de *myomalacie, infarctus*, etc. Le myocarde peut aussi être le siège de tumeurs diverses (carcinome, tuberculose, gommes, etc.).

L'examen des oreillettes et des auricules — qu'il ne faut point oublier—ne donne pas lieu à des considérations particulières. Dans l'examen des cloisons interventriculaire et interauriculaire on doit porter l'attention sur le trou de Botal dont l'inocclusion oblique est très fréquente, sans pour cela produire de troubles physiologiques. Le septum membraneux interventriculaire peut aussi être le siège d'une inocclusion (2) souvent accompagnée d'autres malformations (rétrécissement de l'artère pulmonaire, etc).

Examen du sang. — Les particularités que nous allons résumer ici, doivent être notées au fur et à mesure que l'on examine les gros vaisseaux et les cavités du cœur.

En dehors de quelques états pathologiques spéciaux, le sang présente sur le cadavre une coloration foncée (veineuse) (3), due à l'hémoglobine réduite au moment de l'agonie et après la mort. Il est de consistance liquide dans l'asphyxie aiguë et dans les cas de mort subite ; la plus ou moins grande abondance de caillots paraît dépendre en effet de la durée plus ou moins longue de l'asphyxie ou de l'agonie, qui produirait des modifications jusqu'ici inconnues du liquide sanguin.

Les *caillots* sont le plus souvent en plus grande abondance dans le ventricule droit que dans le gauche ; celui-ci ne con-

(1) Voir les nos 43, 44 et 46.

(1) Consulter à cet égard, Recklinghausen, *Handbuch der allg. Pathologie des Kreislaufs und der Ernährung* (*Deutsche Chirurgie*, Billroth et Lücke, livr. 2 et 3, 1883, p. 176-181).

(2) Consulter entre autres ouvrages, C. Rokitansky : *Die Defecte der Scheidewande des Herzens*, Wien, 1875.

(3) Sur le cadavre le sang veineux, comme le sang artériel, sont de coloration foncée, de là l'impossibilité de distinguer par la coloration les vaisseaux artériels des vaisseaux veineux. Le sang veineux aussi bien que le sang artériel est le plus souvent capable d'absorber encore l'oxygène de l'air, d'où possibilité d'erreurs grossières si l'on se base sur la coloration pour distinguer les différentes hyperémies. « A l'exception des poumons, à la condition toutefois que ces poumons soient remplis d'air et alors que, même après la mort, il a pu s'y faire un emmagasinement d'oxygène, jamais un organe quelconque, même fraîchement mis à nu, n'apparaîtra dans le cadavre avec la couleur rouge vif. Et même encore, dans les poumons, n'est-ce pas, comme on l'admet, la règle pour la majorité des cas. Du contact du sang contenu dans le tissu pulmonaire avec l'air des alvéoles pulmonaires résulte une formation d'écume dont la couleur blanchâtre mêlée à la couleur rouge-foncé du sang, produit une coloration rouge-vif. C'est un phénomène dont on se rend parfaitement compte à l'examen des poumons des nouveau-nés » (Virchow, *loc. cit.*, p.12).

© BIU Santé

tient généralement que peu de sang à moins que le cœur ne se soit arrêté en diastole. Le ventricule droit et les oreillettes sont au contraire distendus ordinairement par du sang liquide et des caillots.

Les caillots se distinguent en *cruoriques* et *fibrineux* (blancs jaunâtres, élastiques) ; les premiers formés par les globules rouges se trouvent naturellement à la partie la plus déclive, tandis que les seconds occupent la partie antéro-supérieure. Les uns comme les autres sont produits après la mort ; quelques auteurs admettent leur production pendant l'agonie, mais les raisons invoquées par eux nous paraissent peu concluantes ; elles sont du reste en contradiction avec les expériences de Brücke. L'empreinte des valvules sur les caillots volumineux qui se prolongent dans les artères et leur moulage sur les colonnes charnues ne nous paraissent nullement plaider en faveur de leur formation pendant la vie, mais venir plutôt à l'appui de l'opinion inverse. Les caillots peuvent encore être *mixtes*.

On ne rencontre parfois que des caillots cruoriques peu abondants, dans les cas d'asphyxie par exemple. — La teinte sépia s'observe principalement dans les maladies infectieuses ; elle s'accompagne d'un état poisseux ; le sang est liquide ou peu coagulé ; il garde cette coloration au contact de l'air.

Les *thrombus* se différencient par leur coloration, leur consistance, etc., mais surtout par leur adhérence intime aux parois toujours plus ou moins altérées primitivement ou secondairement à leur niveau ; leur siège le plus fréquent est la pointe du cœur et les auricules, c'est-à-dire dans les points où le sang a le plus de tendance à la stase. Ils sont le plus souvent enchevêtrés dans les trabécules ou siègent sur les plaques athéromateuses ulcérées de l'aorte (1). Composés presque exclusivement de globules blancs, on les trouve quelquefois polypiformes ou ramollis au centre et même puriformes, ce qui est dû à la dégénérescence granuleuse de leurs éléments. Tous ces différents thrombus peuvent être le point de départ d'embolies.

On peut observer dans les cavités cardiaques des *embolus* ; ils se distinguent facilement des *thrombus*, entre autres, par l'absence d'adhérences, etc., mais les observations de pareils embolus arrêtés dans les cavités cardiaques ne sont encore que très peu nombreuses.

Ce n'est pas ici le lieu de nous étendre sur la composition des caillots et sur l'examen du sang (2). Les diverses colorations, la consistance, l'odeur, etc., du liquide sanguin qui se voient dans certaines maladies et dans certains empoisonnements, tels la coloration rouge-clair du sang dans l'asphyxie par l'oxyde de carbone, l'absence de caillots et l'odeur dans la mort produite par l'acide prussique, etc., — ne rentrent pas dans notre cadre ; nous renvoyons aux traités spéciaux. Il ne faut pas oublier que toute autopsie complète du cœur doit nécessairement être suivie d'un *examen histologique*, non seulement du myocarde, mais encore du sang (nombre des globules rouges et blancs, altérations diverses, globules rouges à noyau de l'anémie pernicieuse progressive, parasites, etc., etc.)

L'examen du cœur se termine par la constatation des lésions qui peuvent exister à l'origine de la crosse de l'aorte (anévrysmes (3), dilatations, plaques graisseuses, athéromes, etc.) Nous y reviendrons à propos de l'examen de l'aorte. *(A suivre).*

(1) Nous avons eu l'occasion de voir pareil thrombus développé sur un de ces ulcères athéromateux à quelques millimètres des valvules aortiques ; ce thrombus volumineux et mobile donnait lieu du vivant du malade aux symptômes les plus divers et laissait le diagnostic incertain (souffles variables, asystolie intermittente, etc.). La mort eut lieu par embolies multiples.

(2) Nous renvoyons nos lecteurs aux différents traités d'anatomie et d'histologie pathologiques, entre autres à ceux de MM. Cornil et Rouvier, Lancereaux, etc. Nous leur conseillons aussi, pour tout ce qui concerne le sang et le cœur, la lecture du *Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie* de M. Orth, 1er livr., 1883, p. 1-48, 125-218 ; ainsi que celle de son *Compendium der pathologisch-anatomischen Diagnostik nebst Anleitung zur Ausführung von Obductionen*, dont il a été rendu compte dans le *Progrès médical*, n° 52, 1883, p. 1060.

(3) Nous rappelons que dans certains cas il peut être utile de s'écarter des règles ordinaires, afin de ne pas détruire les rapports des organes lésés entre eux ; c'est ainsi que dans certains anévrysmes il devient parfois nécessaire de conserver les rapports entre l'aorte, le cœur, les poumons, le sternum.

Affaire Spitzer.

Il y a quelques mois le Dr Spitzer était condamné par jugement du Tribunal de Vienne (Autriche) à une suspension de six mois et à repasser ses examens. Ce médecin avait conseillé l'emploi du collodion iodé pour une engelure dont était atteinte la petite fille d'une de ses clientes. Soit que l'application ait été défectueuse, soit pour toute autre cause, il en résulta après plusieurs jours de badigeonnage de vives douleurs et un médecin constata une gangrène des deux dernières phalanges. — Le jugement qui avait frappé le Dr Spitzer a d'autant plus étonné que les peines prononcées par le tribunal sont, paraît-il, en contradiction avec la loi qui ne punit de semblables délits que d'une amende et d'un léger emprisonnement. M. Spitzer a 25 ans de pratique médicale dont 8 années comme médecin d'hôpital.

A la demande de l'avocat du défendeur le tribunal d'appel a remis à statuer après rapport de la faculté de médecine ; ce rapport eût été sans nul doute favorable à l'accusé, mais la disparition du Dr Spitzer depuis le 19 octobre a interrompu les poursuites. Selon toute probabilité ce médecin se serait suicidé ; quelques journaux prétendent qu'il était morphiomane et avait des embarras financiers.

Encore un pays interdit à M. le Dr Desprès, car quelle que soit sa fortune à venir, il ne pourrait exercer longtemps en Autriche ; dès sa première opération il se verrait interdire l'exercice de la médecine, condamner à repasser ses examens et il est certain que jamais faculté n'émettrait un rapport favorable en faveur d'un médecin qui emploie des pansements septicémiques.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 24. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Richet — 3e *de Doctorat* : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Verneuil, Potain, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat*. 2e *Série* ; MM. Trélat, Joffroy, Pinard. — 5e *de Doctorat*. 3e *Série* : MM. Tarnier, Guyon, Straus.

Mardi 25. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Bouchard, Peter, Troisier. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Hayem, Hanot. — 4e *de Doctorat*. 2e *Série* : MM. Laboulbène, Proust, Raymond. — 5e *de Doctorat* (N. R.,) (Charité) : MM. Hardy, Cornil, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Ball, Campenon. — 5e *de Doctorat* (Charité). 2e *Série* : MM. G. Sée, Duplay, Charpentier.

Mercredi 26. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Gautier, Remy. — 2e *de Doctorat*. 2e *Série* : MM. Charcot, Damaschino, Reynier. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) ; MM. Tarnier, Lannelongue, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). (Hôtel-Dieu) : MM. Trélat, Guyon, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Potain, Fournier, Rendu.

Jeudi 27. — 4e *de Doctorat*. — 1re *Série* : MM. Hayem, Proust, Hallopeau. ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Cornil, Debove.

Vendredi 28. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Gautier, Straus. — 2e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Joffroy, Segond. — 5e *de Doctorat* (N. R.,) (Charité) : MM. Verneuil, Guyon, Ribemont-Dessaignes.

Samedi 29. — 1es *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Richet, Le Fort, Humbert. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Duplay, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Ball, Cornil, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Proust, Troisier.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Lundi 24. — M. Eymeri. Du cascara sagrada (rhamnus purshiana). Etude clinique et thérapeutique. — M. Grenier. Etudes sur les affections qui peuvent simuler la coxalgie. — M. Ambresin. Quelques considérations sur les opacités de la cornée. — *Jeudi* 27. — M. Mercat. La fréquence de la colique hépatique chez l'enfant. — M. Jasiéwicz. Considération sur le traitement rationnel des fièvres exanthématiques zymotiques. — M. Gourdin. Contribution à l'étude de l'œdème des nouveau-nés. — M. Soula. Contribution à l'étude de la migraine. Migraine et arthritisme. — *Vendredi* 28. — M. Marsset. Contribution à l'étude botanique, physiologique et thérapeutique de l'euphorbia pilulifera. — M. Santelli. Du traitement de la sciatique par les pulvérisations du chlorure de méthyle. — Mlle Mesnard. De l'influence de quelques lésions syphilitiques du col de l'utérus sur l'accouchement. — M. Herveou. Contribution à l'étude du traitement des hémorrhagies post-partum par les injections intra-utérines d'eau chaude à 45°, à 50° et les bains chauds à 34°.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Dubuc, ancien interne

© BIU Santé

des hôpitaux, a commencé son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le mardi 18 novembre, amphithéâtre n° 2, de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Cours public d'obstétrique comparée dans les races. — M. le Dr Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, membre de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le mardi 9 décembre prochain, à 4 heures, à l'Amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique. Il le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Le professeur traitera dans ce semestre : *De l'accouchement naturel en Europe. Discussion sur la position prise chez les différents peuples pendant l'acte de la parturition.* — De nombreux dessins aideront à l'intelligence du cours.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Mallez commencera ce cours le jeudi 27 novembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique (15, rue de l'Ecole de Médecine), et le continuera les jeudis suivants à la même heure. — Projections photomicrographiques d'anatomie pathologique.

NOUVELLES

Natalité a Paris. – Du vendredi 7 novembre au jeudi 13 novembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1156 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 429; illégitimes, 181. Total, 610. — *Sexe féminin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 125. Total, 546.

Mortalité a Paris.— Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 7 novembre au jeudi 13 novembre 1884, les décès ont été au nombre de 1424: savoir : 800 hommes et 624 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. 235. F. 140. T. 375. — Fièvre typhoïde : M. 11. F. 10. T. 21. — Variole : M. .. F. .. T. .. — Rougeole : M. 14. F. 10. T. 24. — Scarlatine : M. 1. F. .. T. 1. — Coqueluche : M. 4. F. 2. T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 14, F. 6, T. 20. — Dyssenterie : M. .. F. .. T. .. — Erysipèle : M. 1, F. 3, T. 4. — Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques : M. .. F. .. T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 24, F. 27, T. 51. — Phthisie pulmonaire : M. 133, F. 91. T. 224. — Autres tuberculoses : M. 2, F. 5. T. 7. — Autres affections générales : M. 28. F. 37. T. 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 29, F. 36, T. 65. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 16. T. 37. — Pneumonie : M. 30, F. 31, T. 61. — Athrepsie : M. 39, F. 44. T. 63. — Autres maladies des divers appareils : M. 182. F. 151, T. 333. — Après traumatisme : M. .. F. .. T. .. — Morts violentes : M. 18. F. 8. T. 26. — Causes non classées M. 4, F. 3, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 87 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 30 ; illégitimes, 11. Total : 41. —*Sexe féminin :* légitimes, 31 ; illégitimes, 15. Total : 46.

Faculté de médecine de Paris. — *Hôpital Necker — Cours de clinique chirurgicale.* — M. le professeur Léon Le Fort a commencé son cours le mardi 18 novembre 1884, à 9 heures du matin et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Asiles d'aliénés de la Seine. — M. Llanta, directeur de l'Asile clinique (Sainte-Anne) vient d'être nommé directeur de l'Asile de Montdevergnes (Vaucluse). — On nous assure que procédant promptement, et avec raison, M. le Ministre de l'intérieur a nommé son successeur qui serait M. le Dr Taule, inspecteur du service des Enfants-Assistés. — On nous apprend également que le directeur administratif du nouvel Asile de Villejuif est M. Barroux.

Faculté des sciences de Paris. — M. Chatin a commencé des conférences d'anatomie dans l'amphithéâtre de la rue St-Jacques, n° 118, le jeudi 13 novembre 1884, à dix heures du matin, et les continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure. M. Jay, maître de conférences fait des leçons de chimie analytique, tous les mercredis, à 1 heure, dans l'amphithéâtre de physique, rue St-Jacques, 118. Ces leçons ont lieu tous les mercredis, à dix heures et demie du matin.

Faculté des sciences de Lyon. — Par décret, en date du 10 novembre 1884, M. Arloing, docteur ès sciences, est nommé professeur de physiologie à la faculté des sciences de Lyon (chaire nouvelle).

Assistance publique. — Le jeudi 4 décembre 1884, il sera procédé à la mairie du XVIIIe arrondissement à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Universités étrangères. — Le Dr Rabl-Rückhardt, privat-Docent, d'histologie, etc., a été nommé professeur titulaire à la même faculté.

Asiles d'aliénés de la Seine. — La composition écrite du concours de la médaille d'or de l'internat des asiles (bourse de voyage) a eu lieu le 3 novembre à l'asile clinique Sainte-Anne. Le sujet tiré était : *Estomac (anatomie et physiologie); Délire dans les maladies aiguës.* Les deux questions restées dans l'urne étaient : 1°, Nerf facial (anatomie et physiologie) ; paralysie faciale ; 2° Corps opto-strié (anatomie et physiologie) ; de l'hémiplégie. L'épreuve clinique a eu lieu le mercredi suivant. — M. Victor Vétault, interne du service du Dr Bouchereau à l'asile Sainte-Anne, a obtenu la médaille d'or.

Société médico-psychologique.— La Société se réunira, en séance ordinaire, le lundi 24 novembre, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — Ordre du jour : 1° Rapports de candidatures ; 2° Nomination d'une commission chargée de résumer les opinions de la Société sur les divers projets de révision de la loi du 30 juin 1838 ; 3° Rapport médico-légal : M. Motet.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro de la *Gazette odontotechnique de France*, revue mensuelle publiée à Paris sous la direction de M. Ch. L. Quincerot.

Nécrologie. — La *gazette hebdomadaire*, annonce la mort du Dr Saucerotte, père (de Lunéville) ; reçu docteur en 1828, on lui doit un *Manuel d'hygiène des écoles*, un *guide auprès des malades*, un *tableau des races humaines*, divers mémoires de philosophie médicale et de nombreux articles de journaux ; il était correspondant de l'académie de médecine depuis 1832.

Dyspepsie. — L'elixir chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs) qui a pris une place si importante dans le traitement des dyspepsies et des troubles gastro-instinaux des enfants se donne à la dose d'un verre à liqueur à chaque repas aux adultes et 1 à 2 cuillerées à dessert aux enfants. Une cuillerée à bouche contient 50 cent. de pepsine. Envoi franco d'échantillons.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — Clinique des maladies de l'estomac. M. le Dr Audhoui a repris ses leçons cliniques sur les maladies de l'estomac, le jeudi 20 novembre 1884, à 9 heures 1/2 du matin, à l'amphithéâtre n° 3 ; il les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Hôpital Beaujon.— Médecine.— Service de M. Gombault. — Visite à 8 heures 1/2. Consultations tous les mardis et samedis, un sur deux. — Salle Beaujon : 1, fièvre typhoïde ; 3, purpura hémorrhagica ; 6, péritoine tuberculeuse ; 10, insuffisance aortique ; 12, Cirrhose atrophique, 13, 19, pleurésie ; 16, pneumonie ; 17, paraplégie saturnine ; 18, rhumatisme ; 19, plerésie. — Salle Sainte-Hélène : (H.) : cholériques.

Service de M. Fernet. — Visite à 8 heures 1/2. Consultations tous les mercredis et samedis, un sur deux. — Salle Saint-Jean (H.) : 1, néphrite interstitielle, cirrhose du foie ; 2, 5, méningo-myélite ; 6, ataxie locomotrice ; 7, tuberculose au début ; 8, paralysie saturnine ; 9, sclérose artérielle, rénale, hépatique ; 11, néphrite parenchymateuse ; 12, pleurésie purulente enkystee ; 13, retrécissement mitral, myocardite, dilatation de l'estomac ; 14, scarlatine fruste, rhumatisme scarlatineux ; 16, tuberculose pulmonaire, génitale, cérébrale, cutanée ; 17, phtisie laryngée, orchite tuberculeuse ; 19, névralgie brachiale ; 21, sciatique ; 22, affection cardiaque ; 25, érysipèle de la face ; 27, embolie cerébrale, monoplégie brachiale ; 28, pleurésie ; 30, dilatation de l'estomac ; 31, pleuro-pneumonie à résolution lente, bacilles ; 32, embolie cérébrale. Salle Sainte-Paule (F.) ; cholériques.

Service de M. Millard. — Salle Saint-Louis (H.) et Sainte-Marthe (F.) Visite à 8 heures 1/2. Consultation tous les vendredis et les lundis, un sur deux.

M. Guyot. — Salle Sainte-Claire (F.) et Saint-François (H.) : Visite à 8 heures. Consultation tous les mardis et les samedis, un sur deux.

Chirurgie. — Service de M. Tillaux. — Visite à 8 heures 1/2. Consultation les mardis, jeudis et samedis, consultation pour les maladies des oreilles le jeudi. Spéculum le samedi. Opérations le mercredi. — 1er Pavillon (H.) : 11, fractures compliquées de l'humérus, résection dans la continuité, guérison, nouvelle fracture traumatique ; 17, affection tuberculeuse du sacrum ; 20, résection cunéiforme du genou ; 23, commotion cérébrale, fracture du crâne, aphasie, monoplégie, brachiale droite ; 28, anévysme diffus de la tibiale postérieure, hémorrhagie, ligature de la fémorale à l'anneau. — Salle Sainte-Clotilde (F.) ; 1, cancer du sein ; 2, entorse ; 3, fracture du tibia, lymphangite ; 4, fracture spontanée du fémur ; 5, coxalgie ; 6, synovite fongueuse ; 8, fracture compliquée de jambe : 9, hernie étranglée ; 14, lipôme ; 20, inversion utérine ; 21, cancer du sein ; 26, kyste de l'ovaire ; 28, chancre du col.

Service de M. Labbé. — Visite à 8 heure 1/2. Consultation les lundis, mercredis, vendredis. — Spéculum jeudi et samedi. Opérations le mardi. — 2e Pavillon (H.) ; 27, hygroma suppuré ; 28, gomme tuberculeuse ; 29, résection des côtes ; 31, polype naso-pharyngien ; 33, suture des tendons ; 34, abcès sous-périostique ; 39, épithélioma de la lèvre inférieure ; 42, torticolis spasmodique ; 44, plaie de poitrine ; 45, hygroma prérotulien ; 47, ostéite du radius ; 52, gommes syphilitiques ; 57, fracture compliquée de la clavicule. — Salle Sainte-Agathe (F.) : 1, hydarthrose chronique ; 2, fracture itérative du col du

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.



Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE



VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'École de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé*. — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.

Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré*. — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTÉS DANS LES HOPITAUX
ET PRÉSENTÉS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VIN KINO-PHOSPHATÉ A LA COCA, de A. GRUJARD
Titré à 0,25 de phosphate de chaux par cuillerée.
Le meilleur tonique, reconstituant et dépuratif. Employé avec succès dans les *tuberculoses*, et en général dans toutes les affections diathésiques. (*Remplace avec avantage l'huile de foie de morue*). Dose : un demi-verre à bordeaux aux principaux repas.

BAUME ANTI-RHUMATISMAL ET ANTI-GOUTTEUX, de A. GRUJARD
A la flore des Alpes (essence juniperus et labiées).
Employé *chaud* en frictions contre *goutte, rhumatisme, arthritisme, ataxie locomotrice.*

TEINTURE RÉVULSIVE de A. GRUJARD (*Balsamum ammoniacale*).
Employée en frictions contre les *bronchites, laryngites, toux, asthmes*, et en général toutes les affections thoraciques et abdominales exigeant une dérivation énergique.
Dépôt : Pharmacie du Centaure, 31, rue St-Denis, Paris. (Notice exp. pr chaq. produit.)

MEDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878
GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. (*Voir nos Mémoires sur la Glycérine.*)

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCERINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RÉCOMPENSE

DIGESTIF COMPLET
ÉLIXIR EUPEPTIQUE TISY
A BASE DE PANCRÉATINE, DIASTASE ET PEPSINE
CORRESPONDANT A LA DIGESTION DES
CORPS GRAS FÉCULENTS ET AZOTÉS


MÉDAILLE D'ARGENT

Exposition universelle 1878, Mention honorable


MÉDAILLE D'ARGENT

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies
La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une **stabilité** absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 centigr. de diastase, 10 centigr. de pepsine et 10 centigr. de pancréatine par cuillerée à bouche.

Détail : Pharmacie BUFFIÈRE, 11, rue des Francs-Bourgeois.
Gros : Maison BAUDON, 12, rue Charles V.

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — MIGRAINES
SPÉCIFIQUE
des maladies nerveuses en général.
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, Faubg Montmartre
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

VALS

SOURCES

PAULINE. Amie de l'estomac, elle en combat les fatigues et favorise la digestion.
1 GRAMME SEL ALCALIN

CHLOÉ. Affections des voies digestives, dyspepsie, gastralgie, gastrite simple, gastrite-entéralgie.
2 GRAMMES SEL ALCALIN

SOUVERAINE. Maladies du tube intestinal, gastrite chronique et les affections du système nerveux. — 3 GRAMMES SEL ALCALIN.

CONSTANTINE. Affections du foie, de la rate, des voies urinaires, goutte, rhumatisme, calculs, albuminurie. — 5 GRAMMES SEL ALCALIN.

MARQUISE. Maladies des reins, gravelle, diabète, coliques néphrétiques.
7 GRAMMES SEL ALCALIN

Sᵀ-LOUIS. Arsenicale, sans analogie avec les précédentes. Très reconstituante, réussit dans la chlorose, cachexie paludéenne, spermatorrhée, fièvres intermittentes, eczéma, urticaire, psoriasis, anémie, débilité.

Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — *Dose, une bouteille par jour.*

Détail : dans tous les Dépôts d'Eaux minérales naturelles, principales Pharmacies. **80 cent.** *la Bouteille.*

LE COMMERCE DOIT ADRESSER SES COMMANDES A
LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE VALS (ARDÈCHE)

POUDRE DE VIANDE
de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pureté et qualité garanties

POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière**, recueillies et publiées par BOURNEVILLE et E. BRISSAUD. In-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

Étude clinique sur l'athétose, par P. OULMONT. Paris, 1878, in-8° de 116 pages avec figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 r.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie et l'Hystérie, compte rendu des observations recueillies à la Salpêtrière, de 1872 à 1875, par BOURNEVILLE. — Vol. in-8° de 200 pages, avec 8 figures dans le texte et trois planches. Prix : 4 fr. Pour les abonnés du *Progrès médical* fr.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

fémur ; 3, coxalgie ancienne, abcès froid ; 4, épithélioma du col utérin 5, phlégmon de la paroi abdominale ; 6, métrite ; 8, corps fibreux utérin ; 11, fistule vésico-vaginale ; 13, polype de l'utérus ; 14, luxation de l'épaule ; 15, pelvi-péritonite suppurée ouverte dans le vagin ; 17, carie de la crête iliaque ; 18, sarcome de la fesse.

Hôtel-Dieu. — Service de M. Vulpian. — Visite à 9 heures. — Salle Saint-Denis : 1, péri-méningo-encéphalite ; 3, sclérose médullaire diffuse ; 4, cirrhose atrophique ; 7, artérite du membre inférieur gauche ; 9, dilatation de l'estomac ; 12, rhumatisme difformant ; 14, sclérose en plaques ; 19, stigmates hystériformes ; 21, néphrite parenchymateuse. — Salle Saint-Martin : 1, myélite diffuse ; 4, mal de Pott ; 7, fièvre typhoïde ; 8, rhumatisme blennorrhagique ; 12, rétrécissement et insuffisance mitraux ; 15, paraplégie hystérique.

Service de M. Empis. — Visite à 7 heures 1/2. — Salle Saint-Thomas 1, tumeur cérébrale ; 6, cancer latent de l'estomac ; 11, rétrécissement et insuffisance mitraux ; 15, pleurésie ; 21, pleurésie diaphragmatique. — Salle Sainte-Anne : 1, méningite tuberculeuse guérie ; 2, cancer de l'estomac ; 21, ataxie ; 24 bis, intoxication par le bismuth 25 bis, grenouillette opérée ; 30, syphilis ; 31, hémorrhagie protubérantielle ; 34, maladie d'Addison.

Service Gallard. — Visite à 9 heures. — Spéculum le jeudi. Sall St-Louis : 7, broncho-pneumonie ; 15, cancer de l'estomac ; 19, péritonite tuberculeuse ; 20, sciatique ; 26, fièvre continue. — Salle Sainte Marie : 12, corps fibreux de l'utérus ; 14, phlegmon rétro-utérin ; 17 rétrécissement du rectum, fistule recto-vaginale ; 19, péritonite rhumatismale ; 22, arthrite blennorrhagique ; 23, allongement hypertrophique du col de l'utérus ; 29, ovarite double ; 36, grossesse extra-utérine.

Service de M. Moutard-Martin, suppléé par M. Letulle. — Visite à 9 heures. — Salle Saint-Augustin : 1, cancer de l'épiploon ; 3, cirrhose ; 5, sciatique ; 7, aphasie ; 8, fièvre typhoïde ; 9, péricardite ; 10 rhumatisme, 12 bis, choléra, convalescence, myosite du jumeau externe gauche ; 12, diabète ; 14, pyélo-néphrite ; 16, cancer de l'estomac ; 17, pneumo-thorax ; 19, empyème ; 20, leucocythémie ; 23 coliques saturnines ; 24, hématomyélie. — Salle Sainte-Monique ; 1, érysipèle ; 2, fièvre typhoïde ; 3, paralysie oculaire d'origine syphilitique ; 4, urémie ; 10, gomme syphilitique ; 12, goître exophthalmique ; 13, cancer du foie, 20, rétrécissement mitral et insuffisance aortique ; 21, rhumatisme noueux ; 23, phlegmon péri-utérin.

Service de M. Panas. — Clinique lundi, mercredi, vendredi à 9 heures. — Salle Sainte-Agnès : 1, cancroïde de la paupière supérieure avec prolongement orbitaire ; 4, iritis syphilitique ; 6, glaucome ; 10, atrophie papillaire ; 17, rétinite pigmentaire. — Salle Saint-Julien ; 3, strabisme interne ; 5, synchésis étincelant ; 9, cataracte noire ; 11, irido-kératite, hypopyon ; 15, luxation du cristallin.

Service de M. Richet. Visites à 9 heures. Leçons cliniques et opérations les mardis et samedis. Consultations les lundis, mercredis, vendredis. — Salle Saint-Jean : 4, abcès de la prostate, fistule uréthro-rectale ; 9, fracture de la rotule : 5, fistules à l'anus mal de Pott, abcès par congestion ; 10, fracture du tibia ; 12, rétrécissements de l'urèthre. — Salle Notre-Dame : 1, ostéomyelite du fémur-trépanation ; 2, adénome du cou, ablation ; 3, cancer du sein 4, fracture du col du fémur ; 5, tumeur encéphaloïde de la région lombaire ; 8, abcès de la fosse iliaque ; iritis syphilit. ; 10, kyste du genou, arthrotomie ; 12, coxalgie ; 16, décollement épiphysaire du fémur ; 18, adénome du sein, ablation ; 19, fracture de l'humérus.

Hôpital Tenon.—Service de M. Ducastel, suppléé par M. Faisans. — Salle Parrot (H.) : 1, orchite tuberculeuse ; 7, sciatique ; 9, cirrhose à marche rapide ; 11, broncho-pneumonie ; 15, 18, fièvre typhoïde ; 16, hémiplégie sensitivo-motrice, contractures ; 19, pleurésie purulente ; 31, carcinome du foie ; 32, cardiaque. — Salle Lorain (H.) : 10, pneumonie droite ; 12, 16, tumeur cérébrale ; 14, albuminurie ; 15, tuberculose, cancer du rocher ; 18, myélite antérieure subaiguë ; 13, 27, 31, fièvre typhoïde ; 30, méningite tuberculeuse.

Service de M. Raymond (E.). — 1, scrofulose ; 5, 28 *bis*, hémorrhagie cérébrable ; 11, phlegmatia alba ; 31, 32, hystérie.

Service de G. Lacombe. — Salle Converchel (F.) : 1, 3, métro péritonite ; 7, sciatique ; 10, lésions mitro-aortiques ; 11, rhumatisme articulaire ; 14, aphasie ; 19, rétrécissement mitral ; 20, insuffisance aortique ; 22, fièvre typhoïde. — Salle Tenon, 1, 2, 3, 4, 8, 10, 16, choléra. — Salle Barth : 2, goutte, diabète ; 3, pleurésie ; 8, paralysie agitante ; 10, rétrécissement mitral ; 14, pneumonie ; 16, rhumatisme ; 19, ataxie ; 22, néphrite.

Service de M. Troisier. — Consultation le jeudi. — Salle Rayer (F.) ; 8, 18, fièvre typhoïde ; 10, insuffisance mitrale ; 16, albuminurie, insuffisance mitrale ; 21, pelvi-péritonite ; 24, chancre mou de la fourchette. — Salle Girando (H.) : 2, insuffisance mitrale ; 4, rhumatisme articulaire ; 5, cirrhose atrophique ; 8, dysentérie chronique ; 9, pneumonie ; 11, ictère catarrhal ; 14, insuffisance mitrale, aortique, pleurésie double ; 16, hémiplégie syphilitique.

Service de M. Gillette. — Consultation les mardi, jeudi, samed à 10 heures. — Salle Monthyon (H.) : 3, hydarthrose ; 5, fracture de la jambe droite ; 9, fracture du bassin ; 11, fracture spontanée du fémur ; 15, abcès de la fosse iliaque ; 20, rétrécissement de l'urèthre ; 24, brûlure des deux jambes par du zinc en fusion. — Salle Dupuytren (H.) : 1, fistule anale ; 3, fracture du fémur ; 4, cataracte ; 5, spermatocèle. — Salle Seymour (H.) : 9, hémarthrose ; 7, fracture complète de la jambe ; 6, morsure par la bouche d'un cheval avec paralysie radiale ; 1, hémathrose ; 15, résection du coude ; 17, arthrite suppurée. — Salle Ambroise Paré (F.) : 3, fracture du bras ; 4, adéno-phlegmon du cou. — Salle Delessert (F.) : 3, coxalgie ; 8, phlegmon de la cuisse ; 13, cancer du sein ; 18, polype fibrineux de l'utérus avec phlegmon iliaque ; 20, gangrène du nez ; 21, fracture du col du fémur.

Hôpital Cochin. — Médecine. — Service de M. Bucquoy. Visite à 9 heures. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — Salle Saint-Philippe : 1, 6, fièvre typhoïde ; 2, congestion pulmonaire ; 3, pneumonie ; 4, sciatique ; 5, mal de Bright ; 13, néphrite interstitielle, bruit de galop ; 14, tuberculose du larynx, du poumon et du testicule ; 15, pneumonie ; 17, sclérose en plaques ; 19, paralysie saturnine ; 22, ataxie locomotrice. — Salle Sainte-Marie : 1, érysipèle ; 2, mal de Bright ; 4, paralysie faciale consécutive à une fracture du rocher ; 7, dilatation de l'estomac ; 9, insuffisance mitrale, hémiplégie. — Salle Saint-Jean : 2, insuffisance mitrale, asystolie, 8, sclérose en plaques ; 9, anévrysme de l'aorte, syphilis ; 20, carcinome du sein et du cœcum pleurésie cancéreuse hémorrhagique ; 22, insuffisance mitrale et triscupide.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. — Visite à 9 heures 1/2. Consultations les mardis, jeudis, samedis. Spéculum le jeudi. Clinique tous les jours au lit des malades. Reprise des leçons à l'amphithéâtre au mois de décembre.—Salle Chauffard : 1, paralysie saturnine ; 3, diabète insipide ; 6, pleurotomie antiseptique ; 8, artério-sclérose, néphrite interstitielle ; 13, vitiligo généralisé ; 18, néphrite épithéliale ; 14, ataxie locomotrice ; 23, dilatation de l'estomac. — Salle Woillez : 5, nécrobiose cérébale ; 3, rhumatisme chronique déformant ; 7, congestion méningo-spinale rhumatismale ; 8, gastro-entérite alcoolique ; 12, emphysème, catarrhe bronchique ; 13, saturnisme ; 14, cardiopathie mitrale, néoplasme gastrique ; 19, empyème ; 20, fièvre continue ; 21, rhumatisme blennorrhagique ; 22, athérome ; 24, mal de Bright. — Salle Beau (Tuberculeux et chroniques). — Salle Blache : 1, périmétrite, albuminurie ; 2, paraplégie spasmodique ; 5, cirrhose du foie ; 11, chlorose ; 10, ataxie et hystérie ; 12, carcinome de l'utérus ; 13, cardiopathie mitrale et tuberculose pulmonaire ; 21, gastrite ulcéreuse.

Chirurgie. — Service de M. Th. Anger. Visite à 9 heures. Consultations tous les jours. — Salle Saint-Jacques : 1, infiltration d'urine ; 3, fractures de côtes ; 4, sarcome de la cuisse ; 6, fractures ou rachis ; 8, ongle incarné ; 11, hématome de la jambe ; 13, ostéomyélite ; 14, phlegmon diffus ; 15, lymphangite gangréneuse ; 18, fracture des métatarsiens ; 20, entorse de la colonne cervicale ; 25, gomme ulcérée du gland ; 26, cystite blennorrhagique ; 27, fracture sous-trochantérienne. —Salle Cochin : 4, staphylorraphie ; 10, fibromyomes utérins ; 11, diabétide vulvaire ; 17, empyème ; 19, fracture du col du fémur ; 22, ankylose angulaire du genou ; 23, kyste de l'ovaire. — *Salle annexe* : 1, fracture du col ; 2, testicule tuberculeux ; 6, hémorrhoïdes enflammées ; 10, phlegmon des bourses ; 11, plaie du tendon extenseur du médius ; 13, lymphangite ; 15, rétrécissement de l'urèthre ; 17, testicule syphilitique ; 18, amputé de cuisse ; 20, fracture de l'olécrâne ; 22, morsure de cheval.

Service de M. Lucas Championnière. — Visite à 9 heures. Cours les lundis, mardis, vendredis. — Salle Nélaton (H.) : 1, fracture du radius ; 2, fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus ; 3, rétrécissement de l'urèthre, uréthrotomie interne ; 4, coxalgie ; 5, tumeur blanche du genou ; 6, ostéomyélite du fémur ; 13, conjonctivite granuleuse ; 14, abcès ganglionnaires ; 17, fracture de côtes ; 21, écrasement des orteils ; 22, amputation de cuisse ; 23, cancroïde de la lèvre inférieure. — Salle Lisfranc (H.) : 1, morsure d'âne ; 2 2, coxalgie ; 6, brûlure au 3e degré ; 9, genu valgum ostéotomie ; 13, fracture sus-malléolaire ; 14, fracture du col de l'humérus ; 18, ostéopériostite. — Salle Velpeau (H.) : 1, tumeur blanche du cou de pied ; 3, épithélioma du pharynx ; 8, morsure de chien ; 12, carie de la malléole externe. — Salle Richard Wallace (F.) : 1, fistule vésico-vaginale 2, kyste de l'ovaire ; 4, calcul vésical ; 7, mammite ; 15, épithélioma du vagin ; 20, péricystite ; 22, résection du coude. — Salle Boyer crèche et (F.) : 1, 2, 4, abcès du sein ; 7, 8, phlegmons du ligament large.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 48 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 29 NOVEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Leçons sur l'anatomie pathologique du choléra ;

Par le Dr L. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon,

Messieurs,

I. Le cours auxiliaire d'anatomie pathologique, dont je suis chargé cette année, comprendra deux parties, l'une théorique, l'autre pratique. Le cours théorique, qui aura lieu pendant le semestre d'été, sera consacré principalement à l'étude des *lésions anatomiques provoquées par les microbes*. Il y a quelques années, un pareil programme, ainsi formulé, aurait semblé à peine réalisable et, à coup sûr, il eût été bien vite épuisé ; aujourd'hui, ce programme s'impose presque de lui-même et s'il y a péril à l'affronter, c'est autant en raison de l'abondance que de la difficulté de la tâche. Les découvertes de mon illustre maitre, M. Pasteur, et la direction générale qu'elles ont imprimée à la science ne se sont pas bornées à modifier nos notions sur l'étiologie et la pathogénie des maladies infectieuses ; cette influence s'est exercée, d'une façon indirecte, il est vrai, mais tout aussi profonde, sur les tendances et les acquisitions de l'anatomie pathologique elle-même. Celle-ci, à son tour, s'est vue entrainée dans le puissant mouvement et elle s'y engage tous les jours d'une façon plus déterminée ; elle s'efforce, elle aussi, d'aborder de front le problème par excellence, celui dont la solution est le but même de la science, le *problème étiologique*. Pour cette recherche de la cause, l'anatomie pathologique a modifié et renouvelé ses procédés d'investigation ; sa technique s'est affinée et est devenue plus pénétrante, grâce surtout aux méthodes nouvelles de coloration, introduites dans l'histologie par M. Weigert et qui, entre les mains de M. Koch notamment, ont donné de si beaux résultats.

En effet, l'action élective des couleurs dérivées de l'aniline sur certains micro-organismes constitue une ressource précieuse pour la recherche et la détermination de ces organismes ; elle permet de les déceler et de les reconnaitre distinctement, non seulement dans les liquides, mais dans l'intimité même des tissus, sur des coupes histologiques, là où, sans l'emploi de cet artifice, il serait impossible de soupçonner même leur présence ; la découverte du bacille de la lèpre, celle du bacille de la tuberculose sont, entre autres exemples, des preuves frappantes de la puissance de cette méthode de recherche, née d'hier et déjà si féconde.

Cette possibilité qui nous est offerte, par les méthodes nouvelles, de constater *anatomiquement* la présence d'un organisme spécial dans les tissus malades nous est particulièrement précieuse, à nous médecins, car elle satisfait à une de nos préoccupations maitresses, à une de nos plus chères habitudes d'esprit. Prenons pour exemple la tuberculose et envisageons-la telle que l'ont faite, il y a tantôt vingt ans, les beaux travaux de M. Villemin : faits cliniques, faits expérimentaux, contagiosité, inoculabilité, toutes les preuves ont été accumulées par lui, pressantes, irréfragables, *démontrant* la virulence de la tuberculose. Survient la découverte du bacille ; pourquoi cette dernière notion, attendue, prévue, en quelque sorte, excite-t-elle parmi nous une sensation si profonde ? C'est que cette constatation nouvelle est capitale pour nous, parce qu'elle nous fournit la preuve à laquelle nous sommes le plus sensibles, la preuve anatomique, parce que, avant tout, nous cherchons à *voir*, parce que notre éducation est ainsi faite, parce que, comme le dit si bien M. Charcot, nous avons appris à *penser anatomiquement*.

Cependant, on s'exposerait à ne recueillir que des notions incomplètes et souvent trompeuses si l'on se contentait de constater anatomiquement, par des artifices de préparation et de coloration, la présence de tel ou tel microbe dans les humeurs ou dans les tissus malades. Ce microbe, il faut l'isoler de l'économie malade dans laquelle il s'est développé, le transporter dans un milieu organique approprié, à composition chimique bien définie et constante, le faire vivre à l'état de pureté dans ce milieu et l'étudier ainsi dans toutes ses manifestations vitales ; il faut, en un mot, recourir à cette admirable *méthode des cultures* dont la science est redevable à M. Pasteur. Il faut, enfin, pour bien établir les propriétés pathogènes de ce microbe, inoculer les cultures pures ainsi obtenues, recourir pour cela à l'expérimentation. Le cycle est alors complètement parcouru, et la démonstration scientifique est faite.

Aussi, dans le cours de ces leçons, toutes les fois que l'occasion s'en présentera, j'aurai soin de vous soumettre des spécimens de culture et je m'efforcerai de vous initier aux procédés techniques à l'aide desquels on les obtient. Je n'hésiterai pas davantage à vous soumettre des résultats expérimentaux et même à les provoquer devant vous, toutes les fois que les circonstances le permettront.

L'enseignement de l'anatomie pathologique ne saurait donc, Messieurs, comme plusieurs sont enclins à le penser, se borner à la seule description des lésions, à la sèche constatation du fait accompli. L'anatomie pathologique n'a ni droit, ni intérêt à s'abstraire des autres parties de la science ; elle ne peut se désintéresser ni des enseignements de la clinique, ni de la recherche étiologique, ni de l'investigation expérimentale. Ainsi comprise, elle se révèle toute vivante et agissante ; loin d'être, comme on l'a dit ironiquement, une simple « méditation sur la mort », vous verrez qu'elle participe de toutes les aspirations, de toutes les curiosités et de toutes les jeunes espérances de la médecine elle-même.

II. Je me propose de commencer ces leçons pratiques par des démonstrations sur l'anatomie pathologique du choléra. La présence du fléau à Paris et les recherches étiologiques et anatomiques auxquelles je me suis livré sur cette maladie avec mes collègues de la mission d'Egypte, MM. Roux, Nocard et le regretté Thuillier, sont un double motif pour déterminer ce choix.

Vous accepterez, Messieurs, comme surabondamment prouvé, que le choléra est une maladie spécifique, contagieuse, d'origine asiatique et toujours importée quand elle fait apparition en Europe. Vous faire l'histoire clinique du choléra est également une tâche qui ne m'ap-

© BIU Santé

partient pas. Cependant, comme dans l'exposé anatomo-pathologique que je vais faire, j'aurai constamment à faire appel à vos notions sur les différentes formes et sur les stades successifs de la maladie (stade algide, stade de réaction, etc.), il faut que ces mots répondent, dans votre esprit, à des notions précises ; voilà pourquoi je vais, à grands traits, esquisser devant vous la symptomatologie et la marche du choléra : c'est l'avant-propos obligé de ces leçons.

Je vous rappellerai d'abord que l'intoxication cholérique peut se traduire, chez les différents individus, par des symptômes d'une physionomie et surtout d'une gravité extraordinairement variable. C'est ce qui s'observe, du reste, pour la plupart des maladies infectieuses, la scarlatine, la variole, etc., qui tantôt méritent à peine le nom de maladies et d'autres fois révèlent un appareil redoutable et rapidement mortel. C'est ainsi que la contamination cholérique peut se borner, quant à ses effets, à une simple diarrhée, avec selles aqueuses colorées, sans vomissements : c'est la *diarrhée cholérique* ; quand les selles deviennent plus nombreuses et presque décolorées, que des vomissements surviennent et qu'il existe une tendance à l'algidité, on est convenu d'appeler ces cas du nom de *cholérine*.

Le choléra confirmé, *choléra algide*, *choléra asphyxique*, marque une étape de plus dans la gravité de la maladie ; il s'accompagne toujours d'algidité et ne peut guérir sans réaction. L'invasion est subite, le plus souvent nocturne, d'autres fois précédée pendant quelques jours d'une diarrhée dite prémonitoire. Vous connaissez sans doute tous maintenant, pour l'avoir observé dans nos hôpitaux, le tableau clinique si saisissant de l'attaque cholérique. C'est d'abord la diarrhée ; les selles, encore colorées et fécales au début, deviennent liquides, abondantes, facilement rendues, décolorées, sans aucune odeur fécale, grisâtres, blanchâtres ou blanc verdâtres, contenant en suspension des flocons (selles riziformes). A ce moment, ou quelques heures après, arrivent des vomissements, d'abord alimentaires, bientôt formés d'un liquide grisâtre, floconneux, analogue à celui des selles. Simultanément apparaissent les crampes si douloureuses du mollet, des muscles, du thorax, du diaphragme. En même temps, le malade se refroidit, la peau devient humide, visqueuse, flasque, les yeux s'excavent, le nez se pince, le visage s'altère, les lèvres, les mains, les pieds, les oreilles se cyanosent ; la voix s'éteint ; le choc du cœur s'affaiblit, le pouls disparaît à la radiale, la sécrétion urinaire se tarit. Pendant que la périphérie se refroidit, le malade est tourmenté par une sensation terrible de chaleur intérieure et par une soif inextinguible ; l'agitation est extrême, la dyspnée intense, avec sensation d'angoisse précordiale ; le malade se tourne et se retourne incessamment sur son lit. Bientôt les selles deviennent moins fréquentes et moins abondantes, les vomissements cessent, l'indifférence d'un calme apparent succède à l'angoisse et à la dyspnée et le malade s'éteint sans râle trachéal.

Dans le choléra algide, la mort a lieu généralement dans les 24 ou 36 heures ; mais il est des cas, surtout au début des épidémies où, quand il s'agit d'individus débilités, la mort survient au bout de quelques heures ; les sujets sont véritablement sidérés, quelquefois même sans avoir présenté ni diarrhée, ni vomissements (cas foudroyants).

Ainsi se passent les choses quand les individus succombent dans la période algide ; s'il doit guérir ou simplement survivre pendant quelques jours, il entre dans la période dite de *réaction*. Le froid périphérique diminue, la peau se ranime et devient turgide ; la cyanose, l'anxiété se dissipent ; le pouls, la voix reviennent ; la respiration redevient régulière et facile ; la première urine, toujours albumineuse, apparaît ; les selles se colorent à nouveau, une sueur chaude s'établit, le sommeil s'installe, le malade est sauvé. C'est là la réaction complète, normale si l'on peut ainsi s'exprimer et qui aboutit à la convalescence. Elle ne s'accompagne pas de fièvre ou d'une fièvre à peine marquée.

Dans des cas, trop nombreux malheureusement, cette réaction est *incomplète* ; le malade se réchauffe momentanément et mal, la cyanose et l'algidité reprennent le dessus, et il succombe ainsi, soit dans l'algidité, soit par le passage de la réaction à l'*état typhoïde*.

On désigne sous ce nom un état de réaction dans lequel la fièvre s'allume, plus ou moins intense, avec adynamie, délire, sopor, convulsions, selles sanglantes, fétides, hémorrhagiques, météorismes, broncho-pneumonie ou pneumonie, abcès multiples, etc.

Cet état typhoïde n'a plus rien à voir, à proprement parler, avec le processus cholérique vrai ; il est le résultat des lésions dysentériques, ulcéreuses, urémiques, des infarctus, des suppurations et des complications de résorption de toute nature que le processus cholérique entraîne à sa suite.

Maintenant que vous connaissez, par cet exposé rapide et nécessairement incomplet, les différents stades pendant lesquels le cholérique peut succomber, nous pouvons aborder l'étude des lésions anatomiques et nous verrons que ces lésions, comme les symptômes eux-mêmes, ont une physionomie et une signification toute différentes selon la période à laquelle la mort a eu lieu.

Rien n'est saisissant comme l'aspect du cadavre d'un individu ayant succombé en pleine période algide du choléra ; vous connaissez tous maintenant, pour l'avoir vu, ce cadavre amaigri, la face décharnée, le nez pincé, les lèvres, les extrémités cyanosées, les yeux ouverts, le globe flétri, la sclérotique offrant une tâche brunâtre de dessiccation, l'orbite cerclé d'un anneau bleuâtre, le ventre rétracté, excavé, donnant au toucher une sensation pâteuse. Cet état cadavérique est aussi caractéristique que la scène clinique elle-même. La rigidité cadavérique est précoce et prolongée ; la putréfaction lente à s'établir. Enfin, vous savez depuis les observations de Doyère, de M. Charcot, de Lorain, de Wunderlich, que la température des cholériques, mesurée dans le rectum et qui pendant le stade algide demeure presque toujours dans le voisinage du chiffre normal, peut s'élever très notablement pendant l'agonie et dans les premières heures qui suivent la mort. Sur une femme d'Alexandrie, âgée de 30 ans, enlevée pendant la période algide et dont nous pûmes pratiquer l'autopsie très peu de temps après la mort, un thermomètre fut introduit dans la veine-cave inférieure, immédiatement au-dessus de l'embouchure des veines sus-hépatiques, point où, d'après Cl. Bernard, le sang chez les animaux présente la température maxima. Nous constatâmes ainsi une température de 42°,5 ! Un autre thermomètre, placé simultanément et pendant le même temps dans le vagin marqua la même température. Ce fait est doublement instructif, d'une part, parce qu'il est un exemple de l'extrême élévation de la température au moment de la mort dans le choléra algide et, d'autre part, parce qu'il montre que la température mesurée dans le vagin donne exactement le chiffre de la température du sang lui-

© BIU Santé

même, mesurée là où ce sang est le plus chaud, c'est-à-dire à l'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure. (*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. TERRILLON.**

(SUPPLÉANT M. GOSSELIN).

Angiôme sous-cutané douloureux. Névralgie trifaciale;

Leçon recueillie par M. le Dr ROUTIER, chef de clinique.

Le hasard fait que nous avons en ce moment dans notre service deux malades très curieux au point de vue de l'intervention chirurgicale dans les névralgies.

L'un a 48 ans, est vigoureux, bien portant; il s'est aperçu, il y a 5 ans environ, qu'il avait une douleur dans la région correspondant à la tubérosité antérieure du tibia, au niveau de l'insertion du ligament rotulien. Cette douleur au début n'était pas continue, elle se reproduisait de temps à autres sous diverses influences, aux changements de température, quand il y touchait. Il y fit d'abord peu attention; mais, depuis 2 ans, cette douleur est devenue plus vive, plus continue, le moindre attouchement, le simple contact du caleçon la réveille brusquement, et alors ce sont des souffrances atroces.

Quand nous examinons le genou malade, à la vue, nous trouvons peu de chose; quand il est arrivé, la peau était colorée, il est vrai, et même éraillée, mais c'était sous l'influence d'applications trop souvent répétées de teinture d'iode.

Aujourd'hui, dans une étendue qui ne dépasse pas le diamètre d'une pièce de 4 sous, il y a une petite tuméfaction visible à l'œil nu.

Dès qu'on touche cette peau, la douleur est très vive et s'irradie surtout du côté interne du genou; le simple frôlement la réveille. Si on presse avec l'extrémité d'un stylet mousse, on délimite facilement deux zones concentriques dont l'externe est déjà sensible, mais dont l'interne est excessivement douloureuse. Il est, vous le voyez, fort difficile de se faire une idée exacte de l'état des parties par la palpation que cette douleur rend impraticable.

Sauf ce petit gonflement, pas d'autres altérations. J'ai cherché à reconnaître quelle était la cause de cette petite tuméfaction, mais ici comme dans tous ces cas, il est impossible de palper la région, nous ne pourrons le faire qu'après avoir endormi le malade. Je compléterai les notions fournies par l'examen précédent, en vous disant que ce malade n'a aucun antécédent pathologique.

Le diagnostic est assez simple, et se localise sur deux points, l'un auquel il fallait penser, mais qu'on élimine vite, à cause du temps depuis lequel dure l'affection; c'est l'ostéite: il faudrait, en effet, si cette douleur était plus récente, chercher s'il n'y a pas un point d'ostéo-périostite du tibia, mais l'ancienneté de la maladie, 5 ans depuis le début, font vite abandonner cette idée; enfin, la douleur est tellement superficielle qu'elle siége certainement dans les parties molles en avant de l'os; c'est donc une douleur à caractère névralgique: c'est une névralgie parce qu'il y a eu des périodes de calme et de douleur, parce qu'il n'y a pas trace d'inflammation, parce que la douleur est superficielle.

La névralgie peut tenir à plusieurs causes: tantôt, vous le savez, il n'y a de points douloureux qu'au niveau du passage des nerfs dans les orifices osseux ou fibreux, tantôt, au contraire, c'est dans toutes leurs branches de distribution qu'on observe la douleur. Les névralgies localisées sont rares aux membres; si elles existent, le plus souvent, elles sont généralisées à tout un nerf comme le sciatique, par exemple: c'est au contraire le type des névralgies de la face que de présenter des localisations.

Quand sur un membre on observe une névralgie localisée, presque toujours il y a une petite tumeur; or, dans le cas particulier, vous avez pu voir qu'il y a un léger gonflement comme un pois; je n'ai pas pu me rendre compte de la consistance de cette tumeur à cause de la douleur, mais, une fois le malade endormi, je me propose de chercher si elle existe réellement et quels sont ses caractères.

D'après ce que nous apprend la pathologie, que peut être une pareille petite tumeur? Autrefois on appelait cela des tubercules sous-cutanés qu'on qualifiait de douloureux à cause de la prédominance du symptôme douleur.

Cette dénomination, remplacée plus tard par le mot névrome, ne répond pas à la classification générale des tumeurs.

Ces petites tumeurs, en effet, peuvent être très variables comme texture, on a vu des névromes, des fibromes en rapport, il est vrai, avec des filets nerveux quelquefois si fins qu'ils sont difficiles à voir; on a vu aussi des fibro-névromes; quelquefois des myxômes nés dans un filet nerveux qui comprennent les autres filets du nerf: j'en ai enlevé dans la région de la mamelle, région souvent atteinte. Les filets nerveux sont-ils de nouvelle formation, sont-ils anciens, c'est plus probable. Mon ami le Dr Ch. Monod a montré que des angiômes peuvent aussi devenir douloureux.

Dans la région dont nous parlons, ce sont surtout des fibromes qu'on observe. Je m'attends chez notre malade à trouver un petit fibrome.

Il n'y a qu'une chose à faire, l'ablation de cette tumeur, je dirai même plus, l'ablation de toute la zone douloureuse; pour cela, je vais faire une opération semblable à celle que vous m'avez vu faire hier pour un épithélioma de la peau de la main, je vais circonscrire la zone douloureuse par deux incisions elliptiques, j'enlèverai le segment de peau et un peu de tissu cellulaire sous-cutané, je réunirai par quelques points de suture, et j'espère de cette façon le débarrasser de ses douleurs affreuses.

Le second malade est un jeune garçon de 32 ans, habitant la province, le département du Gers; il a aussi une névralgie, mais qui date de 16 ans et qui occupe tout le côté droit de la face, toutes les branches de la cinquième paire. Il raconte, et ceci est capital pour le traitement, que la douleur a commencé par le nerf dentaire inférieur, ce nerf qui parcourt un trajet dans l'épaisseur du maxillaire inférieur.

Puis c'est dans la région sus-orbitaire qu'il a souffert. Enfin, la région sous-orbitaire et le nez ont été successivement envahis.

C'est une névralgie intermittente, il était pendant plusieurs mois sans souffrir, puis tout d'un coup, sans cause, il éprouvait une douleur qui envahissait peu à peu toute la cinquième paire, puis la douleur devenait violente, paroxystique, il ne dormait pas, ne savait quelle position garder, puis la douleur disparaissait et

© BIU Santé

e calme revenait. Depuis quelque temps, les accès sont devenus plus fréquents. J'ai dit que cette névralgie était intermittente, entendons-nous bien, je ne veux pas parler d'accès périodiques analogues à ceux de la fièvre intermittente, je signale tout simplement les phases de crises et de calme. Ce qui est curieux chez lui, c'est qu'en dehors des accès, les points classiques signalés déjà depuis longtemps par Valleix ne sont pas douloureux à la pression.

Il a depuis 16 ans essayé sans succès toutes les médications, sauf peut-être l'aconitine. C'est la névralgie de tout un nerf, aussi est-il à craindre que la cause ne soit profonde; je ne m'arrêterai pas à la discuter devant vous, ce serait perdre notre temps; qu'il vous suffise de savoir que le malade n'a pas le moindre antécédent pathologique.

Il est probable que c'est vers l'origine de la cinquième paire ou vers le ganglion de Gasser que se trouve la cause de la névralgie, or, c'est un point trop profond pour être accessible à nos moyens chirurgicaux.

Ceci dit, que pouvons-nous faire à ce malade? Je vous répondrai tout de suite qu'on ne peut pas lui faire quelque chose de bien précis, à cause de la diffusion de la douleur. Ici, toutes les branches sont douloureuses. Nous ne pouvons pas attaquer le tronc nerveux, comme je vous le disais, le ganglion de Gasser étant trop profondément situé; mais, en consultant les auteurs, vous verrez que tous s'accordent à dire qu'en faisant plusieurs sections, en pourchassant la névralgie filet par filet, pour ainsi dire, on arrive à débarrasser les malades de leurs affreuses douleurs. Vous pourrez en trouver des observations dans le livre de Letiévant. Il se passe en fait de névralgie des choses très bizarres et qu'on peut difficilement expliquer. J'ai eu l'occasion d'être témoin de plusieurs faits de ce genre. C'est ainsi qu'il a quelquefois suffi de couper le nerf primitivement atteint pour enlever toute douleur.

Chez notre malade, rien ne nous dit que nous n'aurons pas pareil succès. Dans tous les cas, nous pouvons espérer guérir la région la plus douloureuse chez lui, la zone du nerf dentaire, et rien ne m'empêchera dans quelques semaines de couper les autres branches de son trijumeau.

Où allons-nous agir et comment? Le nerf dentaire pénètre dans le canal dentaire du maxillaire inférieur, au niveau de l'épine de Spix, avec une petite artère il parcourt ce canal jusqu'au trou mentonnier où il s'épanouit. Si j'attaquais le nerf à sa sortie, ce qui serait facile, soit par la bouche, soit à travers la peau, je crois que ce serait l'atteindre trop bas.

On pourrait encore, comme je l'ai fait, couper le nerf avant son entrée dans le canal, cette opération facile sur le cadavre est fort difficile sur le vivant à cause du sang, et je préfère atteindre le nerf à travers l'épaisseur du maxillaire dont on fait sauter la table externe; on trouve le canal dentaire qu'on ouvre et on coupe le nerf.

Il faut cependant prendre des précautions, je préfère au trépan la petite gouge coupante. Le nerf une fois découvert, on peut se contenter de faire l'élongation, cette opération a réussi pour la névralgie sciatique; mais elle réussit peu pour les petits filets nerveux, on a des récidives: à toutes les opérations, je préfère la résection sur une assez grande étendue, de façon à empêcher toute régénération du nerf.

On fait une section à la peau, parallèle à la branche horizontale: on détache les insertions du masséter, et on gratte le périoste de la région; on attaque l'os à la gouge et le canal dentaire se reconnaît au petit jet de sang que donne l'artère dentaire qu'on blesse le plus souvent. Rien n'est plus facile alors que d'ouvrir suffisamment le canal dentaire pour pouvoir atteindre et couper facilement deux ou trois centimètres du nerf.

Nota. Le premier malade avait un angiôme sous-cutané douloureux: les suites de l'opération furent des plus simples, il y eut réunion par première intention et disparition totale des douleurs. Notre second malade a subi la résection du dentaire inférieur, la plaie opératoire s'est cicatrisée par première intention, la zone du dentaire est devenue indolente; mais les accès continuant dans les branches hautes du trijumeau, nous lui avons réséqué quelques jours après le nerf sus-orbitaire: l'opération a été très facile, la guérison de la plaie a été immédiate, et le malade est retourné dans son pays n'ayant plus que de très légères douleurs sur le trajet de l'auriculo temporal, douleurs négligeables, disait-il.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la cocaïne comme anesthésique en ophthalmologie;

Par le Dr **KARL KOLLER**, adjoint à l'hôpital général de Vienne (1).
Traduit par le Dr **L. LEPLAT**, assistant à l'Université de Liège.

Je viens vous rendre compte de quelques expériences que j'ai entreprises, dans le but de provoquer l'anesthésie de l'œil. Ce n'est pas, à vrai dire, la première communication que je fais sur ce sujet; afin de conserver la priorité, j'avais déjà fait part de mes recherches à la *Société allemande d'ophthalmologie*, réunie en séance annuelle le 17 *et le* 18 *septembre* 1884, *à Heidelberg*. M. Brettauer (de Trieste) avait eu la bonté de se charger de faire cette communication et de présenter à la Société mes expériences, qui, depuis, ont été répétées et confirmées en différents points de l'Allemagne.

La *cocaïne* est un alcaloïde qui fut retiré, en 1859, des feuilles de l'*Erythroxylon Coca* par Niemann, élève de Wöhler. On connaissait, depuis 1862, cette remarquable propriété qu'elle possède d'anesthésier, appliquée localement, la muqueuse linguale. Schroff la signala au cours d'une communication qu'il fit à cette Société, devant laquelle j'ai l'honneur de porter la parole. On sait encore que, introduite dans le sang, la cocaïne rétrécit les artères périphériques et enfin qu'elle dilate la pupille, soit appliquée localement ou apportée par le courant sanguin. De ce qui précède, résulte ce fait, que l'on avait déjà soumis l'œil à l'action de la cocaïne, seulement jusqu'à présent on n'avait pas encore observé les effets qui sont l'objet de ce travail. Bien au contraire, après que l'on eut mainte fois essayé de l'employer à l'intérieur, on laissa tomber la cocaïne en discrédit et elle disparut de la scène.

En 1880, le Dr Von Anrep (2) publia sur cette substance une étude expérimentale complète, à la fin de laquelle il avançait que l'on pourrait l'employer avantageusement comme anesthésique local. Pour nous, Viennois, la cocaïne a été remise en lumière par l'intéressant travail thérapeutique de notre collègue de l'hôpital général, le Dr Sigmund Freud (3), qui a fait l'histoire complète de ce médicament.

Je suis parti de ce raisonnement, qu'une substance qui paralyse les terminaisons nerveuses de la muqueuse linguale doit se comporter de la même façon vis-à-vis de celles de la cornée et de la conjonctive. Là-dessus, j'ai entrepris, dans le laboratoire du professeur Stricker, une

(1) Communication faite à la séance de 17 octobre 1884 de la *Société des médecins de Vienne*.
(2) *Pflüger's Arch. f. d. ges. Phys.* 21 Bd.
(3) *Centralbl. f. Therapie v. Heitler* : n° d'août 1884.

© BIU Santé

série d'expériences sur les animaux. Voici en peu de mots les résultats auxquels je suis arrivé :

Si on laisse couler sur la cornée d'un cochon d'inde, d'un lapin ou d'un chien, quelques gouttes d'une solution aqueuse de *chlorhydrate de cocaïne* (1), ou bien si on instille cette solution dans le cul-de-sac conjonctival, l'animal serre les paupières, évidemment par suite d'une légère irritation. Après 1/2 à 1 minute, il les ouvre ; seulement l'œil est terne, vitreux. Touche-t-on maintenant la cornée de l'animal avec la tête d'une épingle (en prenant la précaution de ne pas fróler les cils, afin d'éviter toute cause d'erreur), il ne se produit aucun clignotement réflexe, le globe oculaire ne fuit pas, l'animal ne retire pas la tête comme il le ferait certainement dans un autre cas, enfin, il reste parfaitement tranquille. En employant un mode d'irritation plus énergique, on peut se convaincre que *la cornée et la conjonctive sont tout à fait insensibles*. C'est ainsi que j'ai pu gratter, piquer à l'aide d'une aiguille la cornée de mes animaux en expérience, l'irriter par un courant induit, suffisant pour provoquer dans mes doigts des sensations douloureuses et pour n'être pas supporté par la langue ; j'ai pu enfin la cautériser au crayon de nitrate d'argent, jusqu'à la rendre d'un blanc laiteux ; le tout, sans que l'animal ait fait un mouvement. Ces deux dernières expériences m'ont donné la conviction que l'anesthésie intéressait non seulement la surface de la cornée, mais sa substance tout entière. Mais lorsque j'ai incisé la cornée, au moment où la chambre aqueuse se vidait et que l'iris faisait hernie, les animaux manifestaient de vives douleurs. *Par mes expériences sur ces animaux*, je n'ai pu rechercher si on pouvait réussir à anesthésier l'iris, soit en portant de la solution médicamenteuse dans la plaie cornéenne, soit par des instillations commencées plus tôt et répétées. En effet, des expériences tant soit peu compliquées concernant la recherche de la sensibilité faites sur des animaux non narcotisés, sont très difficiles et donnent des résultats équivoques. Un point, pourtant, que j'ai tâché d'éclaircir encore sur l'animal, est celui de savoir si la cocaïne était capable de produire l'anesthésie d'une cornée enflammée ; l'expérience a répondu dans le sens affirmatif, puisque sur des animaux chez lesquels j'avais produit une kératite traumatique, j'ai pu insensibiliser la cornée comme si elle eût été saine. L'anesthésie cornéenne dure 10 minutes par l'emploi de la solution à 3 °/₀.

En présence des résultats favorables que me donnaient mes expériences sur les animaux, je n'ai pas hésité à les répéter sur l'œil humain et je me suis instillé de la cocaïne, puis à quelques collègues, enfin à un grand nombre d'individus, et toujours j'ai réussi à produire l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive. La succession des phénomènes est la suivante : Si on fait tomber quelques gouttes de cocaïne, en solution à 2 °/₀, dans le sac conjonctival, ou mieux si on les laisse couler sur la cornée, il se produit une faible sensation de brûlure (jointe à une augmentation de la secrétion lacrymale), qui disparaît complètement après 1/2 à 1 minute pour faire place à une vague sensation de sécheresse. Ici, comme chez les animaux, un observateur pourrait constater une expression toute particulière de l'œil. Cet aspect hagard est dû à *un fort écartement des paupières* ; nous verrons plus loin l'explication de ce phénomène. Si on touche maintenant à l'aide d'une tête d'épingle la cornée du sujet en expérience, non seulement il ne ressent aucune douleur, mais il ne perçoit pas même *une sensation tactile* ; tout réflexe fait également défaut. C'est le cas également pour la conjonctive, laquelle a perdu le sens thermique. On peut parfaitement et sans que le sujet manifeste le moindre réflexe ni ressente aucune impression désagréable, saisir la conjonctive au moyen d'une pince à dents de souris ou presser sur la cornée jusqu'à y produire une dépression ; la seule sensation perçue est une diminution de netteté dans la vision des objets, due naturellement à la déformation de la courbure de la cornée. Cette anesthésie complète dure de 7 à 10 minutes, pour revenir à l'état normal après un plus long stade de sensibilité diminuée.

Quinze à vingt minutes après l'instillation, la *pupille commence à se dilater*. Cette mydriase atteint son plus haut degré dans le cours de la première heure, diminue déjà d'une façon marquante dans la deuxième, pour se perdre entièrement dans les quelques heures qui suivent. Jamais la dilatation pupillaire *n'arrive au maximum* et, tandis qu'elle existe, la pupille continue à réagir à la lumière et par la convergence. Il s'ensuit que la sensation d'aveuglement, qu'entraîne la mydriase atropinique, manque complètement ou tout au moins n'existe qu'à un faible degré. En même temps que la mydriase, vient et disparaît une *parésie de l'accommodation* assez peu importante ; chez moi et chez un autre individu que j'ai examiné à ce point de vue, le punctum proximum était reculé de 1/2 pouce.

De plus, j'ai observé sur la conjonctive et plus particulièrement sur la portion palpébrale de la conjonctive, une ischémie évidente, sur la durée de laquelle je ne puis me prononcer avec certitude. Certains autres points ne sont pas encore établis, par exemple, ce qui regarde l'état du fond de l'œil ; aussi, je n'en dirai rien provisoirement, tout en déclarant cependant que je n'ai *jamais observé d'irritation* par l'emploi de la cocaïne.

Quant à la dilatation de la fente palpébrale, dont j'ai parlé plus haut, le phénomène précède de beaucoup le moment où l'iris et le corps ciliaire sont influencés par la cocaïne, et, comme il se présente en même temps que l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive, je pense qu'on peut les mettre en rapport et expliquer l'élargissement de la fente par l'absence de cette irritation qui, normalement, atteint la cornée et la conjonctive et limite l'écartement des paupières.

J'ai encore à émettre quelques considérations, en ce qui concerne l'anesthésie : 1° L'action anesthésique de la cocaïne est cumulative, en ce sens que si l'on instille de la cocaïne au moment où une première anesthésie disparaît, on obtient une seconde insensibilisation qui est de plus longue durée que la première : ainsi, j'ai pu produire une anesthésie complète durant 15 à 20 minutes, par des applications répétées de 5 en 5 minutes et poursuivies un certain temps ; 2° Son action est essentiellement locale, c'est-à-dire qu'elle est la plus puissante au point d'application directe ou à l'endroit du contact le plus long. 3° Comme nécessairement la cocaïne est résorbée et qu'à chaque instillation une faible quantité en est introduite dans les parties profondes de l'œil et, en tout premier lieu, dans la chambre aqueuse, on peut admettre qu'il sera possible d'anesthésier les parties de l'œil situées profondément, si on parvient à y introduire une plus grande quantité de médicament. Mais, la résorption exige un certain temps pour se produire, d'autre part la durée de l'action anesthésique est limitée, il s'ensuit que l'anesthésie de la cornée aura déjà disparu au moment où l'iris et le corps ciliaire seront affectés ; il suffira de recommencer l'anesthésie de la cornée. Par une application, en quelque sorte par étapes, on pourrait, je crois, satisfaire à ces deux nécessités. Après avoir répété l'instillation d'une solution à 5 0/0 toutes les cinq minutes pendant une demi-heure, j'ai réussi à constater qu'une pression opérée sur le globe oculaire ne produisait plus d'impression douloureuse, ce qui était dû à une anesthésie des tissus profonds de l'œil.

Grâce à l'amabilité de M. le professeur suppléant Von Reuss, qui a bien voulu mettre à ma disposition, pour mes essais, le matériel de la clinique délaissée par feu le professeur Jaeger, j'ai pu, depuis trois semaines, éprouver l'efficacité de la cocaïne sur des malades. M. Von Reuss, ainsi que ses assistants, MM. Dimmer et Bochner m'ont aidé dans ces recherches, je leur en adresse ici mes vifs remercîments.

(1) Le chlorydrate de cocaïne est soluble dans l'eau dans la proportion de 5 0/0 sans addition d'acide ; seulement la solution reste opalescente. On doit proscrire l'emploi de tout acide, parce que celui-ci, même en très faible quantité, provoque une vive sensation de brûlure. Si on filtre la solution opaline, elle devient limpide comme de l'eau.

© BIU Santé

Dès le début, j'ai pensé à employer la cocaïne en ophthalmologie dans un double but : comme narcotique dans les affections oculaires douloureuses et comme anesthésique en chirurgie oculaire.

1° *Comme narcotique.* J'en attendais des résultats favorables particulièrement dans les *affections cornéennes ou conjonctivales liées à de la photophobie ou à des douleurs.* J'ai donc donné la cocaïne à un assez grand nombre de patients souffrant de conjonctivite lymphatique, avec éruptions ou ulcères de la cornée, et à une femme atteinte de kératite en bandelette (solution à 2 0/0). Tous les malades ainsi traités ont accusé une amélioration considérable *de leur état subjectif*, quelques minutes déjà après l'instillation ; les douleurs avaient disparu et la photophobie s'était beaucoup amendée. Seulement, c'est avec la même unanimité que, deux ou trois heures plus tard, les patients se plaignaient du retour des douleurs et de la photophobie. On peut donc en conclure que, si on répétait l'application du remède aussi souvent que ce serait nécessaire, douleurs et photophobie disparaîtraient ou au moins diminueraient d'intensité *et d'une façon durable.* Je n'ai pu jusqu'à présent faire cet essai. Je n'ai pas remarqué que la cocaïne, employée comme elle l'a été, ait influencé la marche de l'affection d'une manière ou d'une autre. Un individu souffrant d'*érosions au limbe*, liées à de fortes douleurs, a été soulagé également. Je suis persuadé que la cocaïne diminuerait les douleurs de l'*iritis* ; en effet, je crois avoir démontré que l'action anesthésique s'étend jusqu'à un certain point à l'iris et au corps ciliaire. L'action mydriatique, à cause de sa faible puissance, ne pourrait être prise en considération ; mais on peut supposer que la propriété qu'elle possède de rétrécir les vaisseaux serait de nature à influencer favorablement le processus. Combinée à l'atropine, elle pourrait peut-être rendre des services. L'occasion m'a manqué jusqu'à présent pour confirmer expérimentalement ces vues théoriques. La douleur que provoque la cautérisation des paupières par le nitrate d'argent est complètement effacée, ou au moins diminuée d'une façon notable, par une instillation préalable de cocaïne. La plupart des malades sur lesquels ces essais ont été faits ont déclaré que *cette fois ils n'ont éprouvé aucune douleur.* Chez quelques-uns, elle apparaissait après un certain temps, mais elle s'évanouit devant une nouvelle instillation. Une patiente a déclaré que la douleur avait été moindre qu'habituellement, mais qu'elle avait duré plus longtemps. Les résultats que m'a donnés la cocaïne dans le traitement au crayon de sulfate de cuivre sont peu importants et en partie contradictoires ; on devra en tous cas l'employer à plus haute dose que dans le traitement au nitrate d'argent.

2° *Anesthésique en chirurgie oculaire.* — *L'extraction des corps étrangers de la cornée* constitue la vraie indication de la cocaïne et son vrai triomphe. Chacun sait combien souvent cette petite opération est rendue difficile par l'agitation du malade ; par la cocaïne, celle-ci est supprimée. Dans une trentaine de cas, voici comment j'ai pratiqué l'anesthésie : le patient, debout ou assis, baisse le regard et je lui laisse couler sur la cornée 2 gouttes d'une solution à 2 0/0 ; après trois à cinq minutes, je répète l'instillation. Tous ces sujets m'ont déclaré avoir perdu la sensation du corps étranger ; et cela était si vrai, que plus d'une fois on a dû faire des efforts pour retenir le blessé, qui, n'éprouvant plus de douleur, se croyait guéri. L'extraction était devenue la chose la plus simple : *ces patients tenaient l'œil absolument tranquille*, ne manifestaient aucun réflexe et me déclaraient ne sentir aucune douleur ni même aucun attouchement. — C'est avec le même succès que la cocaïne fut employée dans une opération de *tatouage de la cornée* et une autre de *ptérygion.* Je pense que la cocaïne serait très utile dans les opérations de *cautérisation des ulcères cornéens* au fer rouge, de *ponction de la cornée* et de *discision de la cataracte.* Ces deux dernières opérations, qui ne consistent qu'en la fixation de la conjonctive et la ponction de la cornée, se font sans causer la moindre douleur, comme me l'ont appris mes expériences sur les animaux. — Deux opérations de *staphylotomie* furent pratiquées par le *Dr Von Reuss*, l'une sur un petit garçon de 10 ans, l'autre sur une petite fille de 7 ans, sans narcose, seulement après instillation préalable de cocaïne, suivant la méthode que je décrirai plus loin. Les deux enfants se sont tenus très tranquilles et ont dit n'avoir rien senti.

Le Dr Von Reuss a eu en outre l'obligeance de me permettre de *cocaïniser* des yeux sur lesquels il allait pratiquer une *iridectomie* ou une *extraction de la cataracte.* En général, je puis déclarer que ces cas ont évolué *sans la moindre réaction*, ce qui doit engager à poursuivre les expériences. Celles-ci ont jusqu'ici donné des résultats variables, plus ou moins favorables, mais toujours en rapport avec la dose et le mode d'emploi du médicament. La méthode suivante est celle qui m'a donné des résultats presque complètement satisfaisants. Pendant la demi-heure qui précède l'opération, on instille, de cinq en cinq minutes, 2 gouttes de la solution à 5 0/0. Le patient est couché, la tête placée horizontalement ; on soulève la paupière supérieure, et, tandis que le sujet à opérer regarde à ses pieds, on laisse tomber la solution sur la partie de la sclérotique située au-dessus de la cornée. Parmi les opérés ainsi traités, une femme à qui on pratiquait l'extraction de la cataracte fut interrogée à chaque temps de l'opération : *de l'incision cornéo-sclérale, elle ne ressentit absolument rien* ; elle sentit la prise et l'excision de l'iris, mais sans éprouver grand mal. Elle n'a d'ailleurs réagi à aucun temps de l'opération. Il en fut de même pour une femme atteinte de crétinisme, chez laquelle la même opération fut pratiquée. Vu son état mental et sa sensibilité, le Dr Von Reuss redoutait d'entreprendre cette opération.

Le cas suivant me paraît digne de fixer l'attention, à cause de certaines circonstances spéciales : Un homme, atteint de séclusion papillaire double, est opéré d'iridectomie à l'œil gauche, sous l'influence de la cocaïne. Il ne réagit pas le moins du monde pendant l'opération, déclare n'avoir pas senti l'incision cornéo-sclérale (à l'aide de la lance), avoir seulement perçu la prise et l'excision de l'iris, sans pouvoir dire pourtant qu'il ait souffert. Huit jours après, il subit à l'autre œil la même opération ; seulement ici on s'abstient d'employer la cocaïne. Cette fois, le sujet serra tellement les paupières et fit de tels efforts, que, suivant la déclaration du Dr Von Reuss, il lui fut difficile de mener à bien l'opération. Si donc, parmi les malades qui subissent de telles opérations, la majorité se compose de gens torpides, supportant patiemment leurs douleurs, il semble que ce dernier fait prouve à toute évidence que, même dans de tels cas, un agent anesthésique peut rendre de grands services.

Note du traducteur. — Avec l'autorisation du Dr Koller, j'ajouterai que, depuis que cette communication a été faite (17 octobre), la cocaïne est entrée dans la pratique journalière à la clinique du Dr Von Reuss, et elle a confirmé les résultats qu'elle avait donnés ; en même temps qu'elle réalisait les espérances qu'elle faisait concevoir : on n'extrait plus aucun corps étranger de la cornée, on ne pratique plus une opération, telle que iridectomie ou extraction de la cataracte, sans instillation préalable de cette substance, et dans tous ces cas, outre qu'elle supprime la douleur pour le patient, elle facilite l'opération pour le chirurgien en éliminant les réflexes, que la volonté de l'opéré ne parvient pas toujours à contenir.

Malgré son action mydriatique, elle a été employée dans des cas d'iridectomies dirigées contre le glaucome ; en effet, *M. Von Reuss* a trouvé que l'ésérine combat la mydriase due à la cocaïne, et, employée antérieurement, l'empêche même de se produire.

M. Koller nous annonçait qu'il en espérait des résultats favorables dans les opérations de discision de cataracte, ponction cornéenne et cautérisation des ulcères cornéens. Ces opérations ont été pratiquées, et la cocaïne a réussi là comme ailleurs. Il en a été de même dans l'iritis. Une femme atteinte d'iritis spécifique de l'œil droit était traitée localement par l'atropine ; elle éprouvait des douleurs périorbitaires violentes qui l'empêchaient de dormir.

© BIU Santé

La cocaïne fut employée, et de la façon suivante : le matin, on instilla toutes les demi-heures 2 gouttes d'une solution à 5 0/0. Après six instillations, les douleurs avaient disparu. L'après-midi, comme elles avaient une tendance à se reproduire, on en fit encore trois applications. La nuit suivante, la patiente dormit parfaitement, et *les douleurs ne reparurent plus*, bien que l'atropine ait seule été continuée.

PATHOLOGIE INTERNE

HÔPITAL TROUSSEAU. — SERVICE DE M. D'HEILLY.

Ulcérations trachéales après la trachéotomie (1) ;

Par BATAILLE, interne provisoire des hôpitaux.

OBS. I. — Andrien, Emma, 2 ans, entre le 15 avril 1884 à l'hôpital Trousseau (service de M. D'HEILLY, pavillon Bretonneau). Cette enfant, prise il y a huit jours d'une angine reconnue diphtérique, présente depuis deux jours une dyspnée croissante, et la nuit précédente elle a éprouvé deux accès de suffocation.

A l'entrée, on constate des fausses membranes sur les amygdales, un tirage sternal très prononcé, une toux éteinte et surtout un état asphyxique déjà avancé, de sorte que la trachéotomie est pratiquée immédiatement. L'opération est accompagnée du rejet de quelques fausses membranes et suivie d'un soulagement remarquable. Les jours suivants, l'amélioration continue, l'enfant cesse de rejeter des fausses membranes, et l'on ne trouve plus, le 24, d'exsudat diphtérique sur ses amygdales; l'urine n'est pas albumineuse.

25 *avril*. En nettoyant la canule, on voit qu'elle est noircie.

26 *avril*. Le voile du palais est paralysé, la plaie prend un mauvais aspect et devient fétide. La face est pâle, la respiration est un peu accélérée et l'auscultation révèle quelques râles.

27 *avril*. L'affaiblissement augmente peu à peu. La canule extérieure et la canule intérieure sont complètement noires. La mort a lieu le soir, c'est-à-dire le douzième jour après l'opération.

AUTOPSIE. — On a trouvé le larynx débarrassé des fausses membranes; mais sur la paroi antérieure de la trachée existe une ulcération profonde, commençant immédiatement à l'angle inférieur de l'incision et ayant détruit non seulement la muqueuse, mais en outre cinq anneaux dans leur tiers antérieur. Ainsi, l'anneau le plus rapproché de l'incision manque sur une longueur de 3 millimètres environ et la perte de substance, pour les suivants, va en augmentant jusqu'au cinquième, qui présente la destruction la plus étendue, c'est-à-dire de 6 millimètres environ. Au-dessous de cet anneau, la muqueuse est intacte. Il est facile de s'assurer que la moitié inférieure de cette ulcération correspond au point où portait l'extrémité de la canule et que le tronc artériel brachio-céphalique passe au-devant. Les poumons sont seulement congestionnés.

OBS. II. — Verdun, Léon, 21 mois, entre dans le même service le 25 avril 1884. Depuis huit jours, il a une angine diphtérique, et depuis vingt-quatre, sa respiration est devenue pénible; en outre, il a eu quelques accès de suffocation. Au moment où il est apporté à l'hôpital, on constate des fausses membranes sur les amygdales, qui sont tuméfiées; le tirage est tel, que la trachéotomie est immédiatement pratiquée. L'opération ne produit aucun soulagement, le tirage continue, l'enfant asphyxie, puis meurt le lendemain soir, vingt-six heures après l'opération.

A l'AUTOPSIE, on trouve des fausses membranes sur la muqueuse du larynx; la trachée présente une ulcération sur sa paroi antérieure, mais il existe un espace de près d'un centimètre entre l'angle inférieur de l'incision et cette ulcération, où la muqueuse est intacte. L'ulcération comprend une étendue d'un demi-centimètre en hauteur, la muqueuse est détruite et deux cerceaux sont mis à nu dans leur tiers antérieur; c'est à l'endroit où se trouvait la canule, et en avant, passe le tronc artériel brachio-céphalique. Les poumons sont le siège de quelques noyaux de broncho-pneumonie.

OBS. III. — Basset, Alexandrine, 13 mois, entre le 26 avril dans le même service. Cette enfant, d'une apparence assez chétive, est malade depuis quatre jours; il y a vingt-quatre heures que sa respiration est devenue bruyante et fréquente; en outre, elle a éprouvé plusieurs accès de suffocation. L'opération, devenue nécessaire à cause du tirage sternal que l'enfant présente, est pratiquée quelques heures après l'entrée à l'hôpital. Elle est suivie d'un peu de soulagement; mais le lendemain, le voile du palais devient paralysé; on entend un certain gargouillement dans la canule; la respiration est fréquente.

30 *avril*. La canule commence à se noircir, l'enfant peut rester quelques heures sans canule.

1er *mai*. Après une certaine amélioration, la dyspnée reprend et l'affaiblissement est grave. La mort a lieu le lendemain, c'est-à-dire six jours après la trachéotomie.

AUTOPSIE. — Il y a des fausses membranes dans le larynx et quelques-unes dans la trachée. L'incision due à l'opération comprend cinq anneaux; au-dessous, sur la paroi antérieure de la trachée, la paroi est intacte sur une étendue de près d'un centimètre; mais à partir du troisième anneau qui suit l'incision, la muqueuse offre trois petites ulcérations transversales, longues de 4 ou 5 millimètres, situées l'une au-dessus de l'autre. Ces ulcérations comprennent la portion de la muqueuse qui recouvrait l'anneau sous-jacent, ainsi mis à nu. Il y a donc trois anneaux dépouillés de muqueuse, et entre chacune de ces ulcérations, c'est-à-dire dans l'intervalle dépourvu de cerceaux cartilagineux, la paroi est absolument intacte. Le poumon gauche est le siège de nombreux noyaux de broncho-pneumonie dans son tiers inférieur.

OBS. IV. — Thiébault, Julien, 23 mois, entre dans le même service le 29 avril 1884. Cet enfant, atteint d'angine diphtérique depuis trois jours, est apporté à l'hôpital avec un tirage considérable et dans un état général désespéré. La trachéotomie est faite quelques heures après; l'enfant expulse quelques fausses membranes; le soulagement est peu marqué.

1er *mai*. Il y a toujours de l'exsudat dans la gorge, pas d'albuminurie et peu d'engorgement ganglionnaire; la dyspnée semble un peu diminuée.

2 *mai*. L'enfant est pris de diarrhée; il est très agité, respire fréquemment; la canule est un peu sèche et noire.

3 *mai*. Mort.

AUTOPSIE. — Les poumons sont le siège de nombreux noyaux disséminés de broncho-pneumonie. Les fausses membranes du larynx et de la trachée sont assez abondantes. A un centimètre environ de l'angle inférieur de l'incision, qui comprend sept anneaux, existe une ulcération profonde, située à la paroi antérieure de la trachée. Le cerceau cartilagineux situé à ce niveau est détruit sur une longueur de 2 millimètres, mais les deux extrémités ainsi séparées par l'ulcération étaient repliées sur elles-mêmes au moment de l'ouverture de la trachée à l'autopsie, de sorte que l'espace où manquait le cartillage paraissait plus considérable. Le cartilage situé plus bas est dénudé sur une très petite étendue. Plus bas encore, l'anneau est également un peu dénudé, et entre les cerceaux, la muqueuse présente des portions saines. Ces différentes ulcérations correspondent à l'extrémité de la canule; c'est la plus inférieure qui est située immédiatement en arrière du tronc artériel brachio-céphalique.

RÉFLEXIONS. — Nous avons pu réunir ces quatre exemples d'ulcérations de la trachée dans l'espace d'une semaine, sans compter deux autres dont nous n'avons point conservé les pièces, mais qui étaient analogues à celles que nous avons présentées à la Société anatomique. Ajoutons

(1) Communication faite à la *Société anatomique*, le 2 mai 1884.

© BIU Santé

que nous avons constaté dans le même mois deux cas de mort par hémorrhagie foudroyante à travers l'incision trachéale.

Le premier se rapporte à un enfant mort douze jours après l'opération. La trachée présentée à la Société médicale des hôpitaux par notre maître, M. d'Heilly, offrait une ulcération correspondant à l'extrémité inférieure de la canule ; au fond existait un petit pertuis sur lequel on pouvait faire pénétrer un stylet dans le tronc brachio-céphalique.

Quant à l'autre enfant qui est mort absolument dans les mêmes conditions, n'ayant pu faire l'autopsie, nous ne pouvons affirmer qu'il y ait eu également communication de la trachée avec le tronc brachio-céphalique.

Au total, à l'hôpital Trousseau, pendant le mois d'avril, sur 33 autopsies d'enfants atteints de diphthérie et qui ont été trachéotomisés, nous avons trouvé six cas d'ulcération de la trachée dont un offrait une communication avec le tronc artériel brachio-céphalique.

D'après ces faits recueillis en un temps aussi restreint, il est impossible de dire si les ulcérations de la trachée, après la trachéotomie, sont habituellement aussi fréquentes ; toutefois nous ferons remarquer que ce nombre se rapproche de la proportion donnée par M. Roger dans son mémoire de 1859. Cet auteur dit, en effet, que les ulcérations de la trachée se rencontrent à peu près dans un cinquième des cas. Les causes de cet accident nous paraissent tenir à l'action de la canule, et comme causes accessoires, il y a lieu de noter le mauvais état général, la broncho-pneumonie. Quant à la nature particulière de l'épidémie, nous ne croyons pas qu'elle ait quelque influence puisque nos observations se rapportent à des faits constatés à un moment où la diphtérie n'avait pas une gravité particulière.

Les ulcérations que nous avons rencontrées sont profondes, elles correspondent à l'extrémité inférieure de la canule et ont leur siège à la paroi antérieure de la trachée, à l'endroit où le tronc artériel brachio-céphalique est immédiatement appliqué sur elle. Pendant la vie des enfants dont nous rapportons les observations, nous n'avons noté rien de particulier pouvant faire supposer la présence de l'ulcération trachéale ; on a dit que la canule devenait noire surtout à sa partie inférieure, mais ce signe se rencontre chez presque tous les enfants qui meurent après la trachéotomie. Nous n'avons pas non plus noté de douleur localisée au cou, ni d'expulsion de mucosités sanguinolentes. Ces ulcérations sont tout à fait analogues à celles rapportées par M. Roger et par M. Barthez en 1859. Mais les observations de ces auteurs remontent à une époque où l'on employait des canules différentes des canules actuelles. Ainsi elles auraient une courbure en quart de cercle et l'extrémité inférieure n'était pas coupée en biseau aux dépens de la paroi antérieure, changement dû à M. Barthez.

C'est à la suite des ulcérations signalées par ces auteurs que l'on a modifié les canules. Celles que l'on emploie actuellement sont doubles et à pavillon mobile. Depuis leur emploi on n'a pas noté d'ulcérations trachéales, de sorte qu'on pourrait croire que, dans ces modifications apportées à leur construction, on a trouvé le remède contre la production de ces ulcérations. Or, nous croyons que nos observations montrent que les canules actuelles ne mettent pas à l'abri de cet accident. Il est probable que ces ulcérations guérissent chez ceux qui survivent, mais guérissent-elles avec ou sans rétrécissement ? c'est ce que nous ne sommes pas en mesure de dire.

L'Ornithorhynque. — Selon le *Journal de Genève* du 22 novembre, M. Cadwell aurait découvert que ce singulier animal est ovipare. M. Cadwell a été envoyé en Australie par l'université de Cambridge, aux frais de la fondation de M. F. M. Balfour.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La cocaïne.

Tous les journaux médicaux retentissent actuellement de cette nouvelle conquête de la thérapeutique. Il y a à peine deux mois que M. Koller, de Vienne, dont on lira plus haut l'intéressant mémoire original, en a signalé pour la première fois les heureuses propriétés comme anesthésique local de l'œil, et déjà les publications sur ce sujet sont si nombreuses et les expériences si communes qu'il existe toute une bibliographie sur la cocaïne. Comme toujours en pareil cas, on a même pris pour la réalité ce qui n'était qu'un espoir depuis longtemps caressé, et l'on a cru que la cocaïne était appelée à bannir entièrement le chloroforme des opérations pratiquées sur les yeux. Voyons ce qui en est réellement, et consultons d'abord ce que disent les premiers expérimentateurs et les plus autorisés. Nous nous bornons, dans cette étude, à ce qui concerne l'application de cette substance à l'œil, qui paraît devoir être à l'avenir son principal champ d'action.

D'après M. Koller (1), l'insensibilisation produite par les instillations de cocaïne dans l'œil porte sur toute l'épaisseur de la conjonctive et de la cornée. Nous avons pu nous convaincre nous-même de la vérité de cette assertion en suivant les nombreuses expériences pratiquées à sa clinique par notre maître, M. le Dr Landolt. Ce fait est déjà capital, car il supprime une bonne partie des douleurs causées par les opérations qui s'exécutent sur le segment antérieur du globe, telles que la paracentèse, la ténotomie, l'iridectomie, l'extraction de la cataracte. La sensation pénible produite par la pression de l'écarteur sur la conjonctive, la préhension douloureuse de cette membrane par la pince à fixation, la section de la cornée et du lambeau conjonctival passent entièrement inaperçues. Malheureusement ni l'iris, ni les tissus sous-jacents à la conjonctive ne sont rendus indifférents au traumatisme, encore moins sans doute les filets nerveux ciliaires qui rasent la sclérotique d'arrière en avant, et dont la section rend l'énucléation du globe si douloureuse.

Serait-il possible d'arriver à anesthésier ces tissus en portant la cocaïne directement sur eux, soit en la faisant pénétrer dans la chambre antérieure (Koller), soit en l'instillant dans une boutonnière pratiquée à la conjonctive, comme l'ont fait MM. Koller et Landolt (2) ? Il semble réellement, dans ce dernier cas, d'après ce que nous avons vu, que la sensibilité de la capsule de Tenon s'engourdit jusqu'à un certain point sous l'influence de ce contact. Jusqu'à présent, toutefois, l'expérimentation n'a pas encore définitivement résolu ce problème, que les recherches concernant le mode d'action intime de la cocaïne sur les nerfs et leurs terminaisons sensitives pourront peut être éclaircir. Il est permis de croire, d'après les recherches de M. Vulpian, que tous les tissus accessibles à l'imprégnation par la solution de cocaïne peuvent être anesthésiés (3).

(1) Voyez dans ce même numéro la traduction du mémoire original de M. Koller, par le Dr Leplat, et *Wiener med. Wochenschr.*, 1884, nos 44 et 45.
(2) Landolt. *Arch. d'Opht.*, 1884, no 5.
(3) Vulpian. *Comptes-rendus de l'Acad. des sc.*, 17 nov. 1884.

© BIU Santé

L'action de la cocaïne sur la surface du globe oculaire se manifeste assez promptement, quelquefois deux ou trois minutes après la première instillation d'une solution à 2 0/0, le plus souvent après deux ou trois instillations répétées à cinq minutes d'intervalle. Des solutions plus concentrées agissent naturellement avec plus de rapidité et d'énergie. L'insensibilité obtenue dure parfois plus d'un quart d'heure et peut être prolongée d'ailleurs aussi longtemps qu'on le désire par de nouvelles doses du médicament. Elle permet alors d'exécuter, sans aucune douleur, un grand nombre d'opérations comme l'extraction de corps étrangers de la cornée ou de la conjonctive, la paracentèse, l'extirpation du ptérygion ou d'autres néoplasmes de la conjonctive, le tatouage, la cautérisation de la cornée, la faradisation localisée des muscles de l'œil à travers la conjonctive, etc. L'iridectomie, la ténotomie deviennent, comme nous l'avons dit, beaucoup plus supportables grâce à l'emploi de la cocaïne. L'extraction de la cataracte, si elle a lieu sans iridectomie (procédé qui n'a que des indications limitées) devient presque absolument indolore.

Injectée dans les voies lacrymales, la solution du nouveau médicament rend le passage de la sonde beaucoup plus tolérable pour le malade (1). Ce genre de cathétérisme étant assez douloureux, l'avantage qui résulte de ce fait n'est pas à dédaigner.

Comme remède calmant, la cocaïne serait supérieure à l'atropine suivant M. Koller. En tout cas, les douleurs provoquées par l'iritis, par certaines formes de kératite ulcéreuse, par les corps étrangers de la cornée, peuvent être combattues avec succès par son moyen.

A part ses effets importants sur les terminaisons sensibles des tissus externes de l'œil, la cocaïne possède encore une action très remarquable sur les dernières ramifications du sympathique oculaire (voyez le mémoire de M. Koller) et une influence paralysante peu prononcée sur les terminaisons des nerfs moteurs du muscle ciliaire. Ces vertus se manifestent bientôt sous la forme d'une dilatation sensible de la fente palpébrale, avec protrusion du globe, d'une mydriase de degré moyen avec conservation de la réaction pupillaire et d'une parésie légère de l'accommodation. Ces phénomènes, bien qu'ils persistent beaucoup plus longtemps que l'anesthésie, ne présentent aucun inconvénient.

Il existe déjà plusieurs combinaisons chimiques de la cocaïne. Le sel généralement employé est le chlorhydrate. M. Merck a préparé aussi un salicylate et un bromhydrate. Le premier aurait l'avantage d'être plus stable. Quant au second, il reste encore à étudier si l'action du brome unie à celle de l'alcaloïde de la coca en fait une préparation supérieure aux deux autres.

Ce court résumé des premières recherches sur le chlorhydrate de cocaïne fait pressentir tout le profit que pourra retirer la chirurgie oculaire de ce nouvel agent thérapeutique. Il supprime, dans nombre de cas, la douleur occasionnée par le traumatisme, la gêne qui en résulte pour l'opérateur, les graves inconvénients du chloroforme. Il ne lui reste plus qu'à réunir tous les avantages de ce dernier, et il constituera un progrès capital.

EPERON.

(1) Landolt, *l. cit.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 novembre 1884. — PRÉSIDENCE DE M. M. DUVAL.

M. ADAMKIEWICZ, professeur à l'Université de Cracovie, expose sa méthode de coloration des coupes de la moelle à l'aide de la *safranine*. Cette substance dérivée de l'aniline doit être conservée en solution dans l'eau à la dose de 1/60. On filtre une certaine quantité de la solution avant de s'en servir et on en laisse tomber quelques gouttes dans un récipient contenant de l'eau distillée jusqu'à ce que le mélange ait la teinte du vin de Bourgogne. Les coupes préalablement bien durcies et soigneusement lavées à l'eau distillée sont placées dans le mélange ; on les y laisse de 3 à 6 heures ; il est quelquefois utile de les laisser pendant 24 heures. Lorsqu'on juge la coloration suffisante, on décolore ou avec l'*alcool acidulé à l'aide de quelques traces d'acide nitrique* ou avec l'*alcool absolu*.

Lorsqu'on a décoloré avec l'alcool acidulé, on remarque que la substance grise s'est décolorée ainsi que les cloisons conjonctives de la substance blanche : cette dernière a conservé une belle teinte cuivre rouge. Si la moelle a été durcie dans l'alcool, la substance blanche possède une teinte orange; de plus, certaines parties avoisinant la substance grise présentent une coloration encore plus accentuée. Ces parties symétriquement disposées se rencontrent sous forme de circonférences ou de croissants aux confins de la commissure antérieure et du fond du sillon antérieur de la moelle ; au niveau correspondant dans les cordons postérieurs, et vers la partie moyenne du croissant formé par la substance grise dans le cordon latéral. Quelquefois ces groupes ne touchent pas tout à fait la substance grise, de même leur forme est un peu variable.

Si la décoloration a été faite avec l'alcool absolu non acidulé, outre la couleur orangée que possède toujours la substance blanche, on remarque que la substance grise, les septa de la substance blanche et le tissu conjonctif de la pie-mère sont colorés en rouge si le durcissement a été fait dans l'alcool, en violet si le durcissement a été obtenu dans les chromates.

Quels sont les éléments qui ont été ainsi colorés ? Dans la substance blanche, la safranine s'est fixée sur une substance spéciale contenue dans la myéline et qui forme autour du cylindre-axe un cercle ou un croissant. La coloration rouge et violette s'est fixée sur les cellules de la névroglie, sur les cellules nerveuses et sur les cellules du tissu conjonctif. Il y a donc identité chimique entre ces trois éléments : ce qui est très important étant donné que M. Ranvier a découvert leur identité morphologique.

Les parties qui, dans la myéline, se colorent, peuvent se décolorer assez facilement ; les autres qui sont colorées en rouge et en violet résistent beaucoup plus, de telle sorte qu'on peut ainsi obtenir des préparations qui semblent colorées avec le carmin, sauf que le cylindre reste toujours incolore. Les fibres du réseau de Gerlach qu'on considère comme dépourvues de myéline, possèdent la substance spéciale qui existe dans la myéline elle-même et qui se colore par la safranine. Les coupes seront éclaircies avec l'essence de girofle et montées dans le baume du Canada.

M. LABORDE, à propos des récentes expériences de M. Koller sur l'*action anesthésique sur la cornée* de la cocaïne, rappelle que, de 1877 à 1880, MM. Poupard et Fauvel ont employé cette substance comme anesthésique des muqueuses pharyngée et nasale. D'autre part, MM. Rondot et Gley avaient démontré, en étudiant son action sur l'économie, qu'elle produisait des analgésies, en particulier des pattes de l'animal en observation. Ces expériences reprises par M. Laborde avec le sulfate de cocaïne lui ont donné des résultats analogues et lui ont permis de constater en outre l'extrême activité des animaux qui, soumis à son action, ne peuvent pendant l'instant le plus court rester tranquilles à la même place.

© BIU Santé

M. Maurel qui a expérimenté sur quatre lapins, dont deux étaient nourris avec une substance azotée, le fromage, et deux étaient soumis au régime végétal exclusif, a remarqué chez les premiers une augmentation du poids général, et en particulier une augmentation du poids et du volume du foie. Il en conclut que les substances azotées favorisent l'augmentation de volume de cet organe et que, par conséquent, dans les pays chauds il faut presser l'alimentation végétale à l'alimentation animale.

M. Richet pense que, pour que les expériences de M. Maurel soient concluantes, il aurait fallu choisir un aliment purement azoté et non le fromage qui contient beaucoup de substances grasses.

M. d'Arsonval remet de la part de M. Tripier une note inédite de Claude Bernard sur l'antagonisme du sympathique et du pneumogastrique, dans la cavité abdominale. Le pneumogastrique, en particulier, serait pour l'intestin ce qu'est pour la glande salivaire la corde du tympan.

MM. Certes et Cochin remettent une note sur la *vitalité de la levûre de bière*. Ils concluent : 1° que sa vitalité n'est pas détruite par une pression de 2 à 300 atmosphères ; 2° que sous une pression de 3 à 400 atmosphères la fermentation alcoolique se produit toujours ; 3° que dans la fermentation sous pression il se fait un dégagement spécial moléculaire de l'acide carbonique, phénomène qu'ils se réservent d'exposer plus complètement dans une communication ultérieure.

M. Strauss fait une très importante communication sur le *bubon dit chancreux*. Tout le monde admet depuis les travaux de Ricord, que le chancre mou peut donner naissance à un bubon simple à pus non inoculable, et à un bubon chancreux à pus inoculable. M. Strauss a examiné au Midi dans le service de M. Mauriac, le pus de 42 bubons ayant pour cause des chancres simples. Ces bubons étaient à diverses phases d'évolution ; tous contenaient néanmoins du pus. Après avoir stérilisé la peau par le lavage, M. Strauss à ouvert le bubon, pris du pus et l'a examiné. *Jamais* dans les 42 cas il n'est arrivé à colorer et à constater de micro-organismes. Ceci, en particulier, le porterait à revenir sur la conclusion qu'il avait formulée, à savoir qu'il y a toujours des micro-organismes dans le pus phlegmoneux. Il a ensemencé des bouillons avec ce pus : tous sont restés stériles. De plus, il a pratiqué des inoculations qui toutes sont restées négatives, alors que les inoculations faites parallèlement avec le pus du chancre générateur du bubon ont été positives. Enfin, en isolant de tout contact avec le chancre, et dès l'ouverture, le bubon à l'aide de coton flambé et d'un spica, *sans se servir d'agent antiseptique*, M. Strauss a toujours vu les bubons se comporter comme des bubons simples ; jamais ils ne sont devenus chancreux. En se reportant au *Traité de l'inoculation* de Ricord, qui date de 1838, il a vu que la plupart des inoculations positives faites avec le pus du bubon, avaient été obtenues lorsque ce bubon était déjà ouvert depuis deux ou trois jours. Enfin, se plaçant au même point de vue que Ricord qui admettait deux suppurations, une profonde virulente, une périphérique inflammatoire simple, M. Strauss a puisé à différentes reprises du pus profond et n'a obtenu aucune inoculation positive. Il se croit donc en droit de conclure que, lorsque le bubon du chancre mou devient chancreux, c'est que sa plaie d'ouverture a été contaminée par le liquide venu du chancre lui-même qui a souillé directement cette plaie. Le bubon chancreux disparaîtra donc complètement, du jour où l'on prendra les soins suffisants pour éviter la contamination du bubon par le chancre qui lui a donné naissance. G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 novembre 1884.—Présidence de M. A. Guérin.

L'Académie procède à l'*élection* d'un Vice-Président, en remplacement de M. Fauvel, décédé. Votants : 79 ; majorité, 40. Au premier tour de scrutin, M. Bergeron obtient 73 voix ; M. Jules Guérin, 3 ; M. N. Guéneau de Mussy, 2 ; M. Hérard, 1. En conséquence, M. Bergeron est proclamé Vice-Président de l'Académie.

Election d'un membre titulaire dans la section d'accouchements. Votants : 79. Majorité, 40. Au premier tour de scrutin, M. Charpentier est élu par 76 suffrages contre M. Martineau qui en réunit 3.

M. Féréol lit un rapport officiel sur les épidémies pendant l'année 1883. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 14 mars 1884. — Présidence de M. Cornil.

48. Paralysie d'origine syphilitique ; par E. Revillion, interne des hôpitaux.

Le nommé M..., âgé de 33 ans, tailleur, entre le 20 février à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. le Dr Landrieux, salle Broussais, lit n° 2). Sans présenter aucun antécédent héréditaire, sa santé, habituellement bonne, ne s'est altérée qu'en 1876, époque à laquelle il eut une pneumonie. Il n'a pas d'habitudes alcooliques, n'est ni rhumatisant, ni albuminurique.

En novembre 1878, il eut un chancre infectant à la verge, bientôt suivi de quelques légers accidents cutanés et muqueux. Peu après, il se maria ; sa femme n'a, dit-il, présenté aucun accident spécifique, mais elle eut successivement deux fausses couches de sept mois. En 1880, nous notons deux iritis survenues l'une après l'autre, et soignées à l'hôpital Saint-Louis, par M. Le Dentu. Dès lors apparurent pendant longtemps des céphalées, tenaces et très intenses, des vertiges et autres accidents cérébraux. Le traitement spécifique le guérit. En 1881, le malade fut frappé subitement et sans perte de connaissance, d'hémiplégie gauche incomplète, avec paralysie des muscles de la langue. Le mercure et l'iodure eurent encore raison de ces accidents dans l'espace de huit jours. Dès lors, rien de nouveau à noter jusqu'à ces derniers temps. Alors apparurent de nouveau les céphalées et les vertiges, et cela d'une façon si intense, que le malade était souvent obligé de se tenir aux objets voisins pour éviter une chute.

La maladie actuelle a débuté il y a six jours par des fourmillements dans la main droite, qui se sont étendus ensuite aux autres extrémités ; notre malade s'est alors couché, puis endormi ; le lendemain, à son réveil, il était paralysé des quatre membres, ne pouvant absolument pas se tenir debout, incapable même de faire aucun mouvement dans son lit. Le traitement spécifique fut alors repris. C'est dans cet état qu'il nous est amené à l'hôpital.

Etat actuel. — Motilité : Décubitus dorsal, impotence fonctionnelle absolue. Le côté gauche est complétement immobile, seuls les muscles de l'épaule se contractent encore un peu, mais très imparfaitement. Le côté droit est parésié, le membre inférieur peut se fléchir légèrement, le talon continuant à reposer sur le plan du lit sans pouvoir se soulever. L'avant-bras droit se fléchit aussi dans une très faible mesure. Ces mouvements sont paresseux et lents, mais non pas douloureux. Les mouvements de la respiration sont normaux, la parole est facile, l'intelligence parfaite. Il n'y a aucun trouble du côté des muscles moteurs de l'œil, aucune paralysie faciale, rien du côté des lèvres ni du pharynx, la déglutition se fait bien. Pas de troubles de la miction. Réflexe rotulien aboli.

Sensibilité. Pas de modification des organes des sens. La sensibilité à la douleur est partout conservée. La plante des pieds seule est insensible au chatouillement.

Réaction électrique. Tous les muscles se contractent sous l'influence du courant faradique, le seul que nous ayons à notre disposition. Ce courant, très fort, appliqué à la plante du pied gauche, n'est pas perçu ; il l'est faiblement à droite. Les fonctions digestives se font bien : légère constipation. Pas d'albuminurie, rien au cœur ni aux poumons ; apyrexie complète. *Traitement* : 3 gr. d'iodure de potassium, une cuillerée de liqueur de Van Swieten, frictions d'onguent mercuriel.

22 *février*. La paralysie a fait des progrès. Les quel-

© BIU Santé

ques mouvements qui, hier, étaient encore possibles, ne le sont plus aujourd'hui. Les muscles respiratoires semblent se fatiguer; le malade inspire difficilement, superficiellement, 28 fois par minute: la respiration se fait par le type costal supérieur; les muscles trapèzes et sterno-mastoïdiens se contractent à chaque inspiration; le diaphragme lui-même est atteint, l'abdomen se déprime pendant l'inspiration. La toux est tout à fait impossible, la parole haletante, entrecoupée. Il n'y a toujours rien à noter au cœur. *Traitement :* 6 gr. d'iodure de potassium, deux cuillerées de Van Swieten, frictions avec 10 gr. d'onguent hydrargyrique. Le soir, nous constatons que l'état s'est encore aggravé. La respiration est de plus en plus difficile et haletante, le faciès est angoissé, la parole très pénible. Il y a des sueurs profuses.

23 *février*. Il y a eu trois accès de suffocation pendant la nuit. Le matin, à 9 heures : Cyanose, asphyxie et mort. Nous sommes au neuvième jour après le début de la paralysie.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Les *poumons* sont congestionnés; à leurs deux sommets se trouvent de petits corps jaunâtres, durs, très adhérents au tissu pulmonaire qui les entoure, non diffluents, de la grosseur moyenne d'un pois. — Le *cœur* est petit, revenu sur lui-même, dur, sclérosé et crie sous le couteau. La cavité du ventricule gauche est diminuée de capacité, les parois en paraissent épaissies. Rien au péricarde, pas de lésions valvulaires. — L'*aorte thoracique* présente de petites traînées de taches blanches, d'aspect athéromateux, de très petites dimensions, s'étendant comme des lignes de points d'une artère intercostale à l'autre.

Le *foie* pèse 1,800 grammes. On aperçoit à sa face supérieure des taches jaunes, larges, disposées le long de l'insertion du ligament falciforme et sur ses côtés, où elles sont confluentes. Sur la face inférieure du lobe gauche se trouvent des cicatrices étoilées, très nettes et étendues. A la coupe, on remarque dans l'épaisseur du tissu hépatique, les mêmes taches jaunes qui se voyaient à la surface extérieure, elles sont très dures, se distinguent nettement du tissu normal, occupent presque toute l'épaisseur de l'organe au niveau de la fossette cystique. Les coupes du foie en font découvrir plusieurs autres disséminées, présentant les mêmes caractères, de volume variable et abondantes surtout au niveau des cicatrices mentionnées plus haut. Ce sont des types de gommes syphilitiques du foie. Les *reins* sont de dimensions et d'*aspect* normaux; ils se décortiquent facilement; leur coupe est de couleur lie de vin foncée. — La *rate* a sa consistance habituelle, elle est légèrement augmentée de volume. — Rien de spécial ni à l'*intestin* ni aux *testicules*.

Encéphale. La dure-mère est très adhérente à la calotte crânienne. La pie-mère est injectée et très épaissie. Adhérente à la substance cérébrale, elle en arrache de petits fragments qui donnent alors à l'écorce grise un aspect piqueté rouge. Au niveau des deux lobes frontaux se voit une hyperémie très notable des méninges. Au pourtour du cervelet se trouvent deux petits foyers d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne. Les artères cérébrales paraissent absolument saines à l'œil nu; elles sont flexibles, nullement épaissies ni indurées. A la coupe, tout l'encéphale est sain, sa consistance est bonne, sa couleur tout à fait normale. — *Bulbe :* Aucune lésion macroscopique; de même pour la *moelle épinière*. Son segment cervical surtout a été l'objet de l'examen le plus attentif et n'a rien laissé apercevoir de suspect; la consistance en est bonne, la couleur normale.

Les pièces anatomiques on été remises à M. le Dr Nepveu, qui a bien voulu se chager d'en faire l'examen microscopique. Aussitôt qu'il nous en aura communiqué le résultat, nous nous empresserons de le transmettre à la Société anatomique. Quoi qu'il en soit, on peut dès maintenant dire qu'il s'agit ici d'un cas rare et excessivement curieux. Lorsqu'on examine l'histoire clinique du malade, la rapidité de l'évolution de ses accidents, leur intensité, l'étendue de la paralysie, et qu'on rapproche tous ces faits du peu de lésions trouvées à l'autopsie, on ne peut qu'être étonné; car évidemment nous devions nous attendre à trouver quelque modification anatomique considérable du côté de la moelle cervicale. Il n'en a rien été. Il est bon de consigner ce fait, afin de le rapprocher des autres cas analogues qui pourront se présenter dans la suite.

M. Ballet pense qu'il s'agit là d'une myélite spinale syphilitique aiguë, dont les lésions échappent à l'œil nu. Elles seront sans doute révélées par l'examen histologique.

49. M. Serré montre un cas de sarcome multiple des os. Il existait une tumeur de la clavicule, des tumeurs sur la face interne des côtes, la face interne de la dure-mère. Il n'y avait rien dans le canal vertical et pas de compression apparente des racines nerveuses au moment de leur émergence. Un des sciatiques se trouvait englobé dans une masse sarcomateuse. Pendant la vie on a constaté des phénomènes d'atrophie musculaire progressive.

M. Cornil fait remarquer combien ce cas présente d'analogie avec celui qu'a récemment communiqué M. Brissaud.

M. Albert Mathieu a observé un fait analogue dans le service de M. Grand à Lariboisière. Un homme d'une trentaine d'années avait présenté une espèce de torpeur générale et de l'atrophie musculaire généralisée, type Aran-Duchenne. Jamais rien qui fit penser à l'existence d'une tumeur cancéreuse. Cependant à l'autopsie on trouva une tumeur dure du pylore avec généralisation dans le hile du foie et dans l'épaisseur du mésentère. D'après l'examen histologique, il s'agissait d'une sorte de fibro-myôme.

M. Gombault, qui avait bien voulu se charger de la nécropsie et de l'examen microscopique ne trouva de lésion ni dans la moelle, ni dans les racines, ni dans les troncs nerveux. Il existait seulement de la dégénérescence des muscles caractérisée surtout par une sorte de ratatinement des fibres musculaires. Ce cas est évidemment à ranger à côté de ceux de MM. Brissaud et Ferré.

M. Cornil fait observer qu'il y avait là au niveau du pylore une tumeur primitive qui a fait défaut dans les autres observations.

M. Jardet montre un rein granuleux qui présente un kyste volumineux.

3. **Rapport sur la candidature de M. Broca, au titre de membre-adjoint de la Société** ; par M. Reclus, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté.

Parmi les communications que M. Broca a faites à la *Société anatomique*, il en est une surtout que nous désirons vous signaler. Au mois d'août 1883, il vous présentait des pièces provenant d'une femme morte dans le service de M. Empis, à la suite d'une affection qui nous a paru particulièrement intéressante. A son entrée, la malade semblait atteinte de rhumatisme articulaire aigu. La fièvre, les douleurs, les sueurs abondantes, le souffle cardiaque au premier temps et à la pointe conduisaient à ce diagnostic. Mais bientôt les accidents s'aggravèrent, la malade ne tarda pas à succomber et l'autopsie montra des collections, ou plutôt des infiltrations purulentes au niveau des régions qui avaient été, pendant la vie, le siège de manifestations douloureuses; le cœur ne présentait aucune des lésions de l'endocardite ulcéreuse.

Après avoir rapidement discuté les diverses hypothèses capables d'expliquer cette maladie, M. Broca a conclu, avec raison, croyons-nous, qu'il avait observé un cas de cette affection rare décrite par M. Bouchard sous le nom de pseudo-rhumatisme infectieux.

Cette question des suppurations multiples spontanées est depuis longtemps discutée, et par les médecins, et par les chirurgiens. Elle a donné lieu aux interprétations les plus diverses, et le principal mérite du travail sur lequel nous attirons votre attention consiste précisément à avoir rassem-

© BIU Santé

blé une série de faits de ce genre, étiquetés sous les rubriques les plus diverses. Il nous semble légitime, en effet, de mettre en relief les liens de parenté qui unissent les diverses observations où l'on a constaté l'existence de suppurations multiples, qu'elles aient leur siège dans le tissu cellulaire, les muscles, les cavités articulaires, ou dans le système osseux. Le point important est l'existence d'une maladie infectieuse qui domine les manifestations locales certainement variables d'un cas à l'autre, mais qui conservent toujours un certain air de famille.

La pathologie générale n'a certainement pas dit son dernier mot sur les états infectieux qui nous occupent en ce moment; mais, quoi qu'il en soit de la question de doctrine, le mémoire consciencieux de M. Broca justifie, selon nous, sa candidature.

4. Cancer de l'ombilic; par R. Largeau, interne des hôpitaux

Alphonse T..., âgé de 44 ans, charretier, entre le 5 février 1884, salle Blandin, n° 21, à l'hôpital St-Antoine (service de M. Perrier).

Dans ses antécédents on note : une pneunomie qui a duré trois semaines — à 38 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui l'a empêché de travailler pendant quatre mois. — Il n'est ni scrofuleux, ni syphilitique. Il y a trois mois, il a été pris de coliques et de vomissements. Il s'est aperçu en même temps d'une petite tumeur du volume d'un pois siégeant à l'ombilic. Avant cette époque, sa santé était assez bonne. L'appétit était seulement un peu diminué. Mais, depuis ce moment, il se met à vomir tous les jours régulièrement. — Le plus souvent il vomit un quart d'heure après chaque repas. — Quelquefois il vomit la nuit, quelquefois le matin à jeun. Les vomissements sont tantôt alimentaires, tantôt aqueux — une fois ils ont été noirâtres. Ils cessent huit jours avant son entrée à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — La peau de la face est de couleur ocreuse — le corps est amaigri — la peau chaude et sèche. A l'ombilic siège une tumeur qui présente les caractères suivants: d'un diamètre de cinq centimètres, elle a la forme d'un anneau dur qui circonscrirait la cicatrice ombilicale. Celle-ci est remplacée par une ulcération à bords irréguliers allongée transversalement et recouverte d'une pseudo-membrane pultacée peu adhérente. La partie ulcérée est circonscrite par une zone rouge peu étendue. La tumeur est peu saillante. Elle paraît plonger profondément à travers les couches de la paroi abdominale. Elle est mobile sur les organes intra-abdominaux auxquels elle ne paraît pas adhérer. La palpation ne fait reconnaître de noyaux indurés en aucun point de l'abdomen. Cependant, au niveau de la région épigastrique, il y a de la résistance aux doigts ; la paroi abdominale est moins souple et la percussion y révèle une zone de submatité descendant jusqu'à quelques cent. au-dessus de l'ombilic. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. L'estomac est dilaté : la sonorité à la percussion descend jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic. Les aliments séjournent dans l'estomac et donnent un bruit de glouglou à la succussion de l'estomac.

Il n'y a pas de liquide dans le péritoine. Le ventre est tendu, mais sonore. On perçoit quelques râles fins, et de la submatité à la base du poumon droit. Les troubles fonctionnels consistent en douleurs et en vomissements. Les douleurs ont le caractère de coliques survenant plusieurs fois par jour sans régularité. Au niveau de l'ombilic il y a plutôt des démangeaisons que de véritables douleurs. Les vomissements reparaissent quelques jours après son entrée à l'hôpital pour ne plus cesser.

29 *février*. Il ne peut plus rien prendre; les aliments ingérés sont rejetés un quart d'heure après l'ingestion — la faiblesse et l'amaigrissement sont extrêmes — mais la tumeur ombilicale fait peu de progrès. Ses jambes enflent. Il meurt le 7 mars des progrès de la cachexie.

Nécropsie. — L'ombilic est occupé par le cancer. Sa face antérieure a les caractères que nous avons décrits. Sur une coupe transversale on le voit plonger jusqu'au péritoine. Il fait de ce côté de la paroi une sorte de bouton saillant adhérent au péritoine, de manière que la tumeur dans son ensemble représente une sorte de bouton de chemise. — Entre les deux plateaux, il y a une ligne celluleuse qui semble les séparer. Sur le péritoine de la paroi abdominale on trouve des noyaux cancéreux multiples plus ou moins volumineux. — La tumeur ombilicale ne se continue avec aucun d'eux et n'est adhérente à aucun organe. Tous les ganglions du mésentère sont pris. Sur le bord adhérent de l'intestin grêle on trouve de nombreux noyaux cancéreux. — Il y en a plusieurs au niveau du hile de la rate, des reins, du foie.

A l'intérieur de ce dernier organe on en trouve trois ; cinq ou six siégeant à sa surface.— Le lobe gauche adhère par sa face inférieure à une masse cancéreuse volumineuse qui enveloppe le pylore. — La vésicule biliaire est vide ; le canal cystique est oblitéré par un noyau cancéreux et le canal hépatique se continue directement avec le canal cholédoque pour verser la bile dans le duodenum. L'estomac est très dilaté. Sa muqueuse est pâle. Le pylore est enveloppé d'un large anneau cancéreux très dur, ulcéré à sa partie superieure. Ces lésions paraissent avoir été les plus anciennes. L'ombilic a été envahi secondairement. La zone résistante qu'on sentait à la palpation était le lobe gauche du foie appliqué sur la masse indurée pylorique. En dehors de l'abdomen il n'y a pas de noyaux cancéreux. Le cerveau est sain. Le cœur l'est aussi ; mais il est très contracté, très petit. Le poumon droit présente à sa base de la congestion pulmonaire. Les reins, la rate, l'intestin, sont remarquablement petits et anémiés. — Le malade est mort d'inanition. — *En résumé nous remarquons* : 1° Un cancer pylorique ayant produit rapidement un néoplasme secondaire de l'ombilic. La propagation s'est faite vraisemblablement par les lymphatiques du ligament suspenseur du foie ;

2° Au moment de l'entrée le malade demandait une opération que firent rejeter l'existence des vomissements et la sensation de résistance à l'épigastre dont nous avons parlé ;

3° L'étude des cas analogues publiés nous fait conclure que quand il y a cancer de l'ombilic, il y a presque toujours, soit une péritonite cancéreuse, soit un cancer d'un des organes de l'abdomen. Le cancer primitif de l'ombilic est très rare.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 novembre 1884.— Présidence de M. M. Sée.

M. Després, à propos de ce qui a été dit dans la précédente séance sur les conditions hygiéniques de la Charité, communique les résultats des opérations qu'il a pratiquées dans cet hôpital depuis le commencement de l'épidémie cholérique. Ces opérations sont au nombre de 7, toutes graves (amputations du sein, périnéorrhaphie, etc.) et leurs résultats ont été excellents. M. Després conclut que la présence du choléra n'aggrave pas le pronostic des opérations.

M. Terrier exprime son étonnement de ce que les services de chirurgie soient restés ouverts à la Charité où il y a été reçu 44 cas de choléra, tandis qu'à Bichat, où on a réuni à grand'peine 49 cas, le service de chirurgie est fermé depuis longtemps.

M. Terrier fait un rapport sur deux travaux : l'un de M. Vieusse ; l'autre de M. Trousseau, sur la *thérapeutique de l'entropion* et du *trichiasis par les cautérisations au thermo-cautère*. M. Vieusse endort le patient et fait sur la face externe des paupières deux ou trois cautérisations en raies perpendiculaires, au bord libre de la paupière ; il dit en avoir obtenu d'excellents résultats dans plus de 400 cas.

M. Trousseau, avec ou sans anesthésie, fait des sillons parallèles au bord libre avec le thermo-cautère, et la cicatrisation entraîne les cils en dehors ; il donne dix observations à l'appui.

Cette méthode n'est pas applicable à tous les cas et n'exclut pas complètement les opérations sanglantes qu'elle peut quelquefois compléter.

© BIU Santé

M. Terrier fait un historique très complet de l'emploi du feu dans la thérapeutique des affections oculaires; établit la différence qui existe entre le procédé (raie longitudinale) employé depuis longtemps et le procédé auquel a eu recours M. Vienne (raie verticale); il se propose d'expérimenter ce dernier procédé, et conclut en adressant des remerciements aux auteurs.

M. Monod a employé une seule fois la cautérisation longitudinale; il alla sans doute trop profondément, car l'entropion fut guéri, mais remplacé par un ectropion.

M. Trélat repousse avec M. Terrier la cautérisation des bulbes pileux; en suivant le procédé de Caron du Villars, procédé inexécutable et qui ne produit rien, car l'aiguille ne cautérise pas, à la rigueur, il est possible, en s'armant d'un outillage spécial, loupe et galvano-cautère en aiguille, d'arriver à cautériser le bulbe; mais encore ce procédé n'est-il applicable qu'aux cas où deux ou trois cils seulement sont déviés.

M. Perrin partage entièrement l'avis que vient d'exprimer M. Trélat; comme lui il a pu, grâce au même outillage, dans lequel cependant un termo-cautère extrêmement pointu remplaçait l'aiguille galvano-caustique, arriver à cautériser le bulbe dans plusieurs cas où il n'y avait que quelques cils déviés.

M. Verneuil fait une très intéressante communication sur les *suites éloignées de l'ostéomyélite de l'adolescence*, et chemin faisant, sur une amputation sus-trochantérienne qu'il a été amené à pratiquer. Un malade subit, à l'âge de 19 ans, l'amputation de la cuisse au tiers moyen pour une ostéite épiphysaire du fémur; l'intervention, quoique radicale, ne suffit pas pour arrêter la marche d'une ostéomyélite du fémur dont les accidents se développent pendant 34 ans; à 53 ans ce malade vient échouer à la Pitié; il est dans un état d'épuisement et de cachexie très prononcé, en proie à tous les accidents d'une septicémie chronique; le moignon est labouré de cicatrices et de fistules; aucune de ces dernières ne conduit sur le fémur. M. Verneuil institue le traitement spécifique et une amélioration se produit; à la faveur de la souplesse revenue dans le moignon, il devient facile de sentir le fémur hypérostosé. Mais un nouvel abcès survint qui aggrava l'état général du malade, et M. Verneuil résolut de faire l'amputation sous-trochantérienne. Cette opération était faite quand l'opérateur s'aperçut que la portion de fémur laissée dans la plaie était malade; il dénuda les trochanters et put voir que la lésion prenait fin à leur niveau; alors il appliqua son trait de scie à la base des trochanters, suivant la ligne parallèle à l'insertion crâtérienne de la capsule, c'est-à-dire en dehors de l'articulation. Le malade a guéri sans accidents. M. Verneuil insistera, dans la prochaine séance, sur la pathogénie des abcès fétides sur la nécessité de réséquer les nerfs dans les amputations à lambeaux et sur les avantages du pansement antiseptique ouvert.

M. Terrillon présente une malade à laquelle il a redressé les deux jambes rétractées en flexion complète à la suite d'une affection nerveuse. Cette malade avait eu, il y a cinq ans, une pachyméningite cervicale, puis une paraplégie était survenue avec flexion complète des jambes et induration lardacée des tissus périarticulaires du genou. Par des redressements successifs, après sections des tendons des muscles fléchisseurs, M. Terrillon est arrivé à rendre à cette malade l'usage de ses deux jambes. Ces affections caractérisées par des rétractions musculaires et une sorte de scléréine des tissus périarticulaires, peuvent se rencontrer dans certaines myélites et dans l'alcoolisme, comme l'a montré le professeur Charcot; elles peuvent guérir par le traitement chirurgical.

M. Trélat, d'accord avec l'éminent médecin de la Salpêtrière, pense que, dans toutes ces affections, il faut veiller attentivement à maintenir les articulations dans une bonne position, afin de pas avoir à combattre plus tard des déformations qui peuvent être prévenues. P. Poirier.

REVUE MÉDICALE

Le Choléra (1).

XVIII. Traitement du choléra; leçons faites par le professeur Fabre à l'Hôtel-Dieu de Marseille, les 20 et 21 juillet 1883, recueillies par le Dr Audibert. — Marseille, Société anonyme de l'Imprimerie Marseillaise, 1884.

XIX. La vérité sur le choléra; par le Dr Grotius, ancien médecin de marine. — Bruxelles, Fr. Matthyssens. Impr. 1884.

XX. Choléra, moyen d'en arrêter la propagation; par Girard de Caudemberg. — Paris, Octave Doin, éditeur, 1884.

XXI. Solution du problème du choléra-morbus; Mémoire chimico-pathologique du professeur Gaetano Tardani. — Paris, Asselin, éditeur, 1884.

XXII. La lutte contre le choléra; par Hanhart. — Paris, J.-B. Baillière, 1884.

XXIII. Étude sur le choléra d'après un rapport présenté à M. le Ministre de l'intérieur; par le Dr Paul Gibier, Paris, Asselin, 1884.

XVIII. De ce travail bien peu de chose à dire, si ce n'est que les choses ont tant marché en médecine depuis l'époque pourtant bien rapprochée où ces laçons ont été faites, qu'elles semblent déjà bien vieillies. Signalons seulement comme moyen prophylactique l'arsenic que préconisait l'auteur; comme traitement, l'ipéca auquel il donnait la première place, et parmi les moyens externes, l'application sur les malades de flanelle thérébenthinée qu'il repassait avec un fer chaud, suivant la méthode conseillée par Récamier. Rien qui ne soit bien connu à signaler en dehors de ces quelques points.

XIX. Dans cette brochure humoristique, l'auteur lui aussi a éprouvé le besoin de donner sa petite définition du choléra. Oyez : « le choléra est moins un microbe qu'un empoisonnement lent, mais qui éclate quand l'économie est saturée de ces gaz délétères, de ces putridités que l'air s'amalgame, qui font corps avec l'atmosphère et que nous respirons par toutes les voies aériennes de notre être. »

L'auteur recommande une hygiène sévère, le port « d'un petit sachet de camphre qu'on fixera sur la peau près du cou », et enfin le *rire* qui est « un puissant remède au fléau qui atteint surtout les hypochondriaques. » Passons n'est-ce pas.

XX. M. le Dr Carles de Caudemberg, réédite un mémoire publié par son grand-père en 1832. Dans ce mémoire, dès cette époque déjà si éloignée, l'auteur affirmait que la « cause propagatrice du choléra ne peut résider que dans les déjections, les excréments des individus infectés ». Quant à la manière dont les miasmes qui sortent des déjections peuvent agir, l'auteur se demandait « si c'est par la respiration ou directement sur le rectum? » Aussi l'auteur conseillait-il de ne faire aucun usage *direct* des lieux d'aisance et de ne s'en approcher que le moins possible. Il recommandait d'ailleurs de désinfecter avec le plus grand soin, au moyen du chlore ou de l'acide sulfureux les déjections des cholériques et les fosses d'aisance.

XXI. Cette brochure qui vient d'être traduite en français par les soins de la famille de l'auteur, renferme l'exposé des théories du professeur Tardani sur le choléra. Il considère que dans le choléra « la lésion de la membrane qui constitue une grande partie du tube digestif peut être comparée en quelque sorte à l'altération que subit la membrane de l'endosmomètre, laquelle dès que se produit un léger commencement de flaccidité ne se prête plus au phénomène de l'endosmose : le liquide qui d'abord s'était élevé dans le tube redescend et filtre à travers la membrane. » Mais la paroi osmotique de l'intestin ne laisse pas seulement échapper de l'eau, celle-ci entraîne des sels et surtout de la soude, qui est en grande abondance dans les déjections; mais en même temps que de ce fait, la soude diminue dans le sang, le chlorure de sodium y augmente. Déduisant une thérapeutique de ces données chimiques, l'auteur recommande d'employer dans la choléra certaines

(1) Voir les nos 32, 46 et 47.

© BIU Santé

substances capables d'arrêter ces phénomènes d'exosmose exagérée et de ramener la membrane à son fonctionnement normal. En première ligne il préconise l'hydrogène sulfuré qu'il produit dans l'organisme « en faisant avaler au malade 6 à 7 grains (poids romain) de sulfure de sodium des pharmaciens (foie de soufre minéral alcalin) dissous dans trente fois son poids d'eau, et immédiatement après, deux onces d'eau contenant un soixante-dixième d'acide sulfurique. » Cette quantité d'acide sulfurique semble bien considérable pour si peu d'eau ; d'ailleurs l'auteur conseille de la proportionner à l'âge et au sexe du sujet, mais de la renouveler au moins en partie si elle ne paraissait pas suffisante ou de l'employer à dose double en lavement.

L'acide sulfurique aurait pour rôle de transformer en bisulfate de soude, le sodium du polisulfure ingéré en même temps, ainsi que la soude que renferment les matières contenues dans le tube digestif. De plus, une partie de l'acide sulfurique serait excédente et servirait à décomposer les chlorures, les phosphates laiteux et rendrait à l'estomac une acidité comparable à la normale. » Lorsque les déjections sont arrêtées par cette médication, on arrive à rétablir l'absorption par l'emploi d'une faible dose d'opiacés. — Ce mode de traitement aurait été employé avec succès, même dans des cas désespérés, par plusieurs médecins, à Bologne, à Rome et dans d'autres villes d'Italie, durant l'épidémie de 1854.

XXII. M. Hanhart a des idées bien extraordinaires sur le choléra. « Le microbe du choléra, dit-il, est assez dangereux et peut se propager par contagion. Mais il est impuissant à faire du mal aux personnes qui ont le sang fort. » Mais pourtant « le choléra peut-être produit artificiellement. Il suffit seulement de faire absorber à un individu de la boisson en très grande quantité. » Aussi, « la cause du choléra est une trop grande quantité d'eau dans le corps humain. » Et, appliquant jusqu'au bout cette incroyable théorie, l'auteur propose comme moyen prophylactique du choléra le régime de soif et comme traitement il chasse l'excès d'eau qui se trouve dans le corps des malades par tous les moyens possibles : régime de soif stricte, des frictions; enfin, pour couronner le tout, l'introduction dans l'estomac de viande, de l'huile, du sucre, etc. En un mot, c'est là un exemple des aberrations auxquelles peut donner le jour, la manie d'écrire sur le choléra qui s'est emparée de plusieurs praticiens, désireux de sauver l'humanité par leurs méthodes naturellement souveraines.

XXIII. M. le Dr Gibier a été soigner les cholériques de l'arrondissement de Brignolles (Var). Cette brochure est l'exposé des observations qu'il a pu faire alors. L'importation par des sujets malades ou bien par la contamination des eaux ou encore par les matières fécales, est signalée dans presque tous les cas. Dans quelques localités, l'apparition du choléra fut subite, dans d'autres il se manifesta d'abord sous l'aspect de cholérines graves semblant bien être des formes atténuées de la maladie, et quelque temps après seulement, par des cas graves. L'auteur croit à la contagion par l'air, au moyen des germes desséchés qu'il emporte et même au transport de ceux-ci par les insectes, les mouches surtout ; il pense qu'une atteinte légère confère l'immunité au moins durant le reste de l'épidémie. Il insiste tout particulièrement sur la nécessité d'arrêter la diarrhée aussitôt qu'elle se présente, au moyen de pilules ainsi composées : sulfate de quinine, 0 gr. 02; extrait alcoolique d'aconit, 0,03 ; extrait thébaïque, 0,01 ; acide tannique, 0,05; sirop de coing et poudre de réglisse, aa q. s., pour une pilule. En prendre deux au moment de la première selle; deux autres à la deuxième ; deux autres encore à la troisième, en ajoutant 20 gouttes de laudanum dans 10 gr. d'eau en lavement. Si la diarrhée est plus forte aller jusqu'à 40 gouttes de laudanum en tout, en potion et en lavement. Si les vomissements surviennent, faire prendre au malade en deux fois, un ou deux verres à Bordeaux d'absinthe pure de bonne qualité (coupée d'eau et à dose plus faible pour les enfants,) en même temps, arroser l'épigastre et le ventre avec de l'éther et répéter ces lotions une ou deux fois. D'après l'auteur, les vomissements disparaîtraient le plus souvent par ce moyen. Il recommande aussi les frictions sèches et à l'essence de térébenthine sur tout le corps, les boules d'eau chaude, etc., ainsi qu'une tisane froide ainsi composée : eau de riz, 1 litre, blancs d'œufs n° 2, arome *ad libitum*. L. Capitan.

CORRESPONDANCE

De San Francisco à New-York (1).

3e lettre

Les Écoles médicales de femmes. — Les Écoles d'infirmières.

Mon cher Directeur,

La fondation des écoles médicales de femmes, en Amérique, remonte à 1850 ; l'école de Pensylvanie, à Philadelphie, est la première en date et la première comme importance; il faut signaler aussi le collège médical des femmes de New-York, qui a été ouvert en 1870, et trois ou quatre institutions semblables, répandues çà et là dans les Etats-Unis. Ceux qui s'intéressent au débat si controversé des *femmes-médecins* n'ont qu'à se rendre dans ce pays, ils assisteront à des expériences sérieuses qui pourront les éclairer sur bien des points.

En France, la cause des femmes a été vite gagnée; malgré les articles académiques de quelques journaux, elles n'ont pas frappé longtemps à la porte des écoles; elles ont été successivement admises au baccalauréat, aux inscriptions universitaires, au doctorat, à la pratique médicale, sans opposition et sans réserve; elles en ont profité dans la mesure qui leur a convenu et souvent avec honneur pour elles.

En Angleterre et en Amérique, on a été moins large; les femmes n'ont trouvé accès à l'Université d'Oxford qu'au printemps dernier; le Collège des Médecins et le Collège des Chirurgiens ont refusé de leur conférer les grades; elles ont reçu le même accueil désagréable dans la plupart des vieilles écoles d'Amérique. Repoussées des écoles médicales, elles ne se sont pas tenues pour battues; elles ont voulu montrer que l'esprit d'initiative chez les Yankees est un don commun aux deux sexes ; elles ont bâti des écoles qui leur appartiennent en propre et qui sont devenues des écoles rivales des anciens collèges médicaux, et qui fabriquent par an environ une centaine de docteurs.

L'école de Pensylvanie, qui a servi de modèle à toutes les autres, en fournit environ une trentaine tous les ans. Elle a un public d'étudiants qui s'est élevé à près de deux cents en 1883. Elle possède un bâtiment scolaire important et un hôpital annexe, qui sont situés dans un des beaux quartiers de Philadelphie, en arrière de cette fameuse école Girard, fondée par un riche armateur bordelais, qui a rendu, par cette donation, le nom des Français à jamais populaire dans la seconde ville des Etats-Unis. L'institut médical renferme les salles de cours, les laboratoires de chimie, de pharmacie, d'anatomie, de physiologie, un dispensaire pour les malades externes, quelques petites salles de malades ; c'est une école complète, avec dix-huit professeurs, six démonstrateurs, avec toutes les facilités pratiques communes aux autres écoles médicales d'Amérique, mais aussi avec tous leurs défauts. C'est toujours le même examen insuffisant, pour l'admission à l'école; c'est le même cycle d'études, qui s'accomplissent en deux ou trois semestres; c'est le même enseignement clinique superficiel, la même culture intellectuelle forcée, sans racines et sans base solide; mais, comme ce n'est pas plus mauvais que dans les écoles médicales d'hommes, il se peut bien, étant donnés l'assiduité des femmes, leur esprit d'émulation, le désir qu'elles ont de faire triompher la grande cause de leur émancipation, qu'il sorte de ces écoles des sujets capables de se mesurer avec leurs rivaux de l'autre sexe.

(1) Voir *Progrès médical* n°s 40 et 43.

© BIU Santé

L'école médicale des femmes, à New-York, est moins ancienne; elle a été fondée en 1868, d'après le type de sa sœur aînée de Philadelphie; mais elle ne paraît pas avoir le même succès. Elle ne compte guère que quarante élèves, juste le double du nombre des professeurs qu'elle emploie; elle ne fabrique pas plus de sept ou huit docteurs par an, et elle subit évidemment un temps d'arrêt dans son essor.

A New-York, aussi bien qu'à Philadelphie, l'enseignement n'est pas donné par des femmes; celles-ci remplissent bien quelques chaires, mais la majorité des professeurs appartient aux écoles médicales d'hommes, et il semble que, malgré un enseignement spécial qui date de plus d'un tiers de siècle, il n'ait pu se former encore un personnel d'élite où les femmes puissent recruter des professeurs de leur sexe. Un autre détail qui a son importance, c'est qu'à New-York les femmes sont examinées par une commission de professeurs empruntés aux écoles médicales d'hommes; ceci nous paraît indiquer que la cause des femmes-médecins n'est pas encore gagnée en Amérique, et que celles-ci éprouvent le besoin de se faire délivrer un brevet par un jury d'hommes avant de se présenter au public.

Dans ces écoles, dirige-t-on les femmes-médecins vers un but spécial? Cherche-t-on à les préparer d'une façon toute particulière à l'exercice de la gynécélogie et des maladies d'enfants? Leur persuade-t-on que leur place est dans les pays nouveaux, dans les contrées encore déshéritées de médecins? Vous n'ignorez pas que ceux qui ont pris en main la cause des femmes-médecins invoquent souvent ces deux arguments en faveur de leur thèse. A leurs yeux, des raisons de morale et de convenance doivent écarter le médecin ordinaire du chevet de la femme malade, et d'autre part, les médecins devenant de plus en plus rares, il est temps d'ouvrir cette carrière aux femmes pour qu'elles viennent combler de nombreuses lacunes et exercer leur dévouement dans les endroits abandonnés par les médecins de l'autre sexe.

S'il reste encore des gens assez naïfs pour se laisser prendre à ces beaux raisonnements, qu'ils aillent aux Etats-Unis, et ils verront que les femmes-médecins sortent de l'école sans préparation spéciale aux maladies des femmes et aux maladies d'enfants; et d'ailleurs, comment en serait-il autrement, puisque dans leur passage rapide à travers l'école, elles ont eu à peine le temps d'apprendre les premiers rudiments de notre art! Quant à supposer qu'elles s'en iront exploiter leur brevet dans des endroits dépourvus de médecins, c'est une illusion complète; elles veulent rester dans les villes, dans les centres encombrés de médecins, et suivre l'exemple de nos officiers de santé, qui trouvent bien plus agréable d'exercer dans les villes plutôt qu'à la campagne, et qui font ainsi à leur aise la concurrence aux docteurs, grâce aux faiblesses d'une loi surannée.

Les femmes-médecins rêvent de bien autre chose que d'une position modeste à la campagne; elles rêvent d'égaler les Marion Sins, les Gaillard Thomas, les Emmett, les Bozeman, les Goodell. C'est une noble ambition, et on ne peut guère leur en vouloir de prendre de pareils modèles; le rêve se réalisera peut-être: mais en attendant, on ne voit guère poindre à l'horizon ces astres nouveaux qui éclipseront les grands noms de la gynécologie en Amérique; et même les La Chapelle et les Boivin, d'origine yankee, sont encore à découvrir.

En somme, aucune des promesses faites par les enthousiastes des femmes-médecins ne s'est réalisée; les progrès dans la science gynécologique et pédiatrique continuent à être accomplis par les médecins ordinaires; les femmes malades ne se montrent pas plus effarouchées qu'avant, et ont recours aux médecins hommes, ne se souciant guère de revenir au temps où le médecin devait se tenir derrière un paravent pendant les accouchements; les pays qui sont sur les confins des territoires civilisés continuent à être fréquentés par des médecins ordinaires, qui sont plus aptes que les femmes, par leur constitution vigoureuse, à remplir ces rudes fonctions.

Il est juste de dire que l'expérience n'est pas finie; elle ne date que d'une trentaine d'années; il se peut qu'avec le temps tout change; mais nous demeurons un peu sceptique, et nous nous demandons si vraiment les femmes auront beaucoup à gagner à vouloir ainsi contrarier leur nature, leurs aptitudes, et à renoncer à leur rôle élevé dans la famille pour disputer aux hommes les professions les plus pénibles.

Etant à New-York, et m'intéressant à cette question, je ne pouvais faire mieux que de me rendre chez Mme X..., que j'avais rencontrée dans les hôpitaux de Paris de 1867 à 1870. Vous la connaissez aussi, mon cher Directeur, et vous savez quel excellent souvenir elle avait laissé parmi nous, et combien on avait apprécié son application à l'étude et ses éminentes qualités intellectuelles. Je savais par ses confrères de la ville qu'elle tenait un rang honorable dans la profession et qu'elle était estimée pour son savoir et pour son travail. L'école médicale des femmes de New-York lui avait confié la chaire de thérapeutique, et, par son mariage, elle porte le nom d'un des médecins les plus répandus des Etats-Unis. Je retrouvais chez notre ancien condisciple de Paris le même enthousiasme pour la science, mêlé d'un peu de découragement à l'égard des succès que les femmes pouvaient rencontrer dans la clientèle médicale. Elle me parla de la race anglo-américaine, et du respect et de la tendresse dont les femmes sont entourées dans son pays; mais elle ajouta que cet hommage ne s'adresse qu'à la reine du foyer domestique, et que jamais ses compatriotes ne voudraient reconnaître aux femmes d'autre rôle que celui qu'elles ont dans leur intérieur; que jamais ils ne les prenaient pour confidentes, pour conseillères ou pour associées dans leurs affaires et dans leurs entreprises, contrairement à ce que nous pratiquons souvent en France. — S'il en est réellement ainsi, il faut convenir que les femmes-médecins n'ont pas encore entièrement gagné leur cause, même en Amérique.

A côté de ce demi-succès, je m'empresse de vous signaler la réussite complète des écoles d'infirmières, des *training schools for Nurses*, en Amérique. Avec leur esprit pratique, les médecins américains ont compris immédiatement ce qu'il pouvait y avoir de précieux dans la collaboration patiente, minutieuse, attentive des femmes auprès des malades, et ils se sont appliqués à développer partout ces institutions humanitaires. Il y a dix ans, les hôpitaux, aux Etats-Unis, étaient à peu près partout livrés à des infirmières ignorantes, sans moralité, sans goût pour le travail; aujourd'hui, il est peu d'hôpitaux importants qui ne possèdent une école de garde-malades, ou qui n'aient au moins un certain nombre d'*infirmières en chef* sorties d'écoles reconnues et munies de brevets en règle.

C'est en 1873 que ce mouvement en faveur de l'instruction des infirmières a commencé: les trois écoles de Bellevue à New-York, de Connecticut à New-Haven et de Massachussett à Boston, datent de cette époque; aujourd'hui, on compte environ trente établissements semblables. Nous en connaissons quatre à New-York: l'école de Bellevue Hospital, l'école de New-York Hospital, celle de Charity Hospital et l'école de Mount Sinaï Hospital; deux à Boston: l'école de City Hospital et de Massachussett general Hospital, et au moins une dans les principales villes des Etats-Unis.

La plupart de ces écoles font partie de l'hôpital même; elles sont administrées par le directeur et entretenues sur les fonds communs de l'établissement; mais au moins un tiers de ces institutions ont une vie propre, une administration à part, et elles ont été crées par des sociétés qui se sont constituées dans le but unique de développer dans le pays l'instruction des infirmières. Telle est la *Training school Society* de l'hôpital Bellevue à New-York, qui se compose de membres honoraires, de bienfaiteurs, de patrons, d'associés à vie, d'associés annuels, et qui est administrée par un conseil composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire, d'un trésorier, d'un conseil de treize dames. Cette société a bâti, à côté de l'hôpital Bellevue, une maison de quatre étages, qui a coûté beaucoup

© BIU Santé

d'argent et qui loge soixante-quatre élèves. Elle dépense tous les ans plus de 100,000 francs, dont 55,000 pour les provisions, 40,000 pour les salaires des infirmières, et le coût annuel de chaque élève, dans cette école, n'est pas moins de 1,700 francs. La société couvre ces dépenses à l'aide de donations et de souscriptions, mais surtout avec les redevances payées par les familles de la ville qui emploient les élèves garde-malades et par l'hôpital Bellevue, dont le service est fait exclusivement par les élèves de cette école. En 1882, les versements des familles se sont élevés à 40,000 francs, et l'hôpital Bellevue a payé à l'école 35,000 francs pour les salaires.

Il est en effet dans les habitudes de ces écoles, même lorsqu'elles sont annexées à un hôpital, de fournir des garde-malades à la clientèle de la ville. On répond aussi au but humanitaire de ces institutions, en faisant profiter tous les malades, pauvres et riches, de ce personnel instruit et dévoué; mais il faut convenir aussi que le budget de l'école y trouve son compte. On ne doit pas oublier que l'entretien de pareilles écoles coûte beaucoup d'argent, et les administrations se voient obligées d'envoyer les élèves en ville, pour ramasser de quoi faire vivre l'œuvre commune; or, comme les demandes sont toujours très nombreuses et que la journée d'une infirmière n'est guère payée au-dessous de 15 francs, il en résulte des profits sérieux, qui rétablissent l'équilibre dans le budget de l'école.

On cherche aussi à organiser un personnel d'infirmières destiné à visiter les malades pauvres à domicile. Jusqu'à présent, il a été impossible de réaliser cette idée généreuse. Faute de ressources, les infirmières ne peuvent être détournées de la besogne salariée qu'elles accomplissent dans les hôpitaux et dans les familles riches, et les malades pauvres qui veulent être traités chez eux attendront longtemps encore cette sorte de secours.

Parmi les écoles d'infirmières qui méritent d'être visitées, nous avons signalé celle de Bellevue; nous citerons encore l'école de Charity Hospital, celle de New-York's Hospital, toutes deux dans la ville de New-York; les écoles de City Hospital et de Massachussett general Hospital, à Boston; la Nurse training school of the Woman's Hospital, à Philadelphie. Dans tous ces établissements, on s'arrange pour donner aux élèves une installation saine et confortable et pour séparer le bâtiment de l'école des salles de malades. Les infirmières se trouvent ainsi, pendant les heures de repos, dans une atmosphère plus pure et dans un milieu calme et bien isolé. Aussi, malgré le rude labeur auquel elles sont condamnées, leur état de santé est presque toujours excellent, et elles remportent généralement le meilleur souvenir de leur passage dans l'école.

Vous voyez, mon cher Directeur, que les élèves infirmières sont bien traitées en Amérique, et je doute, malgré votre enthousiasme pour cette œuvre, que vous avez su communiquer à tous vos collaborateurs, que vous espériez arriver, dans notre pays, à de pareils résultats avant bien des années.

Le personnel des infirmières se recrute dans un milieu relativement élevé; beaucoup d'entre elles appartiennent à des familles respectables, d'autres sont fournies par la population rurale des Etats de l'Est et du Centre; quelques-unes d'entre elles étaient institutrices, demoiselles de magasin ou employées dans une industrie, avant d'entrer à l'école, et les bienfaiteurs de l'œuvre constatent avec orgueil que le niveau intellectuel et moral des candidats s'élève tous les ans.

L'on n'entre pas comme l'on veut dans ces écoles: il faut une certaine instruction, il faut témoigner d'une certaine force physique, il faut avoir l'âge d'admission, qui s'étend généralement de vingt-cinq à trente-cinq ans; et lorsque l'on possède toutes ces qualités, il faut encore attendre son tour, car les candidats sont admis dans la proportion de un à quatre.

Une fois dans l'école, les élèves sont mises à l'épreuve pendant un mois ou deux: on essaye leurs forces, leur intelligence, leur soumission; on apprécie leur aptitude, et pendant tout ce temps, elles gardent le titre de *probationer* et ne reçoivent aucun salaire. Si elles sont dignes de rester à l'école, on les habille d'un costume très simple et très convenable, et elles passent successivement par les degrés de *junior nurse*, de *senior nurse* et de *head nurse*. Elles mettent généralement dix-huit mois à deux ans pour parcourir ces diverses étapes et pour parvenir au brevet, qui est le but de leurs efforts. Toutes n'arrivent pas si loin, et une bonne moitié restent en route. Ainsi, pour l'école de *New York's Hospital*, je relève que sur 120 *probationers*, 17 ont manqué le brevet à cause de leur mauvaise santé, 9 pour leur mauvaise conduite, 14 pour insuffisance d'instruction, 7 pour raisons domestiques et 1 est morte.

Les élèves reçoivent un salaire qui varie entre 45 francs et 100 francs par mois, pendant leur séjour à l'école; elles sont entretenues aux frais de l'établissement et n'ont aucune part dans les profits qu'elles procurent à l'institution par leurs journées de travail dans les familles et dans les hôpitaux.

Les études théoriques se font dans le bâtiment de l'école; les principaux instructeurs sont la surveillante générale, le directeur de l'hôpital et un personnel de cinq à six médecins, choisis parmi les médecins-adjoints de l'hôpital. Les études pratiques ont lieu dans les salles de malades, dans les amphithéâtres d'opération, sous les yeux des surveillantes en chef, des house-surgeons, des professeurs. On conduit aussi les élèves à l'amphithâtre pour leur donner quelque idée de l'anatomie sur le cadavre, et pour leur faire voir la manière de pratiquer les autopsies et de mettre les organes en réserve. Tous les chirurgiens que j'ai interrogés se louent beaucoup de la collaboration de ces garde-malades et les considèrent comme des auxiliaires indispensables au succès de leurs grandes opérations. J'en conclus que l'instruction que l'on donne dans ces écoles est vraiment pratique et avancée, et j'ai été témoin de ces efforts intelligents en maintes circonstances.

Je signalerai encore dans le programme des cours les leçons d'*art culinaire*, sur lesquelles on insiste avec raison, afin que les garde-malades détachées auprès d'un malade puissent apprécier tous les mets qui lui sont présentés et même prendre part à leur préparation.

Les élèves sont généralement instruites pendant deux ou trois mois dans la pratique des accouchements et dans les soins à donner aux accouchées, et fort heureusement pour le public, les infirmières munies d'un brevet peuvent remplacer assez convenablement les sages-femmes, qui sont fort rares aux Etats-Unis. On compte, sur tout le vaste territoire de la grande république américaine, à peine trois ou quatre écoles spécialement destinées à former des sages-femmes, et encore chacune de ces écoles ne fournit guère plus de huit ou dix titulaires par an. C'est un problème qui est à l'ordre du jour, et l'on ne sait encore si on le résoudra dans le sens de la création d'institutions spéciales pour les sages-femmes ou dans le sens plus large de l'enseignement des études obstétricales, donné d'une façon plus complète aux élèves garde-malades.

Après dix-huit mois d'études persévérantes à l'école, les élèves sont envoyées en ville pour pratiquer dans la clientèle riche, qui ne cesse de réclamer des garde-malades, et dont l'on ne peut pas toujours satisfaire les demandes, faute de personnel. Enfin, les examens de sortie ont lieu au bout de la deuxième année, et les élèves, munies de leur brevet, sont libres maintenant de trouver de l'occupation où elles désirent. Le Dr W. G. Thompson (1) s'est préoccupé de savoir quel était leur sort au sortir de l'école; il a constaté que toutes à peu près réussissaient dans leur carrière, et parmi les 168 infirmières brevetées, appartenant à l'école de Bellevue, il a noté que 3 étaient devenues médecins, 11 s'étaient mariées, 24 étaient employées dans d'autres hôpitaux, une était morte, quelques-unes étaient

(1) Training-schools for Wurses, by w. G. Thompson, New-York, 1883. — Excellent petit livre, auquel j'ai fait de très nombreux emprunts.

© BIU Santé

entrées dans les ordres, et 6 seulement avaient quitté la profession.

Pour assurer du travail à ce nombreux personnel de garde-malades, on a fondé dans quelques villes des bureaux de *placement*, qui sont sous la protection du corps médical. On trouve au siège de ces bureaux des registres où les infirmières se font inscrire et donnent tous les détails nécessaires à leur signalement, et où elles déposent toutes les pièces qui témoignent de leur instruction et de leurs aptitudes. Les infirmières versent un droit d'inscription de 15 francs, et les autres frais du bureau sont couverts par une petite taxe, qui est payée par les familles qui viennent demander des infirmières. Les bureaux de garde-malades de Philadelphie, de Boston ont enregistré chacun près de trois cents garde-malades, et les demandes pour la ville excèdent souvent une centaine tous les mois.

J'espère, mon cher Directeur, vous avoir donné une idée suffisante de ces écoles de garde-malades et de leur développement rapide sur tout le territoire des Etats-Unis. Il me semble que le triple but que se sont imposé les propagateurs de ces institutions a été mieux rempli en Amérique que partout ailleurs, mieux même qu'en Allemagne et en Angleterre, qui sont les berceaux de ces œuvres philanthropiques. En effet, ils ont ouvert une carrière honorable à des femmes dévouées et sérieuses; ils ont assuré aux malades des soins assidus et éclairés; ils ont donné aux médecins les moyens d'étendre leurs recherches et leur champ opératoire, en leur garantissant des aides instruits et intelligents.

A vous, L. THAON.

Injections hypodermiques sous-muqueuses de chloroforme.

Lyon, 22 novembre 1884.

Mon cher rédacteur en chef,

Nous avons lu avec intérêt l'observation de M. P. Blocq, interne des hôpitaux, relatant des accidents survenus à la suite d'une *injection chloroformique sous-muqueuse*. Nous ne pouvons que répéter ceci, c'est que plus heureux que M. Blocq, sur plus de vingt cas où nous avons employé ces injections, nous n'avons eu aucun accident. Nous nous rappelons, en outre, le cas suivant : Mlle G..., belle-sœur d'un de nos amis, le Dr Louis Wartman, à Genève, vint nous trouver pour se faire extraire une molaire supérieure droite, atteinte de périostite alvéolo-dentaire suraiguë. La douleur devenait intolérable. Nous fîmes l'extraction de la dent après avoir au préalable enveloppé celle-ci et recouvert la gencive environnante d'un bourdonnet de ouate imbibé de chloroforme, afin de masquer la douleur produite par l'extirpation. Aucun soulagement ne suivit l'opération. Au bout d'environ dix minutes, voyant que le calme ne revenait pas et que la patiente était dans un état de surexcitation considérable, nous fîmes presque coup sur coup deux injections sous-muqueuses au chloroforme. Au bout de quelques minutes, la douleur s'amoindrit et la malade put rentrer à son domicile. Aucun accident ni local ni général n'est venu compliquer la situation. Nous pourrions citer d'autres faits si nous étions encore à Genève. Au reste, les malades auraient su parfaitement se plaindre, si des complications quelconques étaient survenues à la suite de nos injections.

Nous ne croyons pas que nos malades fussent doués d'une immunité spéciale, pas plus que ceux du Dr Dop qui a pu faire 100 injections chloroformiques sous-muqueuses dans des cas d'odontalgie, sans aucun accident consécutif, le malade n'éprouvant *qu'un sentiment de cuisson passager, disparaissant rapidement*. Dans le cas de M. Blocq, la quantité de liquide resté sous la muqueuse, peut être évaluée à *deux ou trois gouttes* (puisqu'une partie du liquide sortit par la piqûre), c'est à peu près la dose donnée par M. Dop(1) et celui-ci n'a jamais eu d'accidents. Quant à la pureté du chloroforme employé pour l'injection nous voulons bien y croire, malgré la rareté de l'alcool éthylique dans le commerce et malgré les différents procédés d'essai de pureté dudit médicament (1).

Bien à vous, GASPARD GUILLOT.

(1) Voir pour plus amples renseignements, sa brochure sur les *Injections chloroformiques sous-muqueuses*, publiée en 1872, chez J. Mathieu Douladoure, rue Saint-Rome, 79, à Toulouse.

THÉRAPEUTIQUE

Guérison de l'épilepsie en Angleterre;

Par M. le Dr **A. W. THAREWARDS.**

Au dernier Congrès qui s'est tenu à Copenhague, il a été beaucoup plus question du traitement actuel de l'épilepsie en dehors des séances que dans les séances elles-mêmes. J'ai pu rapprocher de la sorte les opinions émises par quelques praticiens éminents d'Europe des faits qui se passent tous les jours sous nos yeux en Angleterre, et j'en ai conclu aisément que l'accord n'était point encore une chose faite. Or, d'après les entretiens scientifiques auxquels j'ai assisté, c'est un simple malentendu qui divise les médecins. Ce malentendu peut cesser demain.

Les médecins anglais, dès 1858, ont commencé les premiers à préconiser le bromure de potassium dans l'épilepsie. De 1862 à 1864, ils ont publié des mémoires extrêmement concluants et bien propres à encourager les recherches et les expérimentations.

Vers 1866 ou 1867, à Paris, les médecins de l'hospice de Bicêtre étudièrent la médication bromurée dans les névroses convulsives avec autant de distinction que de persévérance. Leurs travaux sont restés des modèles de thérapeutique expérimentale. Presque aussitôt après, l'Amérique, l'Allemagne et l'Italie marchèrent sur les traces de la France. La réputation universelle du bromure de potassium passait à l'état de fait accompli.

En 1870, les résultats acquis et proclamés partout se résumaient dans ces deux propositions : 1° l'épilepsie, à la suite d'un traitement bromuré progressif et non discontinué, est guérie dans un tiers des cas, elle est sensiblement améliorée dans un autre tiers; 2° le bromure de potassium doit être d'une grande pureté chimique et il ne doit être associé à aucun autre médicament.

Nous sommes restés en Angleterre les partisans convaincus du traitement que nous avions introduit et vulgarisé il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, mais que nous avons perfectionné toutefois depuis les travaux des médecins de l'hospice de Bicêtre. Les succès que nous obtenions avec le bromure de potassium, nous les obtenions toujours. Ils s'accentuent même chaque jour davantage.

A l'étranger, la fantaisie s'est malheureusement introduite dans la thérapeutique de l'épilepsie. On s'est mis, par exemple, sous le prétexte que le bromure de potassium réussissait très bien, à imaginer des associations malencontreuses du bromure de potassium avec la belladone, le camphre, le zinc, le fer, la picrotoxine, l'arsenic ou le chloral; on a substitué au bromure de potassium primitif le bromure de sodium, le bromure de cadmium, le bromure d'ammonium ou le bromure de lithium, et l'on a enfin imaginé une association de trois bromures alcalins, une sorte de tribromure ou de polybromure!

Le plus grand désordre règne dans tous ces travestissements d'un médicament hors ligne, si justement appelé par Gubler « le sulfate de quinine des névroses convulsives ».

Il est bien démontré aujourd'hui que le bromure de potassium est d'autant plus actif qu'il est administré seul et qu'il est d'autant moins efficace qu'il est associé à un autre médicament, même à un autre bromure alcalin. Que l'on prescrive, en effet, du bromure de sodium ou d'ammonium à un épileptique, et l'on n'arrive qu'à un résultat absolument négatif.

A quoi bon alors annexer deux substances inertes à un médicament des plus actifs ?

On affaiblit notablement son action, les mécomptes arri-

(1) Voir à cet égard le résultat des recherches de M. Regnauld sur la *Conservation du chloroforme* (*Société de Biologie*, du 25 nov. 1884).

© BIU Santé

vent et les malades se plaignent. Les partisans des bromures multiples donnent alors une dose trois fois plus forte, de façon que le bromure de potassium puisse continuer à exercer sa sédation accoutumée. Ce procédé, on en conviendra, est absurde. Puisque les bromures de sodium sont inefficaces, à quoi bon les ordonner et donner lieu, en saturant les malades de sels médicamenteux, à de véritables irritations gastriques?

Ainsi que nous le constatons sans cesse, rien n'est changé dans les résultats heureux que l'on obtient chez les épileptiques, les convulsifs, les vertigineux ou les névropathes. Mais c'est à la condition formelle de rester dans la tradition et de ne point frayer avec les arlequinades thérapeutiques. Le sulfate de quinine se prescrit seul, les sels mercurques se prescrivent seuls, et tous les médicaments héroïques se prescrivent seuls. Les associations laissent une prise énorme au hasard et à l'inconnu, et constituent des produits bâtards et sans sanction.

Pour ne pas quitter l'épilepsie, croit-on que le sirop de Henry Mure serait parvenu à un succès aussi considérable dans le monde entier, s'il eût été capricieusement composé d'agents divers? En aucune façon.

Les médecins de tous les pays savent que le sirop de Henry Mure est composé d'un bromure de potassium exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à bouche renferme mathématiquement 2 grammes de sel, que cette préparation a déterminé des guérisons un peu partout, et ils le prescrivent avec une entière confiance. Tout le secret est là.

Les médecins n'ont donc point à douter, encore bien moins à expérimenter d'inintelligentes nouveautés. Le grand fait de la guérison possible de l'épilepsie par le bromure de potassium subsiste en Angleterre et subsistera toujours. Ici l'on ne fait point de révolution.

BIBLIOGRAPHIE

Traité théorique et pratique de la goutte; par le Dr Lecorché, médecin des hôpitaux.— Paris, 1884. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Le nouveau livre de M. Lecorché répond à un *desideratum* de la littérature médicale française. En dehors, en effet, des leçons du professeur Charcot et des articles des *Dictionnaires*, il n'existe en France aucun traité de la goutte, depuis l'ouvrage de Barthez. Il semble que le monopole de l'étude, si intéressante pourtant, des maladies goutteuses soit, depuis Scudamore, réservé à l'Angleterre. Et cependant, la goutte n'est pas rare en France; à défaut d'autres preuves, les nombreuses observations qui illustrent, pour employer l'expression anglaise, le livre de M. Lecorché, suffiraient à établir la fréquence de la maladie, au moins dans les classes aisées. D'autre part, le remarquable traité de Garrod ne saurait être regardé comme le dernier mot de la question. Garrod a envisagé presque exclusivement la goutte dans ses rapports avec les lésions et les manifestations articulaires. C'est à peine s'il consacre quelques pages, sous le titre des formes irrégulières de la goutte, aux phénomènes abarticulaires ou viscéraux. M. Lecorché prend les choses de plus haut; pour lui, la goutte n'est pas seulement une affection des organes de la locomotion, c'est une maladie constitutionnelle, générale, acquise ou héréditaire, portant sur l'ensemble des tissus de l'économie et pouvant se traduire par des manifestations viscérales diverses, avant, pendant, comme après les phénomènes articulaires. L'attaque de goutte est un épisode caractéristique du processus morbide, mais ce n'est qu'un épisode qui peut tarder plus ou moins longtemps et même manquer sans qu'on doive méconnaître l'existence de la maladie. Un autre fait, bien plus important, domine par sa constance les phénomènes viscéraux ou articulaires, c'est la saturation de l'organisme par l'acide urique, c'est l'excès d'acide urique constaté dans le sang, et surtout dans les urines, plus accessibles à l'investigation pratique.

Tout individu qui rend d'une manière persistante plus d'un gramme d'acide urique dans les vingt-quatre heures est un goutteux. Il aura ou il n'aura pas d'attaque de goutte articulaire, peu importe; mais il est toujours sous le coup, dans un avenir plus ou moins éloigné, de cette attaque. En attendant, il présente du côté des organes digestifs, des reins, du cœur, du système nerveux, de la peau, etc., des troubles multiples, variables, transitoires ou permanents, qui indiquent l'irritation anormale exercée sur les tissus par le sang et les liquides organiques saturés d'acide urique. Tant que l'excrétion de la substance nocive est considérable, tout se borne à ces symptômes d'excitation passagère; on comprend toutefois, qu'à la longue, le contact d'un sang adultéré amène dans les tissus des altérations nutritives que favorise encore l'endartérite des petits vaisseaux produite par la même cause. Mais dans les premières périodes, l'économie s'est en quelque sorte adaptée au fonctionnement anormal des organes. L'analyse des urines permet de mesurer pour ainsi dire cette adaptation. L'excès d'acide urique peut aller jusqu'à la lithiase, qui, à des degrés divers, doit être regardée comme constante chez les goutteux; de là, la fréquence des crises de coliques néphrétiques chez ces malades, crises qui, pour M. Lecorché, sont de véritables attaques de goutte rénale. Mais si l'équilibre se rompt, si la proportion d'acide urique excrétée diminue, l'accès articulaire est imminent. L'auteur attribue donc, comme Garrod, l'attaque de goutte articulaire à l'élimination insuffisante de l'acide urique par les reins. En s'accumulant dans le sang, l'acide urique se transforme en acide biurique, dont la décharge sur une jointure détermine la localisation goutteuse. Mais, et c'est ici que M. Lecorché se sépare du médecin anglais, cette diminution passagère de l'excrétion urique ne peut être donnée comme le signe distinctif des urines goutteuses. Ce qui caractérise ces urines, au contraire, c'est l'excrétion exagérée de cette substance. L'excès d'acide urique dans les urines caractérise la goutte, comme la glycosurie caractérise le diabète. Si la diminution de l'acide urique devient plus tard permanente, c'est le fait de l'évolution même du processus; elle appartient à la deuxième période de la goutte, à la période d'affaiblissement, d'usure, d'anémie, de cachexie, mais non à la période active de la maladie.

Ce n'est pas d'ailleurs l'acide urique seul que l'on trouve en excès dans l'urine goutteuse; la proportion d'urée est aussi fort au-dessus de la normale; de même pour l'acide phosphorique; de même pour les diverses bases, magnésie et chaux, potasse et soude. Cette augmentation générale de tous les produits de désassimilation conduit M. Lecorché à la théorie pathogénique qu'il propose de la nature de la goutte. La goutte n'est ni une maladie par suboxydation, comme le disait Bence Jones, ni une maladie par nutrition retardante, comme l'avancent Beneke et Bouchard. C'est, au contraire et essentiellement, une maladie par hypernutrition. Il y a exagération du fonctionnement cellulaire de l'organisme, il y a suractivité des éléments qui président au travail nutritif, au dédoublement les matières azotées. C'est cette suractivité fonctionnelle qui fait le danger de la maladie, car elle mène fatalement, si elle n'est pas enrayée, à la fatigue et à l'usure des éléments, et dès lors la goutte à tendance chronique et cachectique se trouve constituée. Telle est l'idée dominante du livre de M. Lecorché. Et cette idée n'offre pas seulement l'intérêt d'une vue théorique ingénieuse; elle a une importance pratique de premier ordre, car elle inspire et dirige toute la thérapeutique de l'auteur.

Mais avant d'aborder ce point, disons quelques mots du plan général de l'ouvrage. Le premier chapitre est consacré à une étude détaillée de l'acide urique, préface obligatoire à l'étude de la goutte même. Cette étude comprend les caractères physiques et chimiques de l'acide urique, ses variations physiologiques et pathologiques, son mode de formation et son origine. L'action d'un grand nombre de médicaments sur l'excrétion de cette substance est élucidée à l'aide de nombreuses expériences et analyses personnelles. L'auteur conclut à sa formation principale, sinon

© BIU Santé

exclusive, dans le tissu hépatique. Ce chapitre forme une véritable monographie de l'acide urique, la plus complète que nous connaissions sur ce sujet.

La description des lésions de la goutte vient ensuite. M. Lecorché adopte les idées soutenues par Ebstein sur les foyers de nécrobiose qui précèdent dans les cartilages et les différents organes, la formation de dépôts uratiques. Il étudie dans un troisième chapitre la composition du sang et des urines des goutteux. Cette dernière partie est le résumé de longues et patientes recherches, poursuivies pendant plusieurs années, sur la constitution chimique des urines aux différentes périodes de l'évolution goutteuse, avant les manifestations articulaires, dans la goutte aiguë, dans la goutte chronique, dans la goutte viscérale. Nous avons déjà indiqué les principales conclusions de l'auteur.

Nous ne pouvons insister sur les descriptions cliniques, qui sont le commentaire d'un nombre considérable d'observations personnelles, citées chemin faisant. Signalons cependant la description des tophus et des déformations articulaires, la forme spéciale de goutte décrite sous le nom de goutte cervicale, les pages consacrées à la goutte rénale, à la goutte des yeux.

Au point de vue de l'évolution de la maladie, M. Lecorché, tout en admettant deux grandes modalités générales, la goutte sthénique et la goutte asthénique, décrit cinq types morbides principaux, suivant les localisations prédominantes : le type articulaire, le type néphrétique, le type musculaire, le type névropathique, le type gastro-hépatique ; il faut y ajouter la cachexie goutteuse, qui est d'ordinaire l'aboutissant de ces diverses variétés, mais qui peut parfois apparaître d'une manière précoce et pour ainsi dire primitive. L'étude des relations de la goutte avec le rhumatisme, le saturnisme, le diabète, la tuberculose, la syphilis, le cancer, le traumatisme, termine la partie clinique de l'ouvrage.

Nous ne reviendrons pas sur les idées émises à propos de l'étiologie et de la pathogénie de la goutte. Après avoir discuté les diverses théories, sans cesse renouvelées depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, M. Lecorché adopte, nous l'avons dit, l'opinion que la goutte est une maladie par hypernutrition, caractérisée par une suractivité fonctionnelle des cellules organiques. Ce chapitre renferme un remarquable exposé critique des théories modernes de la nutrition et des doctrines de Voit et de Pfluger, exposé indispensable pour permettre de comprendre à la fois et la nature intime du processus goutteux et le mode de traitement qui lui est rationnellement applicable.

La partie consacrée au traitement est certainement la plus importante de l'ouvrage ; elle comprend près du tiers du livre. L'auteur passe d'abord en revue, dans un aperçu à la fois historique et critique, les différentes médications préconisées contre la goutte. Il étudie en particulier l'action physiologique du colchique, du salicylate de soude, des alcalins. Les effets de ces médicaments sur la constitution de l'urine, leur action sur les acides et les bases de l'organisme se trouvent consignés dans de nombreux tableaux synthétiques. Le nombre et la valeur de ces expériences et de ces analyses donnent à toute cette partie un caractère d'originalité et un intérêt indiscutables. Nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à cette étude spéciale, dont tous les points méritent d'être sérieusement approfondis et discutés.

Le chapitre réservé à la médication hydro-minérale n'est pas moins intéressant. M. Lecorché divise les eaux minérales employées dans le traitement de la goutte en deux grandes classes : celles qui modèrent l'activité fonctionnelle des cellules, ce sont les bicarbonatées et sulfatées, sodiques et calcaires ; celles qui activent au contraire le travail nutritif, ce sont les eaux chlorurées, ferrugineuses, sulfureuses et les eaux dites indifférentes. Les principales stations de France et de l'étranger qui ressortissent à ces différentes catégories, se trouvent étudiées au point de vue de leur action et de leurs indications spéciales. Signalons tout ce qui a trait aux eaux anglaises, peu connues en France, et dont l'auteur a eu l'occasion de faire sur place une étude personnelle. Tout ce chapitre est du plus haut intérêt pratique.

M. Lecorché expose ensuite ses idées propres sur le traitement de la goutte. Pour lui, la goutte doit toujours être traitée, à toutes ses périodes et dans toutes ses manifestations. A ce point de vue, la distinction de deux périodes dans l'évolution de la maladie est capitale : l'une, qui est la phase active de la goutte, caractérisée par la richesse des urines en urée et en acide urique ; l'autre, marquée par la diminution permanente du taux de l'acide urique, et qui correspond à la phase d'épuisement à la fois de la maladie et de l'organisme. Ce sont les bicarbonates et les sulfates alcalins et calcaires qui répondent surtout aux indications de la première période. Dans la seconde, c'est aux toniques qu'il faut faire appel, au quinquina, au fer, aux chlorures, etc. Quant au traitement des phénomènes douloureux, c'est au colchique que l'auteur donne la préférence. Le colchique est le véritable spécifique de la goutte ; il doit être employé sans hésitation dans tous les cas et toujours à fortes doses. M. Lecorché réserve le salicylate de soude au traitement de la goutte chronique, aux tophus, tendance aux déformations articulaires et aux poussées subaiguës incessantes.

Telles sont, brièvement indiquées, les principales données de ce traité de la goutte. On voit que le livre de M. Lecorché n'est pas un simple exposé didactique de la question, c'est une œuvre originale, fondée sur une riche observation personnelle, et dont les idées sont constamment soutenues par des documents nouveaux et les expériences propres de l'auteur. A côté de ses applications cliniques et thérapeutiques qui méritent l'attention de tous les médecins, il soulève à chaque pas d'intéressants problèmes à contrôler ou à résoudre. A le lire, chacun y trouvera son compte, le chercheur comme le praticien.

VARIA

Choléra.

Paris. — Le choléra continue à suivre une marche décroissante ; il semble probable que l'épidémie touche à sa fin. Nous donnons ci-dessous la statistique des hôpitaux.

Novembre	Malades existant le matin.	Entrées.	Total des malades traités.	Sorties par guérison.	Sorties par décès.	Total des sorties.
20	292	26	318	24	20	44
21	274	15	289	35	18	53
22	236	15	251	22	8	30
23	221	11	232	8	12	20
24	212	16	228	34	9	43
25	185	12	197	19	10	29
26	168	3	171	15	5	20

A *Nantes*, le choléra ne fait plus que quelques rares victimes.

Les journaux français et étrangers ne fournissent plus aucune indication sur l'épidémie qui a régné dans le midi de la France, l'Italie, etc. ; il semble donc qu'elle est entièrement terminée. On annonce toutefois, mais cette nouvelle mérite confirmation, que le choléra aurait éclaté à *Tolède* (Espagne). Les journaux de médecine belges et allemands, ne signalent aucun cas de choléra en *Belgique* et en *Allemagne*.

Autopsie proprement dite (1)

IV. EXAMEN DES POUMONS.

Enlèvement des poumons. — Les cavités pleurales ont déjà été examinées ; les adhérences entre les deux plèvres, les empreintes des côtes, la position de chaque poumon ont de même été notées, il ne reste donc qu'à procéder à l'enlèvement de chaque poumon (2). Selon la règle on commence par le pou-

(1) Voir les nos 43, 44, 46 et 47.

(2) Quand le *thymus* existe, on le détache de bas en haut jusqu'au niveau du cou des organes voisins, après avoir noté les rapports qu'il affecte avec eux, ses lésions superficielles, puis le rabattant sur la région antérieure du cou, on en réserve l'examen complet et l'enlèvement avec le larynx.

© BIU Santé

mon gauche. On détache les adhérences qui peuvent exister entre les deux feuillets de la plèvre, mais si elles sont trop résistantes, il est nécessaire, pour ne pas léser l'organe, d'enlever la plèvre costale. Dans ce but, on pratique sur celle-ci une incision longitudinale de haut en bas à quelques millimètres et parallèlement à l'insertion des cartilages costaux avec les côtes ; puis, à l'aide d'un doigt de la main droite, on sépare la plèvre du muscle intercostal, et par des mouvements latéraux, de plus en plus étendus, on passe la main entière entre cette plèvre et la paroi thoracique ; on peut alors facilement détacher toute la plèvre pariétale. Le poumon libre dans toute son étendue, n'est plus alors retenu qu'au niveau du hile. La main gauche appliquée à cet endroit l'attire un peu en bas et en avant, manœuvre qui permet de sectionner horizontalement la bronche gauche sans léser l'œsophage et l'aorte. A ce moment, il importe de noter la nature du liquide qui s'écoule de la bronche sectionnée, l'état des ganglions péribronchiques (hypertrophie, etc.). — Le *poumon droit* s'enlève de la même façon.

Les *plèvres* sont alors l'objet d'un examen attentif. L'état de leur surface (polie, dépolie, couverte de fausses membranes, etc.), attire d'abord l'attention. Il convient, pour éviter toute cause d'erreur, de passer la lame du couteau sur chaque région que l'on examine. On doit noter les adhérences interlobaires, les ecchymoses sous-pleurales, l'existence des tumeurs diverses (tubercules, noyaux cancéreux, etc.), l'état des lymphatiques périlobulaires, les perforations ordinaire ment entourées d'une zone lisse et luisante, etc.

Aspect extérieur des poumons. — On note leur volume, leur forme, la coloration qu'ils présentent à la superficie à travers la plèvre, leur consistance, les irrégularités de leur surface, etc. ; on vérifie si, placé dans l'eau, ils surnagent ou de combien ils s'y enfoncent.

Coupes du poumon. — Plaçant sur sa face diaphragmatique le poumon gauche tenu entre le pouce et les autres doigts par son bord antérieur, on pratique une longue et profonde section de haut en bas sur les deux lobes, dans la direction du hile et comprenant presque toute son épaisseur. Avec des ciseaux (1) dont une des branches est émoussée, on pénètre dans l'une des *bronches* sectionnées et on l'incise jusqu'au hile ; puis du hile comme point central, on incise les différentes ramifications bronchiques. Ces coupes se pratiquent d'un seul trait en poussant les ciseaux entr'ouverts dans la direction des bronches du hile vers la périphérie. Le tissu pulmonaire interposé est naturellement sectionné en même temps. On note l'état de la muqueuse bronchique (hyperémie, nature du mucus, muco-pus, sécheresse, ecchymoses, etc.), les ulcérations, les cicatrices, les perforations, la coloration (taches pigmentaires fréquentes, surtout au niveau du hile dues à la dégénérescence des ganglions voisins, teinte violacée grisâtre de la bronchite chronique, etc.); les déformations (dilatations (2), etc.); les corps étrangers (aliments, sang, etc.); les tubercules (3), etc. L'ouverture des *veines* et des *artères pulmonaires* se pratique de la même façon que celle des bronches (embolies, thrombus, plaques graisseuses, etc.).

Des *coupes secondaires* peuvent être pratiquées, s'il en est besoin, sur les parties suspectes du poumon ; des tranches peuvent en être séparées pour y être soumises à l'épreuve de l'eau (4).

La *surface de section du poumon* doit être examinée avec soin : coloration (pâle, rouge, violacée, uniforme, irrégulière, marbrée, granitée, grise, ardoisée, jaune, etc., — qui constituent l'un des caractères d'autant de lésion) — ; nature du liquide qui s'échappe de l'incision (séreux, épais, rougeâtre, rouge, spumeux, odorant, etc.); irrégularités de la surface de section (sécheresse, consistance, tubercules, cavernes diverses avec ou sans anévrysmes, etc., péribronchite tuberculeuse, abcès péribronchiques qu'il faut éviter de confondre avec les tubercules), etc. On note les parties atélectasiées, les infarctus (coloration brun noir, bien délimitée).

Le *poumon droit* est examiné de la même manière. — Les *ganglions péribronchiques* sont l'objet d'un examen spécial et attentif, revus isolément et décrits avec soin (1).—Nous rappellerons qu'il peut être utile de procéder à l'*insufflation* de tout ou d'une partie du poumon (insufflateur à robinet).

On enlève parfois dans des cas particuliers les deux poumons ensemble, voire même avec le cœur. La trachée est alors sectionnée le plus haut possible, et les doigts introduits dans son orifice pour l'extraction. — Les nerfs phréniques, etc., doivent souvent être examinés avec attention.

Les poumons examinés, on inspecte les plèvres pariétales, la cage thoracique (déviations, exostoses, fractures, etc.), puis l'on passe à l'enlèvement du larynx et des organes de la région du cou.

Affaire Spitzer (2).

La *Wiener medizinische Presse*, du 23 novembre, publie le préavis de la faculté de médecine sur l'affaire du Dr Spitzer. La gangrène aurait résulté d'une compression circulaire produite par l'application annulaire de la couche de collodion iodé ; M. Spitzer avait, au contraire, l'habitude de faire dans ces cas un badigeonnage complet. Le collodion iodé appliqué de cette dernière façon ne saurait produire aucune gangrène. Il n'est fait, du reste, dans les ouvrages ni dans les cours aucune mention des dangers qui peuvent résulter de l'emploi de ce remède ; et, de ce chef, on peut dire que le Dr Spitzer n'a encouru aucun reproche au point de vue scientifique. Les dires de la malade, des parents et de l'accusé démontreraient que dans le cours du traitement aucun symptôme ne permit de reconnaître une menace de gangrène. — Les débats de cette affaire se continueront en l'absence de l'accusé.

Le suicide du Dr G. Spitzer paraît confirmé par la découverte faite dans le Danube d'un cadavre dont la mort paraîtrait remonter à l'époque de sa disparition. L'identité semblerait établie par les vêtements et le linge marqué G. S. dont était revêtu le noyé.

Affaire Schweninger.

Le Dr Schweninger, chevalier de l'aigle rouge de 3e classe, médecin particulier du prince de Bismarck a, contrairement au préavis de la faculté de médecine de Berlin, été nommé professeur extraordinaire de *dermatologie*. Le seul titre de M. Schweninger est la cure heureuse qu'il fit sur le prince de Bismarck en employant le traitement préconisé par Oertel et autres auteurs contre l'obésité. A la suite d'une condamnation pour attentat aux mœurs suivie, il est vrai, d'un acquittement en appel selon les uns (3), ou d'une grâce selon d'autres, il fut exclu de la faculté de Munich par voie disciplinaire et sur l'ordre du ministre des cultes de Bavière.

La faculté de Berlin a protesté par écrit et oralement contre cette nomination. Une délégation a été envoyée au prince de Bismarck et composée des professeurs Virchow, Dubois-Reymond et Hirsch. Malgré ses protestations, le Dr Schweninger a pris possession de sa chaire. Aucun élève, paraît-il, ne se serait inscrit pour assister à son cours. La plupart des professeurs ne lui ont, du reste, pas rendu sa visite. M. Dubois-Reymond lui a même fait retourner les cartes qu'il avait déposées à son domicile et a refusé toute réparation au Dr Schweninger, qui, à la suite de ce fait, lui avait envoyé ses témoins (4).

L'affaire en est là ; la faculté a l'intention de s'adresser directement à l'empereur, mais nous doutons fort qu'elle en obtienne

(1) On peut se servir du bronchiotome d'Axenfeld.

(2) Les bronches sont normalement et uniformément dilatées jusqu'à la périphérie au niveau des bords postérieurs des lobes inférieurs.

(3) Nous avons vu prendre les glandes muqueuses dilatées du larynx, de la trachée et des bronches pour des tubercules : outre qu'il est facile de distinguer leur orifice même à l'œil nu, leur aspect, l'état de la muqueuse environnante, etc., ne permettent guère de les confondre avec ceux-ci.

(4) Nous renvoyons pour tout ce qui concerne la docimasie hydrostatique aux traités de médecine légale ; voir entre autres, Hofmann, *Nouveaux éléments de médecine légale*, trad. S. Lévy, avec commentaires par P. Brouardel. Paris, 1881.

(1) Les lésions que présentent les poumons sont des plus nombreuses et des plus importantes, leur étude ne rentre pas dans notre cadre ; elle est du reste trop étendue et trop compliquée pour trouver place dans ce manuel de technique d'autopsie. Nous nous contenterons d'ajouter que *l'examen histologique* doit être l'adjuvant indispensable de l'examen macroscopique ; cet examen peut être pratiqué de suite (par exemple pour les embolies graisseuses) ou fait postérieurement pour des pièces conservées en vue de cet examen.

(2) Voir *Progrès médical*, n° 47, p. 977.

(3) Selon une autre version il aurait fait 4 mois de prison à Nüremberg.

(4) M. Dubois-Reymond est âgé de 70 ans.

© BIU Santé

quelque satisfaction. M. Leyden, doyen de la faculté de Berlin, s'est rendu à Münich et a eu communication des pièces de procédure concernant M. Schweninger, pièces qu'il a communiquées au sénat de l'université de Berlin. La faculté a décidé de renouveler ses protestations contre cette nomination, et en tous cas, de n'avoir avec M. Schweninger aucuns rapports.

Le ministre des cultes s'est abstenu cette année d'assister à la fête donnée à l'occasion de la nomination du nouveau recteur.

Nous ajouterons que la chaire de dermatologie était depuis 20 ans occupée par le Dr Lewin, privat-Docent, bien connu pour ses travaux de syphiligraphie.

La faculté de Berlin avait proposé pour la chaire de dermatologie MM Lassar, connu pour ses travaux faits en collaboration avec Cohnheim, Behrend, privat-Docent à Berlin, auteur d'un traité de dermatologie.

Les étudiants catholiques de Madrid.

Le discours lu par le professeur de médecine Morayta aurait été, selon *el Siglo medico* du 23 novembre, « une espèce de réponse au discours religioso-scientifique lu à l'ouverture de l'année scolaire 1883-84 par le professeur de médecine Castro ». Le discours de M. Morayta empreint d'un esprit libéral avait pour sujet « *la civilisation du peuple égyptien* (!!).» Ce travail très-érudit, dit *el Siglo*, excita les haines et les protestations de l'élément catholique intransigeant, et provoqua contre le professeur une manifestation de certains élèves à la tête desquels, à ce qu'il paraît, se trouvait un fils du sieur Nocedal. » Il en résulta une collision avec les étudiants libéraux, puis l'intervention de la force armée qui pénétra dans l'école et s'y livra à ses exploits habituels. De nombreux étudiants et même des professeurs (M. San Martin) furent frappés et arrêtés. A la suite de cette affaire, le recteur envoya sa démission et le corps des professeurs protesta. Tels sont les renseignements que nous puisons pour la plupart dans *el Siglo medico*; les autres organes de la presse médicale espagnole ne contiennent jusqu'à ce jour aucun renseignement.

Enseignement médical libre.

Cours de métallo thérapie. — Le Dr Moricourt, ancien interne des hôpitaux, commencera le dimanche 30 novembre 1884, à 9 heures du matin, des conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses par la métallo thérapie, 9, rue de Chanaleilles, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. Picard commencera ce cours le lundi 1er décembre à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 1, de l'Ecole Pratique (rue de l'Ecole de Médecine) et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique hœmœopathique (hôpital Saint-Jacques, rue Volontaire, rue de Vaugirard, 227). — M. le Dr Jousset commencera ce cours le vendredi 5 décembre à 9 heures du matin et le continuera tous les vendredis à la même heure. Visite des malades tous les matins à 8 heures et demie. Nos lecteurs connaissent notre opinion sur l'Homœopathie, mais, comme il est bon que les étudiants ou médecins connaissent tout, nous leur conseillons de voir ce cours à titre de renseignement.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 1er. — 2e *de Doctorat* (N. R.,) : MM. Trélat, Guyon, Remy. — 2e *de Doctorat* (N. R.,): MM. Béclard, Fournier, Pouchet. — 5e *de Doctorat*. 1re partie) (Charité) : MM. Verneuil, Tarnier, Reclus. — 5e *de Doctorat*. (Charité) : MM. Potain, Lannelongue, Pinard.

Mardi 2. — 2e *de Doctorat* (N. R., or., 1re partie) : 1re *Série* : MM. Richet, Duplay, Richelot; — 2e *Série* : MM. Sappey, Bouchard, Humbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Laboulbène, Campenon. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Jaccoud, Cornil, Hanot. — 5e *de Doctorat* (A. R.,) (Charité). 1re *Série* : MM. Pajot, Ball, Bouilly; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Panas, Charpentier.

Mercredi 3. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Pouchet. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Damaschino, Guebhard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Tarnier, Lannelongue, Segond; — 2e *Série* : MM. Verneuil, Guyon, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. Trélat, Potain, Pinard.

Jeudi 4. — 2e *de Doctorat* (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Panas, Humbert. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Duplay, Campenon. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Ball, Cornil, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Vulpian, Hayem, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Peter, Debove.

Vendredi 5. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Gautier, Ch. Richet; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Verneuil, Hanriot. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Fournier, Guyon, Landouzy ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Joffroy, Terrillon. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Tarnier, Trélat, Segond. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard.

Samedi 6. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Laboulbène, Richelot. — 3e *de Doctorat* (N. R., oral, 1re partie). 1re *Série* : MM. Richet, Panas, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Duplay, Charpentier. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Hayem, Troisier.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine.

Vendredi 5. — M. Bellier. Contribution à l'étude de l'urano-staphylorraphie et de ses résultats. — M. Mathieu. Contribution à l'étude clinique du rhumatisme noueux chez les sujets jeunes. — *Samedi* 6. — M. Sauve. Contribution à l'étude de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. — M. Conscience. Contribution à l'étude des propriétés du chlorhydrate de Kairine.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Galvanocautère à accumulateurs, par le Dr J. Chéron (1).

En 1821, Récamier et Pravaz utilisèrent les premiers les propriétés calorifiques du courant de la pile en faisant des tentatives de destruction du cancer utérin, à l'aide d'un fil de platine porté au rouge. L'appareil ne prit une forme réellement pratique qu'à partir de 1854, époque à laquelle parut le premier ouvrage important sur la galvanocaustie thermique, dû à Middeldorpf (de Breslau). Dès ce moment, la pile de Grenet et ses dérivés ouvrirent une ère nouvelle à ce moyen chirurgical.

De 1855 à 1874, l'instrumentation de la galvanocaustie thermique fit de remarquables progrès que vint enrayer la création du thermocautère du Dr Paquelin, application ingénieuse de l'élévation de température produite sur la mousse de platine par les vapeurs combustibles. La commodité de cet instrument, son faible poids et son peu de volume, ont séduit, à juste titre, les chirurgiens et les médecins, et, malheureusement, les grandes propriétés fondamentales de la galvanocaustie thermique ont été laissées dans l'ombre.

Cependant, ce n'est qu'avec la galvanocaustie thermique qu'on peut placer le cautère à froid et le porter au rouge, une fois en place. En outre, l'exiguité des cautères galvaniques peut être poussée très loin, et les effets du rayonnement sont, par suite, réduits au minimum. De plus, le cautère galvanique peut prendre la forme d'une anse simple ou double, et, lui seul, a de semblables propriétés. Enfin avec la galvanocaustie on peut obtenir une température plus élevée qu'avec aucun autre moyen. Il n'est pas jusqu'aux caractères de l'eschare faite par le galvanocautère qui ne différencient ce dernier du cautère actuel. En effet, d'après les expériences de M. Bœckel, que nous avons souvent répétées, l'eschare du galvanocautère est mince, dure, s'éliminant lentement, avec une zone inflammatoire presque nulle, pouvant même être cachée dans les cavités closes sans produire le moindre accident.

Pour pratiquer des opérations sur l'utérus, telles que l'ignipuncture, l'amputation du col, l'exérèse du cancer, le curettage de la cavité utérine, l'ablation des polypes fibreux, etc. l'emploi du galvanocautère est incomparable, tant au point de vue de la facilité opératoire que des résultats. Il y a donc lieu de ne pas abandonner un moyen aussi précieux, comme l'ont d'ailleurs compris quelques chirurgiens.

La première tentative d'application des accumulateurs électriques à la chirurgie fut faite par M. Trouvé, à l'aide de la pile secondaire de M. Planté, accumulateur en surface qui ne peut rougir qu'un petit cautère, tout au plus pendant 7 à 8 minutes.

La modification apportée à la pile secondaire de Planté par M. Faure, créateur des accumulateurs en profondeur ou à oxydes, en ouvrant une ère nouvelle aux applications industrielles de l'électricité, permet aujourd'hui de rendre à la galvanocaustie thermique la place qui lui est due (2). L'accumulateur Faure a subi

(1) Note présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 18 novembre 1884, par M. Léon Labbé.

(2) Un otologiste de Bruxelles, M. Bayer, dans une communication au Congrès de Copenhague, a fait ressortir les avantages qui pourraient résulter pour la médecine et la chirurgie de l'emploi des accumulateurs. Seulement les accumulateurs dont il a préconisé l'usage sont d'un poids double de ceux que nous employons. Il ne donne, d'ailleurs, aucun détail relativement à leur emploi et à la durée de leur débit. Dans une note antérieure, M. Bayer rapporte une expérience, faite par lui, à l'aide d'un accumulateur Faure du poids de 8 kilogrammes, d'après laquelle cet appareil ne semblerait pas bien supérieur, en débit, à l'accumulateur de M. Planté.

© BIU Santé

des perfectionnements successifs qui ont eu pour résultat une capacité plus grande dans la puissance d'emmagasinement et une réduction de poids et de volume. Un ingénieur fort distingué, M. Paul Gadot, nous a construit les accumulateurs qui représentent la partie active de notre galvanocautère. Une légère modification nous a permis de les rendre étanches, condition essentielle d'un appareil médical de ce genre.

Nous avons fait disposer, par M. Ch. Dubois, constructeur

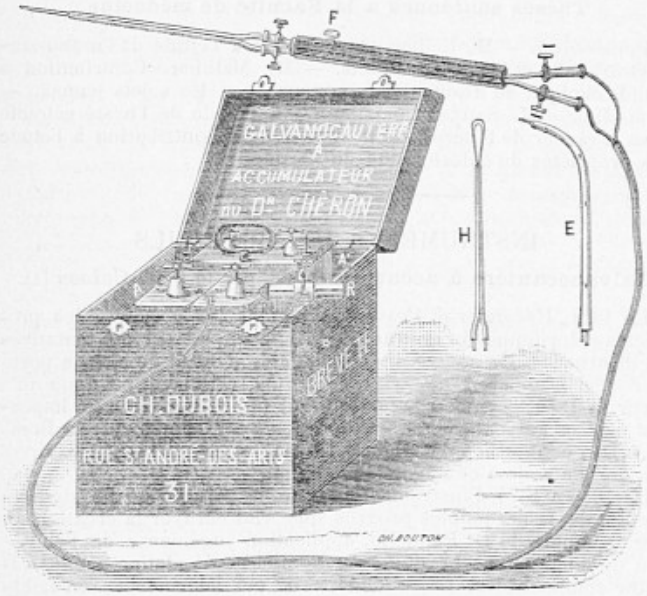


Fig. 124. — A. Accumulateurs. — F. Pédale du manche porte-cautère. — H. E. Cautères. — I. I. Extrémités des conducteurs fixées au manche.

d'instruments de chirurgie, ces accumulateurs dans une boite avec les différents cautères. Il est facile de les en sortir, soit pour les employer, soit pour les recharger.

L'intensité du courant fourni par chacun de ces accumulateurs est de 20 ampères ; la force électro-motrice est de 2 volt 1/4 pour chacun d'eux. — Les cordons conducteurs, réunis dans une gaine

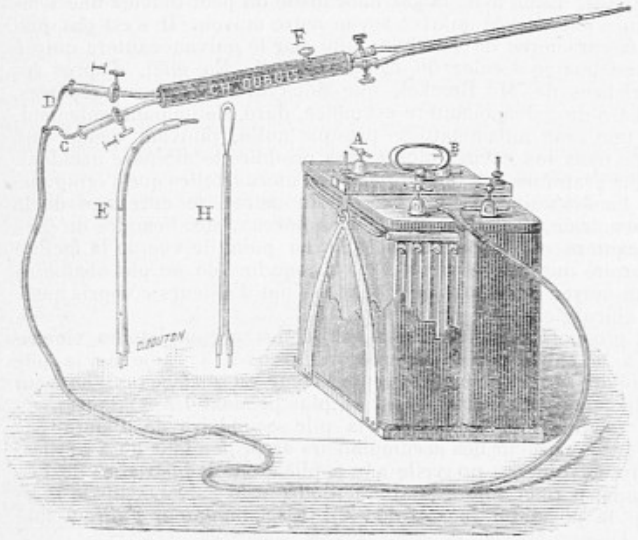


Fig. 125. — A. Accumulateurs dont la paroi antérieure de l'un d'eux est enlevée pour montrer la disposition des lames. — F. Pédale du manche porte-cautère. — E. H. Cautères. — D. C. Conducteurs dont les extrémités I I sont fixées au manche.

de caoutchouc, ne sont ni lourds ni embarrassants comme les anciens cordons des piles à galvano-caustie.

Pour les opérations pratiquées sur l'utérus, et pour la plupart de celles faites sur la peau, tumeurs, etc., il suffit de l'appareil à deux accumulateurs. Dans le cas de cautères ou d'anses de dimensions excessives, on se sert tout simplement de 3 ou même de 4 accumulateurs réunis en tension. Pour la chirurgie des cavités telles que l'oreille, la gorge, le nez, un accumulateur est suffisant.

L'éclairage de ces mêmes cavités, si utile et si facile aujourd'hui depuis l'invention des lampes à incandescence, s'obtient aussi avec ces accumulateurs, plus commodément qu'avec les piles au bichromate. A notre clinique et dans la pratique, nous éclairons le spéculum à l'aide d'un de ces accumulateurs qui peut entretenir une lampe à incandescence de deux bougies pendant dix heures en moyenne. Quant à la durée de la décharge de ces accumulateurs, elle est inversement proportionnelle à la quantité d'électricité absorbée par le cautère employé. Les cautères ordinaires (flèche, couteau, anse galvanique) absorbent une quantité d'énergie électrique égale à 25 à 28 ampères-heure; l'accumulateur, dont la puissance n'est que de 20 ampères-heure, épuisera donc son approvisionnement en 40 à 45 minutes. Sauf des cas assez rares, il n'est pas d'opération dans laquelle l'emploi du courant galvanothermique ait une durée *effective* aussi longue. Rien n'empêche d'ailleurs, si les conditions opératoires l'exigent, de tenir en réserve un second groupe tout prêt.

Dans le cas de l'éclairage médical, la lampe, n'ayant besoin pour fonctionner que d'une énergie s'élevant à peine à 1 ampère-heure, la durée de la provision électrique sera, on le voit, de 10 à 20 heures selon que l'on emploiera 1 ou 2 accumulateurs. On sait que l'énergie de la pile chirurgicale au bichromate de potasse se proportionne à l'immersion plus ou moins grande des lames, zinc et charbon, dans le liquide actif. Il n'en est plus de même pour l'accumulateur, dont la décharge est sensiblement uniforme du commencement à la fin. Or, la température chirurgicale par excellence, étant celle du rouge sombre, on doit s'attacher à maintenir les cautères à ce degré-là.

Cette condition, facile à remplir, comme nous le disions plus haut, avec les piles au bichromate, ne peut guère s'obtenir, avec les accumulateurs, que des manières suivantes : 1° Soit à l'aide d'un rhéostat. — Cet instrument est surtout utile dans le cas où l'on a une faible énergie à développer ; tel est le cas des petits cautères ou de la lampe médicale. Dans le cas des grands cautères nous lui préférons l'appareil suivant qui ne permet aucune transformation inutile du courant ; 2° Une roue analogue à la roue de Masson est intercalée dans le circuit. Elle est fixée dans la boite et sa rotation plus ou moins rapide,

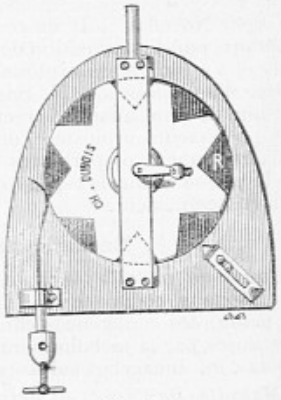


Fig. 126.

modérant plus ou moins l'écoulement du courant, on maintient de la sorte les cautères à la température voulue (rouge sombre, rouge cerise, rouge blanc, etc.)

Quand les accumulateurs ont épuisé leur provision, la recharge peut se faire de deux façons : 1° Soit à l'aide des machines dynamo-électriques, chez le fabricant d'accumulateurs ; 2° Soit dans le cabinet du praticien, à l'aide de trois ou quatre éléments de pile d'une force électro-motrice un peu supérieure à celle des accumulateurs et d'un débit moyen de 12 ampères-heures par kilogramme de plaque.

Nous avons créé un dispositif commode et durable en faisant usage de la pile au sulfate de mercure. Afin que cette note ne prenne pas des dimensions trop considérables, nous nous proposons d'en faire le sujet d'une communication ultérieure. En résumé, le galvano-cautère à accumulateurs, tout en conservant toutes les propriétés de la pile à galvanocaustie thermique, fait disparaître ses plus graves inconvénients. Il n'est pas douteux que l'avenir de ce remarquable moyen chirurgical réside tout entier dans l'utilisation bien comprise des accumulateurs.

NOUVELLES

Natalité a Paris. – Du vendredi 14 novembre au samedi 22 novembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1676, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 538; illégitimes, 237. Total, 775. — *Sexe féminin* : légitimes, 601 ; illégitimes, 192. Total, 793.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du vendredi 14 novembre au samedi 22 novembre 1884, les décès ont été au nombre de 2115 : savoir : 1141 hommes et 964 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. 284. F. 204. T. 488. — Fièvre typhoïde : M. 18. F. 15. T. 33. — Variole : M. .. F. .. T. .. — Rougeole : M. 19, F. 24, T. 43. — Scarlatine : M. 2, F. .., T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 3. T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 29, F. 16, T. 45. — Dyssenterie : M. 1. F. 2, T. 3. — Erysipèle : M. 3, F. 2, T. 5. — Infections puerpérales : 7. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë :

© BIU Santé

M. 43, F. 40, T. 63. — Phthisie pulmonaire : M. 180, F. 64 T. 244. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 5. T. 15. — Autres affections générales : M. 39. F. 71. T. 110. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 18, F. 66, T. 104. — Bronchite aiguë : M. 27, F. 26, T. 53. — Pneumonie : M. 56, F. 61, T. 117. — Athrepsie : M. 58, F. 59. T. 117. — Autres maladies des divers appareils : M. 288, F. 233, T. 521. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 38, F. 9. T. 47. — Causes non classées M. 4, F. 7, T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 151 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 56 ; illégitimes, 31. Total : 87. — *Sexe féminin :* légitimes, 40 ; illégitimes, 24. Total : 64.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du 20 novembre courant, la chaire de clinique des maladies des enfants est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la publication (21 novembre), est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Concours. — A la suite de la première épreuve pour les prix de l'internat, MM. Babinski, Charrin, Darier, Duflocq, Gallois, Gilbert, Lannois, Lebreton, Oettinger, Queyrat, Richardière et Tuffier (médaille d'Or), et MM. Achard, Barbillion, Berbez, Boiffin, Brunont Clado, Doyen, Dubreuilh, Ferteil, Hallé, Hartmann, Marfan, Ménétrier, Mérigot de Treigny, Roger et Toupet (médaille d'argent) ont été déclarés admissibles.

Faculté de médecine de Lille. — Par décret du 26 novembre, le Dr Moniez est nommé professeur d'histoire naturelle à ladite faculté (chaire nouvelle).

Faculté de médecine de Lille. — Nous lisons dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* du 22 novembre 1884 : Par décret en date du 20 novembre 1884, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu les présentations faites par la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille et par la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, dans sa séance du 12 Novembre 1884, M. Testut, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur d'anatomie à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — Nous adressons nos plus vives félicitations à M. le Dr Testut. Les titres scientifiques et ses services dans l'université ne pouvaient être méconnus en dehors des coteries locales. — M. Testut, qui avait soumis sa candidature à la faculté de Lille n'avait même pas l'honneur d'être classé sous prétexte qu'il fallait appartenir à la faculté de Lille pour y professer. — Quand une faculté invite tous les docteurs à faire valoir devant elle ses titres à une place de professeur vacante, elle prend l'obligation morale de soumettre leurs titres à une appréciation impartiale, quelle que soit la faculté à laquelle ces docteurs puissent appartenir. — Le Conseil supérieur se plaçant à un point de vue plus élevé, a rétabli les présentations dans l'ordre où elles auraient dû être faites, en classant au premier rang M. Testut. Le Ministre de l'instruction publique a maintenu cette présentation qui vient d'aboutir à la nomination de notre excellent collègue comme professeur d'anatomie à la faculté de médecine de Lille. — M. Testut a rendu de grands services à la faculté de médecine de Bordeaux comme agrégé et chef des travaux anatomiques; il a publié un grand ouvrage sur les *anomalies musculaires*, fort apprécié en France et à l'étranger, on lui doit des recherches d'anthropologie des plus intéressantes et il a fondé l'année dernière dans notre ville une société d'anthropologie qui est certainement destinée à un grand avenir. — La faculté de Bordeaux voit s'éloigner d'elle avec regret un de ses professeurs les plus zélés et les plus capables. M. Testut avait su se concilier à la fois l'estime et l'affection de tous ses collègues et de tous ses élèves. Nul doute qu'il ne soit bientôt apprécié comme il le mérite dans la nouvelle faculté à laquelle il vient d'être attaché. Nous ne pouvons que nous associer aux réflexions de la *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*.

Faculté de médecine de Lyon. — Par décret du 13 novembre 1884, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 15 mai 1885 à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décret du 20 novembre courant, M. Lannegrace, agrégé, est nommé professeur de physiologie à la faculté de médecine de Montpellier.

Ecole du Val-de-Grace. — Par décision du 17 novembre 1884, M. Poncet, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé de la division du service d'occupation de Tunisie, a été désigné comme professeur d'anatomie à l'école de médecine et de pharmacie militaire.

Ecole de Grenoble. — Un concours pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira le 15 mai prochain. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Faculté des sciences de Montpellier.. — Par décret du 20 novembre 1884, M. Parmentier est nommé professeur de chimie à ladite faculté.

Faculté des sciences de Toulouse. — Par décret du 20 novembre 1884, M. Sabatier est nommé professeur de chimie à ladite faculté.

École supérieure de pharmacie. — Prix décernés pour l'année scolaire 1883-1884. — 1° Prix de l'École : 1re année : 1er prix, M. Bréville (R. L. J.); 2e prix, M. Charpin (J. C.); cité avec honneur, M. Cousin (H. C.); 2e année : 1er prix, M. Fleury (E.L.J.); 2e prix, M. Baudian (C.D.G.); cité avec honneur, M. Fouquet (J.G.A.); 3e année : 2e prix M. Gaillard, (L.C.). — 2° Prix des travaux pratiques : 1re année : Médailles d'or, M. Mazaud (M.F.L.); M. Pacot (A.E.V.); médailles d'argent, M. Boissée (J.A.P.); M. Blanchard (A.A.); cités avec honneur, M. Goursat (J.B.); M. André (M.D.); M. Personne (A.A.); 2e année : médailles d'or, M. Antoine (E. C. A.) ; M. Sousseau (C.J.); médailles d'argent, M. Gallay (A); M. Hunkiarbeyendian (R.); cités avec honneur, M. Desbruères (A.) ; M. Bézine L).G.); M. Brun) J.A.); 3e année : Micrographie, médailles d'or, M. Gaillard (L.C.); M. Mercier (J.G.); médailles d'argent, M. Langlois (A); M. Dubreuil (A.); cités avec honneur, M. Armingeat (G.); M. Apart (E.); M. Labouverie (E.); Physique. médaille d'or, M. Gaillard (L.C.); médaille d'argent, M. Langlois (A.); cité avec honneur, M. Gasselin (J.V.); 3e Prix de fondation : Prix Menier, M. Gurlie (P.L.); prix Desportes (non décerné); prix Buignet, 1er prix, M. Vicario (J.A.); 2e prix, M. Gasselin (J.V.); prix Gobley, (pas de candidat); prix Laroze, M. Malenfant (R.V.M.); prix Lebeault, M. Saudau (J.C.D.); prix Laillet, M. Vicarios (J.A.).

Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes au 1er avril 1885 dans les hôpitaux et hospices de Paris. — Le lundi 19 janvier 1885, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices. Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 8 décembre 1884, et fermé le samedi 3 janvier 1885, à trois heures.

Ecole de pharmacie de Nancy. — Par décret du 20 novembre courant, M. Godfrin est nommé professeur de matière médicale à l'école supérieure de pharmacie de Nancy.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — Par arrêté du 24 novembre, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes s'ouvrira le 1er juin 1885 devant la faculté de médecine de Montpellier. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Bureau central. — *Médecine.* — A la suite de la première épreuve du concours pour trois places de médecins des hôpitaux de Paris ont été déclarés admissibles : MM. Ballet, Barié, Bourcy, Brault, Brocq, Bruchet, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgard), Jean, Josias, Juhel-Renoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Leroux, Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Netter, Renault, Robin, Siredey, Talamon et Variot.

La deuxième épreuve a commencé le 19. Voici les questions traitées par les candidats dans les quatre premières séances. — *Dégénérescence graisseuse du rein. — Rhumatisme articulaire chronique. — Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. — Embolie de l'artère pulmonaire.*

Prosectorat des hopitaux. — Le concours du prosectorat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination du Dr Charles Walther.

Assistance publique. — Le Dr Pascalis, demeurant à Paris, 20, rue Réaumur, par suite de l'élection du 16 septembre dernier, est nommé médecin du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement.

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — Le banquet annuel de la Société est fixé au vendredi 5 décembre 1484 à 7 heures très précises du soir à l'Hôtel Continental. Le prix de la cotisation est de 20 francs. Prière d'adresser au plus tôt les adhésions à M. le Dr Dally, 5, rue Legendre (parc Monceaux), ou à M. le Dr A. Thévenot, trésorier, 44, rue de Londres.

Institut de Villeneuve-l'Etang. — Le *Journal officiel* du 26 novembre 1884, publie la loi qui ouvre un crédit de 80,000 fr. pour l'appropriation d'une partie du domaine de Villeneuve-l'Etang (Seine-et-Oise), en vue des expériences poursuivies par M. Pasteur sur la prophylaxie des maladies contagieuses des animaux.

Universités étrangères. — Le Dr A. Gad (de Würzburg), a été nommé directeur de l'institut de physiologie expérimentale de Berlin, en remplacement du Dr Kronecker, appelé à Berne.

Universités étrangères. — Le professeur extraordinaire Franz Hofmeister a été nommé professeur ordinaire de pharmacologie à la faculté de langue allemande de Prague et le professeur extraor-

© BIU Santé

dinaire J. Horbaczewsky, professeur ordinaire de chimie médicale à la faculté de langue tchèque de la même ville.

Nouveau journal. — Nous recevons les premiers numéros des *Archivos de Cirurgia*, revue mensuelle, dirigée par le Dr Segovia, paraissant à Madrid depuis le mois d'octobre dernier.

Nécrologie. — La *France médicale* annonce la mort du Dr Caillot, ancien professeur de chimie à la faculté de Strasbourg, décédé à l'âge de 79 ans. — Le Dr Brenner professeur extraordinaire à la faculté de médecine de Leipzig, est mort à Merseburg, le 17 octobre. Il était connu surtout pour ses travaux en électrothérapie. — M. Daguin, professeur honoraire de physique à la faculté des sciences de Toulouse, ancien directeur de l'observatoire de cette ville, est mort subitement le 10 novembre, à l'âge de 70 ans. — Le 16 novembre, est mort à Vienne, le Dr Franz Chwostek ; il était atteint d'une cirrhose du foie et d'une dégénérescence graisseuse du cœur. Né en 1835, il était reçu docteur en 1861 ; de 1863 à 1866, il fu assistant du professeur Duchek ; de 1868 à 1871 il enseigna l'électrothérapie ; de 1871 à 1874 il enseigna à la faculté de Vienne, comme professeur extraordinaire, la pathologie interne et la thérapeutique. Chwostek a publié de nombreux travaux (136) dans les journaux scientifiques. 53 mémoires ont rapport à la pathologie et à la thérapeutique des maladies nerveuses (7 sur la maladie de Basedow, 10 sur les scléroses du système nerveux central, 7 seulement à l'emploi de l'électricité en thérapeutique, 17 sur les maladies du foie, 13 sur les maladies du cœur, des artères, veines et vaisseaux lymphatiques, 8 sur les maladies du poumon, 12 sur les affections de l'estomac et de l'intestin, 7 sur celles de la rate, du pancréas, des reins et des capsules surrénales, 8 sur la syphilis, 12 sur les maladies de la colonne, du larynx, sur le choléra, l'urémie, etc. (*Wien, med. Woch.*, 22 nov. ; *Wien. med. Presse*, 23 nov.). Un nouveau deuil vient de frapper l'internat. M. Daniel Uribe, interne de 4me année à Necker, est mort le 21 novembre à l'âge de 29 ans. Nous publierons dans notre prochain numéro un article nécrologique qu'il ne nous est pas possible d'insérer dans le numéro d'aujourd'hui. — Le *Lyon médical* annonce la mort du Dr Mouret, médecin des hospices de Monistrol (Haute-Loire). Il est l'auteur d'un opuscule sur les *erreurs et préjugés relatifs à l'exercice de la médecine*. — L'*Union médicale* annonce la mort du Dr P. A Damon, décédé à Saint-Just-en-Chevalet, à l'age de 42 ans. — Le Dr H. Adelmann, professeur d'ophthalmologie et de chirurgie à la faculté de Würzburg, vient de mourir subitement. Il a légué sa fortune à l'université et à l'hôpital de cette ville. — On annonce la mort du Dr Giwartowski, professeur de pharmacie à l'université de Moscou. — Le journal *Le Français*, annonce la mort du Dr Fonssagrives, ancien professeur à la faculté de médecine de Montpellier ; il aurait été frappé d'une attaque de choléra foudroyant au château de Kergurioné, près Auray (Morbihan). Il publiait des revues de quinzaine dans le *Français*. « M. le Dr Fonssagrives était pour le *Français* plus encore qu'un collaborateur, il était un *ami* de notre œuvre. » Ses principaux ouvrages sont : *Traité de thérapeutique appliquée*, 2 vol. in-8, 1878 ; *Principes de thérapeutique générale*, 1 vol. in-8, 1884 ; *Thérapeutique de la phtisie pulmonaire*, 1 vol., 1880 ; *Formulaire de thérapeutique à l'usage des praticiens*, 1882, etc., etc.

Erratum. — Lire p. 975, ligne 9, n° 47, au lieu de 14 octobre 1884 14 novembre 1884.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital des Tournelles (H.). — 2, ataxie locomotrice progressive ; 3, hémiplégie droite, paralysie du moteur oculaire externe gauche ; 4, bronchite fétide ; 5, sciatique par compression ; 10, 14, fièvre typhoïde ; 12, pneumothorax, tuberculose pulmonaire ; 18, hystérie ; 24, syphilis, chancres mous, bubon suppuré ; 33, pneumonie caséeuse ; 34, 39, cancer de l'estomac ; 42, gastrite chronique ; 44, asthme, emphysème, bronchite chronique. — Salle des F. : 2, ulcères de l'estomac ; 8, hématomyélie, paraplégie, paralysie du rectum et de la vessie ; 9, arthrite blennorrhagique ; 14, cancer de l'estomac et du foie ; 16, insuffisance mitrale ; 22, myélite transverse ; 25, 26, hystérie ; 29, fièvre typhoïde. — Consultations les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures. Spéculum le samedi.

Hôpital Laënnec. — Médecine. — Service de M. Ball. Visite à 9 heures. Consultations les lundis et vendredis. — Salle Broca (F.) 1, insuffisance mitrale ; 6, anémie ; 11, insuffisance et rétrécissement mitral ; 14, pleurésie gauche ; 15, péritonite, suite d'occlusion intestinale ; 17, nymphomanie ; 19, 20, pelvi-péritonite ; 27, mal de Pott ; 31, paralysie diphtéritique. — Salle Larochefoucault (H.) : 1, rhumatisme articulaire ; 3, néphrite chronique ; 7, saturnisme ; 9, myélite transverse ; 13, insuffisance mitrale ; 14, Tœnia ; 16, sciatique double ; 20, crises gastriques ataxiques ; 22, phlegmatia alba dolens double ; 26, fièvre typhoïde ; 28, carcinôme stomacal.

Service de M. Damaschino. — Visite à 9 heures. Consultations les mardis et samedis. — Salle Monneret (F.) : 1, arthropathie tabétique, 3, contracture hémiplégique ; 4, eczéma, affection aortique phlegmatia double ; 5, emphysème pulmonaire ; 6, 10, pleurésie ; 7, diabète sucré ; 11, thrombose bulbaire ; 14, lymphangite gangréneuse ; 15, maladie de Werloff ; 16, 17, paralysie agitante ; 18, scarlatine ; 21, arthrite monoarticulaire ; 24, fièvre typhoïde ; 26, phlegmon périutérin ; 30, fièvre intermittente ; 31, fièvre continue. — Salle Bayle (H.) : 4, 5, myélite syphilitique ; 7 12, fièvre continue ; 8, pachyméningite cervicale ; 10, rhumatisme articulaire, endocardite ; 13, hémiplégie syphilitique ; 14, goitre exopthalmique ; 15, atrophie musculaire progressive de l'enfance ; 18, albuminurie ; 20, affection mitrale ; 21, 26, 30, tuberculose pulmonaire ; 25, myélite transverse (tremblement, contractures) ; 28, carcinôme gastro-hépatique. — Pavillon Alexis Boyer (cholériques), actuellement, 1 en traitement et 4 convalescents. — Salle Guersant (crèche) : 1, tuberculose. 2, 12, diarrhée infantile ; 3, dysentérie ; 6, bronchite ; 8, 9, pelvi péritonite, 14, tuberculose pharyngée ; 20, hernie ombilicale ; 18, méningite tuberculeuse à évolution lente.

Service de M Legroux. — Visite à 9½ heures. Consultation les mercredis et samedis. — Salle Claude Bernard : 1, ecthyma ; 3, tumeur abdominale ; 5, rhumatisme chronique ; 6, fièvre synoque ; 8, fièvre typhoïde ; 9, insuffisance et rétrécissement mitral ; 10, fièvre typhoïde ; 12, polype utérin ; 13, néphrite parenchymateuse ; 13, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 17, insuffisance aortique ; 20, tuberculose abdominale ; 22, rhumatisme chronique ; 23, hémorrhagie cérébrale ; 28, syphilis ; 29, sclérose latérale amyotrophique ; 30, ulcère rond de l'estomac. — Salle Grisolle : 1, rétrécissement et insuffisance mitrale ; 2, pérityphlite tuberculeuse ; 4, pieds plats ; 8, pneumonie du sommet ; 10, hydarthrose ; 5, 9, 11 ; 14, 15, tuberculose pulmonaire ; 17, 25, sciatique ; 18, cancer de l'estomac ; 19, saturnisme ; 21, érysipèle de la face ; 26, ictère catarrhal.

Service de M. Ferrand. — Visite à 9 heures. Consultation les jeudis et vendredis. — Salle Cruveilhier : 2, pseudo-tabes, intoxication par le sulfure de carbone ; 3, tuberculose rénale ; 6, hémiatrophie gauche (convulsion de l'enfance) ; 7, fièvre intermittente ; 8, cirrhose cardiaque ; 13, sclérose en plaques ; 14, pleurésie diaphragmatique ; 15, paralysie générale ; 18, insuffisance mitrale ; 27, mal de Bright ; 31, pleurésie droite ; 33, tabes dorsalis ; 34, atrophie musculaire ; 35, tabes ; 37, paralysie agitante.

Chirurgie. — Service de M. Nicaise. — Visite à 8 heures 1/2. Consultations tous les jeudis. Clinique les mardis et samedis à 10 heures. — Salle Chassaignac (H.) : 1, suture du nerf médian ; 2, phlegmon du petit bassin ; 3, arthrite puerpérale ; 4, fracture du col fémoral ; 5, corps fibreux de l'utérus ; 10, péritonite périhépatique ; 11, hydarthrose ; 12, épithélioma du sacrum ; 16, syphilis tertiaire ; 17, genu valgum ; 20, phlegmon abdominal, fistule ; 21, ostéo-sarcôme des côtes 22 thrombus de la grande lèvre. — Salle Malgaigne (H.) : 1, écrasement de la voûte plantaire ; 3, rétrécissement de l'œsophage ; 6, résection de l'épaule ; 8, 20, rétrécissement de l'urèthre ; 10, tuberculose génitale ; 18, phlegmon gangréneux des bourses ; 26, rhumatisme déformant ; 32, mal perforant ; 33, goître ; 39, amputation de cuisse ; 40, hémarthrose du genou droit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie de G. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

Delthil. — D'un traitement prophylactique et curatif du choléra par la saturation de l'économie au moyen des carbures non toxiques, en particulier par l'essence de térébenthine ou ses congénères et les goudrons de gaz. Broch in-8 de 15 pages.

Librairie A. MASSON, 120, boul. St-Germain.

La contagion de la tuberculose et sa prophylaxie. — Rapport présenté au nom d'une commission composée de MM. Villemin, Millard, Vallin, Grancher, Debove et Constantin Paul, par E. Vallin, rapporteur. Extrait des *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (séance du 11 juillet 1884). Broch. in-8 de 27 pages.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Gillard (G.). — Contribution à l'étude du vaginisme. Broch. in-8 de 79 pages. — Prix : 2 francs.

Guinard (A.). — Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente. Broch. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 francs.

Verchère (F.). — Des portes d'entrée de la tuberculose. Broch. in-8. de 127 pages. — Prix 3 francs.

Miliotti (D.). — Di una straordinaria frequenza del respiro interpretata come episodio di epilessia spinale. Broch. in-8 de 21 pages. Extrait du *Giornale di Neuropatologia*. — Napoli, 1884. — 6, Vico Freddo Donnalbina.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 Bromure de Camphre
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 Camph. par

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES FOSSÉS-ST-JACQUES.

CHARCOT (J.-M.) et RICHER (P.) — Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques. — Du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Volume in-8 de 122 pages avec 26 figures et 5 planches photo-lithographiques. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50 c.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin**.

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITREE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie **GERBAY**, à Roanne (Loire)

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pure et sans odeur

POUDRE ALIMENTAIRE

(Viande et Farine de Lentilles)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre . . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées

délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :

Eau . . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière**, recueillies et publiées par BOURNEVILLE et E. BRISSAUD. In-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou,

complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de **Coca**. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—**Le Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Librairie A. MASSON, 120, boulev. S.-Germain.

GOUGUENHEIM (A.). — De l'œdème laryngien dans la tuberculose du larynx. Extrait des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* Broch. in-8 de 14 pages.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

GOUGUENHEIM. — Du traitement local de la tuberculose laryngienne. Broch. in-8 de 15 pages.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'École-de-Médecine.

BROUSSE (A.). — Deux cas de lésions cérébrales. Broch. in-8 de 16 pages, avec 1 planche hors texte.

Librairie O. BERTHIER, 101, boulevard Saint-Germain

ROCHARD (P.). — Traitement des maladies de la peau (dartres' scrofulides, syphilides, calvitie) et de l'engorgement de l'utérus par la méthode locale expulsive. Deuxième édition. 1 vol in-8 de 224 p. — Prix : 3 fr.

ZIFFO. — Deux mots sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Broch. in-8 de 26 pages. — Constantinople, 1884. — Typographie Pallamary.

LANDAN (L.). — Gynäkologischer Spezialismus. Sonderabdrücke der *Deutschen Medizinal-Zeitung*. Broch. in-8 de 49 pages. — Berlin, 1884. — Verlag der Deutschen Medizinal-Zeitung.

PINI (G.). — Gli istituti e le scuole pei rachitici in Italia. — Statuto e regolamento del pio istituto dei rachitici in Milano. Broch. in-8 de 105 pages. — Milan, 1884. — Tipografia del riformatorio patronata.

BELL (C.). — Madness and crime. Broch. in-8 de 27 pages. Reprint from the medico légal journal. — New-York. — 103, Broadway.

G. STEINHEIL, Éditeur

Successeur de H. LAUWEREYNS

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE

Une erreur de mise en pages a complètement dénaturé notre annonce dans le *Numéro des Etudiants*.

Nous ne mettons au rabais que HERMANN : Eléments de physiologie, baissé de 9 fr. à 2 fr. — ROSER : Chirurgie anatomique, baissé de 12 fr. à 4 fr.

Tous les autres ouvrages figurant sur l'annonce sont maintenus au prix du Catalogue.

BYRON BRAMWELL. Maladies de la moelle épinière.	14	»
CURLING. Maladies du rectum.	6	»
FENWICK. Manuel de diagnostic.	5	»
GAILLARD THOMAS. Maladies des femmes.	16	»
LOMBE ATTHILL. Manuel des maladies des femmes.	5	»
LUTAUD. Manuel de médecine légale, 3e édition.	8	50
MOYNAC. Manuel de pathologie interne.	7	50
— Manuel de pathologie externe.	16	»
— Manuel de pathologie générale et de diagnostic	8	»
— Manuel d'anatomie.	18	»
PAJOT. Travaux d'obstétrique.	12	»
PINARD. Du palper abdominal	6	»
RABUTEAU. Eléments de toxicologie et de médecine légale.	10	»
— Eléments d'urologie	4	»
RICHET. Anatomie médico-chirurgicale	19	»
DE SAINT-GERMAIN. Chirurgie des enfants	15	»
TARNIER et CHANTREUIL. Traité des accouchements	30	»

Le premier fascicule du 2e volume de ce traité est sous presse.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE. Revue des maladies nerveuses et mentales, paraissant tous les deux mois sous la direction de J. M. CHARCOT, par MM. Amidon, Ballet, Bernard, Bitot (P.), Blaise, Blanchard, Boucaereau, Briand, Brissaud (E.), Brouardel (P.), Bonnaire, Charpentier, Colard, Debove (M.), Delasiauve, Dreyfous, Duret, Duval (Mathias), Erlisky, Féré (Ch.), Ferrier, Gilles de la Tourette, Gilbert, Gombault, Grasset, Hervé, Huchard, Joffroy (A.), Kéraval, Landouzy, Magnan, Marie, Maygrier, Mayor, Musgrave-Clay, Mierzejewski, Neumann, Pignol, Pierret, Pitres, Raymond, Regnard (P.), Rouget, Richer, (G.), Séguin (E.G.), Straus, Talamon, Teinturier (E.), Thulié (H.), Troisier (E.), Vigouroux (R.), Voisin (J.), Wuillamier. — Rédacteur en chef : BOURNEVILLE ; — Secrétaire de la rédaction : CH. FERÉ. — Chaque fascicule se compose de huit à neuf feuilles in-8° carré, et de plusieurs planches chromo-lithographiées. — Abonnement pour un an : PARIS : 20 fr. — FRANCE et ALGÉRIE : 22 fr. — UNION POSTALE : 23 fr. — OUTRE-MER (en dehors de l'union postale) : 25 fr. — Les numéros séparés : 4 fr. 50. — Les abonnements sont reçus aux Bureaux du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes, à Paris, et dans tous les Bureaux de poste de France, de Belgique, de Suisse, de Hollande, d'Italie, d'Allemagne, des Etats-Unis, et d'Algérie, sans autres frais que le prix de l'abonnement indiqué ci-dessus. Pour les autres pays, prière d'envoyer un mandat-poste avec l'ordre d'abonnement.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE. — SOMMAIRE DU N° 24. — *Clinique nerveuse* : Maladie de Thomsen et paralysie pseudo-hypertrophique, par Vigouroux ; — Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle (étude d'une nouvelle variété d'état de mal épileptiforme (fin), par BALLET et CREPSIN. — *Recueil de faits* : Épilepsie jacksonnienne, par BOURNEVILLE et BRICON. — *Revue critique* : De la synonymie des circonvolutions cérébrales de l'homme, par KÉRAVAL. — *Revue d'anatomie et de physiologie* : La substance de soutènement du système nerveux central, par GIERKE ; — Sur la localisation de la sensibilité cutanée et du sens musculaire à la surface des hémisphères cérébraux, par BECHTEREW ; — Recherches expérimentales sur les atrophies de l'écorce du cerveau, par MONAKOW ; — Résultats expérimentaux sur le trajet des fibres du nerf optique dans le chemin qu'elles suivent depuis les corps genouillés, jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, par BECHTEREW ; — La fonction des couches optiques, recherches expérimentales, par BECHTEREW ; — Recherches expérimentales sur l'entre-croisement des fibres du nerf optique dans le chiasma, par BECHTEREW. — *Revue de pathologie nerveuse* : Sur un cas d'affection chronique de la moelle, guérison, par MARINA ; — Deux cas de paralysie du trijumeau, par MUELLER ; — Sur la sclérose diffuse et disséminée du système nerveux central, et sur la dégénérescence vitreuse en macules de l'écorce du cerveau, par GREIFF ; — Contribution à l'anatomie pathologique de l'encéphalite chronique multiloculaire, par FRIEDMANN ; — Sur le bégaiement, son rapport avec la pauvreté, et son traitement ; — Contribution à la connaissance de la névrite dégénérative multiple, par STRUMPELL ; — Contribution à l'étude de la dégénérescence secondaire dans la moelle épinière de l'homme, par SCHULTZE ; — Contribution à la dégénérescence combinée des cornes antérieures et des cordons latéraux de la moelle, par VIRNORDT ; — De la mort subite pendant la crise hystérique, par MOLLIÈRE ; — Tumeur de la moelle allongée, diabète sucré, par de JONGE ; — Des altérations artificielles, cadavériques et pathologiques de la moelle épinière, par SCHULZ ; — Névrite du nerf cubital dans son rapport avec les contractures cordiformes des doigts, par EULENBURG ; — Contribution à l'étiologie de la tympanite abdominale des hystériques qui affecte une évolution aiguë, par EBSTEIN ; — Sur le ralentissement de la conductibilité des impressions sensibles dans les lésions des nerfs périphériques, par ERB et WESTPHAL ; — Hypertrophie gliomateuse de la protubérance et de la moelle allongée, par SCHULZ ; — Contributions à la question de la dégénérescence secondaire, par BINNSVANGER et MOELI ; — Nouvelle communication sur l'atrophie des fibres nerveuses à myéline dans l'écorce du cerveau des paralytiques généraux, par TUCZEK ; — Note relative au dégagement représentatif des fibres nerveuses à myéline dans l'écorce du cerveau par TUCZEK ; — Asphyxie par les vapeurs de charbon, suppression de l'excitabilité des nerfs phréniques, par EMMINGHAUS ; — Apoplexie bulbaire résultant de coups dans la région de la nuque. Recherches sur l'action des bains faradiques et galvaniques, par EULENBURG ; — Papille étranglée bilatérale avec périnévrite dans l'hématome de la dure-mère, par ZACHER ; — Sur la sommation des excitations dans les nerfs sensitifs de l'homme, par de WATTEVILLE ; — Sur des modifications de la réaction dégénérative partielle et sur l'occurence de la paralysie spinale atrophique chronique chez l'enfant, par ERB ; — Contribution à la galvano-faradisation, par STEIN ; Un cas d'hémianopsie hétéronyme latérale, par GNAUCK ; — L'action de la fève de Calabar sur les organes digestifs, par ESCHLE ; — Sur la perte de force des membres non paralysés dans l'hémiplégie cérébrale, par FRIEDLOENDER ; — Un cas d'atrophie faciale hémilatérale, par MENDEL ; — Sur une convulsion réflexe saltatoire, par KAST ; Sur les altérations de texture des centres nerveux produites par l'inanition, par ROSENBACH ; — Contribution au traitement électrique de la convulsion des muscles de la face qui servent à la mimique, par BERGER ; — Remarques sur certaines formes de l'atrophie névrotique, par ERB. — *Revue de pathologie mentale* : De la sclérose miliaire, par PLAXTON ; — De l'influence de la grandeur des asiles et de quelques autres circonstances sur la production des guérisons et des décès, par CHAPMAN ; — Du mariage chez les sujets neurotiques, par SAVAGE ; — Du prix relatif des grands et petits asiles, par RAYNER ; — Paralysie générale par lésion du crâne, par MICKLE ; — De la folie chez les jumeaux, par SAVAGE et GILL ; — Atrophie du cerveau, imbécillité, par BEACH. — *Sociétés savantes* : Société médico-psychologique ; — Congrès des aliénistes allemands du Sud-Ouest ; — Société de psychologie de Berlin. — *Bibliographie* : Traité de psychiatrie de ARNDT (au. Kéraval) ; — Etudes bibliographiques. — *Faits divers*.

Le Rédacteur-Gerant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 49 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 6 DÉCEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

De l'Ophthalmie virulente;

Par le Dr Ch. ABADIE.

Messieurs,

Je ne manque jamais, quand l'occasion s'en présente, de vous parler de l'ophthalmie purulente et de son traitement. N'est-il pas navrant, en effet, de songer qu'à l'heure actuelle cette redoutable affection fait encore un nombre considérable d'aveugles, alors que nous possédons pourtant le moyen infaillible de la guérir. Aussi ne cesserai-je de faire des efforts pour arriver à vulgariser et à mettre à la portée de tous les médecins les éléments qui permettent de la diagnostiquer avec certitude et de la traiter avec succès.

Mais parlons d'abord du cas clinique que vous avez sous les yeux, vous allez voir combien l'histoire de ce malade est instructive.

Cet homme, âgé de 35 ans, terrassier, fut pris subitement, il y a un mois environ, d'une inflammation violente des conjonctives, qui atteignit rapidement une intensité extrême. Il se rendit sur-le-champ dans une clinique de maladies des yeux où il fut régulièrement soigné ; mais au bout de quelques jours, ne trouvant pas d'amélioration dans son état, il vint nous consulter. Voici dans quel état nous le trouvâmes le jour de son arrivée. A gauche, où l'affection avait débuté tout d'abord, la cornée était déjà détruite dans la moitié de son étendue, et à travers cette large ouverture presque tout l'iris était engagé et faisait une saillie volumineuse. A droite, la cornée commençait à s'ulcérer en deux endroits.

Les paupières étaient encore gonflées, infiltrées ; il existait un chémosis presque charnu sur tout le pourtour des cornées et la surface conjonctivale bulbaire baignait dans un pus sanieux.

La situation était grave, les désordres si étendus de l'œil gauche devaient fatalement entraîner sa perte ; quant à l'œil droit, où le processus était évidemment semblable à celui de l'œil gauche, il semblait aussi que ce ne dût être qu'une question de temps.

Une chose m'intriguait au plus haut point, c'était de connaître le traitement qui avait été institué ; le malade me répondit très nettement à cet égard. Il avait été soigné dès le début de sa maladie, exclusivement par des lavages répétés avec des solutions phéniquées.

On ne lui avait fait aucune cautérisation. Sentant bien, au bout de quatre ou cinq jours, que sa situation s'aggravait, il s'était décidé à chercher secours ailleurs.

Immédiatement je cautérisai les conjonctives avec une solution de nitrate d'argent de 3 0/0, et je recommandai à ce malade de revenir se faire cautériser toutes les douze heures. Malheureusement, étant très indigent et habitant fort loin, il ne vint pendant deux jours que toutes les vingt-quatre heures. Aussi, qu'arriva-t-il ? Les ulcérations de la cornée droite progressèrent et une perforation limitée se produisit avec hernie de l'iris ; quant à la cornée de l'œil gauche, elle acheva de se détruire complètement. La situation devenant ainsi menaçante, je gardai le malade à demeure, les cautérisations furent faites régulièrement toutes les douze heures. A partir de ce moment, l'amélioration s'affirma, les ulcérations de la cornée droite, au lieu de s'étendre, entrèrent dans une période de réparation, et au bout de quelques jours la guérison était complète. Aujourd'hui, il ne reste plus, comme vous le voyez, qu'un petit enclavement de l'iris au niveau de l'ancienne perforation et de légers leucomes à la place des ulcérations.

Mais cet homme y voit suffisamment pour reprendre son métier de journalier. Quant à l'œil gauche, la cornée tout entière a été détruite et il est complètement perdu.

Cette observation présente, comme je vous le disais, un grand intérêt, en raison des circonstances suivantes :

D'abord l'insuccès du traitement par les lavages répétés d'une solution phéniquée.

Je suis loin de contester les immenses services que nous rendent tous les jours les solutions antiseptiques d'acide phénique et d'acide borique dans les formes bénignes de l'ophthalmie purulente et dans les conjontivites catarrhales plus ou moins intenses. Ces moyens simples de traitement sont précieux, mais vous en avez la preuve, ils sont absolument insuffisants quand on se trouve en présence de l'ophthalmie purulente grave.

En second lieu, que voyons-nous chez ce malade, c'est que les cautérisations pratiquées toutes les vingt-quatre heures ont pu retarder mais non arrêter net la marche du processus morbide ; pour cela, il a fallu les répéter toutes les douze heures.

Il est, en effet, aujourd'hui, un point hors de doute, c'est que, dans ces ophthalmies purulentes graves, seules les cautérisations répétées toutes les douze heures, sont assez puissantes pour les enrayer et éviter les complications cornéennes. Comment se fait-il donc que, journellement, des praticiens, même du plus haut mérite, aient encore recours à d'autres moyens dont ils vantent l'efficacité et dont vous venez pourtant de voir les résultats défavorables. C'est ce qu'il importe à présent d'élucider.

Depuis longtemps j'avais insisté et je crois avoir été le premier à le faire sur les signes cliniques qui différencient les formes graves de l'ophthalmie purulente des formes bénignes. J'avais montré que ce n'est pas l'abondance de la suppuration qui fournit l'élément de diagnostic le plus important, mais plutôt le gonflement inflammatoire considérable de la paupière inférieure et les complications cornéennes précoces qui ne font jamais défaut dans les cas graves.

Pour un clinicien exercé, il était donc possible de reconnaître l'ophthalmie purulente grave vraie, et d'agir en conséquence ; mais, néanmoins, des erreurs étaient commises à chaque instant. Des conjonctivites purulentes bénignes, considérées comme graves, étaient guéries par des moyens simples, et c'est ce qui faisait que l'accord ne pouvait s'établir sur la valeur des divers traitements. Aujourd'hui, je l'espère, toutes ces difficultés vont disparaître grâce à un nouveau moyen de diagnostic

© BIU Santé

qui deviendra infaillible à son tour et fera que désormais on sera forcé de s'entendre.

Je veux parler de l'examen microscopique du pus secrété et de la recherche du microbe de l'ophthalmie purulente vraie, c'est-à-dire virulente.

Celle-ci est toujours une maladie d'origine infectieuse, due à la présence d'un micrococcus spécial, dont la conjonctive humaine est le terrain de culture. Ce microbe existe constamment dans cette forme d'ophthalmie purulente grave qui, désormais, mérite la qualification de virulente, et il n'existe pas dans le pus des conjonctivites purulentes bénignes ou des conjonctivites catarrhales.

Voilà une découverte d'une importance considérable dont la clinique et la thérapeutique vont tirer grand profit, et qui va faire cesser bien des discussions stériles.

Il n'y a pas longtemps encore on soutenait, de divers côtés, que le rhumatisme pouvait donner naissance à l'ophthalmie purulente, c'est une manière de voir et d'interpréter les faits contre laquelle je me suis toujours élevé.

Je ne conteste pas que le rhumatisme ne puisse provoquer des poussées inflammatoires de la conjonctive avec sécrétion muco-purulente, mais je soutiens que ce n'est pas là l'ophthalmie purulente grave, ou pour mieux dire virulente, qui est toujours simplement une maladie locale et contre laquelle tout traitement général sera absolument impuissant.

Au milieu de ces affirmations contraires qui s'entrecroisent, comment démêler la vérité. Quel est celui qui apportera une preuve décisive à l'appui de la thèse qu'il soutient, c'est celui qui aura soin désormais d'examiner la sécrétion muco-purulente au microscope et de voir si elle renferme ou non des microbes.

Mais, allez-vous me dire, ce n'est pas chose facile que de procéder à un pareil examen, la technique et l'instrumentation sont compliquées. En réalité, rien de plus simple, vous prenez une gouttelette de pus que vous dissociez entre deux lamelles, de façon à la réduire à une couche très mince, vous la desséchez à la flamme d'une lampe et puis vous la plongez pendant quelques instants (2 à 3 minutes) dans une solution aqueuse de 2 0/0 de bleu de méthylène, vous la lavez ensuite à l'alcool et la montez dans du baume de Canada. La portant ensuite sous l'objectif du microscope, vous apercevez dans les cellules de pus les micrococci sous forme de petits grains d'un bleu foncé très apparent. Vous allez examiner ces deux préparations faites par mon chef de clinique, M. Darier, l'une renferme du pus tiré d'une ophthalmie purulente grave, l'autre d'une ophthalmie catarrhale.

Dans la première, vous apercevez nettement les grains bleu-foncé ; dans l'autre, au contraire, ils font complètement défaut.

Vous sentez bien maintenant que, grâce à ce précieux moyen de diagnostic, il n'y aura désormais plus de confusion possible. Qu'une sécrétion muco-purulente se produise dans le cours d'un rhumatisme en examinant une gouttelette du produit sécrété au microscope, on ne trouvera pas le microbe caractéristique et, dès lors, la question de la nature de la maladie sera jugée. On verra qu'il s'agit non plus d'une maladie virulente, mais bien d'une inflammation d'ordre banal de la conjonctive.

De même, au début d'une ophthalmie purulente, quand on sera dans le doute, cette épreuve sera décisive et le traitement pourra dès lors être dirigé avec une certitude extrême. S'agit-il d'une ophthalmie virulente, on pratiquera des cautérisations *toutes les 12 heures* avec une solution de nitrate d'argent de 2 à 3 0/0. Au contraire, en l'absence de micrococcus, on pourra se contenter de solutions plus faibles, de cautérisations moins fréquentes et même à la rigueur de simples lavages avec des solutions phéniquées à 2 0/0 ou des solutions saturées d'acide borique.

Après le simple exposé de ces faits que je livre à vos méditations, je ne puis me défendre d'un certain sentiment de tristesse et de regret en voyant encore aujourd'hui des hommes considérables soutenir du haut de leurs chaires magistrales que les études de bactériologie ne sont d'aucune utilité pour la médecine.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Sclérose primitive des cordons de Goll ;

Par L. CAMUSET, médecin adjoint à l'asile de Vaucluse

Il s'agit d'un cas assez rare de sclérose systématisée primitive de la moelle. La lésion siège exclusivement à la partie interne des cordons postérieurs, sauf à la région lombaire où elle n'est pas aussi nettement circonscrite.

F... François, 48 ans, gardien de la paix en retraite, entré à l'asile en décembre 1881, mort en janvier 1883. La note qui accompagne le malade porte : « Affaiblissement léger des facultés mentales, délire incohérent avec prédominance d'idées des grandeurs, *paraplégie* ». Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Il semble à peu près démontré que l'affection a été causée par un refroidissement. Après s'être exposé à un froid intense, F... serait rentré chez lui malade, les jambes faibles et marchant difficilement. Depuis, cet état se serait aggravé progressivement. Les symptômes psychiques se seraient déclarés simultanément et auraient suivi une marche parallèle.

Voici l'observation du malade à l'asile :

Rien de particulier du côté des appareils sensoriels. Les pupilles sont égales et se contractent normalement sous l'influence de la lumière. La vue est bonne. Les membres supérieurs obéissent à la volonté et ne tremblent pas. La parole est nette. La santé générale est bonne. Pas de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, non plus de crises gastralgiques. Les troubles siègent exclusivement dans les extrémités inférieures : la marche est lente, très fatigante. Les pieds quittent difficilement le sol, mais il n'y a pas la démarche caractéristique des ataxiques. La sensibilité paraît *conservée* (mais elle n'a pas été étudiée au moyen de l'œsthésiomètre). La station debout est pénible, le malade doit s'appuyer sur une canne. On voit qu'il a de la peine à conserver son équilibre. Si on lui bouche les yeux, la difficulté de garder son équilibre n'est pas augmentée.

Quant aux symptômes psychiques, on n'a noté que de la démence, pas de délire, si ce n'est à la fin. L'état du malade reste absolument stationnaire pendant environ une année. Puis, tout à coup, sans cause connue, F... s'excite, devient loquace, délire, et enfin un accès de manie aiguë éclate. Cet accès très violent dure une dizaine de jours et se termine par la mort.

AUTOPSIE. Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains. — *Encéphale :* Méninges (arachnoïde et pie-mère) épaissies, hyperémiées. — Traînées opalines le long des gros vaisseaux. Plaques rouges irrégulières, simulant des épanchements sanguins sous l'arachnoïde, en différents points. Nulle part il n'y a d'adhérences entre les méninges et la substance corticale. Rien à noter sur la dure-mère. Le cerveau paraît normal. La substance grise a sa coloration et sa consistance ordinaires. En résumé : lésions de la méningite chronique, fréquentes chez les aliénés, mais non celles de la paralysie générale.

© BIU Santé

oelle : A l'œil nu, la moelle paraît saine. Au microscope, roit sur des coupes colorées une sclérose manifeste loca- à la partie la plus interne des cordons postérieurs. A la cn cervicale, où le cordon de Goll est bien limité, on voit la sclérose a envahi tout ce cordon dans son diamètre isversal. En avant, elle n'atteint pas la commissure, elle rive en réalité qu'à la moitié du diamètre antéro-postéi- ir du cordon. Enfin la lésion est surtout prononcée en ère, elle diminue progressivement d'arrière en avant. A la région dorsale, la partie postérieure du cordon de l est encore la seule atteinte. Cependant, sur quelques pes, on voit que des parties voisines, à gauche, appartenant véritable cordon postérieur gauche, commencent à être ahies, mais très légèrement. — Enfin, à la région lom- r,e la lésion est bien moins régulièrement limitée. Elle upe encore les parties internes des cordons postérieurs, is non plus les parties tout à fait en arrière. On voit s régions envahies profondément situées, de chaque côté la scissure, dans l'épaisseur même des cordons. En cette gion, la sclérose tend évidemment à s'étendre et à se rap- ocher des racines postérieures.

Réflexions. Nous laissons de côté ce que ce fait rait d'intéressant au point de vue de la coexistence de sclérose médullaire et de l'aliénation mentale, d'au- nt plus que le cerveau ne présentait pas les lésions de paralysie générale. Nous avouons, en plus, que l'exa- en du malade n'a pas été complet : Il eût fallu étudier us minutieusement la sensibilité et la motilité. Il eût llu aussi chercher à savoir s'il y avait tendance au ecul ou à la propulsion. Telle qu'elle est, l'observation émontre qu'une phlegmasie sclérostique produite par n refroidissement s'est localisée sur les cordons de oll, qu'elle tendait à s'étendre, et il est certain qu'avec temps, les faisceaux radiculaires eussent été pris à ur tour. Alors on eût observé les symptômes de ataxie locomotrice vulgaire, mais ces symptômes ont anqué, ils n'ont pas eu le temps de se produire. Les ordons de Goll sont constitués par des fibres commis- urales et leur lésion ne produit ni troubles visuels, ni taxie de la marche, ni douleurs fulgurantes, etc. Nous appellerons que le malade, debout, les yeux fermés, 'était pas plus instable que quand il y voyait clair.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Bacille en virgule du choléra ;

Par M. Babès.

M. Babès expose à la Société anatomique (1) le résultat des echerches qu'il a poursuivies, dans le laboratoire de M. le rofesseur Cornil, sur le bacille virgule du choléra à l'oc- asion de l'épidémie actuelle.

M. Babès a retrouvé presque toujours, dans 9 cas, le bacille irgule dans les selles et en le prenant à la surface de la nuqueuse de l'iléum de cholériques ; il l'a cultivé en suivant e procédé de Koch modifié dans quelques détails.

Au lieu d'agiter la parcelle de matière fécale prise dans l'intestin dans de la gélatine liquéfiée par la chaleur, il commence par l'agiter dans de l'eau distillée, stérilisée (5 c. c. environ) et ensemence ensuite avec une gouttelette de cette eau les plaques de gélatine. On peut avantageusement combiner cette méthode avec celle indiquée par Koch.

On obtient facilement des cultures de bacilles virgules sur ces plaques entre 18 et 20°. On voit de petits points opaques 15 heures après l'ensemencement, mais ces points ne présentent un aspect caractéristique qu'au bout de 20 heures ou même de 24 heures.

(1) Séance du 21 novembre 1884.

En se servant d'un grossissement de 10 diamètres obtenu par la loupe ou le microscope, on distingue nettement des cultures offrant la figure suivante : au centre, un point formé comme par un amas de poussière, autour de lui un premier cercle granuleux et un second cercle plus net, extérieur, non granuleux. Entre le centre et le premier cercle, la gélatine est liquéfiée, ce qui est peut-être le résultat des modifications chimiques attribuables aux bacilles. Ces cultures ont une apparence plus jaunâtre que les cultures des autres microbes des selles ; elles sont plus transparentes, leurs cercles sont plus grands, leur point central plus petit (voyez 1 et 2 de la figure ci-dessous).

Au bout de 30 heures on note la confluence de plusieurs cultures qui finissent par se réunir, par se fondre ; on n'a plus alors de figure régulière ; la gélatine est liquéfiée, et dans cette zone liquéfiée nagent de petits flocons. Si on ensemence, en se servant du fil de platine habituel, un tube

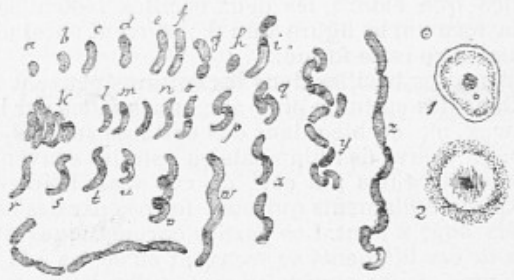


Fig. 127. — *a, b, c, d,* formes du développement et de l'agrandissement des bacilles ; *e,* commencement de leur segmentation ; *f,* segmentation achevée ; *g, i,* formes de la segmentation ; *h,* accumulation de bacilles ; *l, m, n,* formes allongées de bacille virgule ; *o, p, q,* bacilles réunis après la segmentation, *r, s, t, u, v,* filaments allongés et ondulés ; *y, z,* filaments segmentés en bacilles qui restent unis.
1, 2, forme des cultures vues à 5 diamètres, à la loupe.

de gélatine, la culture se présente, deux jours après, sous l'aspect d'une masse grise, transparente, à surface excavée, granuleuse, conique, à sommet dirigé vers le fond du tube, avec un prolongement globuleux, blanchâtre. Si on se sert d'une gélatine plus concentrée (10 : 100), il existe toujours à la surface de la culture une bulle d'air formé par la rétraction de la gélatine voisine et la forme décrite se trouve au fond de cette bulle.

M. Babès a également cultivé le bacille virgule sur du lait, du café, de la viande, des carottes, des légumes, des œufs, du bouillon, des pommes de terre. Les bacilles ne se développent pas sur des fruits frais, cuits ou desséchés, sur des liquides acides, sur la bière ou le vin, sur des conserves contenant peu de liquide, sur la viande salée ou fumée, le fromage. Les bacilles desséchés sur une lamelle sont morts après vingt minutes. Il faut, au préalable, stériliser par la chaleur ces divers milieux, sans cela la culture est impure et le bacille ne se développe pas ou se développe mal.

On peut aussi, en remplaçant la gélatine par l'agar-agar, à la température du corps, obtenir des cultures très rapidement (en 10 heures), mais ces cultures sont moins caractéristiques que celles des plaques de gélatine ; le sérum de bœuf donne des cultures caractéristiques sous la forme des masses globuleuses opaques. L'eau distillée n'est pas un milieu favorable ; au bout de 24 heures on ne trouve plus de bacilles ; en inoculant après 24 heures une partie de cette eau sur la gélatine, on n'obtient rien. En mêlant la gélatine avec 1 : 90.000 du sublimé, après quatre jours, on voit seulement le commencement du développement des bacilles dans la gélatine ; avec 1 : 100.000 de sublimé, le développement est aussi beaucoup retardé, mais, après trois jours, on voit néanmoins une liquéfaction superficielle de la gélatine.

Dans la gélatine liquéfiée, après 24 heures, on constate que les bacilles sont animés de mouvements très marqués, mouvements oscillatoires ou analogues à ceux des spermatozoïdes ; on place pour cela une goutte de culture sur une lamelle reposant sur une lame excavée et chauffée.

© BIU Santé

M. Babès a poursuivi l'étude de ces bacilles au point de vue morphologique. Pour bien saisir leur forme, il les a colorés avec le violet de méthyl dilué ($\frac{1}{200}$). Après 10 heures de culture sur l'agar-agar on trouve des bacilles plus petits que le bacille complètement développé, mais déjà un peu incurvés. Après 15 à 20 heures on trouve des bacilles mesurant 0 μ,4 à 0 μ, 5 d'épaisseur pour 1 μ, 5 de longueur.

Le violet de méthyl se fixe surtout, à un certain moment, aux deux extrémités du bacille (*b*, *c*), ce qui a pu faire croire à l'existence de spores. Mais ces parties foncées sont mal limitées; elles sont mobiles, se rapprochent du centre, arrivent à s'y fusionner, puis se séparent laissant entre elles une raie claire ; c'est là un commencement de division. Le bacille peut, à cette période, garder cet aspect plus ou moins longtemps ou se diviser (voyez la figure en *e*, *f*, *i*, *n*, *o*). C'est de suite, après la division, que les bacilles ressemblent le plus souvent à une virgule (*o*, *p*, *q*); ils offrent une concavité, une convexité, une extrémité plus effilée que l'autre, les deux bacilles restent souvent ensemble, formant la figure d'un S ; souvent aussi un seul individu montre cette forme.

Les formes des bacilles dans les cultures peuvent encore varier. Dans des cultures plus anciennes faites sur l'agar-agar (*v*, *w*, *x*, *y*), ou bien dans des cultures sur des lames creusées, on trouve des filaments en spirales souvent plus gros que les virgules ; à côté de ces vrais filaments, il y a des pseudo-filaments qui sont formés par des bacilles juxtaposés bout à bout. Les parties chromatiques du protoplasma de ces filaments se trouvent en ce cas à la limite des individus; leurs courbures sont quelquefois peu marquées.

M. Babès a cherché sans succès le bacille virgule dans des organes autres que l'intestin. Il communique, en terminant, le fait suivant : En ensemençant un tube de gélatine avec un fragment de rein cholérique recueilli avec toutes les précautions voulues, il a obtenu une culture pure de bacilles virgules. Mais comme le fait est unique et qu'il pourrait s'être glissé dans les opérations une cause d'erreur qu'il ne soupçonne pas, il dit qu'on ne pourra affirmer l'existence de ces bacilles dans les organes autres que l'intestin, qu'après de nouvelles recherches. Dans d'autres cas, M. Babès n'avait rien obtenu ou bien il s'est développé, dans un cas plus ancien, avec une dyssenterie consécutive au choléra, une bactérie un peu allongée souvent en diplocoque dans la culture du rein, qui ne liquéfiait pas la gélatine.

OBSTÉTRIQUE

Hôpital Saint-Louis. — M. **PÉAN**.

Grossesse extra-utérine remontant probablement à 5 ans. — Mort dans la cachexie après 5 mois de souffrances. Autopsie (1);

Par **MONNIER**.

La nommée Bèche, âgée de 44 ans, blanchisseuse, est entrée le 24 mars 1884, à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvillers, lit n° 40 (service de M. Péan).

C'est une femme d'une parfaite santé habituelle, mère de cinq enfants. A l'âge de 39 ans, il y a cinq ans, après une année d'aménorrhée complète, mais sans troubles abdominaux, elle voit ses règles revenir, et, pendant l'une de ces périodes menstruelles, elle fut prise de douleurs dans le ventre et dut rester quatre semaines au lit avec des phénomènes de péritonite qui se calmèrent, mais une douleur abdominale persista, et on constata à cette époque une tumeur que l'on crut être fibreuse. En novembre 1883, les règles ne parurent pas, et subitement elle éprouva de vives douleurs dans le ventre, et des symptômes péritonéaux en même temps que du ténesme vésical. Elle rendit à cette époque de petits morceaux d'os, et le Dr Larrivée l'ayant touchée, trouva dans le vagin un fragment osseux fort aigu. Peu à peu, la malade maigrit, se cachectisa et, finalement, vint mourir dans le service le 29 mars.

Pendant la vie, on avait noté, entre autres signes curieux, une crépitation osseuse au niveau de l'hypogastre.

Autopsie pratiquée 24 heures après la mort. — Il n'y a rien à noter du côté de l'appareil cardio-pulmonaire, excepté quelques adhérences au poumon gauche.

Le foie est volumineux, friable, et semble en dégénérescense amyloïde; il en est de même des reins. Tout l'intérêt de l'observation porte sur l'appareil génito-urinaire. Nous incisons, couche par couche, la paroi abdominale jusqu'à 3 ou 4 centimètres de l'ombilic. A ce niveau, le bord inférieur de l'épiploon adhère lui-même à la tumeur; mais, en le refoulant de 5 à 6 centimètres au-dessus, afin de découvrir la masse intestinale, on voit alors que les circonvolutions les plus inférieures de l'intestin adhèrent également au sommet de la tumeur et même, qu'en un point la paroi intestinale est profondément altérée; à gauche et à droite, une traînée de pus a suivi le gros intestin jusqu'au voisinage des reins. C'est à peine, cependant, si le péritoine est congestionné; c'est que sans doute le pus, formé lentement autour de la tumeur, a fusé lentement aussi dans la grande cavité péritonéale.

Nous décollons sans trop de peine la tumeur, y compris le rectum et la vessie, excepté au niveau de la symphise, et en deux traits de scie, mobilisant l'arcade pubienne, nous obtenons la pièce dans toute son intégrité. Nous trouvons, d'avant en arrière, une tumeur, l'utérus et le rectum. La tumeur a le volume d'une grosse tête de fœtus; sur ses flancs courent les vaisseaux hypogastriques et les uretères.

Une incision sur sa face antérieure permet d'apercevoir une cavité dont la paroi a 3 ou 4 millimètres et dont le contenu est formé d'os, et d'un magma composé de pus et de débris charnus désorganisés : il s'agit d'un fœtus. On reconnaît sans peine au niveau de l'incision un pariétal, et c'était lui qui donnait cette crépitation pendant la vie. A côté, un tibia avec son péroné, dépourvu de l'épiphyse cartilagineuse inférieure, est parfaitement reconnaissable. Le tibia a 4 centimètres et demi de long; et si nous le comparons avec le tibia d'un enfant de six mois environ que nous avons sous les yeux, nous trouvons qu'il a 1 centimètre et demi de moins. C'est donc probablement un fœtus de quatre mois.

En arrière de la tumeur, accolé à sa paroi postérieure, apparaît l'utérus et ses annexes indemnes, hormis la trompe gauche, dont on voit seulement le ligament hypertrophié, ayant le volume d'une grosse plume de corbeau. Ce ligament monte vers le sommet de la tumeur, où il se termine, et vraisemblablement c'est la trompe qui forme le kyste où s'est développé le fœtus. Quant au rectum, il n'adhère à la tumeur qu'à son origine; il n'est pas altéré, du reste, mais remarquablement grêle.

La vessie est plus difficile à trouver, car elle est très atrophiée; on y arrive par un des uretères, et on la trouve derrière la symphise, au-dessous de la tumeur. Une incision latérale fait voir que sa paroi postérieure a disparu, et l'extrémité de nombreux petits os font saillie dans sa cavité, presque nulle du reste. Certains sont même recouverts de concrétions calcaires, ce qui explique cette sensation de calcul vésical sentie par le cathétérisme.

(1) Communication à la *Société anatomique*, 2 mai 1884.

Muséum. — M. le professeur G. Pouchet a commencé le cours d'*anatomie comparée*, le mardi 2 décembre 1884, à 9 h. 3/4 du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure. Le mardi et le jeudi, il traitera de l'anatomie comparée et générale des protozoaires, cœlentérés, echinodermes, vers et mollusques. Le samedi, conférence pratique, à la même heure. Les élèves qui désireraient suivre ces conférences, devront se faire inscrire à l'avance au laboratoire d'anatomie comparée.

— M. le professeur E. Blanchard a commencé le cours de *zoologie* (animaux articulés), le mercredi 3 décembre 1884, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il exposera les caractères de l'organisation et les particularités de la vie des insectes, des arachnides et des crustacés. Dans une partie du cours, il traitera particulièrement des métamorphoses des crustacés et des insectes. L'entrée du cours est par la terrasse ou par la rue Geoffroy-Saint-Hilaire.

© BIU Santé

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les sporozoaires (1).

B. Coccidies.

Les Coccidies ou Psorospermies oviformes ressemblent beaucoup aux Grégarines monocystidées, auxquelles Bütschli les réunit même. A part de légères différences de taille, toutes sont semblables entre elles et toutes ont ce caractère commun, de vivre toujours dans l'intérieur des cellules épithéliales. On ne peut les distinguer les unes des autres que si on suit les phénomènes de leur reproduction.

Il n'est pas rare de voir, chez les Souris que l'on garde en captivité (2), les cellules épithéliales de l'intestin renfermer des masses plus ou moins sphériques et volumineuses de plasma granuleux, munies d'un noyau et refoulant dans un coin le noyau propre de la cellule (*fig.* 128). Chacune de ces masses correspond à une Coccidie, l'*Eimeria falciformis* A. Schneid. La cavité intestinale contient des masses toutes pareilles, mises en liberté par rupture de la cellule qui les emprisonnait tout d'abord ; ces masses sont entourées d'un kyste à double membrane, l'interne délicate, l'externe plus épaisse.

Dans d'autres kystes, la masse est divisée déjà en un plus ou moins grand nombre de globules. Dans d'autres encore, ces globules se sont transformés en bâtonnets falciformes ou recourbés, appliqués contre la membrane interne, à la manière des méridiens d'une sphère ; ces corpuscules falciformes sont munis chacun d'un noyau et sont accompagnés d'un noyau de reliquat. Par la suite, les corpuscules perdent cette disposition régulière et prennent une situation quelconque.

En examinant avec soin le contenu de l'intestin, on y rencontre des corpuscules tout à fait semblables, mis en liberté par la rupture du kyste. Ils sont animés d'énergiques contractions et ils se transforment peu à peu en un petit globule amiboïde. La petite Amibe qui provient ainsi du corpuscule falciforme rampe quelque temps à la surface de l'épithélium, puis pénètre dans l'une de ses cellules et, grossissant, recommence le cycle que nous venons de parcourir.

Au lieu de poursuivre son évolution dans l'intestin même de la Souris qui l'a produit, le kyste à corpuscules peut être rejeté au dehors avec les excréments. Il y a des chances pour qu'il soit avalé par une autre Souris, qui, à son tour, sera infestée de Coccidies.

L'*Eimeria falciformis*, en s'enkystant, se transforme donc en une spore unique, dans laquelle vont prendre naissance des corpuscules falciformes en nombre indéfini. Les Coccidies qui présentent ce caractère doivent former, d'après A. Schneider (3), le groupe des *Monosporées*, par opposition aux *Oligosporées*, chez lesquelles le contenu du kyste se transforme en un nombre constant et défini de spores, deux (*Disporées*) ou quatre (*Tétrasporées*).

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 44, page 869.

(2) Eimer, *Ueber die ei- oder kugelformigen sog. Psorospermien der Wirbelthiere*. Würzburg, 1870.

(3) Aimé Schneider, *Sur les prorospermies oviformes ou Coccidies, espèces nouvelles ou peu connues*. (*Archives de zoologie expérimentale*, IX. p. 387-404, 1881).

Nous prendrons pour type des Coccidies tétrasporées le *Coccidium oviforme* Leuck., qui vit dans l'épithélium des conduits biliaires du Lapin ; on l'a observé aussi chez l'Homme.

Le *Coccidium oviforme* est très rare chez les Lapins sauvages ; il est au contraire très fréquent chez les Lapins domestiques, particulièrement chez ceux de Paris : comme pour tous les parasites, son développement et sa propagation sont favorisés par le rassemblement de nombreux individus dans un même local.

Les conduits biliaires du Lapin sont très dilatés (*fig.* 129) : le tissu hépatique se rompt et se détruit sur plus d'un point, en sorte qu'il se forme de véritables poches, distendues par un liquide caséeux ou purulent, dans lequel on voit nager un nombre considérable de cellules épithéliales. Celles-ci renferment le parasite à toutes ses phases et on le reconnait dans leur intérieur sous forme de masses plus ou moins volumineuses qui refoulent le noyau de la cellule vers l'une de ses extrémités.

De semblables lésions ne sont pas sans entraver le fonctionnement normal du foie. Le tissu conjonctif prolifère autour de la poche purulente et se développe aux dépens du tissu du foie. Les vaisseaux sanguins se trouvent comprimés et il en peut résulter des troubles de la circulation. La bile est sécrétée en moindre quantité ; elle est arrêtée dans son cours ou bien elle s'en va jusqu'au duodénum, mélangée à des substances étrangères qui influent sur sa qualité. En un mot, la nutrition générale est tellement altérée que la piqûre du plancher du quatrième ventricule ne provoque plus le diabète. L'animal maigrit, perd l'appétit ; sa respiration s'accélère et il finit dans les convulsions.

Mais revenons à l'évolution de notre Coccidie. A côté des cellules épithéliales libres que nous signalions plus haut, on trouve dans les poches purulentes des Coccidies libres et enkystées (*fig.* 130). Le kyste est d'abord complètement rempli par son contenu : il est ovoïde et mesure 36 μ sur 18 μ ; il grossit bientôt et atteint une dimension de 43 μ sur 22 μ. Le contenu se contracte alors en boule et se sépare de la paroi. C'est là la phase ultime du développement que l'on puisse observer dans le foie, mais si on place dans l'eau quelques-uns de ces kystes, on les verra, au bout de quelques jours, diviser leur contenu en deux, puis en quatre spores ; bien plus, on verra chacune de ces spores se différencier en un noyau de reliquat et en deux corpuscules falciformes nuclés, accolés l'un à l'autre et disposés tête-bêche.

Le mode de propagation de cette Coccidie est facile à expliquer. Le kyste est entraîné par la bile jusque dans l'intestin, puis il est expulsé au dehors avec les excréments. Son développement se poursuit dans un milieu humide : en 14 à 15 jours, il est mûr et les courants d'air l'entraînent probablement avec les poussières jusque sur les aliments d'animaux sains. Parvenu dans le tube digestif, il se rompt, les spores déchirent également leur paroi et mettent en liberté les corpuscules falciformes. Ceux-ci passent à l'état amiboïde et remontent par le canal cholédoque jusque dans les conduits biliaires, dont ils vont envahir aussitôt les cellules épithéliales.

Le *Coccidium oviforme*, avons-nous dit, se rencontre aussi chez l'Homme. La première observation date

© BIU Santé

de 1858 et est due au professeur Gubler (1). Il s'agissait d'un ouvrier carrier, âgé de 45 ans, entré à l'hôpital Beaujon pour des troubles digestifs et une chloro-anémie profonde. Le foie était très hypertrophié ; dans l'hypocondre droit, on sentait une tumeur pleine de liquide, douloureuse à la pression. On porta le diagnostic de kyste hydatique du foie. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade fit une chute, à la suite de laquelle se déclara une péritonite qui l'enlevait le surlendemain. L'autopsie

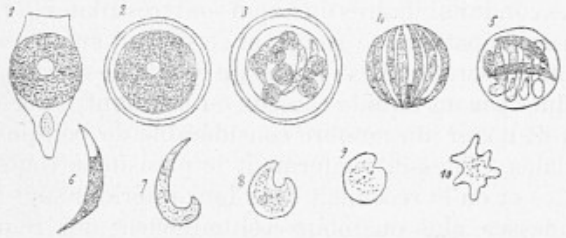


Fig. 128. — *Eimeria falciformis* de l'intestin de la Souris, d'après Eimer. — 1, Coccidie dans une cellule épithéliale dont le noyau est refoulé. — 2, Coccidie enkystée. — 3, formation de la spore. — 4, 5, spore. — 6, 7, corpuscules falciformes. — 8, 9, 10, corpuscules passant à l'état amiboïde.

fut faite. Le foie, très hypertrophié, présentait une vingtaine de tumeurs de la taille d'une noix ou d'un œuf; une autre, remarquable par ses dimensions, était grosse à peu près comme la tête d'un fœtus de six mois, c'est-à-dire qu'elle avait un diamètre de 12 à 15 centimètres. Toutes ces tumeurs étaient remplies d'une substance puriforme de consistance variable, caséeuse ou franchement liquide : on y trouvait une quantité prodigieuse de spores, que Gubler prit pour des œufs de Distome, bien qu'il exprime son étonnement de n'avoir

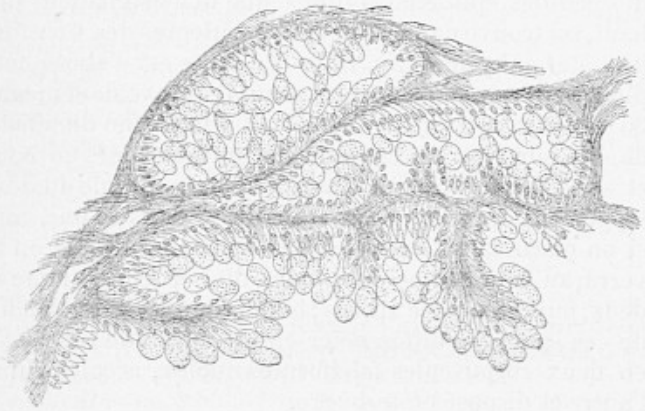


Fig. 129. — Coupe d'un foie de Lapin envahi par le *Coccidium oviforme*, d'après Balbiani. Les conduits biliaires sont dilatés par les parasites

rencontré dans ce foie ni Douve ni aucun autre parasite. Le malade était mort d'une péritonite intercurrente, mais il est hors de doute que sa psorospermose l'aurait tué dans un avenir prochain.

La présence des Coccidies chez l'Homme n'est pas extrêmement rare. A Prague, Dressler a observé dans le foie d'un cadavre humain trois nodules dont la taille variait de celle d'un grain de millet à celle d'un haricot; ils étaient situés tout près de l'arête du foie et renfermaient des Coccidies. Leuckart rapporte encore deux exemples du même genre (1).

Ce n'est pas seulement dans le foie qu'on trouve ces parasites. Kjellberg et Eimer en ont observé dans l'épithélium intestinal, mais on ignore encore quels symptômes ils provoquent. Eimer les a trouvés deux fois, à l'Institut pathologique de Berlin : les cellules épithéliales étaient comme perforées par les Coccidies ; l'histoire clinique n'avait malheureusement pas été notée. La contagion se fait sans doute comme pour la Coccidie du foie, mais ici le parasite peut être communiqué par le Lapin, le Chien, le Chat, animaux chez lesquels il est fréquent de trouver ces Sporozoaires dans l'épithélium intestinal.

Rivolta put observer, chez le vivant, des Coccidies dans les excréments d'enfants et d'adultes. Chez un



Fig. 130. — *Coccidium oviforme* du foie du Lapin, d'après Balbiani. — *a*, *b*, *c*, jeunes Coccidies renfermées dans les cellules épithéliales des canaux biliaires ; *n*, noyau de la cellule épithéliale. — *d*, *e*, *f*, Coccidies adultes enkystées. — *g*, *h*, *i*, *k*, *l*, développement des spores. — *m*, spore mûre isolée, montrant les deux corpuscules falciformes dans leur position naturelle, avec le noyau de reliquat. — *n*, spore dans laquelle les deux corpuscules sont écartés l'un de l'autre. — *o*, corpuscule falciforme isolé ; *y*, son noyau.

jeune garçon, il constata, pendant près de trois mois, que des Coccidies étaient rendues avec les déjections ; il en trouva encore chez un Homme atteint de fièvre intermittente et Grassi a publié des observations analogues. Dans ces cas, il n'est pas certain que le parasite ait été fixé dans l'intestin ; il pouvait se trouver tout aussi bien dans le foie.

Ces animalcules pourraient s'observer également dans le rein, s'il faut en croire une observation, d'ailleurs peu convaincante, de Lindemann, qui doit avoir rencontré des amas psorospermiques dans la tunique albuginée du rein d'un individu mort du mal de Bright. Il est néanmoins certain que Virchow a fait une constatation semblable sur le rein de la Chauve-souris (2).

Enfin, tout récemment, le 2 août 1884, MM. Künstler et Pitres, de Bordeaux, trouvèrent un nombre considérable de spores dans le liquide purulent extrait par thoracocenthèse de la cavité pleurale gauche d'un Homme de 27 ans, employé depuis plusieurs années à bord des paquebots qui font le service régulier de Bor-

(1). A. Gubler, *Tumeurs du foie déterminées par des œufs d'helminthe et comparables à des galles observées chez l'homme.* Mém. *Société de biologie* (2), 1858, et *Gaz. méd. de Paris*, p. 657, 1858.

(1) Leuckart, *Die Parasiten...*, 2e édition, I, p. 281.

(2) R. Virchow, *Helminthologische Notizen.* — *IV. Zur Kenntniss der Wurmknoten.* (*Virchow's Arch. f. pathol. Anat.* XVIII, p. 523, 1860).

© BIU Santé

deaux au Sénégal (1). Ces spores, relativement volumineuses, renfermaient de dix à vingt corpuscules falciformes, accolés à la membrane et accompagnés d'un noyau de reliquat. On voyait aussi nager dans le liquide des corpuscules isolés, munis d'un noyau et mesurant en général de 18 à 20 μ de longueur ; exceptionnellement, on en rencontrait quelques-uns dont la taille était de 60 μ et même de 100 μ. Par suite du manque d'autopsie, il est bien difficile de se prononcer sur le siège exact des Sporozoaires d'où provenaient ces spores et surtout sur le rôle qu'ils ont pu jouer dans l'évolution de la pleurésie. On doit noter toutefois qu'ils semblent avoir été la cause déterminante de la maladie. Depuis deux ans déjà, le patient éprouvait de l'oppression, de la pesanteur dans le côté gauche de la poitrine, un peu de toux sans expectorations ; son état général était du reste excellent; il n'avait jamais de fièvre, ni de frissons, ni de sueurs nocturnes.

Le professeur Ch. Robin parle, dans ses *Végétaux parasites*, d'amas de psorospermies observés par Lebert sur les cheveux des teigneux et considérés par lui comme étant de nature végétale. En 1863 et 1865, Lindemann retrouva chez une jeune fille, à la racine des cheveux, des amas de ce genre, longs d'un millimètre et faisant une saillie d'un sixième de millimètre (2). A Nijni-Novgorod, ce fait serait très fréquent : il s'agirait là des spores d'une Coccidie qui vit dans l'intestin des Poux. Knoch (3), en 1866, aurait trouvé aussi, également en Russie, des psorospermies sur les cheveux de l'Homme, mais Leuckart n'accorde qu'une médiocre confiance à ces observations.

A part le cas de Gübler et celui de Künstler et Pitres, les Coccidies ne semblent pas avoir jamais provoqué chez l'Homme des désordres bien considérables. Mais il n'en est pas de même chez les animaux. Zürn (4) a constaté que la fièvre catarrhale maligne et contagieuse des Lapins, que détermine une rhinite souvent mortelle, est due à des Coccidies qui se rencontrent en quantités innombrables dans les muqueuses du nez, du pharynx, de la caisse du tympan et dans leurs produits de sécrétion. En 1872, Silvestrini et Rivolta ont vu les Poulets des environs de Pise décimés par une psorospermose localisée au pharynx, au larynx, aux fosses nasales et même à la conjonctive et à la crête ; ces observateurs purent reproduire expérimentalement la maladie en donnant à des Poulets sains des aliments auxquels ils avaient mélangé des Coccidies (5). En 1873, Arloing et Tripier ont constaté une épizootie qui sévissait également sur les Poules des environs de Toulouse : le foie, l'intestin, l'œsophage, les poumons étaient remplis de tumeurs dont le volume variait, mais qui toutes étaient remplies de spores. Ici encore, la psorospermose fut reproduite artificiellement en faisant manger à des Poulets sains la matière extraite de ces tumeurs. Il est de la plus haute importance que le médecin ait son attention attirée sur ces faits, encore peu nombreux sans doute, mais pourtant assez précis déjà pour permettre d'affirmer que la psorospermose n'est pas très rare chez l'Homme, surtout chez ceux qui ont des habitudes de malpropreté et de mauvaise hygiène.

Les Coccidies n'ont été signalées jusqu'à présent que chez les Vertébrés et chez les Mollusques, particulièrement chez les Céphalopodes, dont le rein en contient plusieurs espèces bien étudiées par Aimé Schneider. Ces organismes sont sans doute voisins des Grégarines, auxquelles Bütschli les réunit (1), mais il y a pourtant entre ces deux sortes d'êtres des différences importantes : les Coccidies vivent toujours dans l'intérieur de cellules épithéliales, elles ne sont jamais libres pendant leur période d'accroissement et leur enkystement, toujours solitaire, n'est dans aucun cas précédé d'une conjugaison. Elles sont immobiles à toutes les phases de leur existence, sauf quand le corpuscule falciforme, mis en liberté par la rupture de la spore, rampe à la surface de l'épithélium et s'enfonce dans une de ses cellules. On doit considérer les Coccidies comme des Grégarines modifiées par un parasitisme plus complet.

(*A suivre.*) R. Blanchard.

(1) J. Künstler et A. Pitres, *Sur la présence de corpuscules falciformes dans le pus extrait de la cavité pleurale d'un malade atteint de pleurésie chronique latente.* (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, p. 523, 1884).

(2) C. Lindemann, *Die Gregarinen und Psorospermien als Parasiten des Menschen. Bull. de la Soc. imp. des naturalistes de Moscou*, 1863, n° 4, p. 425. — *Lettre adressée au premier secrétaire (sur les Grégariniens). Ibidem*, 1865, n° 1, p. 282. — *Weiteres über Gregarinem. Ibidem*, 1865, n° 4, p. 381.

(3) Knoch, *Journal des russischen Kriegsdepartements*, XCV, 1866.

(4) *Die kugel- und eiförmigen Psorospermien als Ursache von Krankheiten bei Hausthieren*. Leipzig, 1874.

(5) Silvestrini e Rivolta. *Giornale di anatomia, fisiologia e patologia dei animali*. Pisa 1873.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 novembre 1884. — Présidence de M.M. Duval.

M. Ch. Féré communique une *Note sur les fibres arciformes superficielles du bulbe rachidien*. M. Féré rappelle les différentes descriptions que les auteurs ont données du trajet de ces fibres : les uns leur donnant une direction transversale et les faisant passer au-devant du sillon antérieur sous forme d'*avant-pont*, d'autres les faisant naître du sillon médian, pour se porter en dehors, en avant ou au-dessous de l'olive, pour se perdre vers les corps restiformes et les pédoncules cérébelleux. Les faisceaux de ces fibres arciformes offrent un volume très variable et leur nombre est peut-être en raison inverse de celui des fibres arciformes profondes. Depuis les travaux de Deiters, de Clarke, de Meynert, on admet en général que les fibres arciformes profondes ou superficielles ont aussi un trajet analogue et des connexions communes ; elles établiraient des rapports entre les corps restiformes d'un côté et les faisceaux gracilis et cunéiformes de l'autre côté, en affectant des rapports différents avec les deux olives. Les fibres arciformes externes, parties de la région des cordons postérieurs et du pédoncule cérébelleux, recouvrant l'olive ou la contournant en bas, iraient s'entre-croiser en avant dans le sillon médian, pour aller se terminer après être entrées en connexion avec les éléments de l'olive du côté opposé, se terminer dans le corps restiforme, qui serait ainsi en partie constitué par des fibres provenant des cordons postérieurs. M. Féré dit que souvent il est facile de voir que c'est en particulier avec le faisceau grêle et au-dessus de son renflement supérieur que les connexions des

(1) O. Bütschli. *Bronn's Klassen und Ordnungen des Thier-Reichs*. 1. *Protozoa*. 2. *Auflage*, 1882.

© BIU Santé

fibres arciformes sont le plus évidentes; et que d'autre part il arrive souvent que ces mêmes fibres n'ont aucun rapport avec le sillon antérieur, mais se dirigent par faisceaux parallèlement aux fibres de la pyramide antérieure vers le sillon bulbo-protubérantiel. Sur une autre pièce, ces dispositions se trouvent résumées de la manière la plus nette : On voit en arrière, sur les bords du quatrième ventricule, le faisceau grêle au-dessus de son renflement se dévier en grande partie en dehors, en formant un *faisceau récurrent* qui passe au-dessus du faisceau cunéiforme et du corps restiforme, contourne la partie inférieure de l'olive et remonte, en conservant toujours des limites distinctes, sur le bord externe de la pyramide antérieure, dont il partage la direction et la terminaison supérieure. La direction de la portion ascendante de ce faisceau récurrent indique que les fibres arciformes superficielles n'ont pas de rapport nécessaire ni avec le sillon médian, ni avec l'olive du côté opposé. M. Féré se propose de rechercher dans la protubérance l'entre-croisement de ces faisceaux; mais la connaissance de leur direction générale peut déjà être de quelque utilité dans la recherche des dégénérations ascendantes du faisceau de Goll.

M. Laborde complète sa communication sur la *cocaïne*. Il montre des cobayes qui, après deux jours, présentent encore une analgésie générale évidente. Il fait voir des échantillons de bromhydrate de cocaïne beaucoup plus purs que les produits d'origine allemande.

M. F. Franck, tout en poursuivant ses recherches sur les fonctions des diverses régions de l'écorce cérébrale, a appliqué à la surface des régions motrices ou sensitives du cerveau du bromhydrate de cocaïne. Ces régions ont conservé complètement leur excitabilité, alors que parallèlement l'application du médicament sur la conjonctive du chien, en expérience donnait lieu à de l'analgésie. Les applications de cocaïne à la surface de la dure-mère ont eu pour effet de supprimer les convulsions qui se produisent du même côté lorsqu'on excite cette membrane; il est donc très intéressant de noter que les applications de cocaïne qui agissent si bien sur les organes nerveux périphériques n'ont aucune action sur les organes nerveux centraux.

M. R. Dubois présente un mémoire sur la *physiologie des pyrophores*, coléoptères lumineux des Antilles. Il expose les résultats de ses expériences, qui ont trait principalement à l'étude des relations des organes photogéniques avec les autres appareils. Cette seconde communication ne comprend que l'influence des agents mécaniques et physiques, l'auteur ayant fait connaître dans une précédente séance les propriétés physiques de la lumière des pyrophores. Il se propose de publier prochainement un travail ayant trait à l'influence des agents chimiques sur la fonction photogénique.

M. Quinquaud a fait des expériences sur les *inhalations d'oxygène sous pression normale*. L'examen du sang lui a révélé que jamais, malgré la longue durée de l'inhalation, la suroxygénation du sang ne dépassait 3 à 4 0/0, alors qu'*in vitro*, ce sang, soumis à l'action de l'oxygène, pouvait absorber jusqu'à 27 à 28 0/0 de ce gaz. Pendant la durée de l'inhalation, le pouls se ralentit, l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique diminue un peu et, phénomène singulier, la température générale baisse également. Le dosage des gaz du sang veineux et artériel pris au niveau des capillaires, examiné en collaboration avec M. Gréhant, montre que l'oxygénation est affaiblie dans les tissus. Ces effets physiologiques sont très passagers si l'inhalation a été de courte durée. M. Quinquaud conclut que chez les malades les inhalations, d'une façon générale, ne sont pas assez prolongées; il est en outre inutile d'inhaler de l'oxygène pur; on peut obtenir les mêmes résultats lorsque ce gaz est mélangé avec trois fois son volume d'air; au contraire, les effets sédatifs qu'on veut obtenir sont ainsi beaucoup plus marqués.

M. d'Arsonval confirme les résultats obtenus par M. Quinquaud, en ce qui est de l'abaissement de la température pendant la durée des inhalations d'oxygène.

M. Mégnin présente, de la part de M. Fourment, une note sur un helminthe trouvé dans l'intestin de l'oiseau appelé le *fou de Bassan*.

MM. d'Arsonval et Ch. Richet donnent la description d'appareils calorimétriques.

M. Pouchet remet une note qui relate la première partie des expériences faites par MM. Brouardel, Gariel et Grancher sur la *mort par l'électricité*. Les chiens sont tués avec des différences de potentiel équivalant en général à 300 volts. Lorsque le chien n'a pas été foudroyé, 15 secondes encore après qu'il a subi la décharge électrique il reste assez chargé d'électricité pour qu'en approchant le doigt on ressente une violente secousse.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Giraud-Teulon fait une communication sur la *locomotion aérienne physiologique*. Cette communication est motivée par le récent travail de M. Marey, sur le même sujet. Ce dernier, en effet, repousse la doctrine de l'à-coup ou du ressaut, générateur obligé de la force vive dans le vol des oiseaux, aussi bien que dans le saut terrestre, par cette considération formulée *à priori* : « Que tout choc est soigneusement évité dans la machine animale, tous les actes musculaires, quelle que soit la rapidité des mouvements qu'ils engendrent, commençant et finissant lentement. »

M. Giraud-Teulon, considérant le fait contraire comme suffisamment établi en théorie, se borne à citer à son collègue les faits suivants, d'ordre absolument général et banal : Le coup de queue des poissons. L'impulsion des jambes dans la natation des hommes et de la grenouille. Il s'abstient de citer le coup d'aile et le saut, comme points contestés, l'exemple du bond parabolique de la grive (photographie de M. Marie), le jeu de billes (action du ressort du doigt).

Enfin, un exemple emprunté à l'auteur lui-même : « La rapidité des actes musculaires de l'oiseau doit faire supposer que les échanges chimiques, producteurs de la force motrice, doivent participer de l'instantanéité de la déflagration des poudres de guerre. » M. Giraud-Teulon n'en demandait pas tant, quoique bien loin d'accueillir le fait comme démontré.

M. Marey revenait ensuite sur la théorie de la séparation du corps et du sol, lors du mouvement d'abaissement rapide du tronc, sans à-coup ni ressaut, suivant cet auteur.

M. Giraud-Teulon s'attache à démontrer que l'argumentation de son collègue revient, en somme, à cette proposition étonnante qu'il avait avancée l'an dernier : « que l'homme debout pèse plus qu'assis ou accroupi », et qu'il paraît n'avoir pas abandonnée.

Cette démonstration est complétée par le refus d'admettre comme exact le diagramme de ce mouvement, tel qu'il a été présenté à l'Académie dans la séance du 4 novembre; ce graphique étant en discordance trop éclatante avec ceux relevés en 1883, dans des épreuves contradictoires par M. Marey et lui-même, et reproduits dans la communication du 15 janvier 1884. Ce nouveau diagramme conduisait d'ailleurs à cette conséquence originale, que le saut naturel, qui consiste à s'abaisser, se fléchir d'abord, pour se détendre ensuite brusquement, est bien mal entendu; que l'on s'élèverait bien plus haut, en commençant, au contraire, par s'allonger, se détendre, pour se fléchir ensuite, s'accroupir rapidement.

M. Giraud-Teulon relève, en passant, une proposition doctrinale sur les rapports de la dynamique pure et de la dynamique appliquée à la physiologie et que lui prête fort gratuitement M. Marey.

Du vol de l'insecte. — Pour justifier sa théorie du vol de l'insecte, sur laquelle il a calculé celle de l'oiseau, M. Marey avait opposé à M. Giraud-Teulon la construction d'un appareil volant en hauteur et fondé sur cette théorie.

© BIU Santé

M. Giraud-Teulon, après avoir analysé cet appareil, montre que, pour obtenir ou réaliser cet automate qui s'élève contre la pesanteur, M. Marey a été obligé de renverser les conditions anatomiques de l'insecte et de changer bout pour bout son plan de révolution. De vertical qu'il est dans la description anatomique, il lui faut renverser le plan du mouvement dans le plan de l'horizon; en d'autres termes, remplacer le premier insecte par un second théorique perpendiculaire au premier; la composante ascensionnelle ne pouvant être procurée que par cette transformation.

Pour le *vol de l'oiseau*, M. Marey, combat victorieusement, dit-il, les critiques de son adversaire, par l'exemple photographié d'un pigeon qu'il présente à l'Académie.

Cet exemple, répond M. Giraud-Teulon, a été discuté dans notre dernier mémoire, il appartient, non pas au vol horizontal, seul en discussion, mais au vol ascendant; et, d'après la déclaration de M. Marey lui-même, est pris dans une espèce facile à affoler, et qu'il faut jeter en l'air pour le faire voler. Cet exemple est, du reste, annulé par les milliers d'observations toutes concordantes, qui représentent l'oiseau comme frappant, dans le vol horizontal, l'air de haut en bas et d'avant en arrière.

Dans un dernier argument, M. Marey invoque le fait réalisé par lui, il y a cinq ou six ans, d'un oiseau automate-volant, qui parcourait une vingtaine de mètres et qui serait construit sur les plans inclinés du cerf-volant.

M. Giraud-Teulon, ainsi mis en demeure, a réussi à se procurer la vue et l'examen de ces appareils, ce dont il a eu l'obligation à M. le Dr Hureau de Villeneuve. Il a constaté, en effet, la réalité du fait du soutien momentané et du transport horizontal de ces automates pendant un certain nombre de mètres ; mais non pas la réalisation, *en fait*, des *idées* de M. Marey. Bien au contraire, loin d'accomplir une révolution lente et modérée des ailes et de devoir leur mouvement à une pression continue sur l'air, ces ingénieux appareils, dus à MM. Penaud et V. Tatin, se soutiennent quelques instants dans l'air et s'y meuvent horizontalement au moyen de battements répétés, extrêmement secs et brusques. Il s'éloignent donc de la théorie de M. Marey, autant qu'ils se rapprochent du mécanisme de l'oiseau lui-même.

Cette conclusion, d'ailleurs, est implicitement reconnue par M. Marey lui-même, dans les conclusions de la commission du prix Penaud, dont le rapport est dû à M. Tresca, M. Marey faisant partie de la commission. En outre, ce même rapport apprend que l'auteur de ces appareils les a spontanément abandonnés, découragé par le peu de résultats qu'il en avait obtenus.

M. Tison fait la lecture de trois observations de *chromidrose jaune*. Ces trois observations concernent des hommes, domestiques dans la même maison d'éducation. La coloration siégeait sur le cou et le devant de la poitrine ; elle ne présentait pas les réactions propres au pigment biliaire.

M. L. Collin lit un travail sur l'*épidémie d'Aubervilliers*. D'après M. Collin, l'épidémie cholérique d'Aubervilliers a éclaté bien avant la date du mois de septembre ; elle démontre péremptoirement la contagion par des modes divers, l'eau, l'air, les vêtements. Aucun mode dans l'espèce ne paraît ici exclusif. A Aubervillers, l'épidémie, qui s'est cantonnée, localisée à quelques maisons, se trouvait dans des conditions très favorables pour se développer et s'étendre. Tout le monde sait combien la commune d'Aubervilliers est insalubre, étant donnés les nombreux dépotoirs qui y sont installés et les usines qui ne cessent d'y fonctionner depuis fort longtemps. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 décembre 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Trélat, à propos de la communication de M. Verneuil, dit qu'il a eu l'occasion de faire deux amputations pour deux cas d'ostéomyélite qui dataient de 43 et de 36 ans ; il a noté dans l'observation de M. Verneuil l'absence de séquestre et l'existence de deux abcès, avec gaine d'hyperostose ancienne ; ces symptômes appartiennent bien à l'ostéomyélite décrite par MM. Lannelongue et Comby.

M. Berger rapporte un cas d'ostéomyélite chronique, présentant de grandes analogies avec celui qui fait le fond de la communication de M. Verneuil. Dans un autre cas, il a vu l'ostéomyélite réveillée par un traumatisme (fracture) comme dans le cas de M. Verneuil. Il montre les pièces d'une ostéomyélite du tibia, qui avait persisté pendant 65 ans ; et étant donnée la tendance aux nécroses qui caractérise ces cas, il propose de leur donner le nom d'ostéomyélites prolongées nécrosiques. Il ne croit pas que cette affection soit fatale, c'est-à-dire survienne à la suite de tous les cas de périostite épiphysaire de l'enfance. Il cite un cas qu'il a traité par l'incision simple sans trépanation et qui paraît complètement guéri depuis six ans. A propos du traitement, M. Berger admet la trépanation pour l'ostéomyélite aiguë, mais pour les ostéomyélites prolongées, il pense que l'on doit se borner à une médication palliative, à moins que l'état général ne commande un parti plus radical.

M. Terrier communique une observation très intéressante d'ostéomyélite ; le malade portait deux foyers d'ostéomyélite à la fois ; d'un côté M. Terrier incisa l'abcès et appliqua sur le fémur dénudé deux couronnes de trépan ; puis, ayant fait sauter le pont intermédiaire, il put recueillir une quantité notable de pus dans la cavité méduliaire ; ce pus contenait les bacilles de l'ostéomyélite ; de l'autre côté, M. Terrier se contente d'ouvrir l'abcès sous-périostique ; le malade, qui avait de la néphrite infectieuse (albuminurie), a parfaitement guéri, cependant, après avoir présenté pendant un certain temps les symptômes propres à la septicémie de l'ostéomyélite. Bien que M. Terrier ne considère pas la trépanation comme une opération grave, il pense que dans certains cas l'incision jusqu'à l'os peut suffire.

M. Trélat. M. Berger nous a exposé une évolution de l'ostéomyélite en indiquant une tendance presque fatale à la nécrose ; il est vrai qu'en terminant M. Berger a corrigé ce qu'avait de trop absolu la première partie de sa communication. Il y a longtemps que j'enseigne que jamais l'ablation d'un séquestre dans l'ostéomyélite, n'est suivie d'une guérison parfaite parce qu'on n'a présenté particulièrement qu'une fausse coxalgie, avec formations de stalactites osseuses péri-articulaires ; ces accidents se rencontrent dans le cours et à la suite de l'ostéomyélite.

M. Verneuil, à propos de la guérison parfaite de l'ostéomyélite, pense que cette guérison est seulement apparente. A la vérité, la trêve peut être très longue, mais le sujet est toujours sous le coup de l'affection antérieure. Il y a longtemps que M. Verneuil enseigne que « restitutio ad integrum, res rarissima ; » et il prend souvent pour exemple l'ostéomyélite, maladie générale, infectieuse, parasitaire, qui laisse toujours à la suite de sa lésion première un lieu de moindre résistance qui pourra devenir le point de départ d'accidents ultérieurs, de même nature que ceux du début, et dans les produits pathologiques desquels on pourra retrouver les organismes inférieurs qui caractérisaient l'affection à son début. M. Verneuil a vu une néphrite infectieuse quinze ans après une ostéomyélite ; il n'hésita pas à établir un lien de causalité entre ces deux affections; quand il rencontre une albuminurie, que n'expliquent pas les affections ordinaires, il examine le squelette pour voir s'il n'en trouvera pas le point de départ sous l'aspect de cicatrices d'une ostéomyélite antérieure.

M. Terrier croit aussi à la nature infectieuse de l'ostéomyélite, il rappelle les recherches de Rosenbach et les principaux caractères du staphylo-coccus, microbe de l'ostéomyélite, qu'il a eu récemment encore l'occasion d'étudier; mais il comprend d'une façon différente l'évolution de cette maladie infectieuse. Le microbe, entré par une voie quelconque, détermine une manifestation immédiate, c'est l'ostéomyélite aiguë, dont la septicémie spéciale peut se prolonger pendant plusieurs mois ; M. Terrier ne croit

© BIU Santé

pas que l'individu guéri reste, pendant quarante et plus, la proie du même microbe. Les accidents septicémiques qui surviennent plus tard ont leur physionomie particulière.

M. Pozzi établit la distinction entre les néphrites infectieuses et les néphrites chroniques dégénératives qui accompagnent les suppurations prolongées; il cite un cas de sa pratique démontrant que ces dernières ne contre-indiquent pas les interventions chirurgicales.

M. Berger fait un rapport sur deux observations adressées à la Société par M. Houzel (de Boulogne). Il s'agit dans l'une d'un cas de polydactylie, pour lequel M. Houzel fit l'amputation dans la continuité; l'autre était un bec-de-lièvre double compliqué, que M. Houzel opéra avec succès peu de temps après la naissance. M. le rapporteur est d'avis qu'il ne faut pas opérer trop tôt ces vices de conformation; mieux vaut résister aux sollicitations des parents; l'enfant résiste mieux à l'opération, et les chances de succès sont plus grandes quand il a vécu quelques mois.

M. Terrier exprime l'avis formel que les amputations dans le cas de polydactylies doivent être des désarticulations; on n'ouvre pas l'articulation qui relie le doigt au reste de la main lorsqu'on ampute dans la continuité, mais on laisse un segment osseux qui grandira et nécessitera bientôt une nouvelle opération. Or, la désarticulation, avec les précautions antiseptiques, n'ajoute guère au danger de l'opération.

M. Lucas-Championnière présente un genu valgum opéré par l'ostéotomie; le malade marche bien depuis quelque temps déjà et l'opération n'a été faite qu'en juillet dernier.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 26 novembre 1884.—Présidence de M. Delpech.

M. Dupont présente un nouvel appareil de son invention au moyen duquel il est possible de faire respirer aux malades de l'air comprimé et de l'air raréfié.

M. Campardon lit un travail sur l'*Hammamelis virginica*. Ce médicament extrêmement usité en Amérique mérite de prendre une place honorable dans notre thérapeutique : il rétablit l'équilibre entre la circulation artérielle et la circulation veineuse et redonne du tonus aux vaisseaux. Aussi l'emploiera-t-on avec succès dans les cas d'ectasies veineuses, varices, varicocités du pharynx, hémorrhoïdes. Il produit également de bons effets dans les hémorrhagies et les congestions utérines. On l'administre sous forme de teinture de feuilles ou d'écorce à la dose de 15 à 20 gouttes par jour en deux ou trois fois; on peut également prescrire cette teinture loco dolenti en onctions, incorporée à l'huile de jusquiame par exemple. Il ne faut pas pousser plus loin que 20 gouttes la dose du médicament car, dans quatre cas, M. Campardon a observé des phénomènes d'intoxication consistant en vertiges, troubles de l'innervation cardiaque et paralysies transitoires.

M. Dujardin-Beaumetz se demande s'il y avait chez les quatre malades de M. Campardon une relation directe entre les phénomènes observés et l'administration du médicament. C'est qu'en effet, une série d'expériences lui ont démontré que non seulement l'Hammamelis ne donnait jamais lieu à des accidents, mais encore qu'elle était incapable de produire le plus petit effet physiologique. En Amérique, on prend l'*extrait fluide*, c'est-à-dire parties égales de véhicule et de principe médicamenteux, par cuillerées à bouche. D'autre part, jamais M. Beaumetz n'a rien observé sur les malades à qui il l'avait administrée à fortes doses : l'expérimentation sur les animaux est restée négative; enfin, l'analyse chimique n'a pu révéler l'existence d'un principe actif. C'est donc là un médicament tout à fait inactif et M. Campardon a eu devant lui des coïncidences et non des faits.

MM. C. Paul et Huchard se rangent à l'avis de M. Beaumetz : ils ont employé l'Hammamelis à de beaucoup plus fortes doses que M. Campardon et n'ont rien obtenu : peut-être, dit M. Paul, y a-t-il là une question de préparation, ce qui semble cependant bien douteux.

M. Moutard-Martin fait observer que, dans son travail, M. Campardon s'est appuyé pour vanter les vertus de l'Hammamelis sur l'autorité de plusieurs médecins homœopathes américains. Ces autorités peuvent-elles faire foi dans la question, et surtout devant une Société qui repousse et condamne l'homœopathie.

M. Delpech. L'observation de M. M. Martin est d'autant plus fondée, qu'il se croit autorisé à déclarer au nom de tous les pharmaciens de la Société que la préparation des remèdes homœopathiques est totalement inconnue.

Erratum. Au lieu de « chaque cent. cube contient 10 cent. de caféine, lire (n° 46, p. 952, 2e colonne, l. 1); chaque cent. cube contient **40** cent. de caféine. »

G. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 novembre 1884.—Présidence de M. Bucquoy.

M. Gérin-Roze montre le moulage des *organes génitaux externes* d'un sujet âgé de 26 ans, présentant l'aspect extérieur et les appétits génésiques du sexe féminin. Les seins, chez ce sujet, sont très développés. Il existe une vulve et un vagin, surmontés d'un pénis très court, avec deux testicules. M. Gérin-Roze se croit autorisé à affirmer qu'il n'y a ni utérus ni ovaire. Du moins, on n'a pas constaté de menstrues. Il s'agit là d'un cas de faux hermaphrodisme.

M. Letulle fait une longue et intéressante communication sur les *gommes scrofulo-tuberculeuses hypodermiques*. La discussion sur ce travail a été remise à une séance ultérieure. Nous reviendrons sur le mémoire de M. Letulle à l'occasion de cette discussion.

M. Dujardin-Beaumetz met sous les yeux de la Société une *série d'appareils* fort ingénieux et de réactifs chimiques, dont il s'est servi pour extraire du suc gastrique de l'estomac et vérifier les propositions avancées par divers auteurs, sur les altérations de ce produit de sécrétion dans le cas de cancer. On se rappelle que, d'après M. Van der Velden, le développement du cancer supprimerait l'acidité du suc gastrique. Les recherches auxquelles s'est livré M. Dujardin-Beaumetz ne lui permettent pas de souscrire à cette affirmation. Il a trouvé le suc acide chez des cancéreux; il a constaté au contraire la réaction neutre chez des individus qui n'étaient nullement affectés de cancer.

M. Labbé présente un malade atteint de *lèpre anesthésique*. Il s'agit d'un homme originaire du Mexique, sur la peau duquel on constate l'existence de plaques couleur café au lait, au niveau desquelles la sensibilité a disparu.

G. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 novembre 1884.—Présidence de M. Proust.

M. le Dr Proust donne lecture d'un mémoire sur la vie et les travaux du Dr Fauvel, qui était membre honoraire et l'un des fondateurs de la Société.

M. le Dr Napias lit une note sur l'hygiène des ouvrières en fleurs artificielles. Les accidents professionnels signalés par les médecins qui ont écrit sur ce sujet, se rapportent tous à l'intoxication arsenicale. Or, les conditions de l'industrie de la fleur artificielle ont changé : on n'emploie plus que des couleurs dérivées de la houille, et les accidents qui résultent de cet emploi sont en réalité peu inquiétants. Pourtant, certains rouges qui ont remplacé la cochenille, — le *rouge geranium* par exemple qui coûte de 3 à 5 fr. le kilog., au lieu de 80 à 120 fr. que coûte la cochenille, est une laque d'éosine souvent plombifère et qui a déterminé des accidents saturnins. M. le Dr Napias en cite des exemples, et il n'est pas étonnant qu'en effet des coliques de plomb aient été observées chez les ouvrières qui respirent les poussières de cette laque d'éosine, puisqu'elle contient environ 20 0/0 de plomb. Pourtant, on peut

© BIU Santé

faire des laques d'éosine à l'alumine qui sont sans danger, et il y aurait lieu d'en recommander l'usage.

Ce n'est que par la présence du plomb que les couleurs d'éosine sont vraiment dangereuses. Elles provoquent, il est vrai, des éternuements, des coryzas, des manifestations inflammatoires légères du côté des muqueuses, ce qui tient à la forte proportion de brome qu'elles renferment; elles déterminent quelquefois une hyperhydrose spéciale; mais tout cela semble bénin. — Si on observe chez les ouvrières fleuristes des érythèmes plus ou moins étendus, c'est à l'emploi des couleurs azoïques qu'il faut s'en prendre. Des couleurs qui avaient déterminé de tels accidents ont été confiées par M. Napias à M. Pabst, qui les a analysées et a reconnu des dérivés azoïques.

Après cette communication, la discussion s'engage sur l'épuration des eaux d'égout par le sol.

M. le Dr Larger (de Maisons-Lafitte) estime que le sol est un excellent épurateur. Il a peur, toutefois, qu'on établisse ainsi au voisinage des villes des marais dangereux. Il critique, en tous cas, le choix de la forêt de Saint-Germain comme champ d'épuration.

M. Duverdy prend la question à un autre point de vue. Pour lui, la Seine est irrémédiablement polluée par le fait des barrages nombreux qui rendent l'eau stagnante; essayer de la débarrasser des eaux d'égout par l'épuration n'est pas un moyen certain de l'assainir. Il rappelle ensuite les protestations auxquelles le projet de la Ville a donné lieu, et il invite la Société à se prononcer contre ce mode d'épurer les eaux d'égout de la Ville.

La discussion sera continuée dans une séance supplémentaire, le mercredi 10 décembre prochain. R. P.

GÉOGRAPHIE MÉDICALE

I. L'intoxication mercurielle aux mines d'Almaden;

Par M. Paul Raymond, interne des hôpitaux.

Au mois de juin dernier, nous trouvant en Espagne, nous eûmes l'occasion d'aller étudier à Almaden les affections produites par l'*extraction du mercure* dans ces mines qui sont, avec celles d'Idria en Illyrie, les plus riches d'Europe, et d'ailleurs les seules régulièrement exploitées.

Grâce à l'accueil sympathique que nous avons trouvé auprès du directeur des mines et à l'extrême obligeance du Dr Caranillas, médecin de l'hôpital, nous avons pu observer un certain nombre de maladies mercurielles d'un grand intérêt. En effet, les accidents produits par l'absorption lente mais prolongée du mercure diffèrent essentiellement de ceux que l'on observait autrefois après l'usage immodéré que l'on faisait de ce métal dans un but thérapeutique; d'autre part, la réunion d'un plus grand nombre de malades permet d'étudier dans leur ensemble ces manifestations de l'intoxication professionnelle.

A Almaden, ville d'environ 7,000 habitants, la plus grande partie de la population est employée aux mines. Celles-ci comprennent trois puits principaux d'une profondeur moyenne de 300 mètres, où la ventilation est difficile et assez imparfaite. On y trouve le mercure à l'état de sulfure et aussi à l'état liquide par suite des sublimations intérieures et des décompositions lentes du cinabre. Il vient encore des villages voisins d'autres ouvriers, mais ils ne sont employés que pendant la saison d'hiver, au moment où, profitant d'une température plus basse, on traite le minerai. Ils ont à faire un travail beaucoup plus dangereux que celui qui est attribué à leurs camarades d'Almaden : ils chargent les fours, assistent à l'opération de la sublimation, exposés par conséquent aux vapeurs mercurielles mélangées à l'acide sulfureux qui s'échappe au dehors, et malgré ce contact permanent avec les vapeurs, ils sont rarement atteints, parce que, dès que leur tâche, qui dure environ trois heures, est terminée, ils retournent chez eux. Si quelques-uns, à la suite de cette prédisposition individuelle dont il faut tenir le plus grand compte dans l'intoxication mercurielle, sont atteints de salivation ou même de tremblement, on voit ces accidents cesser assez rapidement grâce au séjour, à l'air et à la vie active que mènent ces ouvriers, presque tous cultivateurs.

Quant aux mineurs habitant Almaden, les uns sont atteints parfois après quelques semaines de travail dans les mines; d'autres, au contraire, sont employés depuis trente et quarante ans sans avoir jamais rien éprouvé ou sans avoir ressenti autre chose qu'une légère stomatite. Pour expliquer ce résultat, en apparence paradoxal, il faut évidemment faire intervenir la réceptivité propre à chaque individu, mais aussi et surtout, les fautes d'hygiène et les imprudences des travailleurs. En effet, bien que les mineurs ne doivent pas séjourner plus de six heures dans la mine, il en est qui, pour augmenter leur gain, préfèrent continuer l'extraction : ceux-là seront intoxiqués à bref délai; mais tandis que les uns sont pris de tremblements les plus violents, les autres n'ont au contraire qu'un peu de gingivite. En outre, les ouvriers qui se livrent à des excès alcooliques, ceux qui se surmènent, qui rentrent en sueur dans la mine, sont plus exposés que les autres à l'intoxication, que celle-ci se fasse par le contact immédiat du minerai ou plutôt par les poussières qui résultent de la fragmentation des blocs et par les vapeurs qui se dégagent continuellement du mercure liquide.

Quant aux ouvriers, de bonne constitution, qui se livrent à l'agriculture dès que leur travail est terminé et qui mènent une vie régulière, ils ne sont presque jamais atteints, ou, s'ils le sont, l'éloignement de la mine suffit pour rétablir promptement la santé.

Nous avons eu l'occasion d'observer des malades à la mine et à l'hôpital, où une salle leur est réservée : l'intoxication, qui se traduit surtout par la stomatite, le tremblement et la cachexie, fait sentir ses effets pendant de longues années, et si elle ne tue pas brusquement, elle abrège du moins l'existence des mineurs, qui vivent rarement plus de cinquante ans.

Dans la mine, on peut rencontrer plusieurs ouvriers atteints de stomatite : parfois les ingénieurs eux-mêmes sont pris de salivation, avec sécheresse et chaleur de la bouche, accidents qui cèdent rapidement au chlorate de potasse. Quant aux ouvriers, ils ne se traitent guère, et alors on voit survenir chez eux cette salivation abondante avec gonflement de la muqueuse buccale, haleine fétide, etc. La salive est spumeuse, claire, ne paraît pas filante. Bientôt surviennent les ulcérations, avec enduit blanchâtre, pultacé, siégeant presque toujours sur les gencives inférieures et la face interne des lèvres; la teinte noirâtre des dents apparaît; le gonflement alvéolaire, les fongosités gingivales aboutissent à un accident très commun : la chute des dents. Celles-ci tombent l'une après l'autre, sans douleur, comme dans le diabète.

Certains malades ne sont atteints que de gingivite, avec sensation de gêne dans la bouche; d'autres sont pris de ptyalisme, sans qu'il soit possible d'assigner une cause à ces localisations.

Le froid, l'humidité, les influences atmosphériques ne paraissent pas avoir d'action sur la stomatite, qui serait cependant plus fréquente en été que dans les autres saisons.

Tous ces malades continuent à travailler, et ce n'est que lorsque la stomatite s'accompagne de salivation abondante, de phénomènes généraux graves, qu'ils rentrent à l'hôpital; toutefois, l'inflammation chronique est de beaucoup la plus fréquente. Il faut dire aussi que ces accidents étaient plus nombreux autrefois; aujourd'hui, le travail est mieux ordonné, et ils ont diminué sensiblement. Parfois, l'intoxication peut débuter par le tremblement sans qu'il y ait eu stomatite, et ce tremblement peut survenir de deux façons : lentement ou, au contraire, brusquement. Ce dernier mode de début n'est même pas très rare.

Nous avons pu observer un malade qui fut pris un jour subitement de tremblement des membres supérieurs, et celui-ci continuait à augmenter, bien que le malade fût déjà, depuis quelques jours, en traitement à l'hôpital.

© BIU Santé

D'autres fois,et le plus souvent, le tremblement survient peu à peu : il commence par une sensation de faiblesse dans les membres, par des picotements et une douleur quelquefois intense dans les masses musculaires; il envahit d'abord les membres supérieurs, auxquels il peut rester limité, surtout si l'ouvrier se fait soigner à temps; parfois, il commence par un bras, pour gagner l'autre après un temps plus ou moins long; puis il se propage aux membres inférieurs et, à peu près en même temps, aux muscles du cou et de la face. Il est fréquent de voir le tremblement des lèvres, de la langue, de l'orbiculaire, des paupières, des muscles zygomatiques; alors le malade parle avec lenteur et difficulté; il bégaie, il ne peut siffler; la langue est tremblotante.

A l'état de repos, le tremblement est peu manifeste et même il n'existe pas; mais, semblable en cela au tremblement de la sclérose en plaques, il augmente et atteint des proportions considérables sous l'influence d'un mouvement volontaire, d'une émotion ou encore après une fatigue ou des excès alcooliques. Lorsque les malades veulent saisir un objet, ils commencent par se diriger assez bien vers le but indiqué; mais à mesure qu'ils en approchent, les mouvements prenant une amplitude de plus en plus exagérée, ils ne peuvent réussir. Si les bras sont étendus et les doigts écartés, on voit des secousses régulières, horizontales, qui augmentent d'intensité si l'effort persiste.

Un malade atteint depuis cinq ans de tremblement de tout le corps, fut prévenu que le médecin le demandait; il marchait avec des béquilles, et à mesure qu'il approchait, le tremblement augmentait à un tel point qu'on était obligé de le tenir pour l'empêcher de tomber. Cet individu se traînait sur les genoux et sur les mains : c'était même à certains moments le seul moyen de locomotion qui fût possible pour lui. Il parlait assez facilement, bien que la parole fût un peu hésitante, et il n'avait qu'une légère trémulation des lèvres; mais il avait ce teint plombé et ce regard particulier de ceux qui ont ressenti une profonde atteinte du mercure. Le tremblement avait commencé après une stomatite et il avait été d'une violence extrême. On voit en effet assez souvent des malades pris d'un tel tremblement, qu'ils ne peuvent rester dans leur lit tant sont exagérées les secousses, qui les en feraient tomber. Tout leur corps est agité, les jambes fléchissent, et ces malheureux préfèrent se coucher à terre; ils ne peuvent ni se vêtir, ni même manger seuls, et c'est à peine s'ils trouvent quelques moments de sommeil, pendant lequel disparaît le tremblement.

D'autres fois, ce tremblement s'accompagne de convulsions et même de contractures; ce sont les muscles fléchisseurs qui l'emportent sur les extenseurs. Un de ces malades, dont le tremblement était très prononcé, avait la main droite fléchie presque à angle droit sur l'avant-bras, celui-ci fléchi sur le bras, le coude rapproché du tronc. D'autres malades ressentent le long des biceps et des muscles de l'avant-bras ou dans les articulations de violentes douleurs, qui disparaissent généralement par l'application de courants électriques. La sensibilité est conservée : elle nous paraissait normale sur tous les points explorés. Les forces semblent aussi intactes : le malade serre la main assez facilement.

Il est des cas où le tremblement se localise à des groupes musculaires les plus variés. On nous a montré un malade qui avait eu des secousses rapides des muscles intercostaux ayant persisté pendant plus d'un mois, avec grande gêne de la respiration. Chez un autre malade, le diaphragme avait été intéressé : la parole était entrecoupée, la respiration saccadée et difficile.

Ce sont les muscles de la vie de relation qui sont atteints; les muscles de la vie organique paraissent indemnes; on a prétendu cependant que les plans musculaires de l'estomac pouvaient être le siège de douleurs violentes, comme les muscles des bras, par exemple.

Quant aux paralysies, elles sont rares, mais elles existent. On les trouve parfois aux avant-bas, mais surtout aux extrémités inférieures; on pouvait voir à l'hôpital un malade qui était resté plusieurs semaines sans pouvoir fléchir l'avant-bras droit ni exécuter aucun mouvement de pronation : dans ces cas, cependant, les muscles répondent aux excitations électriques.

La cachexie se traduit au début par de la faiblesse générale, de la courbature, du malaise, de la céphalalgie; il y a perte d'appétit; la langue est blanche, la bouche mauvaise; des modifications de caractère surviennent bientôt. Le malade est triste et taciturne; il présente une teinte plombée, jaunâtre; maigrit rapidement et peut arriver à un grand degré d'émaciation; mais en général, sous l'influence d'un traitement reconstituant et surtout à la suite d'un changement de régime et du séjour au grand air, ces accidents cessent, ne laissant après eux que cette teinte terreuse, cet aspect abattu et hébété, avec lenteur de la pensée et lenteur de la parole; dans d'autres cas, il ne subsiste qu'un peu d'anémie, dont sont d'ailleurs atteints beaucoup de mineurs.

D'autres fois, par suite des progrès de la cachexie et de la perte des forces, à un degré avancé de l'intoxication, on voit des malades qui peuvent à peine se traîner et qui sont réduits à une immobilité à peu près absolue; mais ces faits, qui étaient paraît-il fréquents jadis, tendent à devenir de plus en plus rares.

Une remarque intéressante à signaler, c'est l'extrême susceptibilité au froid de ces malades; ils prévoient les moindres changements de température; un courant d'air, les saisons froides et humides les impressionnent péniblement.

Le Dr Caranillas n'a pas observé les accidents nerveux (névralgies, vertiges, hallucinations, insomnie, épilepsie, amaurose, etc.), qui ont été signalés. Il n'a jamais rencontré non plus l'albuminurie, les angines avec ulcérations, les maladies du foie, les conjonctivites, les lésions osseuses, toutes complications que l'on trouve notées dans certaines observations d'hydrargyrisme.

Parmi les affections de la peau, il n'a observé que la pellagre, et cela assez fréquemment, surtout chez les mineurs qui font abus des boissons alcooliques.

On a prétendu que chez les mineurs intoxiqués il y avait de l'excitation génésique, mais cette opinion vulgaire n'est rien moins que démontrée. Enfin, il aurait été intéressant de savoir quelles sont les relations qui existent entre la syphilis et l'intoxication mercurielle; quelle marche, quels caractères l'hydrargyrisme imprime à la syphilis, mais les syphilitiques ne sont pas admis à l'hôpital, et nous n'avons pu avoir de renseignements sur la coïncidence qui peut exister entre ces deux intoxications.

Les habitants d'Almaden non employés à la mine, ceux des villages voisins ne paraissent pas ressentir, comme on l'a dit, les effets du mercure, malgré sa volatilité extrême. L'eau que l'on boit dans tout ce pays n'aurait pas non plus les qualités nuisibles qu'on a voulu lui reconnaître. Il faut être soumis à l'action directe du mercure pour en ressentir les effets.

Quant au traitement institué pour ces différents accidents, il a changé bien des fois; lorsque la stomatite est très aiguë, les ouvriers entrent à l'hôpital, où l'on emploie depuis fort longtemps un collutoire composé de teinture de cochléaria, d'acide chlorhydrique, d'acide sulfurique et de miel rosat : il donne de très bons résultats. On administre aussi le chlorate de potasse.

Pour le tremblement, on a essayé de nombreuses médications : l'iodure de potassium entre autres, qui n'a pas donné ce que l'on en attendait; on emploie actuellement le bromure de potassium à la dose de 1 gramme par jour; mais ce qui donne de très beaux résultats, c'est l'électrisation par les courants induits : l'un des pôles est placé sur les racines du plexus brachial, au-dessus de la clavicule, et l'autre dans la main du malade. Aussitôt que le courant est établi, le tremblement disparaît, les douleurs se calment, les arthralgies diminuent et le malade éprouve une sensation de bien-être qui lui fait réclamer avec insistance ce mode de traitement.

© BIU Santé

Les douches, les bains sulfureux ou galvaniques ne sont pas employés, les appareils nécessaires faisant défaut.

L'anémie, la cachexie sont traitées par les toniques, le fer, le vin de quinquina et par une nourriture substantielle. Le séjour à l'air, les diaphorétiques sont des adjuvants précieux du traitement et sont à ce titre recommandés aux malades.

Nous croyons pouvoir résumer cet exposé en disant :

1° L'intoxication professionnelle à Almaden se traduit surtout par la stomatite, le tremblement, la cachexie.

2° On observe aussi un certain nombre de symptômes secondaires (douleurs dans les muscles, dans les articulations, perte des dents, extrême susceptibilité au froid, etc.) qui appartiennent à l'hydrargyrisme chronique.

3° De même qu'autrefois on attribuait à tort au mercure des accidents qui relèvent manifestement de la syphilis (chancre, orchite, périostite de nature mercurielle, par exemple), de même nous croyons qu'aujourd'hui encore on rapporte au mercure des accidents qui ont une autre origine (angines chroniques, ictère grave, accidents nerveux, manie mercurielle). Ces accidents, s'ils ont été notés dans certains cas d'intoxication mercurielle, nous paraissent devoir être attribués à des états morbides concomitants comme la scrofule, la tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis. En tout cas, ils font défaut chez les mineurs d'Almaden.

4° Seuls les ouvriers en contact immédiat avec le mercure sont intoxiqués. Contrairement, à ce que l'on a prétendu, les enfants des mineurs, les habitants du pays non employés aux mines, les ouvriers qui font de l'eau de ces contrées un usage quotidien ne ressentent nullement les effets de l'intoxication.

THÉRAPEUTIQUE

Le Rosinol.

I. La colophane, plus connue sous le terme générique de *résine*, provient de la térébenthine privée d'essence par évaporation ou par distillation. Cette résine ou colophane se présente en une masse de couleur jaune, cassante et vitreuse, laquelle est presque entièrement composée d'*acide abiétique* anhydre, puis d'une faible proportion d'acides acétique et succinique, et enfin d'hydrocarbures goudronneux.

Si l'on soumet la résine à la distillation sèche, on obtient alors différents produits, parmi lesquels il en est un tout particulièrement intéressant par suite de sa récente application en thérapeutique. Les produits de la distillation de la résine comprennent : une huile essentielle (que les Anglais appellent *vive essence*), une huile plus lourde qui est le Rosinol, et du goudron.

Le Rétinol ou plutôt *Rosinol*, qui nous intéresse tout spécialement, est une huile d'un jaune clair, assez fluide, analogue d'aspect à l'huile d'amandes douces, d'une saveur et d'une odeur faibles et spéciales, non saponifiable et offrant par elle-même une réaction tout à fait neutre.

Bien que la formule brute de la composition du Rosinol ($C^{35}H^{16}$) puisse en quelque sorte expliquer certaines de ses applications thérapeutiques, il est aussi d'autres éléments à considérer. Ainsi le Rosinol, produit de distillation, contient naturellement, par suite de son origine et de sa préparation, et en dissolution dans l'hydrocarbure, divers corps tels que : *térébène, colophène, résine modifiée, crésylol, acides crésylique* et *phénique, créosote* et *ses dérivés pyrogénés*. Tous ces différents principes, en dissolution dans l'hydrocarbure huileux, viennent ajouter leur action spéciale à celle du produit essentiel et principal constitué par le carbure.

On peut s'expliquer ainsi très aisément les remarquables propriétés du produit comme *antiseptique, tonique, isolant, modificateur* et *cicatrisant*.

II. Le *Rosinol*, introduit depuis peu dans la thérapeutique, a toujours fourni de constants et parfaits résultats. Ainsi, pour l'usage externe, toutes ses diverses applications sont des plus heureuses et sanctionnées par des observations aussi nombreuses qu'intéressantes : *pansements chirurgicaux* soit en applications topiques, soit en injections ou introductions à l'aide de charpie, pansements des trajets fistuleux, clapiers, abcès vidés, etc. Appliqué sur les muqueuses uréthrale, et vaginale et surtout au moyen de tampons dans la *vaginite* et les *métrites* (avec ou sans ulcérations), le Rosinol constitue en quelque sorte le spécifique de ces affections.

Ses applications *obstétricales* sont indiquées dans presque toutes les circonstances. Enfin, on a fait servir le Rosinol à la façon des huiles, cérat, pommades, vaseline, etc., dans un grand nombre de cas tels que brûlures, hémorrhoïdes, diverses affections de la peau, etc., où il s'est toujours montré comme un agent héroïque. — Ceci s'explique bien, d'ailleurs, par sa seule composition chimique.

III. Pour l'usage interne, le Rosinol comporte de nombreuses applications et toutes véritablement très intéressantes. On l'a administré par cuillerées dans les fièvres putrides (*forme typhique*) et on en a obtenu des effets qui peuvent être ainsi résumés : cicatrisation des ulcérations intestinales, isolement de ces ulcérations d'avec les matières fécales tendant à les infecter, expulsion des matières par la lubrification des parois du tube digestif, tonification du tube digestif lui-même. C'est sans doute par une action analogue qu'on a vu le Rosinol produire d'étonnants résultats dans le *cancer* et l'*ulcère stomacal*.

Mais par son action cicatrisante toute spéciale sur les muqueuses, le Rosinol est naturellement indiqué comme un *anticatarrhal* général ; et alors à petites doses (sous forme de capsules), on l'emploie avec le plus grand succès dans le traitement des *rhumes, catarrhes, bronchites, laryngites, pleurésies chroniques*, etc. C'est pour la même raison que quelques praticiens l'ont employé avec toute réussite (aux mêmes doses et sous la même forme) dans le traitement du catarrhe de la vessie.

IV. En résumé, le *Rosinol* est essentiellement un agent modificateur, tonique et antiseptique à l'égard des muqueuses ; et si un flux mucoso-purulent exagéré ou même purulent les a envahies, l'application directe du *Rosinol* les ramènera à leur sécrétion normale, tandis qu'en applications indirectes, soit par injection, sous forme quelconque, le Rosinol agissant par diffusion favorisera la cicatrisation des voies respiratoires ou urinaires.

Le Rosinol a encore certains avantages dont le médecin doit tenir compte : il est d'un emploi commode et ne peut dans aucun cas donner lieu au moindre inconvénient. Nous publierons ultérieurement diverses observations très intéressantes à propos des diverses applications du Rosinol.

E. GAUTRELET.

VARIA

Distribution des prix à l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre.

La distribution des prix à l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre a eu lieu samedi dernier, 29 novembre, à 4 heures. La cérémonie était présidée par M. PEYRON, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. Nous avons remarqué dans l'assistance, MM. Thomas, membre du Conseil de surveillance de l'Administration, Imard, inspecteur de l'Assistance publique, Brelet, secrétaire général, Mourlan, chef de division, Bonnaire, l'un des professeurs de l'Ecole, le commandant du fort de Bicêtre, M. Boucher, M. Vialla, maire de Gentilly, MM. les Directeur et économe de Bicêtre, etc., etc. M. le Directeur de l'Assistance publique a ouvert la séance et prononcé l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs,

J'ai regardé comme un devoir étroit de saisir la première occasion qui s'offrait à moi, de venir témoigner que les sentiments d'intérêt profond, d'affection sincère, que mon prédécesseur portait à nos Ecoles d'infirmiers et d'infirmières laïques, sont demeurés les miens ; que je garde en leur avenir la même confiance, et que j'en attends les mêmes services.

J'avais également à cœur de renouveler à Monsieur le docteur

© BIU Santé

Bourneville, à qui elle doit tout d'abord s'adresser, et, avec lui, à tous les maitres dont la science si haute se fait humble pour vous, l'expression de la reconnaissance de l'Administration.

Je laisserai à M. Bourneville le soin de mettre une fois de plus en lumière à quelles nécessités répondent la création de vos Ecoles et de marquer les nouveaux progrès accomplis dans cette dernière année. Pour ma part, je me bornerai à vous redire de quel œil attentif l'Administration continue à suivre vos progrès, et combien reste grand son désir d'encourager tant d'efforts méritoires.

Mais je ne veux céder à nul autre l'honneur de proclamer que l'épreuve à laquelle vient d'être soumis le dévouement du personnel de nos hôpitaux, l'a trouvé partout, dans tous les rangs, sans exception et sans défaillance, égal à lui-même.

Cinq victimes tombées dans leurs rangs, victimes du devoir professionnel, disent assez la part qui revient à nos infirmiers et à nos infirmières; et l'Ecole de Bicêtre, par les volontaires qu'elle a fournis, et par ceux, qui, nombreux, attendaient avec impatience le moment d'aller rejoindre leurs camarades, s'est largement associée à cette œuvre de commune abnégation. A cette vertu française d'entrain dans le danger, vous joindrez, Messieurs et Mesdames, cette vertu moins éclatante, mais aussi méritoire, de l'accomplissement régulier des devoirs de chaque jour. Vos fonctions sont parfois rudes, vos besognes ingrates; mais il n'est pas de soins si pénibles, de tâche si vulgaire, que n'allège et ne relève la dignité dans la conduite; et ce n'est pas seulement un surcroit de valeur professionnelle, c'est un surcroit de valeur morale que nous demandons à nos Ecoles, et que nous attendons d'elles.

Ces paroles ont été accueillies par de chaleureux applaudissements. La parole a été ensuite donnée à M. Bourneville qui s'est exprimé dans les termes suivants :

Mesdames, Messieurs,

La distribution des prix qui aurait dû être faite au commencement du mois d'août a été retardée par une série de circonstances qui se sont succédé et nous ont empêchés de vous décerner les récompenses que vous méritait votre travail de l'an dernier.

En effet, l'assiduité des hommes qui avait toujours laissé à désirer a été plus grande que jamais; et elle a persisté plus longtemps aussi que durant les années précédentes. 83 infirmiers assistaient aux cours d'octobre et on en retrouvait encore 60 aux mois d'avril et de mai. Malheureusement le zèle s'est refroidi à mesure que les chaleurs augmentaient et en juillet nous ne comptions plus que 35 élèves. Il s'agit là, d'ailleurs, d'un fait que nous avons constaté chaque année et qui nous engage à prendre les mesures nécessaires afin de terminer les cours à la fin du mois de juin.

L'assiduité des élèves-femmes, comme toujours, n'a rien laissé à désirer. Elles étaient 38 à l'ouverture des cours le 2 octobre; elles se retrouvaient 33 à la fin de l'année scolaire et encore la maladie a-t-elle été presque la cause unique de cette légère diminution. Mais, leur ardeur a diminué dans une certaine mesure. Ce n'est qu'un petit nombre d'entre elles, une douzaine, qui prenaient part aux compositions. Pourquoi? J'ai dû m'en enquérir, et, de mon enquête il est résulté que si, parfois, il y avait eu des questions d'amour-propre en jeu, il existait d'autres motifs plus graves et que je dois faire connaître.

L'Administration, par l'organe de son ancien directeur, M. Quentin, s'était formellement engagée à remplacer une centaine de religieuses par une centaine de laïques avant le 31 décembre 1883, je dis bien : 1883. Rien n'a été fait. Les élèves ont marqué le pas, n'ont pas obtenu l'avancement qui leur avait été promis et auquel elles avaient légitimement droit. Je ne veux pas examiner ici à qui incombe la responsabilité de ces atermoiements si regrettables; mais, je dois dire que, depuis le commencement de l'année, M. Quentin a fait des efforts méritoires pour obtenir la laïcisation de l'hospice d'Ivry.

Eh bien, permettez-moi, Mesdames et Mesdemoiselles, d'insister auprès de vous afin que cette année vous reprenniez courage, afin que vous suiviez exactement, courageusement, les cours primaires, les cours professionnels, les exercices pratiques, et que vous fassiez toutes les compositions. N'oubliez pas que nous sommes dans une période de réorganisation, exigeant des luttes continues, et que ce n'est qu'à force de persistance, d'esprit de suite, d'énergie, de votre part, de la part de ceux qui, comme M. le directeur, comme vos maitres et moi, voulons la laïcisation, que nous arriverons au but.....

Nous avons seulement sept diplômes à décerner : 4 aux infirmières, 3 aux infirmiers. Ce chiffre est bien minime; aussi dois-je donner à cet égard quelques explications.

Depuis plusieurs années, vos maitres et moi nous n'avions pas cessé de demander à l'Administration de décerner des diplômes aux meilleures élèves des écoles d'infirmières. Ce n'est que l'an dernier, après des instances réitérées, que l'Administration y a consenti. Pour la rassurer, dissiper des craintes que nous n'avons jamais comprises, nous avons posé les conditions très difficiles auxquelles les diplômes seraient accordés. Je vais les rappeler de nouveau, ce qui les portera en même temps à la connaissance de M. le Directeur : 1° Prendre part à toutes les compositions des prix; 2° obtenir pour l'ensemble des compositions un minimum de 125 points ainsi répartis :

	Maximum	*Minimum*
Administration	20	15
Anatomie	20	15
Physiologie	28	15
Pansements	25	15
Hygiène	20	15
Soins aux femmes en couches	20	15
Petite pharmacie	20	15
Examen pratique	30	20
	175	125

Vous n'avez pas tous compris l'obligation trop dure qui s'imposait à vous de ne manquer aucune composition des prix afin d'arriver au minimum fixé. Quelques-uns des meilleurs élèves, quelques-unes des meilleures élèves ont manqué l'une des compositions; d'autres, également des meilleures, ayant eu de l'avancement ont quitté l'hospice et, elles aussi, n'ont pu prendre part aux compositions. Telles sont les raisons qui expliquent pourquoi le nombre des diplômes décernés est si restreint.

Mesdames, Messieurs, vous êtes prévenus et j'espère que, au mois de juillet prochain, nous aurons le plaisir de vous délivrer un grand nombre de diplômes. Nous ferons compter toutes les compositions, les compositions ordinaires et celles des prix, qui seront rigoureusement pointées, et lorsque pour chaque branche de l'enseignement le minimum, au moins, sera atteint, le diplôme sera accordé.

On m'a fait remarquer aussi que le minimum fixé pour l'anatomie et la physiologie était trop élevé. Je proposerai à M. le Directeur de l'abaisser à 10 au lieu de 15. Il s'ensuivra que le minimum de points à obtenir sera de 115.

J'ai dit tout à l'heure que d'anciennes élèves de cette école — et il en est de même à la Salpêtrière — avaient été déplacées avant la fin de l'année scolaire. Quelques-unes d'entre elles m'ont demandé à venir composer. J'ai transmis leur requête, en l'appuyant, à l'Administration; j'indiquais combien il était facile de leur donner satisfaction. Une première lettre, puis une seconde sont restées sans réponse. Je ferai de nouvelles propositions à M. le Directeur et j'espère qu'après les avoir examinées il leur donnera son approbation. Il fournira ainsi l'occasion à toutes les anciennes élèves des Ecoles qui remplissent dans divers établissements les fonctions de surveillantes, sous-surveillantes et suppléantes de prendre part à des compositions qui les mettront en mesure d'obtenir le diplôme d'infirmière des Ecoles municipales....

Outre les *élèves internes*, les écoles d'infirmières ont des *élèves externes*. J'aurai l'occasion, lors de la distribution des prix à la Pitié, de rappeler les mesures qui ont été prises envers elles, les avantages sérieux qu'elles pourraient procurer à l'Administration et à la ville de Paris. Pour le moment, je me contenterai de faire connaître à M. le Directeur que les élèves externes, ici, sont recrutées parmi les filles des sous-employés de l'hospice et que la plupart d'entre elles aspirent aux places d'infirmières et nous fourniront successivement de bonnes recrues....

Deux malheurs irréparables sont venus frapper ceux qui se consacrent à votre instruction.

Le 29 mai, c'était le Dr BLONDEAU, qui nous était enlevé après trois mois d'une longue et douloureuse maladie. Depuis l'ouverture de l'Ecole de Bicêtre en 1878, il est venu chaque année, vous faire le cours d'hygiène. Bien des fois vous l'avez trouvé à son poste malgré le mauvais temps et quoique souffrant de ses accès de goutte; c'est qu'il ne voulait pas qu'il y eût, par sa faute, de lacunes dans votre instruction; parce qu'il ne voulait pas que des absences, même justifiées, vinssent donner prise à des critiques contre la régularité de l'enseignement des Ecoles. Vous vous rappelez le charme de ses leçons, dans lesquelles il s'efforçait — et il y réussissait — de bien vous faire comprendre par des exemples judicieusement choisis, par des comparaisons frappantes, les notions d'hygiène en rapport avec votre profession. Vous garderez tous le souvenir de votre maitre, dont le dévouement à l'œuvre de la laïcisation était si profond.

La tombe de Blondeau était à peine fermée, qu'une autre s'ouvrait. Mlle Joséphine AGNUS, qui remplissait les fonctions de sous-maitresse à l'Ecole primaire des infirmières, succombait après quelques jours de maladie. Avec quelle bonté, quelle assiduité, quel dévouement elle remplissait ses modestes fonctions, vous ne l'avez certes pas oublié. Elle aussi restera dans votre mémoire.

Ce dernier et triste hommage rendu à ceux que nous avons

© BIU Santé

perdus, je dois remercier au nom de l'Administration et en votre nom aussi, je pense, tous ceux qui consacrent avec tant d'ardeur leurs rares moments de loisir à votre instruction. Ce sont pour les hommes : M. Boutillier, et ses aides, MM. Chevallier, Thierry et Carjat ; — pour les femmes : Mme Thierry-Defransure et ses adjointes Mlle Bl. Agnus, Mme Thierry-Sarrazin, Mlle Labbé (E.) ; — pour les deux sexes : Mme Caloir...

Bien des fois déjà, soit dans la presse, soit au Conseil municipal, soit dans les distributions de prix, j'ai appelé l'attention de l'Administration sur les logements des sous-employés de tous grades et sur leur nourriture. Je crois nécessaire d'y revenir encore une fois.

J'ai visité il y a quelques années, d'une façon très complète, cet hospice et il m'était resté une triste impression de cette visite, à bien des points de vue, mais aussi en ce qui concerne vos dortoirs, vos logements. Quelques améliorations ayant été réalisées depuis cette époque par l'Administration, j'ai voulu faire une nouvelle visite, et j'ai constaté qu'il existait encore beaucoup de logements insalubres et qu'il est du devoir de l'Administration de les remplacer à bref délai.

Quant à la nourriture des employés, depuis les surveillants jusqu'aux infirmiers et infirmières qui débutent, elle exige des améliorations sérieuses. Je ne veux pas insister; je me bornerai à dire que les infirmiers et les infirmières, sur seize repas consécutifs, ont eu douze fois du bœuf. Cette petite statistique juge la question.

Ce n'est pas seulement sur le logement et la nourriture des infirmiers et des infirmières que j'ai le devoir d'appeler la bienveillante sollicitude de M. le Directeur, je dois encore lui signaler les défauts du mode actuel d'avancement, en ce qui concerne les hommes surtout (je parlerai à la Salpêtrière du mode d'avancement des infirmières). Ici il ne se produit que rarement des vacances parmi les suppléants et les surveillants. Aussi, conformément à sa promesse, l'Administration devrait autant que possible donner ces emplois aux meilleurs élèves de l'école de Bicêtre. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi ; et il en résulte un certain découragement parmi les infirmiers — et les meilleurs — quand ils voient ces places accordées à des personnes du dehors alors qu'eux ne sont promus ni ici, ni dans les autres établissements.

Je suis convaincu que M. le Directeur examinera toutes ces réformes et que, à l'avenir, vous n'aurez plus à m'entretenir de vos plaintes, hélas trop bien justifiées....

Les élèves infirmiers doivent redoubler de zèle afin d'encourager l'Administration de l'Assistance publique et l'Administration départementale à prendre parmi eux les futurs sous-surveillants. Vous savez que je vous ai toujours montré que l'ouverture de l'asile de Villejuif permettrait de récompenser les plus méritants d'entre vous, et, le jour de sa visite à la section des enfants, M. Poubelle, préfet de la Seine, s'est engagé à choisir ici quelques-uns des sous-employés dont il aura besoin. Dans un récent rapport sur le budget de l'asile de Villejuif, je lui ai rappelé cette promesse et je ne doute pas qu'elle ne soit tenue.

Cet emprunt de l'Administration départementale à cette école est pleinement justifié. Il irait de soi et il n'y aurait pas besoin d'en parler si l'on n'avait pas commis la faute très regrettable de détacher le service des aliénés de l'Assistance publique. Je dis que cet emprunt est justifié. En effet, l'école de Bicêtre reçoit tous les ans une subvention du Conseil général motivée par ce fait qu'elle doit, comme celle de la Salpêtrière, faciliter le recrutement des infirmiers et des infirmières, des sous-surveillants et sous-surveillantes des asiles. Bicêtre a été choisi surtout pour l'enseignement des infirmiers parce qu'ils s'y trouvent en grand nombre ; que l'établissement renferme des vieillards, des aliénés, des enfants, des malheureux atteints de maladies chroniques et enfin un service actif de chirurgie, en un mot de grandes ressources pour l'instruction professionnelle. Enfin, comme l'instruction ordinaire de la plupart des infirmiers était insuffisante, nous trouvions encore à Bicêtre tous les éléments nécessaires à cet enseignement primaire : des maîtres, des locaux, un matériel scolaire, autant de conditions qui permettaient d'organiser l'Ecole d'infirmiers et d'infirmières d'une façon complète et économiquement, ce que ne doit pas perdre de vue le gouvernement républicain, c'est-à-dire celui qui a le devoir de réduire au minimum possible les dépenses d'administration.

Je termine ces trop longues réflexions en vous renouvelant les recommandations que je vous ai déjà faites : vous devez faire tous vos efforts pour profiter des moyens d'instruction mis à votre disposition par le Conseil municipal, par le Conseil général et par l'Administration. Vous devez en témoigner votre gratitude en faisant votre service avec zèle, activité et dévouement ; vous devez toujours vous montrer bienveillants envers les malades, les enfants, les vieillards, vous devez être les fidèles exécuteurs des prescriptions des médecins et des ordres de l'Administration ; vous devez être respectueux envers vos chefs immédiats, les surveillants et les sous-surveillants, si, un jour donné, vous voulez vous-mêmes être obéis et respectés par vos subordonnés.

Si vous suivez mes conseils, je ne doute pas qu'un jour ne vienne où vous aurez votre récompense. Ce jour, je le voudrais immédiat. C'est à vous de le rapprocher. Le Conseil municipal qui s'intéresse si vivement à votre sort, lutte sans cesse en votre faveur. Et ces efforts ne seront pas stériles, mais recevront leur juste récompense, car hier M. le Ministre de l'intérieur, interrogé par moi, m'a répondu que dans un mois, un mois et demi au plus tard, un nouvel établissement hospitalier serait confié aux laïques.

A l'œuvre donc et courage !

Il a été ensuite procédé à la distribution des prix.

Choléra.

Novembre	Malades existant le matin.	Entrées.	Total des malades traités.	Sorties par guérison.	Sorties par décès.	Total des sorties.
—	—	—	—	—	—	—
27	151	4	155	24	2	26
28	129	9	138	9	9	18
29	120	8	128	24	4	28
30	100	3	103	1	3	4
Décembre.						
1	99	5	104	16	5	21
2	83	4	87	9	3	12
3	75	1	76	4	1	5

Comme on peut s'en assurer par le tableau ci-dessus comprenant les malades soignés dans les hôpitaux, l'épidémie continue à décroître rapidement. Il y a tout lieu d'espérer qu'elle aura complètement disparu dans quelques jours.

Il en est de même en province où on ne signale plus que quelques rares décès isolés.

Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière.

Les cours professionnels et les exercices pratiques viennent de recommencer. L'enseignement comprend les cours suivants : *Administration :* M. Le Bas ; — *Notions d'anatomie :* Dr Gauthiez ; — *Notions de physiologie :* Dr P. Regnard ; — *Pansements :* Dr P. Poirier ; — *Soins à donner aux femmes en couches et nouveau-nés :* Dr Maygrier ; — *Hygiène :* Dr Ch. Féré ; — *Petite pharmacie :* M. Yvon. — Le cours d'Administration a lieu le mercredi à 8 heures et celui des Pansements le vendredi à la même heure. — Nous engageons vivement les dames du dehors à suivre ces cours et à participer aux *exercices pratiques* qui ont lieu tous les jours à l'Infirmerie générale de 4 à 6 heures. — Des diplômes seront décernés à la fin de l'année scolaire, c'est-à-dire au mois de juillet prochain.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1884 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Enseignement libre.

Cours Municipal de Pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, directeur de l'aquarium de la ville de Paris, commencera ce cours le mercredi 10 décembre à 2 heures et le continuera les mercredi et vendredi suivants à la même heure, à la mairie du 1er arrondisse-

© BIU Santé

ment (Saint-Germain l'Auxerrois). Le professeur traitera des poissons d'eau douce de la France et des divers procédés de repeuplement des eaux.

FORMULES

31. Traitement de la blépharite. (1)

La blépharite ciliaire (blépharo-adénite), inflammation des bords libres des paupières, est une des affections oculaires les plus difficiles à guérir complètement, surtout quand elles relèvent de l'état général (scrofule, lymphatisme, etc.) Les récidives sont fréquentes et il faut, de la part du malade et du médecin beaucoup de patience et de persévérance dans le traitement.

Dans la blépharite légère, alors que le bord ciliaire ne présente qu'une desquamation furfuracée avec un peu de rougeur de la paupière (*blépharite squameuse, séborrhée sèche*), on arrivera assez rapidement à une guérison à peu près complète en étalant tous les soirs sur le bord palpébral, gros comme la tête d'une épingle, de la pommade suivante :

Précipité rouge. .	0,10 centigr.
Vaseline.	10 gr.

Ce traitement devra être continué tous les jours, puis tous les deux jours. Longtemps encore après la guérison, pour prévenir les recherches si fréquentes, un régime tonique, les préparations martiales, le sirop iodo-tannique, l'iodure de potassium à petites doses, l'huile de foie de morue, etc..., seront indiqués chez les lymphatiques et les scrofuleux.

La forme chronique amène à la longue un épaississement du bord palpébral avec dilatations vasculaires et hypertrophie des follicules pileux; dans ces cas, on se trouvera bien de l'application de rondelles de taffetas gommé pendant la nuit et de la pommade le matin.

La *blépharite ulcéreuse* débute par un épaississement et une rougeur du bord libre des paupières, avec sécrétion d'abord légère qui fait aglutiner les cils les uns aux autres. Il se forme des croûtes jaunâtres que le malade arrache souvent, en mettant à vif des ulcérations siégeant à l'orifice des follicules pileux. Ces ulcérations amènent la destruction des follicules et la chute définitive des cils, Il faut alors ramollir les croûtes par des compresses émollientes, des cataplasmes d'amidon ou des rondelles de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée appliquées pendant la nuit. Puis, appliquer la *pommade au précipité rouge* comme ci-dessus. Si l'épaississement du bord palpébral est considérable, si les ulcérations sont étendues, on pratiquera de petites piqûres ignées avec la pointe effilée d'un galvano-cautère.

Dans certaines formes de blépharite, surtout dans les cas où la conjonctive était aussi intéressée, nous avons retiré des avantages réels de l'application sur les paupières entrouvertes de compresses imbibées de la solution suivante :

Extrait de saturne.	6 gr.
Eau.	200 —

Le *rétrécissement des voies lacrymales* est quelquefois la seule cause de la blépharite, surtout quand celle-ci est localisée sur un œil. Les larmes ne s'écoulant pas normalement, s'évaporent sur le bord des paupières où les sels qu'elles contiennent deviennent une cause d'irritation. Il suffit, pour arriver à une prompte guérison, d'inciser le point lacrymal et de passer pendant quelques jours les sondes de Bowman.

Les anomalies de la réfraction sont aussi quelquefois la cause indirecte de la blépharite. La fatigue occasionnée par les efforts de l'accommodation, provoque souvent une irritation des paupières. L'emploi de verres appropriés fait cesser tous ces désagréments.

A. Darier.

NOUVELLES

Natalité a Paris. – Du dimanche 23 novembre au samedi 29 novembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1240, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 479; illégitimes, 163. Total, 642. — *Sexe féminin* : légitimes, 448 ; illégitimes, 150. Total, 598.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 novembre au samedi 29 novembre 1884, les décès ont été au nombre de 1239 : savoir : 653 hommes et 586 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. 40. F. 34. T. 74. — Fièvre typhoïde : M. 13. F. 8. T. 21. — Variole : M. 4. F. 1, T. 5. — Rougeole : M. 15. F. 13, T. 28. — Scarlatine : M. ., F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 1, F. 5. T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 18, F. 18, T. 36. — Dyssenterie : M. 1. F. 1, T. 2. — Erysipèle : M. 3, F. 5, T. 8 — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 28, F. 15, T. 43. — Phthisie pulmonaire : M. 164, F. 94. T. 258. — Autres tuberculoses : M. 5, F. 6. T. 11. — Autres affections générales : M. 26. F. 47. T. 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 32, F. 37, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 15. F. 18, T. 33. — Pneumonie : M. 47, F. 51, T. 98. — Athrepsie : M. 48, F. 29. T. 77. — Autres maladies des divers appareils : M. 168, F. 177, T. 343. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 21, F. 13. T. 34. — Causes non classées M. 5, F. 7, T. 12.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 95 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 46 ; illégitimes, 12. Total : 58. — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 10. Total : 37.

Faculté de médecine de Paris. — M. Charpentier, agrégé, est rappelé à l'exercice, du 1er novembre 1884 au 30 octobre 1885 ; il est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Budin, du cours complémentaire d'accouchements.

Nominations. — M. Frémont (Victor), est nommé préparateur au cours de pathologie externe, en remplacement de M. Hausmann, dont la délégation est expirée.

M. Siredey, chef adjoint de clinique médicale, est chargé des fonctions de chef de clinique médicale en remplacement de M. Faisans, démissionnaire.

M. Combes, licencié ès sciences, est nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Castellan non acceptant.

M. Monange, préparateur adjoint du laboratoire de chimie, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Etard, dont la délégation est expirée.

M. Chabrie (Pierre), licencié ès sciences, est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Monange, appelé à d'autres fonctions.

M. Calmels est nommé aide du laboratoire des cliniques à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Lesage décédé.

Concours. — *Internat des asiles d'aliénés de la Seine.* — MM. Legrand du Saulle, Dagonet, A. Voisin, Bigot, Espiau de Lamaestre, Reclus et Mauriac. Les candidats sont au nombre de 16 pour 5 places. La question écrite a été : *Nerf récurreut*, (Anatomie et physiologie)

Prix de l'internat. — Epreuves orales. Médaille d'or : Pathologie externe : *Luxations congénitales de la hanche.* Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : Luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière. — Céphalomatome. — Pathologie interne : *Accidents nerveux du saturnisme.* Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : Des vertiges ; Diagnostic de la syphilis héréditaire chez le nouveau-né. — Classement des candidats : MM. Richardière, Babinski, Charrin, Darier, Gallois.

Médaille d'argent. Pathologie externe : 1re séance. *Hernie inguinale congénitale* ; 2e séance. *Hydrocèle vaginale.* Les autres questions restées dans l'urne étaient : Fracture de l'extrémité inférieure du radius ; Diagnostic et traitement des corps fibreux de l'utérus ; Fractures de la rotule; Métrorrhagie après l'accouchement. — Pathologie interne : Paralysie de la troisième paire. — Les autres questions : Diagnostic de la broncho-pneumonie ; Le muguet. — Classement des candidats: MM. Hallé, Hartmann, Roger, Dubreuilh, Marfan.

Prix Broca. — La Société d'anthropologie a décerné le prix Broca à M. le docteur Léo Testut, professeur à la Faculté de médecine de Lille pour son livre intitulé : *Anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée ; leur importance en anthropologie.*

Société de Médecine Légale. — Séance du lundi 8 décembre 1884, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. Ordre du jour : Elections pour le renouvellement du bureau. Relation par M. Barthélemy d'un cas d'empoisonnement volontaire par la strychnine, ayant soulevé une question de secret professionnel. Rapport de MM. Brouardel et Rocher sur la responsabilité des médecins experts. Sur l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie.—Question posée par M. Grenell de (Gérardmer). Nomination de membres correspondants nationaux.

Nécrologie. — Le Dr E. Morin, Fondateur et rédacteur en chef du *Formulaire mensuel de thérapeutique et de pharmacie* est mort le 15 novembre d'une fièvre typhoïde. — L'*União medica* de Rio de Janeiro, annonce la mort du Dr J. M. Nunes Garcia, membre de l'Académie de médecine et professeur d'anatomie descriptive ; il était âgé de 80 ans. Il est l'auteur d'un *traité élementaire d'anatomie descriptive.*

(1) Voir les nº 31, 37, 40, 46 du *Progrès médical.* Traitement des maladies des yeux à la clinique du Dr Abadie.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

Institut de France
PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY
Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé.* — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation.
Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY
Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré.* — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.
Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTÉS DANS LES HOPITAUX
ET PRÉSENTÉS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VIN KINO-PHOSPHATÉ A LA COCA, de A. GRUJARD
Titré à 0,25 de phosphate de chaux par cuillerée.
Le meilleur tonique, reconstituant et dépuratif. Employé avec succès dans les *tuberculoses*, et en général dans toutes les affections diathésiques. (*Remplace avec avantage l'huile de foie de morue*). Dose : un demi-verre à bordeaux aux principaux repas.

BAUME ANTI-RHUMATISMAL ET ANTI-GOUTTEUX, de A. GRUJARD
A la flore des Alpes (essence juniperus et labiées).
Employé *chaud* en frictions contre *goutte, rhumatisme, arthritisme, ataxie locomotrice.*

TEINTURE RÉVULSIVE de A. GRUJARD (*Balsamum ammoniacale*).
Employée en frictions contre les *bronchites, laryngites, toux, asthmes*, et en général toutes les affections thoraciques et abdominales exigeant une dérivation énergique.
Dépôt : Pharmacie du Centaure, 31, rue St-Denis, Paris. (Notice exp.pr chaq. produit.)

MEDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878
GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON
PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. (*Voir nos Mémoires sur la Glycérine.*)
VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*
VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.
SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.
GLYCERINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.
ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.
PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*
SEUL VIN AU QUINA OU QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RECOMPENSE

BAGNÈRES DE BIGORRE
Est une des Stations Thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr DURAND FARDEL)
EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES
L'EAU SULFUREUSE DE LABASSÈRE
Est la plus richement minéralisée des Sulfureuses Sodiques (PETREQUIN et SOCQUET). — *Se place en tête des Eaux Sulfureuses propres à l'exportation* (FILHOL). — *A une supériorité incontestable sur toutes les Eaux Sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des Sources* (CAZALAS). — *Trois ans d'embouteillage sans altération* (OSSIAN HENRY).
Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES
MIGRAINES
SPÉCIFIQUE
des maladies nerveuses en général.
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, Faub.g Montmartre
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

VALS
SOURCES
PAULINE. Amie de l'estomac, elle en combat les fatigues et favorise la digestion.
1 GRAMME SEL ALCALIN
CHLOÉ. Affections des voies digestives, dyspepsie, gastralgie, gastrite simple, gastrite-entéralgie.
2 GRAMMES SEL ALCALIN
SOUVERAINE. Maladies du tube intestinal, gastrite chronique et les affections du système nerveux.— 3 GRAMMES SEL ALCALIN.
CONSTANTINE. Affections du foie, de la rate, des voies urinaires, goutte, rhumatisme, calculs, albuminurie.—5 GRAMMES SEL ALCALIN.
MARQUISE. Maladies des reins, gravelle, diabète, coliques néphrétiques.
7 GRAMMES SEL ALCALIN
ST-LOUIS. Arsenicale, sans analogie avec les précédentes. Très reconstituante, réussit dans la chlorose, cachexie paludéenne, spermatorrhée, fièvres intermittentes, eczéma, urticaire, psoriasis, anémie, débilité.
Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — *Dose, une bouteille par jour.*
Détail : dans tous les Dépôts d'Eaux minérales naturelles, principales Pharmacies, 80 cent. *la Bouteille.*
LE COMMERCE DOIT ADRESSER SES COMMANDES A
LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE VALS (ARDÈCHE)

POUDRE DE VIANDE
de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pure et sans odeur
POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .
Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées
PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

DIGESTIF COMPLET
ELIXIR EUPEPTIQUE TISY
Pancréatine, Diastase et Pepsine
PHARMACIE BAUDON
RUE DES FRANCS-BOURGEOIS, 11

CHARCOT (J.-M.). Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE et E. BRISSAUD. In-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 8. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Joffroy, Remy. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Fournier, Rendu. — 5e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Lannelongue, Pinard.

Mardi 9. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Jaccoud, Hayem, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Peter, Proust, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Laboulbène, Cornil, Troisier. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Pajot, G. Sée, Campenon.

Mercredi 10. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Hanriot.

Jeudi 11. — 2e *de Doctorat* (Méd. opér.) (Epreuve pratique) : MM. Richet, Le Fort, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. G. Sée, Ball, Bouilly. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Hallopeau.

Vendredi 12. — 2e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Trélat, Damaschino, Landouzy ; 2e *Série* : MM. Fournier, Joffroy, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Guyon, Tarnier, Reclus. — 4e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Charcot, Robin.

Samedi 13. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Sappey, Cornil, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Panas, Bouilly. — 2e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Duplay, Raymond. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Ball, Richelot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 9. — M. Blusson. Des accidents consécutifs à l'emploi de l'acide phénique en thérapeutique. — M. Blesson. — Influence de la grossesse sur la marche clinique du cancer. — *Mercredi* 10. — M. Séraphinof. De la trépanation dans les ostéites douloureuses du tibia. — M. Dubourg. De la rétention des membranes dans l'utérus après l'accouchement. — *Jeudi* 11. — M. Hélie. D'une forme de névralgie maxillaire (névralgie des édentés) considérée surtout au point de vue de la pathogénie et du traitement. — M. Daima. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire survenant dans le cours de la sclérose en plaques. — *Vendredi* 12. — M. Turbert. Contribution à l'étude clinique des névralgies du membre supérieur. — M. Alem. Pneumaturie.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. Chirurgie. — Service de M. de Saint-Germain. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours à 9 h. 1/4 sauf le jeudi. Leçons cliniques à l'Amphithéâtre le jeudi à 9 h. Opérations, les mardis, jeudis et vendredis. — Salle Saint-Côme (G.) : 1, ostéo-myélite du fémur, trépanation, guérison ; 2, hématome du creux poplité ; 3, hématome prérotulien ; 7, 22, amputation pour tumeur blanche ; 16, fracture de jambe ; 21, fracture compliquée de cuisse ; 21, vaste décollement du dos ; 25, carie du 1er métatarsien, évidement ; 31, nécrose de l'épine de l'omoplate. — Salle Sainte-Pauline (F.) : 1, nécrose syphilitique des os du crâne ; 2, nécrose de l'humérus ; 5, amputation de cuisse pour tumeur blanche ; 6, amputation de jambe pour ostéo-myélite ; 7, ostéite névralgique du tibia, trépanation ; 10, carie du fémur, évidement ; 16, fracture compliquée de cuisse ; 20, 32, tumeur blanche du genou ; 28, staphylôme opaque, opéré par méthode de Critchett ; 22, énucléation du globe oculaire. — Salles Sainte-Marthe (F.) et Saint-Joseph (G.), renfermant chacune 20 lits consacrés aux maladies des yeux.

Service de M. Ollivier. — Conférences de clinique infantile le lundi à 9 h. 1/2. Mardi, policlinique. (salle Sainte-Elisabeth). Samedi, policlinique (Salle Sainte-Anne), teignes et maladies de la peau. Consultation clinique le jeudi à 8 heures 1/2. — Salle Sainte-Elisabeth : 1, laryngite striduleuse, pleurésie gauche ; 3, 23, 32, chorée et affection cardiaque ; 9, 10, 12, 21, 22, chorée ; 4, 27, 28, fièvre typhoïde ; 5, 29, rhumatisme articulaire ; 6, 8, 19, tuberculose pulmonaire ; 7, hystérie convulsive ; 11, 15, rougeole ; 14, pleurésie du sommet droit ; 24, syphilis héréditaire ; 25, érythème circiné ; 26, pleuro-pneumonie du sommet gauche ; 31, angine pultacée ; 33, coqueluche ; 35, diarrhée infantile ; 36, anasarque ; 37, broncho-pneumonie ; 38, bronchite chronique ; 39, 40, 41, rougeole ; 42, eczéma généralisé ; 44, entérite ; 45, varicelle ; 46, stomatite ulcéro-membraneuse. — Salle Sainte-Anne : Teignes et maladies de la peau.

Médecine. — Service de M. Joffroy. — Visite à 9 heures 1/2. Consultations tous les lundis. Présentation de malades, les mardis, salle Sainte-Catherine. Leçons cliniques à l'Amphithéâtre le samedi à 10 heures. — Salle Saint-Thomas (Garçons, aigus) : 3, 4, tuberculose ; 8, pleurésie gauche ; 10, syphilis héréditaire ; 15, chorée ; 16, fièvre typhoïde ; 18, coqueluche ; 22, mal de Pott ; 23, paralysie infantile ; 24, 25, 26, syphilis héréditaire. — Salle Sainte-Geneviève : 3, chorée ; 19, 31, 4 ; coqueluche ; 14, 9, fièvre typhoïde ; 27, 13, broncho-pneumonie ; 15, sclérose cérébrale ; 18, syphilis infantile ; 23, érysipèle ; 32, pytirioasis versicolor.

Service de M. J. Simon. — Visite à 8 h. 3/4. Consultations le samedi à 9 heures. Leçons cliniques le mercredi à 9 heures. — Salle Sainte-Marie (fièvres chroniques) : 3, 29, hydrocéphalie ; 7, mal de Pott, paraplégie, pleuro-pneumonie ; 27, fistule pleurale ; 35, abcès du grand trochanter, mal de Pott, coxalgie, paralysie infantile, rachitisme. — Salle Sainte-Thérèse (fièvres aiguës) : 1, 9, 28, 37, chorée ; 5, scarlatine, rougeole ; 2, tuberculose, pleurésie ; 12, pneumonie franche ; 11, pleurésie ; 18, 20, 25, rougeole ; 22, psoriasis ; 27, 35, rhumatisme ; 34, typhlite ; 38, 39, épilepsie.

Hôpital Saint-Louis. — Le *Musée* de dermatologie de l'hôpital Saint-Louis va prochainement être installé dans les nouveaux bâtiments construits rue Bichat, 42, où les consultations auront lieu à partir de la semaine prochaine.

Service de M. Besnier. — Consultation le lundi. Clinique et examen des malades le mardi à 9 heures. Cautérisation, ignipuncture pour lupus, etc., le jeudi. Samedi : policlinique, maladies du cuir chevelu, etc. — Salle Cazenave : 2, 3, 5, 9, 60, 61, 62, eczéma ; 4, phthiriase ; 6, teigne tondante ; 8, érythème, périostite ; 11, érythème polymorphe ; 12, névralgie sciatique traitée par la pulvérisation de chlorure de méthyle ; 13, gale ; 14, 15, sycosis parasitaire ; 17 à 34, syphilis ; 35 à 51, psoriasis ; 55, urticaire chronique ; 58, pemphigus, albuminurie ; 69, lupus érythémateux ; 70, phthiriase ; 71, lupus ; 72, ulcère sur un pied-bot ; 74 75, 76, eczéma scrofuleux. — Salle Gibert (F.) : 16, 24, syphilis ; 9, épithélioma développé sur un lupus ; 6, psoriasis ; 30, eczéma des mains ; dents d'Hultchinson.

Mardi, consultation de M. Vidal suppléé par M. Muzelier, jeudi, scarifications.

Mercredi, consultation de M. Lailler. Visite des nouveaux, le jeudi. Examen des teigneux le samedi. Spéculum le lundi.

Jeudi, consultation de M. Hallopeau. Visite des nouveaux le vendredi. Spéculum le mercredi. — Salle Hillairet (H.) : 1, sclérodermie, asphyxie locale des extrémités ; 6, pityriasis rubra pilaire ; 10, psoriasis généralisé ; 14 *bis*, eczéma marginé ; 16, psoriasis invétéré, cachexie ; 24, chancre mou et syphilis ; 28, stomatite mercurielle ; 31, cirrhose alcoolique, pleurésie ; 32, épithélioma du nez et de la paupière. — Salle Biett : 2, syphilis secondaire de la langue ; 4, eczéma des seins ; 7, phthiriase, imperforation des deux conduits auditifs externes ; 10, sclérose en plaques ; 12, syphilis et grossesse ; 17, eczéma corné plantaire ; 20, hémiplégie syphilitique survenue à la période secondaire ; 22, perforation de la voûte palatine ; 23, nécrose du frontal (syphilis) ; 28, eczéma hypertrophique, asthme, bronchite chronique ; 32, lupus, 33, lichen plantaire ; 37, syphilis secondaire ; 40, syphilis pigmentaire.

Vendredi, consultation de M. Guibout ; examen des nouveaux le samedi. Lundi, spéculum.

Samedi, consultation de M. Fournier, lundi, examen des nouveaux. Mardi : clinique au lit du malade ; mercredi : examen au spéculum ; vendredi, leçon à l'amphithéâtre.

Chirurgie. — Service de M. Péan. — Consultations les lundi, mercredi et vendredi. Opérations et clinique le samedi. — Salle Cloquet : 1, mal de Pott ; 2, tumeur du testicule, vaginalite chronique ; 4, ulcération tuberculeuse de la langue ; 5, 9, 73, abcès ostéopathiques ; 7, fracture de jambe compliquée ; 8, plaie de la main ; 10, 73, fracture de jambe ; 11, épithélioma du voile du palais ; 71, résection du coude ; 72, fistule à l'anus ; 74, 78, épithélioma de la face ; 81, anévrysme cirsoïde du pouce ; 80, ostéo-sarcome du fémur ; 79, hématocèle vaginale. — Salle Denonvilliers : 39, rétrécissement syphilitique du rectum, rectotomie ; 40, éléphantiasis de l'avant-bras et de la main ; 41, épanchement sanguin de la bourse séreuse prérotulienne ; 42, 48, kyste de l'ovaire ; 50, 52, fracture du membre inférieur.

Service de M. Lebentu, suppléé par M. Félizet. — Consultations les mardi, jeudi, samedi ; 68, fracture de jambe ; 67, fistule anale ; 66, épithélioma de la bouche ; 64, orteil en marteau ; 63, fracture compliquée de cuisse, arthrotomie ; 61, séquestre du fémur ; 58, kyste spermatique ; 36, épididymite tuberculeuse ; 59, ostéo-myélite chronique du fémur ; 57, épithélioma de la lèvre inférieure, cheiloplastie ; 54, grenouillette sublinguale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le père Gérard, le vaillant petit journal de propagande, devenu si populaire dans nos campagnes, reprend sa publication. Nous saluons son retour avec joie. Notre excellent confrère, E. Boursin, en reste naturellement le directeur politique.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 50. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 13 DECEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Leçons sur l'anatomie pathologique du choléra;

Par le Dr I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon (1).

Messieurs,

Les symptômes du choléra sont de nature telle, que c'est sur le tube digestif que doivent porter tout d'abord les investigations. A l'ouverture du ventre, ce qui frappe, outre la sécheresse bien connue des muscles abdominaux, comme des autres muscles, c'est l'état poisseux tout particulier du péritoine. Les doigts adhèrent à la séreuse comme si celle-ci était recouverte d'une solution de gomme ou de résine. Lorsqu'on sépare l'une de l'autre deux anses intestinales voisines, on voit qu'elles sont agglutinées par cet enduit visqueux qui s'étire en filaments grêles. Examiné au microscope, cet enduit apparait constitué par des cellules endothéliales desquamées, profondément altérées, granuleuses; un certain nombre de ces cellules ont subi la transformation muqueuse, ce qui donne à l'enduit sa consistance visqueuse.

Dans les cas à évolution rapide, l'intestin grêle, à sa surface externe, frappe par une coloration rosée, lilas-clair, due à une très fine injection des vaisseaux de la séreuse. La surface externe de l'estomac et du gros intestin est, au contraire, le plus souvent, d'une coloration normale qui tranche sur la teinte rosée du petit intestin. Ce contraste est bien accusé sur les pièces anatomiques que vous avez sous les yeux et qui proviennent d'un homme ayant succombé pendant le stade algide, environ seize heures après le début des accidents, dans le service de mon collègue M. Gaillard-Lacombe (2).

Je vous montre en même temps des intestins provenant d'un autre cholérique, mort quatre jours après l'invasion du mal, au milieu d'une période de réaction incomplète ; vous voyez qu'ici la surface séreuse de l'intestin grêle ainsi que du gros intestin est d'un rouge sombre, veineux, avec de larges plaques ecchymotiques rouge-foncées ou brunâtres dont quelques-unes se prolongent assez loin entre les deux feuillets du mésentère. L'estomac, chez la plupart des cholériques, chez ceux morts pendant la période algide surtout, est remarquable par une distension souvent extrême, due à la présence de gaz et des liquides abondamment ingérés.

Tel est l'aspect de l'intestin vu par sa face extérieure; plus marquées sont les lésions que présente la muqueuse ; elles varient selon la période à laquelle la mort s'est produite.

Plus on ouvre de cadavres de cholériques, plus on admire la fidélité et l'exacte vérité avec lesquelles les altérations macroscopiques de l'intestin surtout ont été décrites par les premiers anatomo-pathologistes qui observèrent la maladie en Europe, lors de l'épidémie de 1832. Sous ce rapport, rien ne surpasse les descriptions de Bouillaud, de Cruveilhier, de Dalmas, de Gendrin, etc., et c'est à leurs publications et surtout à la magistrale description de Cruveilhier (1) et aux planches qui l'accompagnent que je vous renverrais, Messieurs, si les circonstances ne me permettaient pas de mettre sous vos yeux ce qui est toujours plus instructif que les meilleures descriptions et que les plus beaux dessins, je veux parler des pièces anatomiques elles-mêmes.

Le premier intestin grêle que je vous soumets ici est celui de cet homme du service du Dr Gaillard-Lacombe, enlevé au bout de seize heures. A l'incision de l'intestin, vous voyez qu'il contient une matière blanchâtre, comme muqueuse ou crémeuse, d'aspect presque purulent, qui baigne et qui tapisse les parois intestinales. Si l'on enlève cet enduit sous le filet d'eau, vous voyez que la muqueuse au-dessous est à peine rosée, par place même plutôt pâle que congestionnée, et comme lavée. Cet aspect du contenu et des parois de l'intestin n'avait pas échappé aux médecins dont je viens de citer les noms. « La membrane muqueuse, dit Broussais en décrivant des cas semblables à celui-ci, est rose (hortensia) et tapissée d'un enduit mucoso-purulent, floconneux ». Grisolle s'exprime de même « la membrane muqueuse est tapissée par une *matière comme crêmeuse*, d'un blanc grisâtre.» Griesinger avait fait la même remarque : « exceptionnellement, écrit-il, le contenu de l'intestin n'est pas aqueux, mais constitué par un mucus épais, comparable à de l'empois ; cette particularité se remarque surtout dans certains cas à marche très rapide ».

Cet enduit crémeux de la muqueuse occupe tout l'intestin grêle, depuis le pilore jusqu'à la valvule iléo-cœcale ; dans un certain nombre de cas, on le retrouve plus ou moins mélangé de matières fécales, dans le gros intestin. J'ai eu occasion récemment de faire l'autopsie d'un vieillard pris de choléra quelques heures seulement avant son admission à l'hôpital et qui mourut dans le bureau d'entrée, n'ayant pas eu le temps d'être transporté dans la salle. A l'autopsie, on constata que le duodénum, le jéjunum et les portions supérieures de l'iléon présentaient l'enduit crémeux caractéristique, alors que la partie inférieure de l'iléon, dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale contenait encore des matières fécaloïdes, d'odeur normale et colorées par la bile. Chez cet homme, foudroyé par le mal, la portion supérieure de l'intestin grêle était seule cholérique, tandis que l'inférieure était encore saine. Ce fait est instructif : il me parait établir, avec une rigueur presque expérimentale, que l'infection cholérique de l'intestin s'effectue dans le sens du cours des matières fécales, du pylore vers la valvule iléo-cœcale.

Lorsque la mort a eu lieu à un moment plus avancé dans la période algide ou au début de la réaction, l'aspect de l'intestin et de son contenu est tout différent. L'intestin est rouge, hyperémié, et cette hyperémie augmente d'intensité à mesure qu'on se rapproche de la

(1) Voir *Progrès médical*, n° 48.

(2) Je saisis avec bonheur cette occasion qui m'est offerte de remercier mes collègues et amis MM. les Drs Hanot et Gaillard-Lacombe, chargés du service des cholériques à l'hôpital Tenon, pour la libéralité avec laquelle ils m'ont permis de procéder aux recherches nécroscopiques sur les sujets qui ont succombé dans leurs services.

(1) *Anatomie pathologique*, T. I. 1re partie, 14e livr.

© BIU Santé

valvule iléo-cœcale. Elle est due à une injection vasculaire très fine, dont on s'assure encore mieux en regardant un fragment d'intestin contre le jour, par transparence ; on voit alors les vaisseaux se dessiner sous forme d'arborisations très fines, comme s'ils avaient reçu une injection pénétrante. La rougeur n'est pas uniforme ; par places, la coloration de la muqueuse est d'un rouge foncé avec piqueté hémorrhagique, surtout prononcé au voisinage de la valvule iléo-cœcale et sur le sommet des plis des valvules conniventes; parfois, il existe de véritables plaques ecchymotiques, occupant une étendue variable de la muqueuse.

Une lésion presque constante qui se rencontre sur toute l'étendue de l'intestin grêle, mais plus accusée sur la portion inférieure de l'iléon, c'est la tuméfaction des follicules isolés, formant de petites saillies arrondies, dures, opaques, ressemblant un peu à une éruption vésiculeuse psorique (d'où le nom de *psorentérie* qui lui a été appliqué). Souvent la saillie du follicule est entourée d'une auréole rouge d'hyperhémie. Je vous montre ici un fragment d'iléon de cholérique, provenant d'une autopsie pratiquée à Toulon, et conservé dans l'alcool; vous voyez la muqueuse recouverte par une psorentérie presque confluente et qui lui donne un aspect comme chagriné. Il n'est pas rare de voir la psorentérie se continuer, quoique moins accusée, sur l'appendice iléo-cœcal, sur le cœcum et les premières portions du côlon. Les plaques de Peyer sont habituellement aussi plus saillantes qu'à l'état normal; parfois, elles sont elles-mêmes à peine congestionnées, mais entourées très nettement par un cercle d'hyperémie très accusée; c'est un aspect de l'extrémité inférieure de l'iléon que M. Koch signale avec raison et qu'il est enclin à donner comme étant presque une caractéristique macroscopique du choléra.

Il n'est pas rare de voir les follicules isolés, à la suite de la distension qu'ils éprouvent, se rompre et vider sans doute leur contenu dans l'intestin; ils présentent alors une dépression centrale, sous forme d'un point souvent coloré en noir; de pareilles perforations s'observent aussi sur les follicules agminées, qui prennent alors une apparence qui rappelle les plaques réticulées de la fièvre typhoïde.

C'est dans les cas où la mort a eu lieu d'une façon déjà moins rapide que le contenu de l'intestin grêle présente le même aspect que les selles dites caractéristiques ou riziformes.

Ces selles, que vous avez sans doute tous eu occasion de voir dans les services de cholériques, sont aqueuses, sans odeur fécale, ou d'une odeur légèrement fade, tenant en suspension des flocons blanchâtres ou grisâtres. Lorsqu'on recueille un peu de ces selles dans un tube de verre effilé et fermé par en bas et maintenu verticalement comme celui que je fais passer sous vos yeux, on voit se former un dépôt blanchâtre, d'aspect presque purulent, surmonté d'une couche de liquide presque limpide ou légèrement louche. Ces selles peuvent ainsi être conservées pendant plusieurs jours, même à une assez forte température, sans contracter une odeur putride. Les selles riziformes sont presque neutres ou légèrement alcalines aux papiers réactifs; elles se caractérisent, au point de vue chimique, par la très faible proportion de principes solides (1 à 2 pour 100) qu'elles contiennent. Ces principes solides sont surtout formés par des sels inorganiques (chlorure de sodium, carbonate d'ammoniaque, peu d'urée et très peu de sels de potasse); l'albumine y fait également presque entièrement défaut. Il en est de même de la matière colorante et des sels biliaires, quoique dans un certain nombre de cas, on observe des selles caractéristiques plus ou moins teintées par la bile. J'aurai tout à l'heure à vous parler plus longuement des caractères que révèle l'examen microscopique.

Lorsque la mort a eu lieu plus tard, pendant le stade de réaction, les lésions de l'intestin grêle sont beaucoup plus accusées et plus profondes; le contenu de l'intestin, beaucoup moins liquide, est rouge brunâtre ou verdâtre, le plus souvent sanguinolent, offrant la consistance d'une bouillie épaisse ou rappelant la lavure de chair; l'odeur en est fétide. La muqueuse est d'un rouge sombre, avec un piqueté hémorrhagique très prononcé et des plaques ecchymotiques; parfois, il existe des ulcérations, tantôt très circonscrites, circulaires, correspondant aux follicules clos et rappelant les ulcérations folliculaires de la dysentérie, d'autres fois plus étendues; les ulcérations des plaques de Peyer paraissent être tout à fait exceptionnelles. Dans d'autres cas, on constate une gangrène plus ou moins étendue de la muqueuse.

A ce stade de la maladie, les lésions du *gros intestin*, peu marquées et presque nulles au début, deviennent très accusées et souvent plus prononcées que celles de l'iléon. Voici des pièces provenant d'un cholérique mort au sixième jour, dans la réaction typhoïde ; vous voyez que la valve inférieure de la valvule iléo-cœcale, le cœcum, le côlon et le rectum lui-même présentent des lésions véritablement épouvantables : hyperémie extrême de la muqueuse avec plaques apoplectiques, noirâtres; ulcérations plus ou moins étendues, d'aspect et d'odeur gangréneuse, avec nappes d'infiltration sanguine sous la séreuse et dans le dédoublement du mésentère. Ces lésions, consécutives au choléra plutôt que propres à la maladie elle-même, expliquent suffisamment les symptômes typhoïdes que l'on observe dans ces cas et que provoque, en partie du moins, la résorption putride qui s'effectue sur un intestin ainsi ulcéré et gangréné. Ces lésions intestinales vous expliquent aussi les caractères que prennent les selles pendant la période de réaction, où elles deviennent semi-solides, poisseuses, brunâtres ou noirâtres, parfois fortement mélangées de sang, fétides et quelquefois d'une odeur gangréneuse.

J'ai hâte d'arriver à la description histologique des lésions intestinales du choléra, description qui servira d'introduction toute naturelle a l'exposé des recherches sur la cause de la maladie, sur le micro-organisme pathogène. Je fais passer sous vos yeux des coupes pratiquées sur des fragments pris à diverses hauteurs de l'intestin grêle et durcis, soit dans l'alcool absolu, soit dans le liquide de Muller, soit dans l'acide osmique à 1 0/0 pendant 12 heures, puis dans l'alcool absolu. Ces coupes sont colorées, les unes au picro-carminate d'ammoniaque, les autres à l'aide de l'éosine hématoxylique de Renaut.

L'altération qui frappe d'abord dans ces préparations et qui est constante, c'est la disparition du revêtement épithélial ; elle règne sur toute l'étendue de l'intestin grêle, depuis le pylore jusqu'à la valvule de Bauhin. Les villosités ainsi que les portions libres de muqueuse qui les séparent et que les orifices des glandes de Lieberkühn sont totalement dépouillés d'épithélium; cette exfoliation s'observe, non seulement sur des pièces provenant de sujets autopsiés quelques heures après la mort, mais sur celles provenant de cadavres ouverts très peu de temps après. L'épithélium qui tapisse le fond

© BIU Santé

et le corps des glandes en tube est régulièrement en place et paraît intact. Une autre altération que vous constatez dans toutes ces préparations, c'est une infiltration nucléaire extrêmement accusée du tissu adénoïde de la muqueuse et des villosités qui sont littéralement remplis de cellules embryonnaires. Cette infiltration est plus accusée dans la portion inférieure de l'intestin, mais elle existe déjà au niveau du duodénum. Sur le duodénum et le jéjunum, cette infiltration ne dépasse guère la *muscularis mucosæ*; sur l'iléon, elle est plus profonde et envahit la sous-muqueuse. Les vaisseaux de cette dernière sont comme distendus par une injection intense et gorgés de globules rouges. Cette injection se retrouve tout aussi accusée sur les vaisseaux plus petits qui existent dans la muqueuse] elle-même, autour des glandes tubulées.

La même infiltration nucléaire se retrouve sur les follicules isolés et les plaques de Peyer, dont l'aspect microscopique diffère peu de celui que l'on constate dans les plaques molles de la fièvre typhoïde. Je rappelle ici que cette réplétion du tissu adénoïde de la muqueuse et des villosités, ainsi que des appareils folliculaires par des éléments embryonnaires a été déjà décrite par Rudnew (de St-Pétersbourg), en 1866 et surtout lors de l'épidémie parisienne de 1873, par MM. Kelsch et Renaut.

La tunique musculeuse est intacte. Sur la séreuse, dans toute l'étendue de l'intestin, l'endothélium a disparu, formant par sa chute et sa fonte l'enduit visqueux qui agglutine les anses intestinales. Le tissu conjonctif sous-séreux est aussi fortement infiltré de leucocytes.

On peut donc caractériser anatomiquement la lésion intestinale du choléra comme une *entérite aiguë desquamative*. Les lésions que je viens de décrire s'observent déjà dans les cas rapides, dans lesquels la mort a lieu pendant le stade algide ou peu de temps après. Je ne m'appesanterai pas sur les lésions que l'on peut constater sur l'intestin des cholériques aux périodes plus avancées de la maladie, pendant la période de réaction, lésions ulcéreuses, gangréneuses, dysentériques, etc. qui sont extrêmement variables et n'ont du reste rien à voir avec le processus cholérique proprement dit.

(*à suivre*).

CLINIQUE INFANTILE

De la bronchite chronique chez les enfants

Par le Dr J. COMBY.

La bronchite chronique des adultes et des vieillards est assez bien connue dans ses traits principaux. On sait qu'elle succède à des atteintes répétées de bronchite aiguë, à des rhumes négligés qui, sous l'influence de l'âge et de la débilité des sujets, passent à l'état chronique. On sait d'autre part que cette bronchite chronique s'accompagne constamment d'emphysème pulmonaire, de telle sorte que les deux termes *bronchite* et *emphysème* sont étroitement associés dans le langage clinique et que l'emploi isolé du premier fait sous entendre le second.

Il y a là une pathogénie spéciale et une association anatomo-clinique qu'on ne retrouve pas dans l'enfance. La bronchite chronique avec emphysème est un type morbide qui n'appartient pas à la pathologie infantile et qui reste propre à la pathologie de l'âge mûr ou avancé.

Pourquoi cette différence? Elle a son point de départ dans la structure et dans l'évolution de l'appareil respiratoire. Chez l'enfant, en effet, le poumon a une souplesse et un ressort qu'il ne conservera pas indéfiniment et à tous les âges. A mesure que nous avançons dans la vie, et surtout quand nous touchons à la vieillesse, nos alvéoles pulmonaires se dilatent, les cavités se forcent, perdent leur régularité et leur capacité physiologiques, les cloisons de séparation deviennent de moins en moins élastiques et rétractiles, quelques-unes s'usent, se perforent, disparaissent, et le champ respiratoire est rétréci d'autant. Ainsi naît l'emphysème par les progrès naturels de l'âge et suivant, pour ainsi dire, une loi d'évolution physiologique. Sans doute l'emphysème peut se rencontrer aussi chez l'enfant, mais à l'état d'exception et avec d'autres allures. Il est bien rare que cet emphysème des jeunes sujets, dû le plus souvent à des efforts violents, à des quintes de toux, à des affections aiguës et asphyxiques des voies respiratoires, soit persistant et passe à l'état chronique.

Nous en avons assez dit pour établir que la signification du mot bronchite chronique ne sera pas la même chez l'enfant que chez le vieillard. La bronchite chronique infantile que nous allons étudier ne comporte ni la même étiologie, ni la même marche, ni le même pronostic, ni le même traitement que la bronchite chronique des emphysémateux. Tandis que celle-ci, par sa ténacité, par ses paroxysmes, par les complications qu'elle entraîne, par son incurabilité presque absolue, mérite de figurer au nombre des affections chroniques les plus sérieuses; la bronchite des enfants au contraire est relativement bénigne, tolérable, curable. Les petits malades que nous avons observés allaient et venaient, ayant conservé l'appétit, le sommeil, les forces; ils ne dépérissaient pas et n'accusaient aucune souffrance. Une toux opiniâtre était souvent le seul symptôme qui éveillât l'attention. Il y a donc, dans cette variété de bronchite, des allures particulières qui justifient une description séparée.

La bronchite chronique des enfants est une bronchite simple sans accompagnement d'emphysème. Quelquefois pourtant cet emphysème semble exister et se traduit, comme chez l'adulte, par de la voussure pectorale, une sonorité exagérée, une diminution du murmure vésiculaire et des sifflements expiratoires prolongés. Mais ce n'est pas la règle, et quand l'emphysème existe, il est partiel, modéré, n'entraînant jamais les conséquences fâcheuses que nous lui connaissons chez les adultes et les vieillards: dyspnées paroxystiques, dilatation cardiaque, œdèmes périphériques et viscéraux, etc.

On voit, par ces quelques considérations préliminaires, que la bronchite chronique des enfants n'est pas comparable à celle des vieillards; nous dirons plus loin quels sont ses caractères positifs.

Avant d'entrer dans la description générale de la bronchite chronique infantile, nous croyons utile de rapporter succinctement les observations (1) qui servent de base à ce travail. Ces observations, au nombre de 13, ont une grande ressemblance entre elles. Tous les sujets sont des enfants très jeunes, appartenant pour la plupart à cette période qu'on nomme *première enfance*; quelques-uns ont atteint l'âge de 10 ans; aucun n'a dépassé cet âge. Beaucoup sont lymphatiques ou nettement scrofuleux; souvent nous retrouverons chez les ascendants

(1) Observations recueillies au *dispensaire d'enfants* de la *Société philanthropique*, à Paris.

© BIU Santé

la scrofule ou la tuberculose, de sorte que, pour cette raison, la bronchite en question pourrait être désignée sous le nom de *bronchite scrofuleuse*.

Observation I. — *Bronchite chronique simple. — Fille de 4 ans 1/2. — Tempérament scrofuleux.*

Lesage Jeanne, âgée de 4 ans 1/2, est une fillette pâle, aux cheveux blonds, portant au cou des glandes lymphatiques volumineuses. Elle tousse continuellement depuis le mois d'octobre 1883, c'est-à-dire depuis plus de six mois. Cette bronchite n'a pas succédé à la rougeole, ni à la coqueluche ; elle a débuté comme un simple rhume. L'enfant n'a jamais gardé le lit ; elle n'a pas de fièvre, elle conserve l'appétit. Elle crache assez souvent, surtout le matin ; les crachats sont fluides, aérés, incolores. La poitrine n'est pas déformée et la percussion ne révèle rien d'anormal. A l'auscultation, au contraire, on entend, dans toute l'étendue du thorax, en avant comme en arrière, des râles ronflants et sibilants très nombreux avec quelques râles sous-crépitants aux deux bases. Malgré la présence de ces bruits anormaux, il n'y a pas de dyspnée appréciable. L'enfant qui présente aujourd'hui nettement les attributs de tempérament lymphatique n'aurait pourtant jamais eu de gourmes. Elle a été nourrie au sein par sa mère âgée de 29 ans et bien portante. Le père qui a 32 ans se porte également bien. Quatre autres enfants jouissent d'une bonne santé ; un cinquième serait mort de convulsions à l'âge de 2 ans. Pour expliquer l'apparition et l'évolution de cette bronchite chronique, nous ne trouvons donc ici qu'un tempérament scrofuleux, sans hérédité. Nous attaquons la maladie à l'aide des vomitifs répétés, des badigeonnages de teinture d'iode, et de l'huile de foie de morue à la dose de trois cuillerées à potage par jour. Au bout de quelques semaines, l'amélioration a été très notable et nous croyons que l'enfant est guérie ; car la mère a bientôt cessé de nous la ramener.

Observation II. — *Bronchite chronique. — Enfant de 2 ans 1/2, strumeux. — Allaitement artificiel.*

Pégain Georges, âgée de 2 ans 1/2, a eu des gourmes avec glandes cervicales volumineuses depuis l'âge de six mois jusqu'à dix-huit mois. Depuis que ces éruptions ont disparu, c'est-à-dire depuis un an environ, la toux se serait déclarée et aurait persisté avec ténacité ; pas de rougeole, pas de coqueluche antérieurement. La toux est fréquente et l'oppression habituelle. Cependant l'enfant est gros et paraît bien nourri ; il porte à la face quelques plaques impétigineuses. A l'examen de la poitrine, on entend un grand nombre de râles ronflants et sibilants avec quelques crépitations aux bases ; pas de foyers nets, pas de matité, rien aux sommets. Père et mère bien portants. Deux autres enfants également sains. Mais il faut dire que le sujet de cette observation a été nourri au biberon, condition fâcheuse qui nous explique les gourmes et la bronchite chronique qui paraît avoir succédé à la disparition de ces gourmes.

Observation III. — *Bronchite chronique. — Garçon de 7 ans. — Père mort tuberculeux.*

Ménétrier André, âgé de 7 ans, est un garçon délicat, pâle, aux cheveux blonds qui, d'après sa mère, tousserait depuis sa naissance. Mais, en réalité, c'est depuis six mois que la bronchite s'est accusée par des quintes de toux, de l'oppression et des crachats. La poitrine n'est pas déformée et la sonorité est normale partout. A l'auscultation, les sommets et les parties moyennes des deux poumons semblent indemnes. Les deux bases, au contraire, sont le siège de nombreux râles sous-crépitants. Quelle a été la cause de la bronchite chez cet enfant, et du passage à l'état chronique ? Nous ne trouvons pas de rougeole, ni de coqueluche dans ses antécédents ; la mère (33 ans) est saine ; mais le père est mort tuberculeux à l'âge de 37 ans. Sous l'influence de l'huile foie de morue, la bronchite se modifie rapidement, la toux et les râles disparaissent.

Observation IV. — *Bronchite chronique. — Enfant de 8 mois. — Père suspect de tuberculose.*

Morare Albert, âgé de 8 mois, nourri au sein, est un enfant assez gros et de bonne apparence ; d'après la mère, cet enfant tousserait depuis six ou sept mois, il aurait donc contracté une bronchite quelques semaines après sa naissance. A l'auscultation, on entend en avant et en arrière, des râles assez nombreux, les uns sonores, les autres bulleux. Un frère, âgé de 3 ans 1/2, tousse depuis plusieurs mois. La mère est bien portante, le père tousse et a beaucoup maigri. Y aurait-il du côté paternel, une tuberculose pulmonaire dont il faudrait tenir compte pour expliquer la bronchite chronique des enfants ? Nous ne pouvons l'affirmer. Dans tous les cas, il faut retenir ce fait d'une bronchite chronique simple persistant depuis plus de six mois chez un nouveau-né. Traitement par l'ipéca suivi de succès.

Observation V. — *Bronchite chronique. — Fille de 10 ans, strumeuse. — Père mort tuberculeux.*

Lève Etiennette, âgée de 10 ans, est une grande fillette très maigre et d'apparence strumeuse ; elle est atteinte depuis longtemps d'une blépharite glandulociliaire double avec kératite à gauche. Elle tousse habituellement et rend, le matin surtout, des crachats jaunâtres. A l'examen de la poitrine, on trouve une sonorité normale partout ; à l'auscultation, on note la présence de nombreux râles sibilants et ronflants avec des râles sous-crépitants aux deux bases. Les sommets des poumons paraissent peu atteints. Pas de fièvre, pas d'anorexie. Des pendants d'oreille placés depuis une quinzaine de jours, ont provoqué l'apparition d'un eczéma impétigineux du lobule. Une sœur de 15 ans est anémique. Une autre de 12 ans est scrofuleuse ; elle a de grosses glandes au cou et une bronchite à allures également chroniques. La mère de ces enfants, tous plus ou moins entachés de scrofule, est une femme de 41 ans, bien portante. Mais le père est mort poitrinaire, il y a 3 ans, à l'âge de 41 ans. Cette hérédité tuberculeuse du côté paternel nous semble avoir joué un grand rôle dans l'état morbide que présentent actuellement les enfants. La jeune fille qui présente de la bronchite chronique, est une scrofuleuse avérée, non seulement par son tempérament, mais surtout par les manifestations oculaires qu'elle présente. Elle est aussi scrofuleuse par cette bronchite chronique qui ne marque aucune tendance à la résolution. En pareil cas, il nous a semblé qu'il ne fallait pas se préoccuper outre mesure des accidents locaux et qu'il était plus sûr d'attaquer l'état général. L'huile de foie de morue à haute dose (5 à 6 cuillerées par jour), a produit d'excellents effets, et les manifestations gênantes de la bronchite n'ont pas tardé à disparaître.

Obs. VI. — *Bronchite chronique. — Fille de 5 ans et demi, strumeuse. — Mère suspecte de tuberculose.*

Fiévet Angèle, âgée de 5 ans et demi, est une fillette assez grosse, au visage pâle et bouffi, toussant depuis plusieurs mois. La poitrine, peu développée, est sonore dans toutes ses parties ; mais, à l'auscultation, on perçoit, en avant et en arrière, en haut et en bas, de gros râles ronflants très nombreux, sans mélange de sibilances et de crépitations. Il semble que les grosses bronches soient seules affectées.

Depuis quelques jours, des glandes volumineuses se sont développées sous le maxillaire inférieur, à gauche ; aucune éruption de la face, aucune lésion de la bouche n'explique cette adénopathie. Deux frères sont morts en bas âge de convulsions. Le père, âgé de 32 ans, se porte bien ; la mère, âgée de 27 ans, tousse depuis deux ans et a beaucoup maigri. Traitement de la bronchite chronique scrofuleuse par l'huile de foie de morue : les râles sonores ont bientôt disparu.

Obs. VII. — *Bronchite chronique. — Fille de 10 ans, scrofuleuse. — Mère également strumeuse.*

Gorse Julienne, âgée de 10 ans, est une grosse fille au nez épaté, en *pied de marmite*, avec excoriations habituelles des ailes, coryzas répétés et hypertrophie des glandes cervicales. C'est un type de strumeuse. Cette enfant, que nous voyons pour la première fois le 28 avril 1884, tousse depuis fort longtemps ; mais la toux est surtout violente depuis 4 mois ; cette toux est presque continuelle, nocturne autant que diurne, suivie d'une expectoration muco-purulente assez abondante.

© BIU Santé

Cependant l'enfant n'a pas maigri ; elle a conservé sa gaieté et ses forces ; elle continue d'aller à l'école.

La poitrine, assez développée pour l'âge de l'enfant, est sonore partout et insensible à la percussion. Les sommets sont d'une résonnance et d'une élasticité plessimétriques convenables. A l'auscultation, ce n'est pas aux sommets que prédominent les râles, c'est aux bases. Ces râles, en majeure partie ronflants et sibilants, sont disséminés et ne présentent nulle part une densité suffisante pour indiquer un foyer. C'est donc une bronchite bilatérale des grosses et moyennes ramifications, survenue chez une jeune fille atteinte de scrofule floride. Le père (38 ans) est robuste ; la mère, au contraire (30 ans), a un enchifrènement habituel et des glandes cervicales trop volumineuses. Traitement : huile de foie de morue, badigeonnages à la teinture d'iode. Au bout de quelques semaines, l'enfant ne revient plus.

Obs. VIII. — *Bronchite chronique. — Garçon de 6 ans et demi. — Père tuberculeux.*

Le jeune Verlet Gustave, âgé de 6 ans et demi, nous est conduit fréquemment par sa mère, depuis 18 mois, pour une bronchite des plus tenaces. Cette bronchite est survenue spontanément, insidieusement, sans avoir été précédée de rougeole ni de coqueluche. L'enfant est pâle, mais non amaigri ; il mange assez bien et continue ses occupations. La toux est fréquente et accompagnée le matin de crachats jaunâtres épais. La poitrine n'est pas déformée et présente une sonorité égale partout ; à l'auscultation, on constate l'existence d'un grand nombre de râles sibilants et ronflants, disséminés avec quelques râles sous-crépitants aux deux bases.

Tel est le résultat de l'examen pratiqué le 21 avril 1884. En juillet, les râles sont un peu plus denses ; l'état général est resté bon ; pendant toute la durée de l'hiver 1883-84, l'enfant a pris de l'huile de foie de morue, sans compter les vomitifs et les badigeonnages iodés prescrits de temps à autre. Le 28 juillet, de gros râles bullaires prédominent à gauche, tandis que le côté droit offre surtout des sibilances.

Le 6 août, la prédominance de la bronchite à droite s'affirme encore ; les sommets restent toujours indemnes, l'état général est bon. Le 22 septembre, amélioration notable.

La mère (30 ans) est bien portante ; cependant elle a perdu quatre enfants en bas âge. Le père (35 ans) est atteint de paralysie faciale droite consécutive à une carie du rocher ; actuellement, il tousse beaucoup et maigrit ; il est tuberculeux avéré. Cette hérédité du côté paternel nous explique les caractères que la bronchite de l'enfant a présentés. C'est une bronchite chronique scrofuleuse.

Obs. IX. — *Bronchite chronique. — Garçon de 27 mois, scrofuleux. — Mère scrofuleuse.*

Vidal Marius, âgé de 27 mois, présente actuellement des éruptions impétigineuses à la face, à la tête, et une otite suppurée. Une de ses sœurs, âgée de 4 ans et demi, est atteinte de conjonctivite chronique. Une troisième, âgée de 7 ans (obs. X), est également atteinte de bronchite chronique.

C'est surtout pour la toux que la mère nous conduit ses enfants ; elle se préoccupe peu de leurs *gourmes*. Cette toux dure depuis longtemps déjà avec des exacerbations et des rémissions alternantes. La sonorité thoracique est normale. L'auscultation révèle, dans toute la poitrine, sans prédominance locale, des râles ronflants disséminés qui indiquent la participation des grosses bronches au processus inflammatoire chronique que présente l'enfant.

Le père (27 ans) est faible et tousseur. La mère (26 ans) a eu des gourmes jusqu'à l'âge de 8 ans ; son père est mort phtisique. Il y a donc là une hérédité dont il faut se préoccuper et qu'il faut faire intervenir pour comprendre la nature des accidents présentés par les enfants.

Obs. X. — *Bronchite chronique. — Fille de 7 ans, sœur du précédent.*

Vidal Hélène, âgée de 7 ans, est une fillette assez grande, mais pâle et maigre, ayant eu des gourmes et toussant depuis longtemps. La poitrine est partout sonore et n'offre aucun signe de foyer ; mais, à l'auscultation, en arrière comme en avant, on entend un très grand nombre de râles sonores. Cette bronchite chronique simple, occupant seulement les grosses bronches, ressemble complètement à la précédente. Elle paraît peu grave, et, en effet, elle se modifie rapidement sous l'influence de l'huile de foie de morue.

Obs. XI. — *Bronchite chronique suite de rougeole. — Garçon de 3 ans et demi, scrofuleux. — Père tuberculeux.*

Fête Jules, âgé de 3 ans et demi, est un enfant de chétive apparence, sujet aux éruptions impétigineuses de la face. Une sœur de 7 ans a eu des ophtalmies chroniques ; une autre est morte de méningite tuberculeuse. La mère est bien portante ; le père, âgé de 41 ans, est sur le point de succomber à la phtisie pulmonaire qui le mine depuis quatre ans. Dans ces conditions et sous le coup d'une semblable hérédité, l'enfant a été pris d'une rougeole il y a trois mois ; à la suite de cette fièvre éruptive, les oreilles ont coulé et la toux a persisté.

Laissant de côté l'otite, nous constatons aujourd'hui (21 avril 1884), l'existence d'une bronchite généralisée ; la sonorité est normale, mais la poitrine présente une grande quantité de râles ronflants et sibilants. Sous l'influence de l'huile de foie de morue, la bronchite guérit en quelques mois.

Obs. XII. — *Bronchite chronique. — Rougeole antérieure. — Garçon de 5 ans scrofuleux.*

Helle Gaston, âgé de 5 ans, a eu la rougeole à 9 mois ; depuis cette époque, il n'aurait cessé de tousser. En mai 1883, il avait beaucoup maigri et son expectoration était devenue épaisse et jaunâtre. Grâce à l'huile de foie de morue qu'il n'a cessé de prendre depuis cette époque (2 cuillerées à soupe par jour), sa bronchite s'est amendée. Le 16 juin 1884, nous constatons la présence de râles bullaires disséminés en arrière. Le 13 août 1884, les râles muqueux ont fait place aux râles vibrants et ronflants. Cet enfant est nettement scrofuleux ; il a eu, il y a deux ans, des gourmes et une double kératite scrofuleuse dont il porte encore les traces. Un frère de 2 ans est atteint d'otite suppurée. Les parents semblent bien portants.

Obs. XIII. — *Bronchite chronique. — Garçon de 4 ans scrofuleux. — Coqueluche antérieure.*

Peltier Julien, âgé de 4 ans, est un enfant pâle, blond, à la lèvre supérieure épaisse et proéminente. Il a marché tard et a présenté à l'âge de 2 ans une kératite chronique. Au mois de février 1884, il a été soigné par nous pour une coqueluche ; après la disparition complète des quintes, une bronchite a persisté avec toux habituelle et sans malaise bien accusé. Le 13 août 1884, la toux étant plus forte, l'enfant nous est conduit de nouveau : nous constatons la présence de très nombreux râles sonores et sous-crépitants. Le 19 septembre 1884, nouvelle exacerbation ; gros râles bullaires en arrière surtout aux deux bases. Soulagement par vomitif. La mère de l'enfant est bien portante ; le père est épileptique. *(A suivre).*

ANATOMIE

Le muscle péronier du cinquième orteil chez l'homme ;

Par le Dr L. TESTUT, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Bordeaux (1).

Les faisceaux charnus ou tendineux qui apparaissent à l'état anormal, dans la région des muscles péroniers latéraux, sont fort nombreux et souvent fort disparates. Les dénominations que leur ont données les anatomistes qui nous les ont fait connaître sont malheureusement tout aussi nombreuses, plus nombreuses peut-être que les va-

(1) Communication faite à la *Société anatomique* le 25 avril 1884.

© BIU Santé

riétés auxquelles elles s'appliquent. De là, une confusion regrettable que cet article fera disparaître, je l'espère. J'estime pour ma part, après de nombreuses recherches, que toutes les formations surnuméraires qui se détachent de la face externe du péroné pour aboutir soit au calcaneum, soit au cuboïde, soit au cinquième orteil, etc.. ne sont que des formes complètes ou incomplètes d'un muscle qui entre avec la valeur d'un organe type, dans la constitution anatomique d'un grand nombre de mammifères. Ce muscle que j'appellerai avec Huxley *péronier du cinquième orteil* (*peroneus quinti digiti*), je vais tout d'abord le décrire avec quelques détails; il nous sera plus facile ensuite, l'organe type étant connu, d'étudier ses divers modes de réapparition chez l'homme, c'est-à-dire de reconnaître dans la région qui en est le siège, et les faisceaux qui le reproduisent intégralement, et les faisceaux qui n'en sont que des débris.

I. — *Le péronier du cinquième orteil chez les mammifères.* — Parmi les carnassiers, l'*ours* et le *chat* sont d'excellents sujets d'étude. L'*ursus americanus* m'a présenté trois péroniers distincts: 1° le *long péronier latéral*, détaché de la moitié supérieure de la face externe du péroné, glissait derrière la malléole externe et venait se terminer en partie sur l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien; 2° le *court péronier latéral* prenait naissance au-dessous du précédent, jusque dans le voisinage de la malléole; son tendon terminal se fixait, comme chez l'homme, sur l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien; 3° entre les deux muscles précédents et sur un plan un peu postérieur, naissait un troisième muscle, confondu en apparence avec le court péronier latéral, mais complètement isolable par la dissection. Un peu plus petit que le court péronier latéral, il affectait une forme triangulaire, la base correspondant à son insertion sur le péronier. Son sommet se continuait par un tendon cylindrique, lequel contournait la malléole, glissait sur la face dorsale du cinquième métatarsien et finalement venait se terminer sur la première phalange du cinquième orteil. C'est le *péronier du cinquième orteil*.

Meckel signale également chez l'*ours* la présence de deux courts péroniers : l'*inférieur*, se rendant au cinquième métatarsien et envoyant une languette tendineuse au tendon le plus externe de l'extenseur commun des orteils, c'est le court péronier latéral classique ; le *supérieur*, gagnant les deux premières phalanges du cinquième orteil, c'est notre péronier du cinquième orteil. Il est très nettement spécifié dans la description de Meckel qu'il nait au-dessus du précédent, entre lui et le long péronier latéral par conséquent. Dans une dissection récente et postérieure à la nôtre, le professeur Sthepherd a rencontré, lui aussi, chez l'*Ursus americanus*, un *peroneus brevis* et un *peroneus quinti digiti*; mais je ne comprends pas pourquoi, prenant l'un pour l'autre, il a appelé *peroneus brevis* celui qui se rend au cinquième orteil, et *peroneus quinti digiti* celui qui s'arrête à la base du cinquième métatarsien.

Le *chat* m'a offert un péronier du 5e orteil, toujours très distinct des autres péroniers latéraux. Voici la description qu'en donne Strauss-Durckheim sous le nom de *fibulinus* : « C'est un muscle fusiforme placé en dedans du *fibulœus* (long péronier latéral). Il fixe ses fibres charnues à la moitié supérieure de la face externe du péroné qu'il embrasse et d'autres viennent de la cloison fibreuse qui le sépare en haut du *perodactylus* (long fléchisseur commun des orteils). De là ses fibres se portent en dessous, les antérieures obliquement en arrière et les postérieures obliquement en avant, sur les deux bords d'un long tendon qui longe le milieu de la face externe. Au quart inférieur du péroné, ce tendon devient libre, continue à longer cet os, entre celui du *fibulœus* placé en avant, et celui du péroné placé en arrière, et se réfléchit en bas, avec ce dernier, derrière la malléole externe qui leur forme une poulie de renvoi. Ainsi détourné de sa direction primitive, il se porte en dessous, longe la face antéro-externe du pied pour aller gagner la partie latérale de la phalangeole du hullux (cinquième orteil), où il se recourbe une autre fois en avant, passe obliquement sur cette phalange, et s'unit au côté externe du tendon du *cnémodactyle* de cet orteil (long extenseur commun) pour concourir avec lui à former la calotte fibreuse qui recouvre l'articulation phalangéo-phalanginienne. »

Le même muscle se détache, chez la *civette*, d'après les dissections d'Young, en arrière du court péronier latéral et se fusionne avec le tendon que l'extenseur commun envoie au cinquième orteil.

Chez le *phoque* (Humphry), l'extenseur du cinquième orteil paraît être encore distinct des autres péroniers et se fixe au côté externe de la première phalange. La *roussette* d'Edwards, si bien étudiée par Alix, nous présente au lieu et place du court péronier latéral de l'homme, deux faisceaux distincts : un faisceau supérieur qui vient se fixer à l'aide d'un long tendon sur le côté externe de la première phalange du cinquième orteil, et un faisceau placé plus bas, qui se fixe au cinquième métatarsien ; mais pourquoi M. Alix donne-t-il au premier de ces faisceaux le nom de court péronier latéral ? C'est pour le deuxième faisceau ou faisceau inférieur qu'il convient, ce me semble, de réserver ce nom ; le premier est un véritable *peroneus quinti digiti*.

Dans la sous-classe des *didelphes*, le kangourou possède bien un péronier du cinquième orteil, mais il est en partie fusionné avec le court péronier latéral. Il est représenté par un simple tendon qui émane du tendon de ce dernier muscle et vient s'attacher sur la première phalange, non du cinquième orteil, mais du quatrième, d'après Meckel. Même disposition chez le *fourmilier*, avec cette variante toutefois que le tendon digital du court péronier latéral se porte au 5e orteil où il se termine, soit sur la première phalange, comme l'enseigne Meckel, soit sur le tendon de l'extenseur commun, comme l'a vu Humphry.

Je pourrais citer bien des mammifères encore qui possèdent le péronier du cinquième orteil avec une disposition analogue à celle que je viens de décrire ; mais j'ai hâte d'arriver à l'ordre des primates. Les *singes* inférieurs, le *Cercopithecus sabœus*, le *Macacus cynomolgus*, le *Pithecia hirsuta*, le *Cynocephalus maimon* (Bischoff), le *Cynocephalus annbis* (Champneys), etc., présentent tous, en général, le péronier du cinquième orteil ; mais si, dans le plus grand nombre d'entre eux, ce muscle est facilement isolable dans toute son étendue, il est quelques sujets, sinon quelques espèces qui présentent un certain degré de fusion entre lui et les autres péroniers latéraux, le court péronier latéral principalement. C'est ainsi que j'ai vu, deux fois au moins, chez le cercopithèque, le tendon du *peroneus quinti digiti* faire suite à un corps charnu, lequel se confondait entièrement avec le court péronier latéral avant d'atteindre la surface d'implantation osseuse. Il existait, dans ce cas, un court péronier latéral d'abord unique, puis divisé en deux corps charnus qui allaient se fixer, à l'aide de tendons distincts, le premier aux phalanges du petit orteil, le second au cinquième métatarsien.

Je dissèque actuellement un *cercopithecus fuliginosus* dont le péronier du 5e orteil, situé sur un plan postérieur par rapport aux deux autres péroniers, affecte la forme d'un triangle, dont les faisceaux supérieurs se confondent avec le long péronier latéral et les faisceaux inférieurs sont fusionnés également avec le court péronier latéral. Du reste, son tendon fort grêle suit le trajet de ce dernier muscle et vient se fixer sur le côté externe de la première phalange du 5e orteil.

Quant aux Anthropoïdes, ils possèdent presque tous un rudiment du péronier du 5e orteil, et c'est à tort que Bischoff, dans son tableau de myologie comparée des *singes* (1870, *anatomie du gibbon*), signale l'absence de ce muscle chez le *gorille*, l'*orang-outang*, le *chimpanzé* et le *gibbon*. Le corps musculaire a disparu, en tant qu'organe nettement différencié, cela est incontestable ; mais il en reste encore des vestiges non moins incontestables. Je veux parler d'un tendon, souvent très volumineux, qui, se détachant du tendon du court péronier latéral unique, glisse le long

© BIU Santé

de la face dorsale du 5e métatarsien, pour venir se terminer soit dans le voisinage du 5e orteil (*extrémité antérieure du métatarsien, tissu fibreux de l'articulation métatarso-phalangienne*), soit sur les phalanges elles-mêmes (*directement ou par l'intermédiaire de l'extenseur commun*). Nous désignerons désormais ce tendon, avec S. Pozzi, sous le nom de *prolongement digital* ou *prolongement phalangien* du court péronier latéral; on ne saurait trouver une expression à la fois plus simple et plus nette.

Ce prolongement digital du court péronier a été constaté chez le *chimpanzé* par Brulh, Macalister, Champneys, Gratiolet et Alix et par Bischoff lui-même, quelques années après la publication du mémoire précité. Sur mon *troglodytes niger*, il affectait la forme d'un tendon très grêle, presque filiforme, qui se séparait du tendon du court péronier au moment où celui-ci sortait de sa gaine, et venait se perdre dans le tissu fibreux qui recouvre en haut l'articulation métatarso-phalangienne.

Le *peroneus quinti*, réduit de même à un tendon, a été constaté chez le *gibbon* par Chudzinski. Macalister l'a signalé chez le *gorille*; mais il n'en existait aucun vestige sur les sujets disséqués par Duvernay et par Bischoff. Même disposition chez l'*orang*: Lange a bien rencontré, chez cet anthropoïde, un faisceau frêle qui, du quart supérieur du péroné se fixait à la base du 5e métatarsien, après avoir contourné la malléole avec les autres péroniers; mais il s'agissait là, très probablement, d'une formation anormale, car ni le sujet de Duvernoy ni le mien n'ont présenté ce faisceau, même à l'état rudimentaire. Le long péronier latéral et le court péronier latéral existaient seuls, exclusivement insérés, comme chez l'homme, l'un sur le premier métatarsien, l'autre sur le cinquième.

Si nous essayons maintenant de résumer en quelques mots les lignes qui précèdent, nous voyons que le *péronier du 5e orteil* peut affecter, dans son existence et ses rapports avec les autres péroniers, quatre modalités principales basées, depuis la première jusqu'à la dernière, sur le degré plus ou moins avancé de différenciation de cette formation musculaire: 1er *degré*: Indépendance anatomique complète du péronier du 5e orteil (*ours, chat, civette*); 2e *degré*: Absorption partielle de son corps musculaire par le muscle court péronier latéral (*quelques singes inférieurs*); 3e *degré*: Absorption totale de son corps musculaire et absorption partielle de son tendon, par le même muscle (*chimpanzé*); 4e *degré*: Absorption totale de son corps musculaire et de son tendon par le même court péronier latéral; disparition absolue du péronier du 5e orteil (*gorille, orang, homme*).

II. *Reproduction chez l'homme du péronier du 5e orteil; formes complètes et incomplètes. — Synonymes*: (*Peroneus quinti digiti* de Huxley, *Peroneus quinti* de Macalister, *Extensor proprius quinti digiti* de Devis, *Peroneus medius* de Cuvier, *Peroneus tertius* et *Adductor digiti quinti longus* de Burdach, *Extensor brevis digiti quinti* de Ruge, *Peroneus parvus* de Bischoff, *Peroneus accessorius* de Henle, *Peroneus quartus* d'Otto, *Peroneus sextus* de Macalister). — Toutes les modalités, précédemment indiquées, du péronier du 5e orteil se reproduisent chez l'homme. Et d'abord, la disparition complète de ce muscle par absorption totale de ses éléments anatomiques dans la masse des autres péroniers, constitue chez nous la disposition normale, comme le prouvent les chiffres suivants: Wood a rencontré, 5 fois seulement sur 32 sujets, le prolongement digital du court péronier latéral. Pozzi qui a publié, en 1872, une très intéressante étude sur cette disposition anatomique, déclare ne l'avoir rencontrée que 4 fois sur 28 sujets. Il résulte de ces deux statistiques très concordantes, comme on le voit, que le prolongement tendineux, envoyé par le court péronier latéral au 5e orteil, se rencontrerait une fois sur 6 ou 7 sujets. Ce rapport est bien évidemment trop faible, si l'on tient compte de tous les cas où un tendon surnuméraire se détache du tendon du court péronier latéral pour se terminer sur n'importe quel point de la région tarso-métatarsienne; mais il doit se rapprocher beaucoup de la vérité, s'il ne s'applique qu'aux formes complètes de ce tendon, c'est-à-dire aux tendons bien développés et se portant sans interruption du court péronier latéral au 5e orteil. Dans une nouvelle statistique plus récente et plus complète, Wood donne les chiffres suivants: sur 68 hommes, 15 lui ont présenté un tendon complet, 5 des vestiges seulement de ce tendon; de même sur 34 femmes, 5 possédaient un tendon complet, 8 n'en avaient que des vestiges. Au total, sur 102 sujets, le prolongement phalangien du court péronier latéral existait 36 fois: 23 fois à l'état complet, 13 fois à l'état de vestiges; sa fréquence me paraît donc devoir être représentée par la fraction 1/3.

Il résulte ainsi des chiffres qui précèdent, que la présence de deux faisceaux seulement dans la région externe de la jambe, insérés exclusivement l'un au 5e métatarsien, l'autre au premier, constitue la règle chez l'homme et que tous les autres faisceaux, charnus ou tendineux, qu'on rencontre dans cette région, y compris le prolongement digital du court péronier, sont des formations surajoutées, devant prendre place parmi les anomalies comme les reproductions d'un muscle disparu, le péronier du 5e orteil.

Ces formations réversives sont complètes ou incomplètes:

1° *Formations complètes.* — Sous le titre de formations complètes, je comprends tous les faisceaux, charnus ou tendineux, qui, émanant du péroné, se portent directement ou indirectement sur les phalanges du petit orteil. Elles comportent trois variétés correspondant exactement aux trois premiers degrés de différenciation du muscle chez les mammifères.

1re *variété*: *tendon phalangien fourni par un muscle distinct du court péronier latéral.* — Un fait de cette nature est rapporté par Macalister: « J'ai vu, dit-il, un muscle complètement séparé se détacher du quart inférieur du péroné, au-dessous du court péronier latéral, glisser avec lui dans la gouttière rétro-malléolaire et se porter sur l'aponévrose d'extension qui recouvre le cinquième orteil. » Voilà bien un faisceau musculaire qui reproduit intégralement le cinquième péronier des mammifères, de l'*ours* par exemple, de la *civette* et de quelques *singes* inférieurs.

2e *variété*: *tendon phalangien fourni par un muscle fusionné avec le court péronier latéral.* — J'ai vu, dans un cas, sur le côté gauche d'un sujet, un tendon très grêle longer le bord antérieur du tendon du court péronier latéral, contourner avec lui la malléole et se jeter sur un petit corps charnu, de 18 millimètres de longueur seulement, lequel se fusionnait entièrement avec les faisceaux du court péronier, avant d'atteindre l'os. Où se terminait en bas ce tendon? Allait-il au cinquième orteil? C'est probable, mais je ne saurais l'affirmer; le pied sur lequel j'ai eu l'occasion de l'observer avait subi l'amputation tarso-métatarsienne, et je n'ai pu le suivre au delà du cuboïde.

Sur un deuxième sujet, j'ai rencontré un péronier du cinquième orteil dont le corps charnu, relativement très développé, se fusionnait avec la portion sous-malléolaire du tendon du court péronier latéral; ce muscle avait été préparé par un de mes élèves, M. Capdeville. Je transcris textuellement la note qu'il m'a remise à ce sujet: A sa partie supérieure, le court péronier latéral ne présente rien de particulier. Après avoir contourné la malléole externe et presque immédiatement au-dessous de cette malléole, son tendon donne naissance, le long de son bord antérieur et dans une étendue de 1 centimètre et demi, à un muscle surnuméraire qui présente les dimensions suivantes: longueur 35 millimètres, épaisseur 10 millimètres. Ce petit muscle se jette, un peu en arrière du cinquième métatarsien, sur un tendon aplati et grêle qui vient aboutir, à la façon d'un tendon du pédieux, sur le bord externe du tendon que l'extenseur commun envoie au cinquième orteil. Cette fusion se fait au niveau de la première phalange. Dans son trajet, le tendon surnuméraire précité passe dans un canal de 3 millimètres de longueur, constitué par la partie postérieure du tendon terminal du péronier antérieur. Sur ce même sujet, le faisceau interne du pédieux, destiné au gros orteil, était plus volumineux que d'ordinaire et se trouvait complètement séparé du reste du muscle.

© BIU Santé

Hallet, Macalister et Wood ont signalé des faits analogues. Dans le fait de Wood (*Voir dessin in Proc. of Roy. Soc. of London*, XVI, p. 520), le péronier du cinquième orteil affectait une disposition fusiforme et se trouvait compris entre deux tendons : un tendon d'origine qui se réunissait au-dessus de la malléole avec le tendon du court péronier latéral, un tendon terminal qui venait s'insérer, comme sur mon sujet, sur le tendon externe du long extenseur.

3e *variété* : tendon phalangien fourni directement, sans interposition de faisceaux charnus, par le tendon du court péronier latéral. C'est là la disposition la plus ordinaire. Signalé par la plupart des anatomistes, observé à coup sûr par tous ceux qui ont suivi pendant quelque temps les salles de dissection, le prolongement digital du court péronier latéral a été particulièrement bien décrit en France, et interprété comme il méritait de l'être par Samuel Pozzi. Il résulte des observations connues que ce tendon, très variable en volume, est fort variable aussi dans son mode d'origine et son mode d'insertion : il peut naître, en effet, sur n'importe quel point du tendon du court péronier latéral, depuis sa portion rétro-malléolaire jusqu'à son extrémité métatarsienne ; quant à sa terminaison, elle peut se faire, dans le territoire du 5e orteil bien entendu, sur la phalange, sur le tendon que l'extenseur commun envoie au 5e orteil, sur l'expansion fibreuse de ce tendon, sur l'articulation métatarso-phalangienne. Du reste, l'anomalie peut être symétrique (*disposition ordinaire*), ou ne siéger que d'un seul côté (*disposition plus rare*).

Il n'est pas très rare que le péronier antérieur fasse défaut sur un pied où se rencontre déjà un prolongement digital très développé. La coexistence de ces deux anomalies sur le même sujet donne à la région un aspect qui rappelle de tous points la disposition présentée par les *singes* anthropoïdes.

Dans un mémoire qui date déjà de vingt ans (1863), le professeur Hyrtl a établi que le prolongement phalangien du court péronier latéral perfore toujours le tendon terminal du péronier antérieur, et, dans les cas où ce tendon s'insère au quatrième métatarsien, passe à travers un ligament (ligamentum intra-metatarseum dorsale) qui réunit l'extrémité postérieure des deux métatarsiens externes.

2° *Formations incomplètes.* — Je désigne sous ce titre tous les faisceaux surajoutés qui émanent bien, comme dans les cas précédents, de la face externe du péroné, mais qui n'atteignent pas le 5e orteil et prennent une insertion secondaire (on connaît le sens qu'il faut attacher à ce mot depuis les importantes recherches de Sabatier) sur l'un des os qui constituent le bord externe du tarso-métatarsien. Cette insertion *reculée* du péronier du 5e orteil peut se faire sur le 5e métatarsien, sur le cuboïde, sur le calcanéum et jusque sur la malléole externe ; de là quatre variétés qu'on me permettra de désigner par les dénominations très nettes de *péronéo-métatarsienne*, *péronéo-cuboïdienne*, *péronéo-calcanéenne*, *péronéo-malléolaire*.

1re *variété : faisceau péronéo-métatarsien.* — Laissant de côté son origine qui peut parcourir toutes les modalités ci-dessus décrites pour les formations complètes, ce faisceau peut se terminer sur l'extrémité antérieure du premier métatarsien, sur son extrémité postérieure, sur sa partie moyenne, avec ou sans expansion pour le premier espace interosseux ; j'ai observé pour ma part toutes ces dispositions.

2e *variété : faisceau péronéo-cuboïdien.* — C'est ce faisceau qu'on décrit généralement sous le nom de péronier accessoire, accessoire des péroniers (*peroneus accessorius*, de Henle), dénomination qui est véritablement trop vague et qu'il convient d'abandonner. Le faisceau péronéo-cuboïdien peut n'être qu'un petit tendon provenant de la bifurcation du tendon du court péronier latéral et inséré sur le cuboïde. Je possède dans mes notes un cas très net de cette disposition. Mais il n'est pas très rare de rencontrer cette production anormale sous la forme d'un muscle complètement distinct dans toute ou presque toute son étendue. Il est généralement fort grêle et toujours situé profondément, relativement aux autres péroniers. Son point d'origine, sur la face externe du péroné, peut être très rapproché de la malléole, comme aussi il peut être situé à 10 et même 15 centimètres (cas de Chudzinski) au-dessus de cette saillie osseuse. Je n'ai rencontré que trois cas bien nets du petit muscle péronéo-cuboïdien. Les deux premiers complètement différenciés, prenaient naissance, en arrière du court péronier latéral, sur la partie moyenne du péroné ; quant au troisième, il se détachait, dans le tiers inférieur de la jambe, à la fois du court péronier latéral (face postérieure) et de la cloison fibreuse qui sépare les péroniers des fléchisseurs des orteils.

Le mode de terminaison de ce muscle présente lui-même quelques variétés : il peut s'insérer soit sur le cuboïde lui-même, soit sur le tendon du long péronier latéral. Dans ce dernier cas, c'est principalement avec le renflement sous-cuboïdien de ce tendon que se fait la fusion.

On pourra m'objecter peut-être qu'un faisceau qui accompagne le tendon du long péronier latéral ne saurait être assimilé au faisceau précédent, qui accompagne le court péronier latéral et se porte sur le cinquième métatarsien. Cette objection est pour moi sans valeur, car j'ai vu, deux fois au moins, ce tendon de renforcement du tendon du long péronier latéral se détacher, au-dessous de la malléole, du tendon lui-même du court péronier latéral, dans des conditions anatomiques identiques à celles que nous observons pour l'origine du prolongement phalangien à l'état parfait. Je suis heureux de m'appuyer ici sur l'autorité incontestable de M. Chudzinski, qui décrit sous une même dénomination : 1° les faisceaux péroniers surnuméraires qui s'attachent au cinquième métatarsien ; 2° ceux qui vont renforcer, dans la gouttière cuboïdienne, le tendon du long péronier latéral ; et, enfin, 3° ceux qui s'arrêtent au calcaneum. Ces derniers constituent la variété suivante :

3e *variété : faisceau péronéo-calcanéen externe.* — J'ajoute à la dénomination donnée à ce faisceau le mot d'externe pour distinguer cette formation anormale du *peroneo-calcaneus internus*, que nous avons déjà décrit, et qui possède en effet une signification tout autre. C'est le *peroneus quartus* d'Otto, le *peroneus sextus* de Macalister. On voit combien ces dénominations, basées sur un numéro de série, sont défectueuses. Le péronéo-calcanéen externe, identique au précédent par ses insertions d'origine, n'en diffère que par son mode de terminaison. Cette terminaison se fait, dans la majorité des cas, à l'aide d'un tendon plus ou moins grêle, sur le tubercule de la face externe du calcaneum.

Des observations de faisceaux péronéo-calcanéens externes sont rapportées par Otto, Thecle, Wood, Macalister, Chudzinski, Curnow, Knott, Beswick, Perrin, etc. Je n'en ai jamais observé qu'un seul cas dans mes salles de dissection (février 1883) ; mais le muscle était relativement très développé. Il était cylindrique et mesurait 10 centimètres de longueur. Il s'insérait en haut, en partie sur une bandelette aponévrotique qui le séparait du court péronier latéral, en partie sur une bandelette analogue qui le séparait en arrière du fléchisseur propre du gros orteil. De là, ses faisceaux d'origine se portaient verticalement en bas et constituaient un corps charnu de 7 à 8 millimètres d'épaisseur, qui donnait naissance, par sa face profonde, à un tendon de 3 millimètres de largeur seulement. Ce tendon, continuant le trajet descendant du muscle, venait se fixer à la partie la plus postérieure du tubercule externe du calcaneum.

C'est à tort, selon moi, que Kurnow considère ce muscle péronéo-calcanéen externe comme l'homologue probable au membre inférieur du muscle radio-carpien de Fano. Une pareille assimilation est en désaccord avec les idées généralement admises aujourd'hui sur les homologies des membres. Le faisceau homologue du radio-carpien devrait s'insérer en effet non pas sur le péroné, mais sur le tibia, qui est l'homologue du radius ; il devrait, d'autre part, se différencier dans la masse des fléchisseurs et non dans la

© BIU Santé

masse des extenseurs; et enfin, il devrait se terminer sur le bord interne du pied et non sur le bord externe. Nous savons que le radio-carpien de Fano a pour homologue au membre inférieur un muscle constant, le tibial postérieur.

4e variété : faisceau péronéo-malléolaire. — Je donne ce nom à un faisceau, observé par Budge, qui se portait de la masse des péroniers à la malléole, et dont le faisceau signalé par Macalister et inséré sur le ligament latéral externe n'est vraisemblablement qu'une variété. Le faisceau péronéo-malléolaire appartient encore aux formes incomplètes des *peroneus quinti digiti*; moins développé que la variété précédente, il ne descend pas même sur le tarse.

Résumons en terminant les principaux faits énoncés dans cet article. Il existe dans la série des *mammifères*, indépendamment du long péronier latéral et du court péronier latéral, un troisième muscle qui se détache également de la face externe du péroné et se rend au 5e orteil. Il se rattache au système du court extenseur ou pédieux qui, comme on le sait, limite sa zone d'action aux quatre doigts internes. Très développé chez quelques *carnassiers*, notamment chez l'*ours* et chez le *chat*, le muscle péronier du 5e orteil se retrouve encore à l'état indépendant chez la plupart des *singes inférieurs*; chez quelques *anthropoïdes*, le *chimpanzé* par exemple, il se fusionne presque en totalité avec les autres péroniers et n'y existe plus que sous la forme d'un tendon plus ou moins grêle, qui se rend bien au 5e orteil, mais ne s'individualise qu'au métatarse, en se détachant du tendon du court péronier latéral. Chez quelques autres, le *gorille* et l'*orang*, ce tendon minuscule, dernier vestige du péronier du 5e orteil, n'existe même plus dans la majorité des cas : le péronier du 5e orteil tout entier a été absorbé par les autres péroniers. Il en est de même chez l'homme, où le muscle disparu ne se reproduit qu'à l'état d'anomalie et sous les formes les plus diverses : tantôt ce sont des faisceaux soit distincts, soit plus ou moins fusionnés dans la masse des péroniers qui se détachent de la masse du péroné et se rendent, sans interruption aucune, jusqu'aux phalanges du doigt externe (*formes complètes*); tantôt ce sont des faisceaux plus courts (*formes incomplètes*) qui se détachent bien du péroné, comme dans le cas précédent, mais qui s'arrêtent en route, dans leur trajet vers le 5e orteil, et se terminent sur l'un des os avec lesquels ils se trouvent en rapport; le cinquième métatarsien, le cuboïde, le calcanéum et même la malléole péronière. Il est naturel de penser, pour expliquer ces derniers faits, que dans le développement ontogénique, la portion inférieure du péronier du 5e orteil ne s'est pas différenciée ou organisée, ou bien a pris, sur l'un des points ci-dessus indiqués de la région tarso-métatarsienne, une insertion insolite, entraînant après elle la disparition de toute la portion du muscle (corps charnu ou tendon) située au delà. Telle est, en effet, la destinée de certains muscles en passant d'un groupe zoologique à l'autre; nous les voyons ou s'y reproduire avec tous leurs caractères, ou disparaître entièrement, absorbés en totalité dans ces derniers cas par les masses musculaires voisines; et entre ces deux termes extrêmes du développement organique, différenciation complète et disparition absolue, nous retrouvons toutes les formes intermédiaires.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — Le Dr BLEICHSTEINER a été nommé privat-Docent d'odontologie à la faculté de médecine de Gratz. — Le collège des professeurs de la faculté de médecine de Vienne aurait proposé (11 voix contre 10), en remplacement du professeur Jäger, décédé, pour la chaire d'ophthalmologie, en première ligne, M. MAUTHNER (de Vienne); en seconde ligne, M. SATTLER (d'Erlangen), et en troisième ligne, M. FUCHS (de Liège).

— Le Dr HANS MEYER, professeur extraordinaire à Dorpat, a été nommé professeur ordinaire de pharmocologie et directeur de l'institut pharmacologique à Marburg, en remplacement du Dr R. Böhm, appelé à Leipzig. — Le Dr NEUREUTTER a été nommé professeur extraordinaire de pédiatrie, à la faculté tchèque de Prague.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BRON. — Le concours pour deux places d'interne à l'asile départemental de Bron vient de se terminer par la nomination de MM. VINCENT et ALLARD. Le jury était composé de MM. Brun, Albert Carrier, Max Simon, Pierret et Terver.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Coca et Cocaïne.

Le *coca* ou la *coca* est la feuille de l'*erythroxylum coca*, famille des *malpighiacées*. C'est un arbrisseau originaire du Pérou. Les feuilles sont la seule partie de la plante qui nous arrive ; elles ressemblent à celles de la grande pervenche. Elles sont minces et lancéolées ; leur saveur et leur odeur sont aromatiques. L'usage de la coca est très répandu au Pérou, au Mexique et en Bolivie. Il exerce sur l'économie une action analogue à celle des narcotiques, surtout à celle de la belladone. Il diminue la sensation de faim et prévient la gêne qu'on éprouve en gravissant les montagnes ; aussi son usage est-il devenu populaire parmi les indigènes.

Le coca figurait seulement à l'ancien Codex ; celui de 1884 contient, comme préparation : la *poudre*, la *tisane*, l'*extrait*, la *teinture* et le *vin*.

La *cocaïne* est un alcaloïde extrait du coca. Elle a été découverte en 1860 par *Niemann*, puis étudiée avec soin par *Lassen* en 1864. Ce chimiste a même retiré du coca un second alcaloïde, l'*hygrine*. La cocaïne est solide et cristallise en prismes à 4 à 6 pans. Elle est incolore et inodore ; se dissout dans l'eau et l'alcool, mais surtout dans l'éther. Elle présente une réaction alcaline et sature les acides pour former avec eux des sels très solubles et, sauf le chlorhydrate, difficilement cristallisables.

La cocaïne a pour formule : $C^{17}\ H^{21}\ Az\ O^4$. Celle du chlorhydrate est représentée par $C^{17}\ H^{21}\ Az\ O^4$, HCl. Ce sel cristallise en prismes à 4 pans.

Ecgonine : Si au lieu de saturer la cocaïne par l'acide chlorhydrique, on la chauffe à 100 degrés avec cet acide, dans des tubes scellés, on obtient une base nouvelle à laquelle Woehler a donné le nom d'*ecgonine*, il se forme en même temps de l'*acide benzoïque* et de l'*alcool méthylique*.

L'ecgonine cristallise en prismes rhomboïdaux très solubles dans l'eau, peu solubles dans l'alcool et insolubles dans l'éther. L'ecgonine n'a pas reçu d'application en thérapeutique.

Niemann a indiqué le procédé suivant pour extraire la cocaïne. On fait digérer les feuilles de coca dans l'alcool à 85°, additionné d'acide sulfurique. Puis on verse un léger excès de *lait de chaux* dans la teinture ainsi obtenue, et on laisse reposer. Le liquide alcoolique est ensuite décanté, neutralisé avec de l'acide sulfurique et évaporé en consistance d'extrait. On obtient ainsi une masse noirâtre qui, reprise par l'eau, cède à ce dissolvant le *sulfate de cocaïne* qu'elle contient. En précipitant cette solution par le carbonate de soude, on obtient la cocaïne que l'on purifie en la dissolvant dans l'éther et en faisant ensuite cristalliser dans l'alcool.

M. Lassen préfère opérer de la manière suivante : Il épuise les feuilles de coca par l'eau froide ou légèrement chaude ; précipite le macéré par le sous-acétate de plomb dont il enlève ensuite l'excès par le carbonate de soude employé avec précaution. Après filtration, la liqueur aqueuse dont la réaction ne doit être que *légèrement alcaline*, est agitée avec de l'éther qui dissout la cocaïne. Par évaporation, cet éther abandonne de la

© BIU Santé

cocaïne brute ou la purifie en la dissolvant dans l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique et en soumettant à la dialyse. Le chlorhydrate de cocaïne passe rapidement à travers le septum, et on en précipite la cocaïne au moyen du carbonate de soude. Un kilogramme de feuilles de coca fournit environ deux grammes de cocaïne.

Hygrine. L'hygrine est le second alcaloïde retiré des feuilles de coca par M. Lassen. L'hygrine reste en dissolution dans la liqueur aqueuse d'où l'on a séparé la cocaïne par agitation avec l'éther. On ajoute dans cette liqueur un *excès* de carbonate de soude qui précipite les sels de chaux et met en liberté l'hygrine. On l'isole en agitant de nouveau avec de l'éther. Par évaporation on obtient un liquide brun fortement alcalin.

L'hygrine est un alcaloïde liquide et volatil, dont l'odeur rappelle celle de la triméthylamine. Elle forme avec les acides des sels cristallisables. P. Yvon.

La limite d'âge pour les professeurs des Facultés.

Il y a, entre les diverses classes de fonctionnaires nommés et rétribués par l'Etat, une inégalité choquante. Les uns, inamovibles, conservent leurs places jusqu'à la mort; les autres sont mis à la retraite quand l'âge ou les infirmités les rendent impropres au service. Une *limite d'âge* existe pour les officiers de l'armée, pour les ingénieurs, pour tous les employés de nos administrations publiques. Les professeurs de l'enseignement supérieur seuls jouissent d'un privilège qu'on refuse aux généraux les plus illustres, aux hommes d'Etat les plus éminents.

Laissons de côté les Facultés des sciences et des lettres, les Facultés de droit, le Muséum où des professeurs d'un âge invraisemblable occupent encore des chaires que les jeunes savants découragés n'osent plus ambitionner. Bornons-nous à la Faculté de médecine que nous connaissons mieux et pour laquelle la réforme devient urgente.

A Paris, l'enseignement de la médecine est donné dans les amphithéâtres de l'école et dans les hôpitaux de l'Assistance publique. L'enseignement théorique de l'école est dévolu aux professeurs nommés par le ministre de l'instruction publique sur une liste de présentation dressée par leurs collègues. L'enseignement clinique des hôpitaux, sans caractère officiel, en dehors des cliniques de la Faculté, est laissé au bon vouloir et au dévouement des médecins et chirurgiens nommés au concours. Ceux-ci sont soumis à la limite d'âge, et quels que soient leurs talents, leurs aptitudes, leur vitalité, ils quittent tous, sans exception, le service actif à l'âge de 65 ans. Grâce à ce règlement impitoyable qui assure le recrutement des médecins des hôpitaux, la porte est largement ouverte aux jeunes médecins ambitieux et travailleurs, à cette pépinière d'internes qui abordent en masses de plus en plus compactes les concours du Bureau central.

Pendant que le personnel des hôpitaux, qui relève de l'Assistance publique et du ministère de l'intérieur, conserve ainsi de la vigueur et de la jeunesse, le personnel de la Faculté qui relève du ministère de l'instruction publique, s'affaisse sous le poids des ans et ne se renouvelle que par la mort de ses membres inamovibles. Plusieurs professeurs ont dépassé 70 ans, quelques-uns sont octogénaires; aucun ne songe à la retraite. Il faut cependant faire une exception; on voit parfois, à peu près tous les vingt-cinq ans, un professeur donner l'exemple du renoncement volontaire à des fonctions trop lourdes pour son âge. Malheureusement cet exemple n'est pas suivi; il provoque la surprise, l'admiration peut-être, jamais la contagion.

Pourquoi nos maîtres vénérés ne veulent-ils pas comprendre qu'ils ne sont plus en état de rendre les services éclatants qui les désignèrent autrefois aux suffrages de leurs collègues? L'heure du repos a sonné; le poids de l'enseignement est désormais trop lourd pour ces épaules autrefois vigoureuses, aujourd'hui impuissantes. Les fatigues multiples que les cours, les examens, la clientèle imposent à ces illustres maîtres, pourraient même compromettre une santé qui doit être chère à tous les amis de la science, si les congés et les suppléances n'étaient là pour nous rassurer. Il résulte de cette situation déplorable que l'enseignement de la Faculté est inférieur à ce qu'il devrait être. Si l'éclat de l'enseignement, si l'intérêt des étudiants souffrent de cette sénilité, que dire des agrégés, jeunes et vieux, las d'attendre des places qu'un usage suranné leur refuse? La plupart d'entre eux, depuis longtemps en possession de la force et du talent, ne font que perdre en vieillissant des facultés qu'ils n'utilisent pas. Quelques-uns, n'espérant plus sortir d'une voie sans issue, cessent de travailler et cherchent des compensations. Les forces vives des générations les plus laborieuses et les plus intelligentes sont ainsi dépensées en pure perte et sacrifiées à l'obstination et à l'éternité des vieux. Les agrégés qui ont la patience d'attendre arrivent parfois, au prix de quelles luttes! à une place qu'ils ne seront bientôt plus en état de remplir. Quel avenir reste-t-il en effet à un médecin déjà usé par l'âge, par les concours, par les travaux scientifiques, par la clientèle? Quels services peut-il rendre à l'enseignement s'il arrive au professorat après 50 ans? Nous connaissons plusieurs hommes éminents qui n'obtiendront la chaire qu'ils méritent qu'à un âge où ils ne seront plus capables de rendre les services qu'ils pouvaient rendre il y a dix ans. Que de temps, que de talents perdus pour permettre à des hommes fatigués et vieillis de mourir dans leur chaire!

Il est cruel, dira-t-on, de déposséder un professeur qui n'a pas démérité. Mais si la mesure est générale, si la limite d'âge est établie pour tous comme dans les hôpitaux, aucun professeur ne pourra en être froissé. On peut du reste adoucir les rigueurs de cette mesure par l'honorariat, par le maintien des appointements, etc. Ce n'est pas aux hommes que nous en voulons, c'est à la débilité des institutions; aussi, sommes-nous prêts à souscrire à tous les tempéraments et à toutes les concessions raisonnables.

A qui appartient-il de soumettre l'enseignement supérieur aux mêmes lois que l'armée, la marine, le corps des ingénieurs et fonctionnaires de l'Etat? Les ministres ne prendront jamais l'initiative d'une mesure qui froisserait tant de savants illustres. C'est au parlement

© BIU Santé

qu'incombe le droit et le devoir de faire cesser une situation intolérable que tout le monde connaît, que tout le monde déplore *tout bas*, et personne n'ose parler *tout haut*. Il y a dans ce silence un sentiment de réserve et de modération que nous comprenons et qu'il faut pourtant surmonter sous peine de voir s'éterniser les abus les plus préjudiciables aux intérêts supérieurs de la science française. Ces abus sont si criants qu'il suffirait de les étaler au grand jour de la tribune pour les voir disparaître sous la réprobation générale. Nous restons convaincus que si les représentants de la nation étaient instruits publiquement du vice organique qui mine notre enseignement supérieur, ils n'hésiteraient pas à imposer au ministre le remède que nous indiquons, la *limite d'âge*.

Pour nous résumer, considérant qu'un grand nombre de professeurs des Facultés de l'Etat et plus particulièrement de la Faculté de médecine de Paris, ont dépassé depuis longtemps l'âge de la retraite; considérant qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun texte de règlement ou de loi qui les oblige à quitter leur chaire; considérant que cette lacune réglementaire est des plus préjudiciables à l'enseignement et à l'avancement légitime des agrégés, nous croyons qu'il serait urgent d'établir la limite d'âge des professeurs à 65 ans, et de mettre à la retraite d'office tous ceux qui ont dépassé cet âge.

Tel est le sens général de la réforme que nous proposons; nous n'avons pas la prétention de l'avoir étudiée dans tous ses détails et sous toutes ses faces. Nous avons simplement voulu soulever la question, *attacher le grelot*, trop heureux si notre article pouvait servir de point de départ à la petite révolution que nous appelons de tous nos vœux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 décembre 1884. — Présidence de M. F. Franck.

M. Malassez dépose une note de M. Degagny sur certaines particularités de la *fécondation des végétaux*.

M. Bouchard, dès 1882, a fait des recherches sur la *toxicité des urines*. Il a montré que les urines pathologiques contenaient des alcaloïdes toxiques produits par l'élaboration d'agents infectieux contenus en particulier chez l'homme sain, dans la cavité digestive. La suite de ses expériences l'a amené à rechercher la toxicité des urines normales. Celle-ci avait déjà été étudiée par Cl. Bernard, Frerichs, Lépine, au moyen des injections sous-cutanées; M. Bouchard a expérimenté sur le lapin, à l'aide des injections intra-veineuses et avec des urines *toujours neutres*. Injectée dans les veines du lapin, l'urine donne lieu aux phénomènes suivants : myosis, accélération de la respiration, abaissement de la température, polyurie, quelquefois albuminurie. Si l'injection n'a pas été abondante, la mort peut ne pas survenir. Du reste, les effets produits ne sont pas en raison directe de la quantité d'urine injectée; il faut surtout tenir compte des prédispositions individuelles et de l'état actuel de l'animal en expérience. On ne peut dans la production des accidents, incriminer ni l'eau, ni l'urée, dont il faut des quantités trop considérables. Ce qu'on peut dire actuellement, c'est que ces urines contiennent plusieurs principes toxiques que le présentateur se réserve de faire connaître ultérieurement.

M. Malassez a relevé dans la communication de M. Bouchard que l'urine décolorée était moins toxique; n'est-ce pas là un fait analogue à celui de M. d'Arsonval : à savoir que lorsqu'on mélange de la strychnine et du noir de fumée, la strychnine devient moins toxique. L'alcaloïde ne se serait-il pas fixé sur le charbon?

M. Hénocque communique le résultats de ses recherches sur le *spectre solaire déterminé par l'hémoglobine*. Il s'est servi du spectroscope à vision directe et a examiné l'ongle du pouce. Il a très bien vu deux bandes noires, l'une plus large, formée par l'oxyhémoglobine, l'autre plus petite, formée par l'hémoglobine; cette dernière peut manquer. Si l'on comprime le doigt par une ligature, les bandes noires disparaissent, il se fait une sorte de *virage* et on voit apparaître deux bandes, jaune et jaune-verte : cette réduction s'opère au bout de 50 à 60 secondes. La durée de la réduction varie suivant l'âge et le sexe; et aux différentes périodes de la journée, de même l'intensité et la largeur de la bande varient avec les individus et avec les maladies. Sur les animaux et en particulier sur le cobaye, l'expérience peut être faite sur la face inférieure de la patte.

M. A. Robin a fait des expériences avec M. Strauss et a trouvé que le moment de la réduction était difficile à déterminer. Ces expériences ont été faites sur la peau elle-même.

M. M. Duval communique le résultat de recherches faites avec M. Réal sur l'*homologie du peigne des oiseaux et du corps vitré des mammifères*.

M. Dubois fait une communication sur l'*action photogénique des lampyres*.

M. Clado, au nom de M. Damaschino et au sien, fait une importante communication sur les *microbes en bâtonnets de la diarrhée infantile* (sera publié.)

M. Judée fait une communication sur l'*action de l'atropine sur le bulbe*. — Après avoir rappelé que l'excitation du bulbe par un fort courant d'induction déterminait un arrêt du cœur, M. Judée dit que, lorsqu'on administre de l'atropine à un animal, on voit au contraire les battements du cœur s'accélérer. Il existe donc dans le bulbe un centre nerveux dont l'action est susceptible d'être détruite par l'atropine, de même que les centres moteurs sont détruits par le curare. La respiration n'étant nullement troublée dans ces expériences, il reste à trouver un poison qui, à l'exemple des précédents, agisse sur le centre de la neurilité réflexe.

M. Hanot a examiné le *foie* de plusieurs *cholériques* morts au bout de 6 à 8 heures. De même que M. Strauss, il a trouvé une augmentation de volume des noyaux des cellules hépatiques, ainsi qu'une accumulation de leucocytes dans les travées conjonctives. Il existait également une altération graisseuse des cellules; de plus, dans deux cas, il a remarqué que le lobule présentait des taches au niveau desquelles le tissu hépatique était décoloré. Ces taches sont ovalaires ou circulaires; à leur niveau, les cellules hépatiques sont déformées par pression réciproque et ont un diamètre trois et quatre fois plus grand qu'à l'état normal. Leur protoplasma est décoloré; elles présentent ce que M. Hanot appelle la *tuméfaction transparente*. Il reste à savoir si cette lésion est en rapport avec le choléra ou si elle dépend d'une lésion préexistante.

M. Beauregard est nommé membre titulaire.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 décembre 1884. — Présidence de M. A. Guérin.

M. Proust lit une observation relative à un boucher qui, ayant dépecé des moutons russes, contracta deux *pustules malignes*. Ces pustules siégeaient au-dessus du sourcil et au niveau de l'avant-bras. Cet homme fut soigné à l'hôpital trois jours après le début de ses accidents et guérit parfaitement. Le traitement consista dans l'application d'un caustique sur l'escharre de la pustule et en des injections

© BIU Santé

iodées dans le tissu cellulaire de la zone inflammatoire. La cause de l'accident doit être attribuée à la présence d'une épine, stirpa tortillis, dans la laine, la peau et les chairs des moutons.

M. Colin (d'Alfort) fait remarquer que la transmission du charbon par les moutons russes doit être assez commune et que la guérison de la pustule maligne, après l'apparition des symptômes généraux, n'est pas un fait exceptionnel.

M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur l'*épidémie cholérique de Paris*. Cette épidémie a débuté dans la nuit du 3 au 4 novembre, à un moment où l'état sanitaire de la ville était réputé satisfaisant. Dès le lendemain, la maladie éclatait dans divers points de Paris, les Quinze-Vingts, le Jardin des plantes, l'Ecole militaire. L'épidémie s'est accrue jusqu'au 10 novembre. La mortalité totale s'est élevée à 912 (382 femmes et 530 hommes). C'est une proportion de 4,05 décès pour 10,000 habitants. Ce chiffre, comparé à celui des épidémies antérieures, démontre une diminution progressive de la mortalité. A Paris, l'arrondissement le plus éprouvé a été le septième, où la proportion des décès a été de 12,6 pour 10,000 habitants. Les arrondissements qui viennent après sont le 19e, avec une proportion de 8,22; le 11e, avec une proportion de 8,07; le 12e, de 7,70 pour 10,000 habitants. Les quartiers les plus frappés ont été ceux de l'Ecole militaire (Asile des Vieillards), de Sainte-Marguerite, des Quinze-Vingts, du Pont-de-Flandre. S'il est impossible de préciser le point de départ de l'épidémie, on peut affirmer que son développement a été singulièrement facilité par certaines conditions spéciales, l'âge, la débilité sénile des malades, les conditions hygiéniques mauvaises des habitants, l'altération des eaux, l'alcoolisme invétéré, etc. M. Dujardin-Beaumetz tient à faire ressortir l'heureuse influence des mesures de désinfection et du transport des malades prises par la Préfecture de Police. Aussi est-il porté à croire que si, à Paris, le nombre des personnes atteintes a été restreint, cela résulte des mesures énergiques prises par la Préfecture de police.

M. Hardy est frappé du contraste qui se trouverait établi entre l'épidémie actuelle et les épidémies antérieures, d'après la communication de M. Dujardin-Beaumetz. Cette épidémie aurait éclaté brusquement, à un moment où l'état sanitaire de Paris était aussi satisfaisant que possible, ce qui semblerait donner un démenti aux doctrines soutenues par M. J. Guérin et qui, en général, ont été confirmées par les faits observés. Nous croyons, en outre, que l'épidémie, au lieu de s'étendre, comme d'habitude, de maison à maison, éclate au même moment, dans les points les plus éloignés de la ville. Une pareille manière d'être déroute singulièrement les idées que nous nous sommes faites sur la contagiosité du choléra; elle déroute également l'opinion émise au sujet de la diffusion de la maladie par les eaux potables. M. Hardy croit, avec M. L. Collin, que l'atmosphère doit être surtout incriminée, car elle contient les germes de la maladie, quels qu'ils soient. En ce qui concerne les mesures hygiéniques dont parle M. Dujardin-Beaumetz, M. Hardy veut croire, non sans réserve, qu'elles ont servi à éteindre la maladie. M. Hardy aurait voulu qu'on prît toutes ces mesures sans le crier aussi haut, afin de ne pas jeter le désarroi et la panique, et qu'on évitât celles de ces mesures qui ne répondaient à aucune idée ni théorique, ni pratique. De ce nombre, M. Hardy range les fumigations faites dans la chambre des cholériques. Pourquoi ces fumigations, puisqu'en admettant même qu'il existe un parasite du choléra, personne ne le connaît, et tout le monde ignore encore les moyens parasiticides qui lui sont opposables. On a donc agi au hasard, faisant une chose inutile et exposant, de par la propagation de la doctrine de la contagion, les malades à être abandonnés ou laissés sans soins suffisants.

M. Dujardin-Beaumetz ne partage pas les idées de M. Hardy sur le bien-fondé des désinfections locales, qu'il s'agisse du choléra ou de toute autre maladie infectieuse.

M. Proust tient à affirmer que, pas plus à Marseille et à Toulon qu'à Paris, il n'y a eu de constitution médicale prémonitoire. En ce qui concerne la contagiosité du choléra, M. Proust rapporte deux faits qui semblent plaider l'un, en faveur de la contagion par les eaux, l'autre en faveur de l'encombrement.

M. Béchamp attribue un rôle primordial à l'air qui nous environne, dans la genèse du choléra.

M. Hardy n'a jamais attaqué les doctrines de la contagiosité du choléra, mais s'est borné à dire que l'épidémie observée à Paris ne se trouvait pas favorable à cette doctrine. Les faits observés paraissent démontrer que le choléra ne se propage pas de l'homme malade à l'homme sain, et que c'est surtout par l'infection de l'atmosphère que se fait cette propagation. Il n'y a donc aucun danger à rester auprès des cholériques et à leur donner des soins.

M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur les documents adressés à l'Académie, relativement au traitement du choléra.

M. Le Dentu présente un malade auquel il a pratiqué avec succès, il y a plus de trois ans, l'*extirpation du rein gauche*.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 14 mars 1884. — Présidence de M. Cornil.

5. Rapport sur la candidature de M. Duflocq au titre de membre-adjoint de la Société; par M. le Dr Chauffard.

Parmi les communications faites par M. Duflocq à la Société anatomique, nous en signalerons surtout deux.

La première concerne un cas de rétrécissement sous-aortique primitif. Le malade, un an avant sa mort, avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu. A son entrée à Necker, dans le service du professeur Potain, 6 mois après cette attaque, on constata deux souffles systoliques, l'un à la pointe, l'autre à la base du cœur. Le souffle de la base était exactement systolique, rude à l'oreille, remplissant tout le petit silence.

Après cinq mois de séjour à l'hôpital, ce malade eut une poussée de purpura; à cette époque, on entendit, s'ajoutant aux deux souffles systoliques, un nouveau souffle diastolique, faible à la base. Le malade mourut à la fin de juin dernier par suite des progrès de l'œdème et de l'albuminurie.

Le *cœur* offrait les particularités suivantes : hypertrophie du ventricule gauche, dont les parois ont 2 centimètres; dilatation de cette cavité. Valvule mitrale absolument saine, sauf un très léger épaississement du bord libre. L'insuffisance était purement fonctionnelle et tenait à la dilatation de la cavité ventriculaire; en effet, si l'on relève la pointe du cœur, la valvule suffit.

Donc, insuffisance analogue à certaines insuffisances tricuspidiennes sur lesquelles M. le professeur Potain a précédemment appelé l'attention.

L'aorte présente deux ordres de lésions.

Et d'abord l'insuffisance aortique constatée par l'épreuve de l'eau. Sur le bord libre des valvules sygmoïdes se trouvent des végétations inégales, bosselées, quelques-unes même déjà calcaires, qui rendent compte du souffle diastolique constaté pendant la vie. Quant au rétrécissement, en examinant de près, on voit que le bord des valvules n'est pas rétracté, qu'il n'y a pas cette adhérence des bords que l'on est habitué à retrouver, dans les cas classiques, de telle sorte que le rétrécissement n'existerait pas, s'il n'y avait autre chose, c'est-à-dire une bride située à un demi-centimètre au-dessous des sygmoïdes, bride fibreuse, dure, résistante, faisant deux millimètres de saillie, et se portant en dedans vers la mitrale.

Cette bride rétrécit l'orifice sous-aortique de façon que le doigt n'y pénètre pas. Cette observation présente un double intérêt; d'abord elle est rare, puisque depuis les cas de MM. Vulpian et Liouville on n'en compte que trois autres ayant fait l'objet de présentations à la Société. De plus, MM. Vulpian et Liouville ont admis que le rétrécisse-

© BIU Santé

ment sous-aortique était toujours consécutif à une lésion mitrale. Cette pièce montre que le rétrécissement peut être primitif, puisque la lésion mitrale consiste en un épaississement très limité et à peine marqué, qui n'a pu être en aucune façon l'origine de cette bride ancienne, dure, fibreuse et résistante qui existait dans la région sous-aortique.

La deuxième observation a trait à un homme qui était entré au même hôpital dans un état général grave, en proie à une dyspnée extrême et présentant un œdème considérable des membres inférieurs.

A l'examen clinique, on constate une double lésion aortique ayant entraîné l'hypertrophie et la dilatation du cœur gauche. L'aorte déborde le sternum de six centimètres. On ne perçoit qu'à peine le pouls dans la radiale gauche, pouls d'ailleurs à peu près nul à droite. Il y a trois ans qu'à la suite de sensations de fourmillements et d'engourdissements on ne sent plus le pouls de la main droite. Il y a quinze jours que les mêmes phénomènes sont survenus à gauche. Enfin le doigt, pressant la carotide droite, sent un frémissement rude et circonscrit, par contre, le pouls bat fort dans les crurales : on y perçoit le double souffle tenant à l'insuffisance aortique.

Le diagnostic fut : dilatation athéromateuse de la crosse aortique, rétrécissement du tronc brachio-céphalique droit et de la sous-clavière gauche.

L'autopsie vint confirmer ce diagnostic. La dilatation de la crosse mesure, au sommet, quinze centimètres de circonférence. L'intérêt de cette présentation consistait dans l'extrême rétrécissement des artères partant de la crosse.

L'orifice de la sous-clavière gauche mesure un demi-centimètre. Celui de la carotide gauche admet juste un stylet de trousse.

Le tronc brachio-céphalique présente un orifice d'un centimètre de diamètre. Au-dessus de son origine, il offre une dilatation où la carotide droite s'ouvre par un orifice admettant une sonde cannelée : celui de la sous-clavière n'admet qu'à grand'peine une allumette Ce vaisseau, après une dilatation faisant suite à sa naissance, présente un nouveau rétrécissement aussi serré que le premier.

De plus, il n'existe de plaques calcaires que sur la crosse aortique et au niveau de l'embouchure des vaisseaux qui sont sains dans le reste de leur trajet. Nulle part, pas plus au cerveau que dans les viscères, il n'y a d'athérome ; l'examen microscopique a été fait.

En résumé, dilatation de la première partie de l'aorte, localisation de l'athérome à ce niveau, extrême rétrécissement, à leur origine, des branches de la crosse aortique, symptomatologie un peu spéciale, tels sont les points importants de cette présentation.

6. Rapport sur la candidature de M. Ayrolles au titre de membre adjoint; par M. Hippolyte Martin.

Parmi les diverses présentations faites par M. Ayrolles, nous rappellerons une observation de tumeur tuberculeuse de l'encéphale, recueillie à l'hôpital des Enfants-Malades. Une observation d'anévrysme de l'aorte avec pneumonie suppurée dans tout le poumon gauche, ayant donné lieu à diverses interprétations cliniques et ayant simulé une pleurésie. Une observation de cancer de l'œsophage avec communication de ce conduit et du poumon droit et rejet des aliments, lait pour expectoration. Nous insisterons plus particulièrement sur une présentation récente qui nous paraît particulièrement intéressante au point de vue clinique et thérapeutique. Il s'agit d'une oblitération calculeuse des deux uretères ayant déterminé une anurie prolongée et amené la mort par urémie, après une assez longue période de tolérance. Le malade entrait le 15 février dans le service de M. le docteur Millard, à l'hôpital Beaujon, pour une anémie qui durait déjà depuis cinq jours. Il était venu à pied à la consultation et, sauf un aspect légèrement grippé de la face, il ne présentait rien de particulier qui pût faire soupçonner un état aussi grave. C'était un homme de cinquante-quatre ans, menuisier, d'apparence robuste et habituellement bien portant. Il accusait comme antécédents des excès alcooliques, qui ne s'étaient pas reproduits depuis deux ans, époque à laquelle il fut soumis à un régime assez sévère, pour des accidents de lithiase rénale. En effet, le malade nous présente un calcul rendu il y a quelques mois et nous dit en avoir rendu assez souvent de semblables, tous les mois, environ depuis deux ans. Il a déjà été traité, il y a six mois, à la salle Beaujon, pour une attaque de goutte. Jamais il n'a éprouvé de rétention aussi prolongée. Les premiers jours se passent bien et sauf une sensation de pesanteur dans le ventre et un peu d'oppression, on ne remarque rien d'anormal Pas de diarrhée ni de vomissement, pas de tumeur abdominale appréciable par la palpation. On arrive ainsi au dixième jour, où l'oppression devient plus marquée. un peu d'œdème pulmonaire apparaît et augmente les jours suivants. Le douzième jour le malade tombe dans le coma, qui se prolonge jusqu'à la mort, survenue le seizième jour ; malgré une diurèse assez abondante qui s'était produite la veille. Pendant ces dernières vingt-quatre heures, le malade a rendu 350 à 400 grammes d'urine.

A l'autopsie on trouve une double oblitération des uretères avec inflammation de la muqueuse de ces conduits et destruction de la tunique musculaire dans les points oblitérés. Les reins sont peu altérés et montrent des lésions de néphrite diffuse avec aplatissement et atrophie cellulaire. L'examen histologique a été fait au laboratoire de M. le professeur Cornil.

Comme on le voit, cette observation montre la longue durée (12 jours) que peut atteindre l'anurie, sans entraîner des conséquences graves en apparence. Nous disons, en apparence, car il faut se garder d'un pronostic trop favorable, en présence de la rapidité des phénomènes urémiques terminaux qui peuvent enlever le malade en deux ou trois jours si l'anurie persiste.

Au point de vue thérapeutique on avait donné des purgatifs qui n'ont pas suppléé longtemps la fonction urinaire. Une saignée n'a pas interrompu le coma. On avait donné du seigle ergoté pour essayer de faire expulser le calcul en agissant sur les fibres musculaires.

Au contraire, l'examen histologique a prouvé que ce résultat ne pouvait être atteint, l'inflammation ayant détruit les fibres musculaires au niveau des points oblitérés. Assimilant ce fait à l'occlusion intestinale et le diagnostic étant bien établi, on s'est demandé s'il n'était pas permis de tenter une opération qui, ouvrant l'uretère au-dessus du point oblitéré, rétablit le cours de l'urine. L'autopsie a montré qu'on pouvait espérer un bon résultat, mais il faut tenir compte des complications de l'opération, de l'infiltration d'urine possible, etc., etc. Enfin il est difficile d'expliquer la diurèse qui s'est produite le dernier jour, l'obstacle étant toujours le même. On avait pensé que sous l'influence de l'agonie, le spasme de l'uretère avait cessé, mais le fait de la destruction des fibres musculaires au niveau de l'oblitération, enlève beaucoup de valeur à cette explication.

On trouve dans les auteurs quelques exemples d'anurie ayant duré fort longtemps, mais dans ces faits il survient presque toujours une rémission ou il existe une hydronéphrose qui prolonge la durée de la période de tolérance.

Dans une observation de Paget il y eut une crise de polyurie le treizième jour et le malade mourut le vingt-deuxième jour. Weber rapporte une observation avec plusieurs rémissions qui ont prolongé la vie jusqu'au trente-septième jour. Rayer rapporte un fait d'anurie ayant duré vingt-cinq jours. Une rémission, le dixième jour, amena deux verres d'urine ; mais il existait une énorme hydronéphrose qui, pendant longtemps, servit de palliatif à la rétention.

7. Rapport sur la candidature de M. Darier, au titre de membre adjoint de la Société ; par M. le Dr Déjerine, médecin des hôpitaux.

Parmi les présentations que M. Darier vous a faites, permettez-moi de vous rappeler une des dernières qui portait sur un cas de tumeur des méninges cérébrales lequel pré-

© BIU Santé

sentait sous plus d'un rapport un intérêt véritable. Il s'agissait d'un ouvrier terrassier, âgé de 37 ans, qui, jusqu'au mois de juin 1883, avait joui d'une parfaite santé. Un jour, étant à son travail, il fut pris subitement, sans aucun prodrôme, d'une attaque apoplectiforme, tomba comme une masse sur le sol et ne reprit connaissance qu'au bout d'une 10e de minutes. Il était paralysé des deux membres du côté droit. Mais cette hémiplégie ne persista pas : quelques jours après, déjà il put faire quelques mouvements avec le membre supérieur et la marche redevint même possible au bout d'une quinzaine de jours. Le 17 octobre, nouvelle attaque en tout semblable à la précédente, si ce n'est qu'aux symptômes d'hémiplégie s'adjoignirent ceux d'une aphasie presque complète.

Hémiplégie et aphasie diminuèrent rapidement et il semblait devoir guérir encore une fois, lorsque survint à la fin d'octobre, une troisième attaque. En tout, ce malade fut ainsi frappé quatre fois avant sa mort qui survint au mois de janvier 1884.

Fait remarquable cependant, si le membre inférieur, paralysé à chaque attaque, reprenait en peu de jours ses mouvements, au point de permettre au malade de marcher et même de descendre un escalier, si l'aphasie diminuait assez vite pour qu'il pût toujours quatre ou cinq jours après l'ictus rendre compte de ses sensations, le membre supérieur se contractura dès la deuxième attaque et resta irrévocablement fixé dans l'attitude de la flexion. En dehors de ces faits, aucun autre symptôme pouvant éclaircir le diagnostic : cœur et artères intacts, pas d'albuminurie. Un peu de vertiges, du gâtisme et voilà tout. L'histoire de la première attaque rappelle absolument ce que l'on décrit classiquement sous le nom de congestion cérébrale aiguë : apoplexie suivie d'hémiplégie passagère. Mais les attaques suivantes vinrent démontrer que c'est avec raison que l'on a une certaine répugnance à admettre ces congestions idiopathiques, qui se produiraient sans qu'une lésion locale, une épine pour ainsi dire, vint les provoquer. Le membre supérieur restait définitivement contracturé et l'on en devait conclure qu'une lésion permanente existait au niveau de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Mais quelle lésion ? L'absence des convulsions épileptiformes qui caractérisent presque toujours la présence des tumeurs cérébrales, devait faire pencher le diagnostic du côté d'un foyer d'hémorrhagie ou plus probablement encore du côté d'un ramollissement cérébral par thrombose artérielle. Pour peu satisfaisant qu'il fût, ce diagnostic fut posé.

L'autopsie, que l'on peut pratiquer au commencement de janvier, vient éclaircir la question. Il est un genre de tumeurs des méninges que l'on rencontre fréquemment dans les autopsies de vieillards à la Salpêtrière et à l'hospice de Bicêtre. Ces tumeurs qui siègent habituellement à la convexité des hémisphères ont un volume qui excède rarement celui d'une noix développée avec une grande lenteur, elles ne causent aucun trouble de voisinage et constituent en général des trouvailles d'amphithéâtre. Ce sont ces tumeurs auquelles Virchow a donné le nom de psammômes, MM. Cornil et Ranvier celui de *Sarcome angiolitique*. Ce fut en effet, un de ces sarcomes que l'on trouva, d'un volume insolite, gros comme une pomme, il siégeait dans l'atmosphère gauche en avant de la scissure de Rolando, sur le pied de la première circonvolution frontale et sur la partie voisine de la frontale ascendante refoulant et aplatissant autour de lui toute une partie de l'hémisphère. La gêne circulatoire qu'il causait était attestée par les variquosités des veines de la pie-mère dans le voisinage. La situation et la déformation que la tumeur faisait éprouver aux organes voisins ressortait clairement des dessins que M. Darier avait joints à son observation. Il était dès lors facile de comprendre les poussées congestives qu'avait provoquées ce corps étranger. Au point de vue anatomique aussi cette tumeur prêtait à des considérations intéressantes. La tumeur tout entière était constituée par des cellules plates, larges, identiques aux cellules du tissu conjonctif ou aux cellules endothéliales des vaisseaux, sans cohésion entre elles ; au milieu du tissu on voyait, sur les préparations histologiques qui vous ont été présentées, de petits globes, composés des mêmes cellules arrangées concentriquement comme dans un globe épidermique, et appendus aux vaisseaux. L'absence remarquable dans ce cas, de matières calcaires dans ces globes, devrait faire rejeter la définition Virchow et le nom proposé par lui de psammôme si ce nom n'était pas déjà d'ailleurs peu en harmonie avec les principes actuellement admis pour la nomenclature des tumeurs. — L'analogie grossière des petits globes avec les globes épidermiques a seule pu faire désigner par quelques auteurs, ces tumeurs sous le nom d'épithéliomes. Leurs éléments sont des cellules conjonctives, sans ciment intercellulaire et le seul nom qui leur convienne par conséquent est celui de sarcome. Le nom d'endothéliome proposé également serait certainement meilleur encore s'il n'était pas passible du même reproche que l'on peut faire au mot de psammôme, qui est d'indiquer l'apparence et non la constitution réelle et le point de départ dans un des systèmes de tissus élémentaires.

Notons encore en terminant que M. Darier place le départ anatomique de ces tumeurs dans la pie-mère et non avec Virchow dans la dure-mère, les autres auteurs, indifféremment dans une quelconque des méninges. Cette opinion nous paraît fort admissible étant donné que la première présente dans ses prolongements, les plexus choroïdes en particulier, des formations entièrement semblables à celles qu'on trouve dans ces sarcomes.

S. Myxome de la cuisse ; par Balme.

L'observation que nous rapportons a trait à la malade occupant le lit n° 13 de la salle Sainte-Jeanne (service de M. B. Anger, hôpital Lariboisière).

La nommée Vermrer, âgée de 49 ans, blanchisseuse, se présente à la consultation portant une énorme tumeur de la partie antéro-externe du tiers supérieur de la cuisse droite. Rien dans ses antécédents héréditaires qui se rapporte au cas particulier qui l'amène.

De bonne santé habituelle, elle dit n'avoir jamais été malade. Il y a quatorze ans, étant en couches, dans un faux mouvement, elle a senti une douleur légère dans l'aine droite. A la main, elle a constaté une petite tumeur ronde, très peu douloureuse. Elle a cru à une hernie.

Pendant cinq ans environ, la petite tumeur est restée stationnaire; mais il y a huit ans, vers 1876, elle a commencé à grossir lentement, mais sans arrêt. Jamais de traumatisme avant l'apparition de la tumeur, ni sur la tumeur déjà apparue. Peu ou pas de douleurs au niveau de la tumeur, mais gêne dans le membre le soir en se couchant. Le métier de la malade, qui était blanchisseuse, et la grosseur où était arrivée la tumeur expliquent suffisamment ce symptôme. Après chaque fatigue un peu grande, douleur assez vive dans le genou. Les douleurs et la gêne semblaient être plus fortes pendant les périodes menstruelles. Depuis quelques mois, presque pas de symptômes douloureux à certains jours, tandis qu'à certains autres, douleurs très vives, le soir en se couchant, dans le membre inférieur droit et même parfois dans les deux membres inférieurs, et dans la fosse iliaque droite.

La tumeur siège à la partie antéro-externe du tiers supérieur de la cuisse droite. Elle est située sous le droit antérieur de la cuisse; en faisant fléchir la cuisse sur le bassin, on voit le tendon du triceps soulevé par le tendon se tendre sous la peau comme une corde d'archet, pour aller vers la rotule. Elle déborde ce muscle des deux côtés. La peau est normale, sauf des veinosités sous-cutanées. Sa forme est arrondie, légèrement aplatie d'avant en arrière, à cause du muscle qui la bride. Elle n'est pas translucide. Son volume est celui des deux poings. Sa consistance est élastique : il semble qu'il existe une fluctuation nette entre son côté interne et un point situé en dehors et en bas. Elle n'a pas cette crépitation parcheminée que présentent quelquefois les chondromes à coque osseuse. On sent l'artère en dedans de la tumeur, à un ou deux travers de doigt.

© BIU Santé

La tumeur a peu d'adhérences. On peut, en la soulevant fortement, l'éloigner quelque peu du fémur. De même, on la fait glisser latéralement de 2 à 3 centimètres, mais c'est là toute sa mobilité.

La coque fibreuse formée autour d'elle et dont l'opération a démontré l'existence, ne lui permettait pas, en effet, une plus grande mobilité.

Elle ne semble pas avoir de prolongements ni du côté du genou, ni sous les muscles externe ou interne de la cuisse, ni sous l'arcade crurale. C'est d'ailleurs ce qu'a démontré l'opération. Elle ne présente ni battements propres, ni battements transmis ; elle n'est soulevée par aucune artère. La palpation n'est pas douloureuse. La percussion donne partout de la matité.

Les mouvements de la cuisse sur le bassin sont un peu douloureux; compression probable des branches du nerf crural et du saphène interne, ce qui explique à la rigueur les irradiations dans le genou et dans la fosse iliaque.

On sent en dedans et en haut, à un travers de doigt de l'arcade crurale un ganglion légèrement douloureux. Pas d'albumine dans les urines, mais une portion notable de sucre.

On fit le diagnostic de la tumeur fibreuse, probablement fibrome pur, à cause de la lenteur de la marche, de la bénignité de la tumeur et de son peu de retentissement sur l'état général, qui est assez bon. La possibilité d'un enchondrome ou d'un kyste hydatique avait été écartée.

L'opération, faite le 12 mars 1884, par M. B. Anger. L'incision de 25 centimètres, le long du bord externe de la cuisse.

On coupe l'aponévrose, les muscles, et on tombe sur une coque fibreuse d'un blanc nacré, assez dense par place, mais circonscrivant la tumeur tout entière. Cette coque, largement ouverte, laisse voir une tumeur lobulée, élastique et d'une certaine dureté en certains points, fluctuante en d'autres points. Elle est légèrement aplatie d'avant en arrière. Sa face postérieure, creusée d'une gouttière verticale, porte l'empreinte de la face antérieure du fémur, sur laquelle elle est comme à cheval. Les tissus voisins ne sont pas altérés. Pas de prolongements.

On énuclée la tumeur en rompant avec le doigt les quelques adhérences cellulo-fibreuses. Pas de pédicule vasculaire. Seulement, au niveau de la face postérieure de la tumeur, adhérences un peu plus épaisses.

La tumeur enlevée laisse voir la face antérieure du fémur, recouverte de son périoste, qui n'est ni décollé, ni perforé, ni épaissi. La tumeur a diminué de volume. Elle était d'un tiers plus grosse. A l'état frais, une section pratiquée au milieu présentait un tissu tremblotant par places, gélatineux ; ce tissu mou est renfermé dans des sortes de kystes, que circonscrivent des travées fibreuses.

Examen microscopique. — Pratiqué après durcissement dans l'alcool, il montre que la tumeur est constituée par du tissu muqueux type, à grandes cellules étoilées.

9. Rapport sur la candidature de M. E. Lévêque, au titre de membre adjoint ; par M. Schwartz, chirurgien des hôpitaux.

M. Lévêque a fait depuis quelque temps, à la Société anatomique, des présentations d'un grand intérêt. Parmi celles-ci, il en est deux qui furent l'objet d'une discussion devant vous. Je vais donc vous en rappeler les traits principaux. Il s'agit, dans ces deux cas, d'occlusion intestinale, mais produite par un mécanisme différent. Pour le premier, c'était un jeune homme de 19 ans, ne se plaignant depuis longtemps que d'une constipation opiniâtre, qu'il ne parvenait que difficilement à combattre. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il éprouvait les symptômes d'un obstacle au cours régulier des matières : météorisme, coliques, constipation absolue, vomissements. Puis, en quelques jours, des symptômes évidents d'étranglement se manifestaient, étranglement siégeant probablement sur l'intestin grêle; faciès grippé, abdominal, aucune émission de matières fécales ou de gaz par l'anus, vomissements fécaloïdes, petitesse du pouls. Mais rien dans les antécédents ou la marche de la maladie ne venait préciser la nature de l'étranglement. — La mort survint au dix-huitième jour.

L'Autopsie fit voir, au-dessous et un peu à droite de l'ombilic, outre quelques lésions de péritonite adhésive, une anse d'intestin grêle étranglée, d'une longueur de 73 centimètres. Cette anse faisait hernie à travers une déchirure du mésentère, nettement détaché au niveau de son insertion à l'intestin. On en voyait encore la trace sur ce dernier. Le mésentère, ainsi séparé sur une longueur de 6 centimètres, se ratatinait en arrière, au milieu d'adhérences nombreuses et solides, et constituait le tiers postérieur d'un véritable anneau d'étranglement, dont les deux tiers antérieurs étaient formés par la portion d'intestin correspondante. Cet anneau, au lieu de renfermer les deux bouts de l'anse herniée, comme c'est la règle en pareil cas, ne contenait qu'un seul bout qu'il étranglait, l'autre bout se continuant avec l'anneau lui-même, dont il formait une partie.

Cette disposition avait amené une *torsion* sur lui-même de l'intestin, dépourvu de mésentère et servant d'anneau. D'où rétrécissement et même oblitération. De plus, il est à supposer que les efforts de la défécation chez un sujet habituellement constipé, ou les efforts continuels de sa profession (boulanger) n'ont pas été étrangers à cette déchirure du mésentère. Telle nous paraît, du moins, devoir être la pathogénie de cette lésion, dont rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner l'existence. Cette observation nous montre donc une lésion des plus rares, puisqu'elle n'est mentionnée par aucun des auteurs qui ont traité ce sujet. Quant à l'anse étranglée, il est important de considérer qu'elle était à peu près indemne, sauf au niveau de l'anneau. Imperméable et oblitérée à son extrémité supérieure; réduite seulement au volume d'une plume à écrire, mais perméable encore à son extrémité inférieure, elle n'avait, en effet, par cela même, été exposée à aucune des altérations si fréquentes sur les tuniques d'intestins étranglés. Mais, au niveau de l'anneau, au point où l'intestin se tordait sur son axe et s'oblitérait, les tuniques étaient d'une fragilité telle, qu'une très faible traction avait suffi pour déterminer une légère perforation. En supposant que les adhérences l'eussent permise, la réduction de l'étranglement, après laparotomie, aurait infailliblement donné lieu à une perforation et à une péritonite mortelle. — La seule intervention opératoire efficace en cette circonstance, mais assurément bien audacieuse, eût été, l'abdomen étant ouvert, de pratiquer l'excision des deux portions rétrécies, puis de réunir deux à deux, par la suture, les quatre bouts de l'intestin.

C'est ainsi que Reybard, ayant procédé à la gastrotomie dans un cas d'occlusion intestinale, et se trouvant en présence d'une dégénérescence organique de l'S iliaque, réséqua la portion d'intestin malade, réunit les deux bouts, et obtint la guérison. Cette conduite a, depuis, été suivie avec succès par nombre de chirurgiens à l'étranger et même en France.

Permettez-moi de vous rappeler encore une observation que M. Lévêque vous a communiquée, et montrant une autre cause peu commune d'occlusion intestinale. Une femme, ayant habituellement des garde-robes régulières, était entrée à l'hôpital pour des accidents d'occlusion intestinale remontant à une huitaine de jours. Ces phénomènes avaient débuté subitement et présentaient dès le second jour une extrême gravité : constipation absolue, vomissements fécaloïdes, refroidissement, etc. On reconnut aussitôt l'existence d'un énorme corps fibreux de l'utérus ; et c'est à la pression qu'il exerçait sur le rectum, qu'on attribua l'état de la malade. Anurie absolue pendant les quatre jours de la vie.

Le diagnostic fut confirmé par l'autopsie : la tumeur fibreuse, du volume d'une tête d'enfant et munie d'un mince pédicule, pesait plus de 1,100 grammes et comprimait fortement le rectum et les deux uretères. D'autres corps fibreux étaient encore disséminés dans l'épaisseur des parois de l'utérus. Dans ce cas, il eût été légitime de

© BIU Santé

tenter la laparotomie et de faire l'ablation de l'énorme fibrome pédiculé, bien plus, en présence des autres tumeurs fibreuses interstitielles, dont une du volume d'une orange, peut-être eût-il été préférable de pratiquer l'hystérectomie.

Je pourrais insister sur d'autres communications intéressantes de M. Lévêque, je ne ferai que signaler une *Rupture de l'aorte ascendante avec irruption du sang dans le péricarde*, un *ramollissement cérébelleux ayant déterminé une tendance au recul pendant la dernière année de la vie*, une *inversion splanchnique complète*, présentée tout récemment à la Société, et offrant trois particularités importantes : la réduction du volume du pancréas à celui d'une noix, la situation profonde du côlon transverse, et enfin la déviation latérale du rachis, à concavité gauche, malgré la transposition de l'aorte, et chez un sujet *gaucher*.

11. Note sur un cas de rupture complète de l'utérus. — *Utérus bifide. — Lavage du fœtus et de ses annexes dans la cavité péritonéale. — Extraction par les voies génitales. — Mort le 9e jour* ; par MM. Bar et Secheyron.

La nommée P..., âgée de 22 ans, ménagère, entre le 25 février à la salle d'accouchement (service de M. Gombault).

C'est une femme brune, d'aspect vigoureux, ayant toujours vécu à la campagne jusqu'à l'âge de 18 ans, n'ayant été atteinte dans son enfance d'aucune affection grave, ne présentant aucune trace de scrofule ni de syphilis. Elle fut réglée pour la première fois à l'âge de 18 ans. Depuis cette époque, la menstruation fut régulière et en 1880, P... devint enceinte pour la première fois.

Après une grossesse qui évolua normalement, elle accoucha à terme et le travail dura 8 heures environ; les suites de couche furent des plus régulières et notre malade put reprendre son travail le douzième jour.

En 1883, ses règles apparaissent le 20 juin et ne se reproduisent plus. P... était de nouveau enceinte. Cette seconde grossesse évolua régulièrement jusqu'à 7 mois, P... put continuer à travailler chez ses maîtres; à partir de cette époque, seulement, elle dut se borner aux soins de son ménage, car depuis deux mois la miction était souvent difficile et douloureuse et la malade éprouvait une douleur vive au niveau du flanc droit; ajoutons que des varices s'étaient développées surtout à droite et que deux gros cordons veineux se dessinaient à la partie interne de la jambe et de la cuisse de ce côté.

Le jeudi soir, 22 février, cette femme était, si nous nous en rapportons seulement à la date de ses règles, arrivée au huitième mois de sa grossesse. Son état général était excellent, et elle pouvait sans inconvénient vaquer aux soins du ménage. *Le vendredi 28 février, elle perdit l'équilibre en se levant, faisant d'abord un violent effort pour se relever, elle perçut un craquement au niveau du flanc droit, ressentit aussitôt une vive douleur en ce point.*

Après quelques instants de repos au lit, elle put de nouveau marcher, faire même une longue promenade dans Paris. Cependant la douleur devenait de plus en plus vive. Pendant la nuit du 23 au 24, durant la journée du samedi, la douleur, qui restait encore localisée à droite, persistat, s'aggrava même après un bain de courte durée que la malade crut devoir prendre.

Bien que P... ne reconnût pas dans la douleur qu'elle éprouvait, les douleurs de l'accouchement, elle se présenta le 24 février chez une sage-femme qui la conduisit à pied, le 25 février, à Beaujon. Nous la trouvons pâle, les traits tirés, les yeux fatigués, la peau présentant une teinte ictérique blafarde.

Son habitus dénote une vive souffrance. A l'inspection, l'abdomen paraît distendu, surtout suivant son diamètre transversal. Le palper est douloureux, mais permet néanmoins de reconnaître que l'enfant se présente par l'épaule. Ne voulant pas prolonger l'examen, nous restons dans le doute sur la position du fœtus.

L'auscultation ne nous fournit que des résultats négatifs. Au toucher, le col est normal, long d'un centimètre. Son orifice externe est entr'ouvert et admet l'extrémité de l'index, nous ne pouvons sentir aucune partie fœtale engagée.

La malade du reste nous affirme n'avoir point perdu d'eau et n'avoir éprouvé aucune hémorrhagie par les voies génitales.

En résumé, après une grossesse normale arrivée au huitième mois, notre malade se présentait à l'hôpital, ayant éprouvé, il y a quatre jours, pendant un violent effort, une vive douleur à droite; douleur croissante. Notre malade n'avait pas de fièvre, mais son état général paraissait profondément atteint; l'enfant, mort, se présentait par l'épaule.

Pendant les journées des lundi et mardi, 25, 26 février, la malade reste à la salle d'accouchement, continuant à éprouver des douleurs que calment momentanément deux lavements avec douze gouttes de laudanum. Le mardi, à 10 heures du soir, les douleurs devinrent intolérables, et je crus devoir avec mes excellents collègues, Arpolles et Bouthier, procéder à un examen définitif qui nous permit d'adopter un mode de traitement.

Par le palper et le toucher, je trouvai la situation tellement modifiée, l'état général était devenu si grave que je fis immédiatement demander M. Bar.

Etat de la malade. Opération.—A l'arrivée de M. Bar, la femme paraissait épuisée. Elle se plaignait d'étouffements, de douleur dans tout l'abdomen, surtout dans le flanc droit. Le ventre était ballonné. Le visage de la malade présentait tous les caractères du faciès péritonéal. Le moindre attouchement étant douloureux, P. fut anesthésiée. A l'inspection, M. Bar reconnut la présence d'un météorisme accentué, surtout à la partie supérieure de l'abdomen qui se trouvait élargi. En ce point, le palper, la percussion permirent de constater seulement les anses intestinales tympanisées. Au niveau de l'ombilic et de toute la région hypogastrique, le palper devenait facile, et il était aisé de déprimer la paroi abdominale antérieure presque sur la colonne vertébrale.

On trouvait aussi par le palper la matrice qui, inclinée à gauche se présentait avec les caractères (forme, volume) de l'utérus d'une femme qui vient d'être délivrée. Par l'auscultation, on ne percevait en aucun point les battements du cœur fœtal. Le toucher devait fournir les renseignements les plus importants. Le col était dilatable et formait un anneau parfaitement complet.

Après avoir franchi le col avec la main, on reconnaissait à gauche une tumeur aplatie, de forme ovalaire, mesurant dans son grand diamètre 5 à 6 centimètres environ. A l'extrémité inférieure de la tumeur, on trouvait un orifice qui admettait la pulpe du doigt et se poursuivait avec le col. A gauche, on sentait encore une masse très volumineuse qui sans aucun doute constituait le corps utérin, un nouvel orifice donnait accès dans la cavité. Entre ces deux masses existait un large orifice limité en avant et en arrière par les parois antérieures et postérieures du col. Cet orifice admit le passage de la main qui put facilement pénétrer dans la cavité abdominale. Il devint possible de reconnaître par le toucher, en arrière le rectum et le promontoire; en haut, le mésentère et les anses de l'intestin grêle et toucher en avant la face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen. Un aide, pressant alors sur les régions de l'épigastre et des hypochondres, abaissa le fœtus que la main introduite dans la cavité péritonéale n'avait pu atteindre et dont la présence et les situations se trouvaient masquées au palper et à la percussion par le météorisme des anses intestinales. Il était dès lors facile d'atteindre un pied, de faire par des tractions lentes et soutenues, passer tout le fœtus à travers la déchirure utérine et les voies génitales. Le fœtus extrait, il suffit de quelques tractions exercées sur le cordon pour délivrer définitivement la femme et enlever le placenta et les membranes qui avaient suivi le fœtus dans le péritoine.

Cela fait, M. Bar fit dans la cavité séreuse une abondante injection phéniquée 5 0/0. Le liquide entraîna un cotylédon qui s'était détaché du placenta et quelques débris membraneux.

© BIU Santé

L'opération était terminée. En somme, nous nous étions trouvés en présence d'un utérus bifide présentant ainsi une large rupture siégeant au point d'intersection des deux cornes utérines avec issue du fœtus et de ses annexes dans la cavité péritonéale. Si nous nous reportons aux renseignements qui nous ont été fournis par l'interrogatoire, il paraît légitime d'admettre que la rupture s'est produite le 23 février, c'est-à-dire il y a quatre jours, lorsque faisant un violent effort, notre malade perçut le craquement au niveau du flanc droit et ressentit aussitôt cette vive douleur qui depuis n'a fait que s'aggraver.

A la fin de l'opération, la malade tombe dans le collapsus, répond avec grand'peine. Respiration, 55; pouls petit, dépressible, 125. Boissons excitantes: rhum, café. Injections hypodermiques d'éther, de morphine, 1/2. Cet état inquiétant disparaît le soir. Le lendemain, la malade éprouve une amélioration notable.

L'ictère : teinte sub-ictérique de la peau, des culs-de-sac conjonctivaux, se prononce, mais ne tarde pas à disparaître.

Le ventre reste peu météorisé; très douloureux, surtout dans les flancs, sous les fausses côtes à gauche. La respiration est courte, accélérée, et réveille une vive douleur à l'hypochondre gauche.

Bientôt la diarrhée survient, les selles liquides, abondantes, fétides, persistent jusqu'à la mort de la malade. Affaiblie, épuisée par les douleurs, la dyspnée, la malade succombe le jeudi 6 mars, en pleine connaissance. La courbe de la température a oscillé entre 38 et 39°. Deux jours avant la mort, elle s'est élevée à 40°.

Le traitement institué a été à la fois local et général. Les injections, presque toujours intra-utérines, ont été répétées 7 et 8 fois par jour, injections au sublimé 1/2000 de la valeur de 2 litres. Les injections soulageaient beaucoup la malade, qui les réclamait avec instance. Malgré le traitement énergique et poursuivi avec certaine chance de succès les premiers jours, la malade a été emportée par une septicémie à forme lente. La raison de cet insuccès a été fournie à un certain degré par l'autopsie, qui a révélé l'origine présumée de l'infection dans un lambeau de placenta resté adhérent à la muqueuse utérine.

Autopsie du fœtus 12 heures après extraction. — Du sexe féminin, bien conformé, taille moyenne.

Poids :	2.625 gr.
	350 annexes.
	2,250 fœtus.

Cordon peu volumineux, long de 0m,50. Le fœtus paraît avoir macéré 2 à 3 jours. Desquamation complète des jambes. Plaques de desquamation au cou et au tronc. L'estomac renferme une demi-cuillérée à café de liquide sanguinolent, épais, d'un rouge brique sale. Gros intestin distendu par démacération. Plèvre, poumons sains.

Ecchymoses sous-cardiaques, sous le feuillet viscéral. Thromboses dans les vaisseaux coronaires.

Cerveau bien conformé; les vaisseaux à la superficie sont gonflés de sang noir.

Grand épiploon épaissi, réuni par de lâches adhérences aux deux feuillets du péritoine. Les anses intestinales sont unies entre elles par des adhérences. Celles-ci sont surtout épaisses et fortes autour du côlon ascendant. Quelques petits foyers purulents au milieu des adhérences dans la région de la vésicule biliaire. L'estomac est entouré de fausses membranes qui unissent intimement cet organe au diaphragme, à la rate, au côlon transverse. La rate, de volume normal, se déchire facilement. L'intérêt se concentre sur les organes du petit bassin. Les culs-de-sac pelviens sont recouverts du péritoine légèrement épaissi, présentant quelques exsudats gris noirâtres, de fines adhérences. Après ablation en masse des organes génitaux urinaires avec le rectum, il est facile de se rendre compte de la rupture utérine et de la malformation qui l'accompagne.

Le vagin est normal. Le col unique est entr'ouvert et permet l'introduction du doigt, qui pénètre successivement dans la cavité de deux lobes placés à droite et à gauche. Entre les deux ovoïdes utérins existe un orifice circulaire qui laisse passer la première phalange de l'index. Le col est ouvert sur la ligne médiane jusqu'à la déchirure; une incision nouvelle ravive le lobe gauche hypertrophié. La duplicité de l'utérus apparaît ainsi avec tous ses caractères. Le col est simple, mais au-dessus de l'orifice interne du col existe une partie du corps commune aux deux ovoïdes. La bifidité n'est donc pas complète. Elle s'est arrêtée à un centimètre environ du col. Les deux ovoïdes ne sont pas identiques. L'ovoïde gauche, du volume du poing, est sur un plan antérieur à l'ovoïde droit, dont le volume est celui d'une grosse noix. Tous deux ont même consistance et paraissent sains, mais l'ovoïde gauche a ses parois trois fois environ plus épaisses que l'ovoïde droit.

L'ovoïde gauche est la portion gravide de l'utérus. L'hypertrophie de ses parois, son volume, les restes du placenta inséré en forme de bourgeons sur les parties latérales et près de la rupture démontrent ce point. Les deux ovoïdes se réunissent à angle aigu (presque droit). La rupture siège au niveau du sommet de l'angle, mais en entier sur le côté interne de l'ovoïde gauche. La déchirure laisse passer l'index. Ses bords, irréguliers, déchiquetés, sont épais de 6 millimètres. La circonférence étalée mesure 0m,04.

Entre les deux ovoïdes existe une bride péritonéale verticale antéro-postérieure insérée en arrière. Près de la ligne médiane du rectum, sur une ligne un peu oblique, en bas et à droite, cette bride se prolonge en avant, en s'épanouissant sous le péritoine, qui recouvre la face postérieure de la vessie. Elle conserve cependant, jusqu'à la vessie, sa direction verticale et sa conformation extérieure. Le bord inférieur de la bride repose sur la jonction des deux ovoïdes, au point d'origine de la rupture.

Dimensions (Utérus bifide).

Corps	Ovoïde gauche.	hauteur. . . .	0m, 08	droit 0m,04
		largeur. . . .	0 ,065	0 ,03
	Partie commune.		0 ,007	
Col	hauteur		0 ,03	
	largeur		0 ,06	
Entre orifice intérieur et perforation			1 ,0177	
Entre col et vagin.			1, 11	
Perforation, circonférence.			0 ,04	
Bride :	hauteur.		0 ,02	
	largeur.		0 ,05 centimètres.	

Ce bord n'est nullement adhérent à l'utérus. Entre la face postérieure de l'utérus et le rectum, la bride forme comme un pont au-dessus du cul-de-sac utéro-rectal. Le doigt peut passer au-dessous de la bride, et on comprend la possibilité d'étranglement d'une anse intestinale qui se serait glissée au-dessous de la bride. A chacun des ovoïdes appartiennent un ligament rond, une trompe terminée par un pavillon frangé et un ovaire. La trompe gauche, de la grosseur du petit doigt, longue de 6 centimètres, a manifestement participé de l'hypertrophie de l'ovoïde utérin. Trompe, pavillon, ovaire sont unis entre eux par des adhérences récentes. Foie jaune, gros, lisse, onctueux à la coupe. Les organes thoraciques (poumons, cœur et péricarde) sont sains; la plèvre offre quelques adhérences nouvelles.

Reins normaux, poids	120 gr.
	14 dr.
Encéphale.	1,270 gr.

Circonvolutions bien conformées, nettement dessinées.

Séance du 21 mars 1884. — Présidence de M. Cornil.

12. Mort subite par rupture du cœur ; par Champeil.

Madame Farce, 78 ans, pensionnaire à l'hôpital des Ménages, morte subitement le 14 mars 1884.

A l'autopsie, on a trouvé le péricarde rempli d'un caillot sanguin gelée de groseille foncée, recouvrant le cœur en nappe. Ce caillot pèse 223 grammes. Sur la face antérieure

© BIU Santé

du ventricule gauche, à égale distance de sa pointe et de sa base, il existe une rupture de 16 millim. de longueur. Un peu plus haut et à droite, au niveau du sillon interventriculaire, il en existe une seconde beaucoup plus petite. De plus, il y a au niveau des deux tiers supérieurs du sillon interventriculaire un épanchement sanguin dans le tissu graisseux, que recouvre le feuillet viscéral du péricarde. A la face interne du ventricule gauche, il n'existe qu'une seule rupture de 12 millim. de longueur, communiquant par un trajet direct avec la grande déchirure qu'on voit à la face externe.

Dégénérescence graisseuse du myocarde. Athérome des artères coronaires. Pas de lésion d'orifice.

M. Quinquaud fait remarquer que cette femme était malade depuis cinq jours lorsqu'elle a succombé subitement; pendant les deux derniers jours, elle avait beaucoup souffert au creux épigastrique. Il a, dit-il, observé aux Ménages, plusieurs autres cas de mort subite par rupture du cœur, et jamais il n'a vu la syncope terminale survenir en plein état de santé; toujours, au contraire, les sujets avaient été malades pendant un certain temps avant d'être subitement enlevés dans une dernière syncope. Se basant sur ces faits, M. Quinquaud en conclut que la rupture du cœur se fait non d'un seul coup, mais en plusieurs fois, et qu'elle met un certain temps à s'opérer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 décembre 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Lagrza, à propos de la discussion sur l'ostéomyélite, communique un cas dans lequel il a fait la trépanation et l'éidement; il rappelle les conclusions de son précédent mémoire (janvier 1883), dans lequel il se ralliait entièrement à la nature infectieuse de l'ostéomyélite qu'il propose d'appeler *phlegmon diffus osseux*.

M. Terrier fait un rapport sur une observation d'*amputation ostéoplastique du pied* par M. le Dr Villeneuve (Marseille); le procédé employé fut celui que préconise M. Le Fort, et le calcanéum fut fixé aux os de la jambe par deux longs clous d'acier; les suites furent des plus simples; les clous furent enlevés au bout de dix-huit jours. On sait que l'emploi de ces tiges d'acier, fréquent chez les Allemands, n'a pas été employé par M. Le Fort; il ne paraît pas absolument nécessaire.

M. Tillaux fait un rapport sur un travail de M. Robert, agrégé du Val-de-Grâce, sur les *fistules uréthro-péniennes* consécutives à la constriction circulaire prolongée de la verge. Ce travail contient trois observations, dont une personnelle. M. Robert eut recours à une opération uréthroplastique, après laquelle on mit une sonde à demeure. Le résultat fut presque nul, bien que l'opération eût été parfaitement conduite. La difficulté est d'empêcher le contact de l'urine et de la plaie; la sonde à demeure a des inconvénients nombreux. M. Tillaux pense que, dans ces cas, on peut pratiquer le cathétérisme avec une sonde molle, ou encore avoir recours à la ponction de la vessie, répétée une ou deux fois pendant vingt-quatre heures, pour les trois ou quatre jours nécessaires à la réunion par première intention.

M. Verneuil. L'uréthro-plastie est une belle opération, mais qui réussit bien rarement; l'uréthrorraphie est meilleure. Il suffit de mettre une sonde à demeure de caoutchouc rouge, mais il faut qu'elle soit de petit calibre. Je ne crois pas, et il y a beau temps, à la nocuité de l'urine normale; je n'en dirais pas autant de l'urine ammoniacale; les urines chargées d'urates ou de phosphates sont cause d'insuccès fréquents.

M. Berger ne croit pas que la ponction vésicale soit un moyen pratique, surtout chez les enfants.

M. Anger croit que la sonde à demeure a de nombreux inconvénients, que la ponction serait difficile chez les enfants, et que le contact de l'urine et de la plaie n'a pas les inconvénients qu'on a dit.

M. Richelot fait observer que l'urine peut n'être pas dangereuse en tant que produit chimique, mais qu'elle agit mécaniquement par son passage continuel ou intermittent pour empêcher la cicatrisation.

M. Gillette ne laisse plus de sonde à demeure, mais sonde ses opérés avec une sonde molle et s'en trouve bien; il croit également aux dangers de la ponction de la vessie dans certains cas.

M. Tillaux préfère avec M. Verneuil l'uréthrorraphie, mais fait observer qu'elle n'est pas praticable quand la perte de substance est grande; il n'aime pas la sonde molle dont l'extrémité vésicale se replie asssz fréquemment dans l'urèthre; il reconnaît que la ponction vésicale n'est guère praticable chez les enfants, mais qu'elle peut rendre de grands services chez l'adulte.

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. Poulet sur l'*hydarthrose tuberculeuse*..

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. Poulet sur la *luxation en avant des cinq métacarpiens sur le carpe*.

M. Marchand fait une communication sur un cas de *thyroïdectomie* pour un cancer du corps thyroïde; la malade avait 32 ans; la tumeur avait débuté il y a 18 mois, et s'était développée lentement et également; son volume était celui d'un œuf de poule; cependant elle s'accompagna rapidement de troubles respiratoires, cornage, accès de suffocation, mais n'occasionna point de douleurs, ni locales ni à distance. L'opération fut laborieuse, car la tumeur était très adhérente, surtout à la trachée. Quand la tumeur eut été détachée, on put constater l'intégrité parfaite de la trachée. Les suites de l'opération, qui avait duré presque deux heures, furent remarquablement simples; les fils ne tombèrent que huit semaines après l'opération. L'examen histologique fait au Collège de France, a montré qu'il s'agissait d'un cancer alvéolaire.

M. Marchand note comme particularités intéressantes, l'accroissement lent et graduel de la tumeur, l'absence d'engorgement des ganglions du cou, et la persistance de la guérison; car, 16 mois après l'opération, il n'y a pas apparence de récidive.

Au cours de la séance, deux Commissions ont été nommées,

Commission du prix Laborie : MM. Ledentu, Marchand, Delens, Chauvel, Terrillon.

Commission du prix Duval : MM. Marjolin, Nicaise, Berger, Bouilly, Pozzi.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 10 décembre 1884. — Présidence de M. Proust.

M. Marius Rey lit une note relative au *médecin de l'état civil chez la nouvelle accouchée*. — A l'occasion d'une femme qui succomba à la fièvre puerpérale, le surlendemain de la visite du médecin de l'état civil, M. Rey fit une enquête qui lui permit d'établir un rapprochement entre la maladie de sa cliente et la visite de ce médecin. Ce dernier, en effet, aurait constaté le décès d'un individu mort d'érysipèle, avant de se rendre auprès de l'enfant de sa cliente. Dans ces conditions, M. Rey voudrait que les services médicaux, qui ressortent à la constatation des naissances et des décès, soient absolument distincts.

Après quelques observations présentées par MM. Brouardel et Kœchlin-Schwartz, la Société émet un vœu conforme à la proposition de M. Rey.

Suite de la discussion sur les eaux d'égout. — M. Salet (de Saint-Germain) est hostile au système qui tendrait à déverser les eaux sur un terrain quelconque. Tout ce qu'on propose est séduisant en théorie, non en pratique. Que prétend-on démontrer? Personne n'ignore que la Seine est infectée. Reste à savoir ce qu'il convient de faire pour la désinfecter. Il faut que la Ville de Paris se débarrasse de ses eaux sales; et, cependant, elle viole chaque jour la loi en jetant dans la Seine des tonnes de vidanges. C'est alors que les ingénieurs interviennent en proposant de

© BIU Santé

tout déverser sur un terrain régulateur, près d'Achères. Or, il y a un contraste manifeste entre le peu d'étendue du champ choisi et la quantité des eaux qu'on y apporterait. Dans ces circonstances, on favoriserait non l'épuration, mais la putréfaction des eaux. Bien plus, une partie de ces terrains domaniaux est facilement submersible. Ces terrains, quoiqu'on dise, restent donc insuffisants. Et, du reste, le projet que présente la Commission est la réédition de celui de 1876 ; il constitue une aggravation de l'état des choses, puisqu'on aboutirait à infecter d'abord le sol, ultérieurement la Seine. En terminant, M. Salet émet le vœu que la Société adopte le projet de M. A. Dumont. Ce projet vise le canal d'assainissement de Paris, lequel verserait dans la mer toutes les eaux des égouts de la capitale.

M. Emile Trélat, rapporteur de la Commission, s'étonne du désarroi et de la confusion que prend la discussion. Dans la précédente séance, M. Larger estime que la Seine est parfaite, par cela même qu'on n'observe aucune maladie épidémique sur ses rives, et invoque la constitution géologique du lit de ce fleuve ; M. Duverdy trouve le fond de la Seine encrassé et critique non les égouts mais les barrages. Non content de ces résultats, M. Duverdy regarde Gennevilliers comme une grande illusion, une épuration nulle. Quant à M. Salet, il n'hésite pas à substituer la question d'Achères au travail de la Commission, pour aboutir aux idées de M. Dumont. M. E. Trélat voudrait ramener la discussion à son véritable point de départ. Les villes à millions d'individus produisent des excreta ; il importe de savoir quel sera leur emploi. Une capitale doit être tenue en bon état; exige une salubrité parfaite. Aussi, en faisant arriver toutes les déjections en dehors de la ville, en les déversant sur le sol, à Gennevilliers; a-t-on pensé qu'on agissait sagement et conformément à tous les intérêts. Lorsqu'on possède un sol perméable, on peut brûler toutes les matières organiques qui se trouvent en dissolution dans les eaux. Le liquide pollué, en effet, pénétrera dans le sol perméable par l'intermédiaire de petites rigoles éloignées les unes des autres, et entre lesquelles l'air pourra aisément pénétrer. De cette façon, les eaux se trouveront épurées. Le filtrage, qu'il ne faut pas confondre avec l'épuration, est un procédé inefficace et coûteux. A Gennevilliers, il est aisé d'épurer les eaux parce qu'on met en contact l'oxygène de l'atmosphère avec les eaux sales qu'on déverse sur le sol. C'est, en définitive, ce que conseille la majorité de la Commission.

M. Durand-Claye reprend la question litigieuse et appuie énergiquement les opinions formulées par M. E. Trélat. Après avoir jeté un coup d'œil rétrospectif sur l'état antérieur de la Seine, M. Durand-Claye déclare que l'assainissement de Paris s'effectue tous les jours, sans qu'il soit utile de se lancer dans des aventures irréalisables. Malgré M. Duverdy, il importe de reconnaître que la rivière est supérieure à la mer pour épurer les eaux. Aujourd'hui nous demandons à aller à Achères, parce que nous trouverons là les véritables diluvium, c'est-à-dire les meilleurs terrains pour épurer les eaux. Achères reste, en effet, notre balancier, notre épurateur, par cela même que Gennevilliers est devenu insuffisant. A. Josias.

REVUE DE CHIRURGIE

VII. Contribution à l'étude du carcinome de la parotide ; par P. Michaux, Th., Paris, 1884.

VIII. Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose; par P. Coudray. Th., Paris, 1884.

IX. Etude expérimentale et clinique sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte ; par le Dr Félix Colombel. — Paris, O. Doin, 1884.

X. Traité théorique et pratique du massage (Méthode de Mezger en particulier), par le Dr G. Norstrom. — Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1884.

VII. Les progrès que l'anatomie pathologique et l'histologie ont imprimés à nos connaissances chirurgicales sont assurément indéniables. Cependant, sur bien des points, et notamment à propos des tumeurs, la clinique n'a point encore retiré des conquêtes de l'histologie tout le bénéfice qu'elle se croyait en droit d'en attendre. Nous croyons que ce désideratum disparaîtra et que peu à peu la lumière naîtra du mutuel appui que se prêteront l'histologie et la clinique. En accumulant de part et d'autre les observations *complètes* et les descriptions *nettes* on arrivera à préciser et à séparer certains types qui serviront à la fois de point de départ et de point de repère pour des acquisitions nouvelles.

C'est dans cet ordre d'idées qu'a été conçu et exécuté l'excellent et très consciencieux travail du Dr Michaux. Sous le titre modeste de *Contribution à l'étude du carcinome de la parotide*, M. Michaux étudie le cancer vrai de cette glande et le sépare des autres tumeurs du même organe. Les bonnes observations de cancer vrai de la parotide sont rares, aussi rares que sont communes les tumeurs de la glande ; ce travail en contient trois, personnelles à l'auteur et qui lui ont servi avec un certain nombre d'autres à tracer un excellent tableau clinique de l'affection.

Une étude très achevée du diagnostic des tumeurs de la parotide et un chapitre d'anatomie appliquée à l'étude du cancer complètent ce travail, pierre nouvelle à ajouter à l'édifice des tumeurs de la parotide, mais pierre bien taillée, à angles nets, prête à mettre en place.

VIII. La thérapeutique des affections chirurgicales, autrefois flottante au hasard des doctrines, est en train de se fixer; les découvertes récentes, affermissant la doctrine de la contagion et démontrant la possibilité de l'auto-inoculation, soit spontanée, soit traumatique, ont conduit le chirurgien à sortir de l'abstention, la règle d'autrefois, pour entrer dans le champ d'une thérapeutique plus active. Mais la question est délicate et les indications opératoires bien difficiles à déterminer. Si l'accord est fait sur quelques points pour lesquels l'intervention active est généralement acceptée ; sur beaucoup d'autres, les plus difficiles et les plus graves, on n'est encore qu'à la veille de s'entendre.

Il faut savoir gré à M. Coudray de s'être essayé dans cette œuvre assez ingrate ; ancien interne de MM. Lannelongue et Trélat, dont les travaux ont tant contribué à éclairer ce sujet, il était mieux armé que tout autre pour mener à bonne fin un travail hérissé de difficultés, mais d'un intérêt capital puisqu'il s'adresse à la solution de questions journalières.

L'auteur passe en revue les diverses localisations externes de la tuberculose et établit, pièces en main, les indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale : abcès tuberculeux simples, ostéites tuberculeuses et abcès ossifluents, sinorites et adénites tuberculeuses, testicule tuberculeux, tuberculose prostatique, mammaire, linguale, et sont examinés au point de vue de l'intervention dans autant de chapitres séparés. C'est pourquoi le travail de M. Coudray sera consulté avec fruit par le praticien à la recherche d'une détermination opératoire en face d'un cas embarrassant. Nous mentionnerons particulièrement deux chapitres : celui qui traite de l'intervention dans les cas de tumeurs blanches, et, à un autre point de vue, le chapitre premier qui résume d'une façon claire et succincte l'historique des doctrines de la tuberculose dans leurs rapports avec l'intervention.

IX. L'accident principal, et le seul irrémédiable, de l'anesthésie chloroformique, c'est la syncope. Dès 1880, MM. Dastre et Morat, persuadés que la raison de cette syncope réside dans une hyperexcitation des nerfs pneumogastriques sous l'influence des vapeurs anesthésiques, tentèrent de remédier à cet arrêt du cœur en utilisant les propriétés que possède la belladone de paralyser les appareils modérateurs cardiaques. Dans ce but ils firent précéder l'administration du chloroforme à des chiens de l'injection d'une solution combinée d'atropine et de morphine, et les résultats obtenus furent si bons que M. Morat engagea les chirurgiens à essayer le procédé. M. Aubert, puis d'autres chirurgiens lyonnais, MM. Gayet et L. Tripier expérimen-

© BIU Santé

tèrent la nouvelle méthode et en reconnurent les sérieux avantages.

Voici le procédé opératoire : la solution dont on se sert est la suivante :

Sulfate d'atropine	5 mill.
Chlorhydrate de morphine.	10 cent.
Eau distillée.	10 gram.

on injecte sur l'adulte une pleine seringue de Pravaz de 20 à 30 minutes avant le debut des inhalations chloroformiques ; chez les enfants on ne doit guère dépasser un gramme de la solution.

Les avantages de cette méthode, dont l'emploi est devenu journalier dans les hôpitaux de Lyon, sont les suivants : sécurité, rapidité plus grande avec laquelle on obtient le sommeil (deux minutes et un tiers en moyenne), le calme absolu du malade, la facilité du réveil, la simplicité des suites. D'après M. Gayet ce procédé d'anesthésie conviendrait tout particulièrement à la chirurgie oculaire.

X. Le Dr Norström, ex-directeur médical de la gymnastique médicale et mécanique Zander, était un partisan convaincu du massage ; il est allé au Dispensaire d'Amsterdam où il a suivi les leçons théoriques et pratiques (surtout pratiques) du Dr Mezger et il est revenu partisan enthousiaste du procédé thérapeutique que le présent Traité cherche à vulgariser.

Nous avons ouvert avec une vive curiosité ce volume de 350 pages ; nous étions surtout désireux de connaître en quoi la méthode et les procédés de Mezger différaient de la méthode et des procédés connus ; mais il nous faut avouer, maintenant que nous avons fermé le livre, que notre curiosité n'a guère été satisfaite. En effet, les sept pages consacrées au Manuel opératoire ne contiennent rien, absolument rien, qui ne soit déjà connu. Il faut en conclure avec l'auteur, dont la conclusion ne laisse pas de surpendre, que la pratique du massage ne peut guère être démontrée par l'enseignement écrit : tout est, paraît-il, dans la manière de faire « et pour acquérir le secret suprême de l'art il faut s'en occuper pendant un certain temps sous une habile direction. »

Passant à la seconde partie qui traite des résultats, nous avons été littéralement émerveillés. Du massage dans les entorses et les affections chroniques des articulations nous ne dirons rien, si ce n'est que le chapitre est plein de résultats brillants de nature à augmenter la conviction que la pratique de nos maitres a mise dans notre esprit, à savoir que le massage judicieusement appliqué peut rendre de grands services.

Il serait plus intéressant de discuter à fond le chapitre du massage dans les arthrites aiguës et les épanchements articulaires. Là, Mezger s'est posé, paraît-il, *en réformateur et en hérésiarque ; il a manipulé des genoux et des coudes quelques heures après un traumatisme, alors que les accidents inflammatoires étaient en pleine activité, et il a réussi parce que le massage est sédatif et antiphlogistique.* — A cela nous ne disons pas non, mais nous courons aux observations à l'appui et nous constatons malheureusement qu'elles sont plus nombreuses que convaincantes : dans toutes, l'exposition des symptômes et le diagnostic sont traités sans rigueur ; dans aucune, il n'est fait mention de la température ni du pouls. Et alors nous ne nions pas, d'autant que nous savons que le massage a pu rendre des services dans quelques arthrites subaiguës à forme chronique, mais nous demandons, avant de nous décider à l'appliquer aux arthrites aiguës, des arguments plus précis.

Bien que l'auteur nous avertisse dans sa préface que ce serait une grossière bévue de prétendre tout guérir par le massage, il nous démontre, observations en main, que le massage peut rendre les plus grands services dans les affections des os, du système musculaire, du système nerveux (central, périphérique, névroses), de l'appareil circulatoire, du système lymphatique, du tube digestif et de ses annexes, etc., etc. Hâtons-nous d'ajouter que dans la plupart de ces maladies, le massage n'intervient que comme adjuvant en collaboration avec une autre médication.

La compétence nous manque pour juger de la part qu'il convient d'attribuer au massage dans les succès obtenus, et nous pensons que l'on ne nous en voudra pas d'emprunter à ce sujet l'opinion de Billroth. « La vanité des malades, qui veulent à toute force se rendre intéressants, écrit le savant viennois, fait qu'elles font traîner le traitement en longueur et qu'elles ne se diront soulagées que quand on aura recours à quelque chose d'extraordinaire, à un voyage à Amsterdam. — On ne va pas tous les jours à Amsterdam. Je suis persuadé que le Dr Mezger, dont je ne prétends nullement contester l'habileté aurait mis quatre fois plus de temps à guérir certaines malades s'il les avait traitées à Vienne. La vanité s'en mêle ; personne n'avoue avoir entrepris de son plein gré une mauvaise spéculation. La satisfaction que procure le voyage n'est pas à dédaigner : Chez certains sujets le massage agit par l'impression que fait la personne du masseur ou la singularité du procédé.é.. etc. — » Le scepticisme de Billroth n'est point fait pour déplaire.

Tel qu'il est, ce volume, écrit d'une plume facile, agréable à lire, rappellera l'attention sur une méthode thérapeutique, dont il convient de penser beaucoup de bien, beaucoup mais pas trop. P. POIRIER.

REVUE DE GÉOGRAPHIE MÉDICALE

II **Essai de géographie médicale de Nosi-Bé, près la côte Nord-Ouest de Madagascar** ; par le Dr P. R. DEBLENNE, médecin de la marine, in-8 de 300 p. avec cartes. — Paris, 1883. Parent, éditeur.

II. Aujourd'hui que l'expédition de Madagascar attire si vivement l'attention, on lira avec le plus grand intérêt l'étude si complète que M. le Dr Deblenne vient de faire de notre possession de *Nosi-Bé*, petite île située près de la côte Nord-Ouest de la grande île ~~indienne~~ malgache.

La cession de l'île de France à l'Angleterre par le funeste traité du 30 mai 1814, nous a enlevé le seul abri maritime sérieux que nous possédions dans la mer des Indes. Ce n'est qu'en 1839 que l'on essaya de réparer cette perte, et, le 14 juillet 1840, un traité était signé avec la reine Tsiomeko, par lequel celle-ci cédait à la France les îles de Nosi-Bé et Nosi-Komba, ainsi que tous les droits qu'elle tenait de ses ancêtres sur la côte ouest de Madagascar.

Située dans le canal de Mozambique, Nosi-Bé est si rapprochée de Madagascar qu'on peut s'y rendre en quelques heures dans une petite embarcation. Cette situation est très profitable au commerce de notre colonie : elle en fait un des points les plus achalandés de la côte ouest, mais aussi elle favorise la transmission des maladies contagieuses et particulièrement de la variole qui règne presque continuellement à la *Grande-Terre*.

La population de Nosi-Bé ne s'élève pas au delà de 8,000 habitants. La constitution géologique de cette île est fort simple ; elle comprend dans sa partie centrale un massif volcanique très étendu, composé en majeure partie de roches basaltiques recouvertes sur une grande surface par des grès friables bien stratifiés alternant souvent avec les tufs et les scories qui accompagnent les coulées. Il existe de nombreuses vallées, des bas-fonds et des marais qui sont très insalubres, en particulier pendant la *mauvaise saison*, celle des pluies et des orages, qui va de décembre à la fin d'avril.

Nous ne suivrons pas M. Deblenne dans la description si détaillée qu'il donne de la climatogie de Nosi-Bé, étudiant avec précision l'influence des vents, de la pression et de l'électricité atmosphériques, et donnant un résumé hydrographique des côtes qui sera certainement très apprécié par les personnes compétentes. Nous trouvons encore dans son livre une étude complète de la faune et de la flore qui a dû lui coûter beaucoup de patientes et savantes recherches. Désireux de donner une étude aussi complète que possible de notre possession, M. Deblenne, de retour en

© BIU Santé

France, s'est adressé aux personnes les plus compétentes, pour leur demander des conseils au point de vue de la classification de toutes les richesses qu'il rapportait. C'est ainsi qu'il a pu présenter un état très complet de l'ethnographie de Nosi-Bé.

Le chapitre de pathologie médicale nous intéresse plus particulièrement: il est divisé en deux sections. La première comprend les maladies qui sévissent sur les Européens et les créoles, la deuxième a trait aux affections de la race noire. Parmi ces dernières, il en est de toutes spéciales: la lèpre, le pian, le béribéri, la fièvre hémoglobinurique, que nous connaissons si peu en Europe, de même que l'ulcère du Mozambique. Les Européens sont surtout, vu l'existence des marais, en proie à la malaria. En général, il est rare qu'un blanc puisse échapper à la fièvre au delà d'une année ou d'une année et demie. Ceux qui résistent pendant deux ans sont fort peu nombreux, et une immunité plus longue est tout à fait exceptionnelle. Pendant leur séjour à Nosi-Bé, les individus de notre race ont donc besoin de prendre certaines précautions hygiéniques pour lutter avec plus de force contre les maladies climatériques et telluriques. Malheureusement, toutes les conditions de salubrité désirables n'existent pas, les habitations étant en général fort malsaines. Plusieurs fonctionnaires et employés sont réduits à se loger dans des cases construites à la façon indigène, dont quelques-unes bordent les marais mêmes. D'autre part, l'eau employée à Hell-Ville, la capitale, n'est pas de très bonne qualité, car le système de canaux qui l'amène est fort défectueux.

L'hygiène des indigènes est encore, s'il est possible, plus mauvaise que celle des Européens. Nosi-Bé possède deux écoles, l'une de garçons, tenue par les Jésuites, l'autre de filles, tenue par les sœurs Saint-Joseph de Cluny. Dans ces deux écoles, l'hygiène est des plus défectueuse. Depuis l'âge de 7 à 8 ans, les enfants sont entassés pêle-mêle dans des locaux et des dortoirs trop exigus et très mal tenus. A diverses reprises, les médecins de la marine ont élevé la voix: ils n'ont pas été écoutés, et même plus, l'arrêté du 20 août 1878, pris par le commandant de la colonie, exclue les médecins de la commission des écoles. Les indigènes catéchisés ont été groupés par les missionnaires sur un emplacement trop étroit et au bord des marais. « Le mode de mariage des indigènes chrétiens est loin de répondre au but moral que cette institution se propose. Dans leurs unions plus ou moins durables, les Malgaches et les Maquois chrétiens accouplés se séparent fréquemment: le mari va de son côté, la femme du sien, contractant çà et là des alliances passagères. Leurs mœurs sont bien plus déréglées que celles des Musulmans et des Malgaches non chrétiens. Il y a là un grave inconvénient pour le développement de la colonie et une grande facilité de propagation des maladies vénériennes ». En terminant, M. Deblenne montre que la prospérité future de Nosi-Bé dépend en partie d'une bonne direction administrative que favoriseraient les entreprises des particuliers et l'initiative privée. Il est nécessaire, en outre, que les médecins chargés du service sanitaire aient une voix prépondérante dans les questions capitales d'hygiène, ainsi que des moyens d'action efficaces et une autorité moins discutée pour s'opposer à la propagation des maladies contagieuses et parer à l'éventualité des invasions épidémiques qui sont pour cette île une menace perpétuelle.

La Faculté, en récompensant le livre de M. Deblenne, a montré qu'elle savait reconnaître tout le mérite d'une œuvre consciencieuse, pleine d'aperçus nouveaux, signalant les travers de la colonisation et en indiquant les remèdes, bien écrite et dont la lecture sera des plus profitables à tous ceux qui s'intéressent, non seulement aux maladies des pays chauds, mais encore aux questions coloniales.

G. Gilles de la Tourette.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro de la *Tribune dosimétrique*, paraissant le 10 de chaque mois, à Paris, sous la direction de MM. Landrin, A. Andrieu, Delestre et Benaistant.

BIBLIOGRAPHIE

China. — Imperial maritime customs-medical, reports for the half-year ended 31 st march 1884 (Chine. — Douanes maritimes impériales. Rapports médicaux pour le semestre fini le 31 mars 1884. — Shangai, 1884.)

Les médecins anglais attachés aux douanes des ports chinois sont tenus, pour se conformer à une circulaire de l'inspecteur général des douanes, d'envoyer chaque semestre un rapport sur la situation sanitaire des villes de leur ressort. Depuis l'année 1871 que cette circulaire a été mise en vigueur, c'est le Dr Jamieson, de Shangai, qui est chargé de centraliser et de publier tous les documents recueillis par ses confrères de Canton, Amoy, Kiukiang, Hankow, Chinkiang, Ningpo, Newchwang, Chefoo, Takow, Swatow, Tientsin, Fou-tchéou, Tamsui, etc. Le recueil que nous avons sous les yeux ne contient pas de renseignements sur Tientsin, Fou-tchéou et Tamsui qui nous intéresseraient particulièrement aujourd'hui. Certes, plusieurs de ces rapports sont bien sommaires, bien incomplets; mais, tels qu'ils sont, ils forment déjà une collection précieuse pour tous ceux qui veulent étudier la pathologie de l'extrême Orient. L'intérêt qui s'attache actuellement en France à tout ce qui touche ces contrées éloignées, nous porte à nous étendre assez longuement sur des articles que nous nous contentions auparavant de signaler à nos lecteurs.

Le Dr Henry nous donne quelques renseignements un peu écourtés sur l'état sanitaire d'Ichang: les fièvres intermittentes ne sont pas rares aussi bien chez les étrangers que chez les Chinois; ces derniers tolèrent mal la quinine à haute dose; l'auteur a observé à la suite de l'administration de ce médicament une urticaire violente, une amaurose et d'autres accidents. Il signale un cas mortel de fièvre typhoïde chez un Chinois; cette maladie porterait le nom de *Shang-Kan*.

A Kiukiang, résidence du Dr Underwood, règnent surtout les fièvres intermittentes, les bronchites et les diarrhées. Trente cas de lèpre ont été traités sans succès par l'huile de Gurjun, par l'huile de chaulmoogra et la teinture d'eucalyptus. Disons, entre parenthèses, que nous avons vu le Dr Vidal traiter, avec un succès relatif, deux cas de lèpre par l'huile de chaulmoogra (hôpital Saint-Louis de Paris.) A propos d'obstétrique, les femmes chinoises n'ont recours aux médecins qu'à la dernière extrémité; elles n'acceptent de secours que des personnes de leur sexe; une femme docteur aurait donc à Kiukiang, une clientèle assurée.

A Canton, d'après le Dr Wales, l'état sanitaire de la colonie étrangère a été excellent pendant l'hiver 1883-84.

Le Dr Maggowan nous donne quelques renseignements sur le choléra qui a sévi à Wênchow avec tous les caractères du choléra indien. La syphilis fait de grands ravages dans cette ville comme dans tous les ports chinois.

A Amoy, le Dr Ringer signale un décès par dyssenterie chez les résidents étrangers et une petite épidémie de rougeole.

A Newchwang, le Dr Morrison signale deux décès par phthisie pulmonaire et un cas grave de *typhus fever*. Le choléra a fait parmi les indigènes 400 victimes environ.

Le rapport du Dr Jamieson sur Shangaï est beaucoup plus étendu que celui de ses collaborateurs; de nombreux cas de diphthérie ont été observés en octobre chez des enfants chinois; un seul cas a été constaté chez une Lady qui avait eu déjà la diphthérie dans son enfance et avait toujours conservé une grande vulnérabilité de la gorge. Une grave épidémie de scarlatine a frappé l'île de *Tsung-ming*; mais elle n'a pas envahi le reste de la province. La rougeole a été fréquente, mais non grave, aussi bien chez les Chinois que chez les étrangers. Une dame de 45 ans a été atteinte de cette maladie. La coqueluche a été également fréquente.

L'auteur discute assez longuement le rôle que peut jouer un *lait falsifié* dans la propagation des maladies épidémi-

© BIU Santé

ques et il réclame, pour Shangaï, une inspection rigoureuse sur le commerce du lait.

Le recueil se termine par deux mémoires intéressants sur des maladies propres à l'extrême Orient. En première ligne, nous signalerons le travail du Dr Wallace Taylor, médecin à Osaka, sur les *Distomata hominis*. Ce parasite attaque le poumon, provoque des hémoptysies et simule la tuberculose pulmonaire par plusieurs symptômes. Découvert par Ringer, le *Distoma pulmonale* s'observe surtout au Japon, en Corée, à Formose. Une autre espèce de *Distoma* se loge dans le foie, entraîne l'hypertrophie de l'organe, l'ascite et un véritable état cachectique. D'où viennent ces parasites? Prennent-ils leur source dans l'eau potable ou dans les nombreux mollusques que mangent les Japonais? la question n'est pas résolue.

Le deuxième article est une traduction d'une étude du Dr Van der Burq sur la *gastro-entérite indienne* qui répond vraisemblablement à notre *diarrhée de Cochinchine*. On voit, par cette analyse sommaire, que le recueil médical des douanes chinoises est une publication utile à consulter. J. Comby.

Altérations dites spontanées des médicaments chimiques par François Gay, pharmacien supérieur-licencié ès sciences, grand in-18, 108 pages, chez Doin, place de l'Odéon.

M. Gay a étudié avec soin cet intéressant sujet. Les altérations nombreuses et variées des médicaments chimiques ont lieu sous l'influence d'un certain nombre d'agents. Ces agents sont de deux ordres; chimiques et physiques: l'*air* qui agit par ces éléments constituants, *oxygène*, *vapeur d'eau*, *acide carbonique*, et par les *poussières* qu'il tient en suspension; puis la *lumière*, la *chaleur*. L'action de la lumière avait antérieurement été étudiée par M. Chartaing.

Les modifications que ces divers agents peuvent faire subir aux médicaments chimiques ont été classées par M. Gay, en six groupes différents, qu'il étudie dans autant de chapitres. Ce sont d'abord les changements d'état physique (*évaporation*, *efflorescence*, *déliquescence*), puis les changements moléculaires tels que les modifications des caractères physiques, l'*allotropie*, l'*isomérie*. L'auteur passe ensuite en revue les divers dédoublements qui ont lieu sous l'influence de la lumière, de l'eau atmosphérique et de l'acide carbonique. Le chapitre V est consacré à l'étude des combinaisons qui ont lieu par oxydation, ou fixation d'eau et d'acide carbonique. Le chapitre VII qui traite des fermentations est des plus intéressants.

Comme conclusion logique de ce consciencieux travail, M. Gay indique les divers moyens de conservation des médicaments. Nous recommandons ce petit livre à nos lecteurs; son utilité est incontestable. P. Yvon.

VARIA

Choléra.

Décembre	Malades existant le matin.	Entrées.	Total des malades traités.	Sorties par guérison.	Sorties par décès.	Total des sorties.
4	71	1	72	3	1	4
5	68	1	69	12	2	14
6	55	2	57	20	0	20
7	37	1	38	2	1	3
8	35	3	38	8	0	8
9	30	2	32	8	1	9
10	23	2	25	7	2	9

L'épidémie continue à décroître. Il n'est plus publié de bulletin statistique des cas isolés qui peuvent encore se produire dans le reste de la France et en Italie. — La *Semaine médicale* annonce que le choléra aurait éclaté à *Vergel*, canton de Denia (*Espagne*).

Assistance publique. — Par suite de la retraite de M. Gosselin, M. Tillaux passe à l'Hôtel-Dieu, M. Cruveilhier à Beaujon, M. Hortelous à la Maison de santé et M. Humbert à l'hôpital du Midi.

Protestation de la Société médicale du IIIe arrondissement contre la création, pendant l'épidémie cholérique, des médecins délégués de la Préfecture de Police.

La Société médicale du IIIe arrondissement a décidé, dans sa séance du 28 novembre, qu'elle se ferait l'interprète des plaintes nombreuses qu'a provoquées dans le corps médical, l'institution des médecins délégués de la Préfecture de police, créée pendant l'épidémie cholérique. Dans le but de n'entraver en rien l'action administrative, nous avons cru devoir attendre la fin de l'épidémie; le moment nous semble actuellement venu de signaler au Conseil d'hygiène et de salubrité les inconvénients multiples que présente cette mesure.

Nous sommes loin assurément de mettre en doute le dévouement des médecins délégués, mais nous fondant sur l'examen des cas de notre arrondissement, nous estimons que leur intervention a été très souvent inutile et toujours blessante pour la dignité des médecins traitants.

L'Administration a, dans la dernière épidémie, été avisée des cas de choléra de deux façons différentes: tantôt le médecin traitant les notifiait lui-même, tantôt c'était la rumeur publique. Dans le second cas seulement, à notre avis, l'administration était autorisée à déléguer un médecin pour donner les premiers soins et vérifier le diagnostic; dans le premier cas, nul, mieux que le médecin traitant n'était apte à fournir un diagnostic exact et il n'était nul besoin d'un médecin contrôleur. Or, ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées; dans tous les cas non seulement un, mais plusieurs délégués sont venus successivement visiter les malades, les alarmer et jeter quelquefois du discrédit sur le médecin de la famille.

Si l'on nous objecte que les médecins délégués étaient chargés de présider aux mesures de désinfection, nous n'aurons aucune peine à démontrer qu'un inspecteur de police muni d'instructions précises, serait plus apte qu'aucun médecin à ce genre de service.

La Société médicale du IIIe arrondissement a décidé qu'elle protesterait contre l'institution des médecins délégués; elle espère que, à l'avenir, l'administration ménagera un peu plus les susceptibilités du corps médical. Elle a lieu de compter que d'autres protestations viendront se joindre à la sienne et que les Sociétés médicales, la Presse et tous les praticiens tiendront à honneur de faire respecter notre dignité. En conséquence, nous invitons nos Confrères à adresser leurs protestations ou leur adhésion à la nôtre au Président de la Société médicale du IIIe arrondissement à la Mairie du Temple. Ces protestations seront elles-mêmes transmises au Président du Conseil d'hygiène et de salubrité.

Paris, le 3 décembre 1884.

Lenoir, président, Collineau, secrétaire-général.
Rueff et Paul Boyer, rapporteurs.

Autopsie proprement dite (1)

Examen des organes du cou, du pharynx, des amygdales et de la langue.

a) Enlèvement des organes de la région cervicale (2). — L'examen du *larynx*, du *pharynx*, etc., ne doit pas seulement être pratiqué dans les cas d'autopsie médico-légale: ces organes doivent *toujours* être enlevés. On s'assure d'abord avec le doigt introduit dans la cavité buccale jusqu'au pharynx si aucun corps étranger n'obstrue les voies aériennes au niveau de l'épiglotte et de l'orifice supérieur du larynx. Si le cadavre n'est pas réclamé, on peut à la rigueur prolonger l'incision médiane du thorax vers le menton (3), mais il est toujours mieux de pratiquer l'enlèvement des organes du cou, du pharynx et de la langue par la méthode sous-cutanée qui laisse intactes toutes les parties visibles. Pour éviter que des liquides provenant de l'estomac ne viennent souiller la cavité thoracique, on peut appliquer d'abord sur l'œsophage une ligature au-dessus de la crosse de l'aorte et on sectionne ce conduit

(1) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie*. Voir les nos 43, 44, 46, 47 et 48.

(2) Dans certains cas spéciaux on enlève les organes du cou avec les poumons et même avec ceux-ci et le cœur; il va de soi qu'alors la technique est quelque peu modifiée.

(3) Toute autre coupe doit être absolument rejetée à cause des délabrements occasionnés aux téguments.

© BIU Santé

un peu au-dessus de cette ligature. On incise à la même hauteur les vaisseaux, etc. Puis, après avoir tendu la partie antérieure du cou, en plaçant un billot en arrière, on passe le couteau entre la peau de la région cervicale antérieure et les organes sous-jacents en commençant par le côté gauche ; on l'enfonce jusque vers l'angle de la mâchoire et l'on décolle toute la peau de la région antérieure de gauche à droite. L'extrémité du couteau doit raser exactement la surface interne du maxillaire inférieur (1); son manche doit être légèrement abaissé, surtout au niveau du menton et le décollement être pratiqué par des mouvements semblables à ceux de la scie. On procède alors de gauche à droite au décollement des régions latérales et postérieures, manœuvre facilitée par la main gauche qui tire et soulève en même temps le larynx et les organes environnants par leur extrémité thoracique. Le premier temps est généralement accompli avec promptitude et sans aucune difficulté ; il n'en est pas de même quand il s'agit de détacher la partie buccale du pharynx, les amygdales, etc. Il est nécessaire pour bien terminer l'opération de s'aider de la main gauche introduite comme guide entre les parties déjà séparées de façon à sectionner les derniers obstacles, le plus souvent les piliers, qui s'opposent à l'enlèvement des organes.

b) Examen proprement dit. — 1° On commence par le *thymus*, s'il existe, et on continue par le *corps thyroïde* sur lequel on fait de chaque côté une coupe longitudinale (hypertrophie, atrophie, dégénérescences et tumeurs diverses, etc.).

2° La *langue*, les *amygdales* (que l'on coupe longitudinalement), le *voile du palais*, s'il a été enlevé, sont ensuite passés en revue ainsi que l'*épiglotte*, l'*orifice supérieur du larynx*, etc.

3° Plaçant alors toute la masse cervicale sur sa face antérieure, on procède à l'étude des parties buccale et laryngienne du pharynx (état de la muqueuse, coloration, épaississement, etc.), hypertrophie des glandes, dépôts muqueux, muco-purulents, etc., pseudo-membranes, ulcérations, cicatrices, tumeurs diverses, etc., et l'on pratique avec l'entérotome une coupe longitudinale qui de la partie médiane postérieure de la partie laryngienne du pharynx se prolonge jusqu'à la section opérée sur l'œsophage (coloration, ramollissement cadavérique, varicosités veineuses, ulcérations, pseudo-membranes, muguet, communications pathologiques avec les bronches, les plèvres, etc., diverticules de traction, épaississements localisés de l'épithélium (faciles à enlever par le râclage), dilatations, rétrécissements cicatriciels, etc.

4° Le *larynx* et la *trachée* sont ouverts avec des ciseaux sur leur paroi postérieure ; toutefois, quand on a lieu de soupçonner la présence de lésions tuberculeuses il faut faire porter la section sur la partie antérieure ; il ne faut pas, en effet, oublier que dans la tuberculose les lésions siègent surtout à la partie postérieure, sur les cartilages aryténoïdes, que leur marche a lieu de bas en haut, au contraire des lésions syphilitiques. — Rappelons que le larynx est parfois ossifié chez les vieillards.

On examine l'état de la muqueuse aussi bien sur la trachée que sur le larynx, y compris les cordes vocales, sa coloration, son épaississement, la nature du mucus (muco-pus, etc.). On note les déformations, les cicatrices, les tumeurs, les ulcérations, etc., les altérations présentées par les glandes (hypertrophie, etc.), les ecchymoses, les différents exsudats, les corps étrangers, etc., les lésions des cartilages.

5° On ne doit jamais oublier de regarder si les *faisceaux vasculo-nerveux* du cou et les ganglions (2), présentent des lésions, par exemple des dilatations anévrysmales, des embolies, etc. Signalons, en passant, l'athérome et la dilatation anévrysmale de la carotide primitive gauche au niveau de la sous-clavière, point de départ parfois d'embolies. Avant de passer à l'examen des organes abdominaux on s'assure de l'état du diaphragme (face thoracique). — La crosse de l'aorte, l'aorte thoracique, la partie inférieure de l'œsophage, etc., ne sont examinés qu'après les organes de la cavité abdominale.

C. Coupe du pharynx. — Sur les cadavres non réclamés, seulement ou dans des cas tout à fait exceptionnels, où l'examen complet et facile de tout le pharynx est indispensable, on peut pratiquer la *coupe* dite du *pharynx*. On coupe l'œsophage et les vaisseaux comme ci-dessus, puis détachant toute la masse jusqu'aux clavicules, on pratique de chaque côté, en dessous et parallèlement aux branches du maxillaire inférieur, presque jusque derrière les apophyses mastoïdes, deux incisions courbes, allant rejoindre en haut l'incision du cuir chevelu et qui, antérieurement et sous le menton, aboutissent à la grande incision médiane prolongée. On peut ainsi rabattre de chaque côté du cou deux lambeaux latéraux en ménageant autant que possible la peau cervicale et en réduisant au minimum les incisions aux parties déclives. Reprenant alors la masse cervicale à sa partie inférieure, on l'attire en haut et à gauche et on la détache de ses adhérences aux parties voisines jusqu'à la base du crâne.

On pratique alors un trait de scie transversal et un peu oblique en arrière, passant en arrière des apophyses styloïdes, et divisant ainsi la surface basilaire de l'occipital et les temporaux, pour séparer la face du crâne. On peut éviter ce trait de scie en désarticulant le rachis du crâne en entrant un scalpel dans l'articulation occipito-atloïdienne.

Cette coupe du pharynx doit être rejetée pour les autopsies de ville ou des cadavres réclamés, tant à cause des mutilations apparentes qu'elle produit, qu'à cause des incisions déclives qu'elle nécessite. On doit en tout cas recoudre avec soin, et au besoin appliquer des sutures osseuses. — Il est bien entendu que cette coupe ne peut être faite qu'après l'examen de l'encéphale. *(A suivre).*

(1) Quoi qu'en disent certains auteurs, l'os hyoïde n'est nullement un obstacle car il est facile de passer le couteau entre cet os et les téguments.

(2) Les ganglions sus-claviculaires gauches sont entre autres fréquemment atteints dans les cas de cancer de l'œsophage et de l'estomac.

Corps de santé militaire.

Par décret en date du 27 septembre 1884, ont été promus dans le cadre des médecins et pharmaciens de l'armée territoriale.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Landrieux (J.-E.), médecin aide-major de 2e classe, médecin des hôpitaux de Paris — Kirmisson (E.-F.), médecin aide-major de 2e classe, professeur agrégé de la Faculté de Paris. — Bouilly (V.-G.), médecin aide-major de 2e classe, professeur agrégé de la Faculté de Paris.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : Les médecins aides-majors de 2e classe ; MM. Dubuisson (P.-E.), Maury (A.-P.-M.-C.), Kuhff (G.-A.), Miquel (J.-J.C.), Foucart (E.-J.), Barbelet (L.-H.), Ajello (J.-J.-B.), Gouël (A.-C.), Ricklin (E.-T.), Kœnig (F.-E.), Henninger (R.-A.-M.), Bloch (P.-E), Barborin (J.), Morisson (G.), Hamon (H.-A.-M.), Cornilleau (A.), Richer (P.-M.-L.-P.), Chevalet (H.-C.).

Enseignement médical libre.

Hôpital des Enfants Malades. — M. le Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 18 décembre, à neuf heures. Il traitera spécialement cette année des *affections oculaires chez les enfants.*

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 15. — Méd. opér. (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Lannelongue, Reynier. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Fournier, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Damaschino, Joffroy, Straus. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Verneuil, Potain, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Tarnier, Reclus.

Mardi 16. — Diss. (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Cornil, Campenon. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Bouchard, Hayem, Peyrot. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Hardy, Laboulbène, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Peter, Ball, Hallopeau, — 5e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) (Charité) : MM. Richet, Le Fort, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. G. Sée, Jaccoud, Troisier. — 5e *de Doctorat* (Charité) : MM. Pajot, Panas, Raymond.

Mercredi 17. — 1er *de Doctorat* : MM Trélat, Damaschino, Segond. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Potain, Fournier, Landouzy.

Jeudi 18. — 1er *de Doctorat* : MM. Sappey, Bouchard, Humbert. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). 1re *Série* : MM. Robin, Panas, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Cornil, Peyrot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Vulpian, Hayem, Bouilly. — 2e *de Doctorat* : MM. Richet, Peter, Raymond.

Vendredi 19. — 1er *de Doctorat* : MM. Charcot, Fournier, Ter-

© BIU Santé

rillon. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Damaschino, Reynier. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). 1re *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Segond ; — 2e *Série* : MM. Verneuil, Lannelongue, Pinard. — 3e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Gariel, Lutz-Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Regnauld, Baillon, Guébhard.

Samedi 20. — 2e *de Doctorat* : MM. Le Fort, Jaccoud, Troisier, — 5e *de Doctorat* (N. R , 1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas-Duplay, Charpentier. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Hardy, Cornil, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Peter, Peyrot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 16. — M. Genebrias de Boisse. Étude sur une épidémie de fièvre jaune à bord des bâtiments de l'État (Sénégal 1881). — M. Lejour. De la pilocarpine dans la thérapeutique oculaire. — *Mercredi* 17. — M. Juda. Des lipomes du périnée envisagés particulièrement chez les enfants. — M. Guillaume. Traitement de l'infiltration d'urine. — M. Castel. Considérations sur la pathogénie des fistules ombilicales. — M Delon. Des ruptures tendineuses sus-rotuliennes. — *Jeudi* 18. — M. Vallois Des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. — M Castagné. Contribution à l'étude de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. — M. De Molènes-Mahon. De l'érythème polymorphe. — M. Bougier. Peut-on diagnostiquer la mort par submersion ? — *Vendredi* 19. — M Wallet. Note sur la rage et particulièrement sur l'incubation, les formes larvées et le pronostic. — M. Figari. Quelques considérations sur l'hématocèle rétro-utérine. — *Samedi* 20. — M. Lemonnier. Des modifications à apporter à la loi de 1838 sur les aliénés criminels. — M. Pineau. Artério-sclérose et néphrite-interstitielle considérés dans leurs rapports. — M. Hamon-Dufougeray. Du ténia dans les hôpitaux maritimes de Lorient et de son traitement.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* un franc *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1884 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

NOUVELLES

Natalité a Paris. – Du dimanche 30 novembre au samedi 6 décembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1238, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 465; illégitimes, 155. Total, 620. — *Sexe féminin* : légitimes, 438 ; illégitimes, 180. Total, 618.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 novembre au samedi 6 décembre 1884, les décès ont été au nombre de 1116 : savoir : 586 hommes et 530 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. 12. F. 9. T. 21. — Fièvre typhoïde : M. 16. F. 10. T. 26. — Variole : M. 1. F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 14, F. 13, T. 27. — Scarlatine : M. 2, F. ., T. 2. — Coqueluche : M. 1. F. 1. T. 2. — Diphthérie, Croup. M. 10, F. 12, T. 22. — Dyssenterie : M. 1. F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 3, F. ., T. 3. — Infections puerpérales : 3 – Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 25, F. 15, T. 40. — Phthisie pulmonaire : M. 118, F. 75 T. 193. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 10. T 21. – Autres affections générales : M. 37, F. 55. T. 92. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25, F. 30. T. 55 — Bronchite aiguë : M 31 F. 31, T. 62. — Pneumonie : M. 49, F. 46, T. 95. — Athrepsie : M. 29, F. 19. T. 48. — Autres maladies des divers appareils : M. 184. F. 187, T. 371. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 13, F. 8. T. 21. — Causes non classées M. 4, F. 5, T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 107 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 41 ; illégitimes, 24. Total : 65. — *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 17. Total : 42.

Ecole municipale d'infirmières de la Pitié. — Les cours professionnels et les exercices pratiques viennent de recommencer. — L'enseignement comprend les cours suivants : *Cours d'Administration*, M. Perroud. — *Eléments d'Anatomie*, M. le Dr Petit. — *Eléments de Physiologie*, M. le Dr P. Regnard. — *Pansements*, M. le Dr P. Poirier. — *Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés*, M. le Dr Maygrier. — *Hygiène*, M. Gilles de la Tourette. — *Petite Pharmacie*, M. Yvon. — Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Pitié doivent se faire inscrire à l'hôpital de la Pitié, rue Lacépède, n° 1, bureau de la direction, de 8 heures du matin à midi.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bouchardat, professeur d'hygiène, est autorisé à se faire suppléer dans le service des examens, pendant l'année scolaire 1884-1885, par M. Proust, agrégé. — M. Asaki, aide d'anatomie, est nommé préparateur de médecine opératoire, en remplacement de M. Ramonat, appelé à d'autres fonctions. — A partir du jeudi 11 décembre 1884, le Dr Rémy fera des *conférences d'anatomie pathologique* dans le laboratoire de l'hôpital de la Charité, tous les jeudis du semestre d'hiver, à dix heures et demie du matin.

Doctorat ès sciences. — M. A. Clermont, pharmacien, a été reçu docteur ès-sciences, après avoir soutenu une thèse sur *l'acide trichloracétique et ses dérivés*.

Société d'anthropologie. — Le bureau pour l'année 1885 se compose de MM. Dureau, président, Letourneau et Magitot, vice-présidents.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Blarez, agrégé, est chargé du cours de chimie, en remplacement de M Micé, appelé à d'autres fonctions. — Le concours pour une place de chef des travaux anatomiques s'est terminé par la nomination de M. Plantbau.

Faculté de médecine de Lille. — M. Monnet, docteur en médecine, est délégué dans les fonctions de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (emploi nouveau). — Un nouveau congé d'un an sans traitement, est accordé, sur sa demande, pour raisons de santé, à M. de Guerne, préparateur d'histoire naturelle.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Mathieu, docteur en médecine, est institué pour une période de deux ans, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Rebatel, dont la délégation est expirée — M A. Laguaite, docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Gangolphe, dont le temps d'exercice est expiré. — M. E. Dufourt, docteur en médecine, est institué pour une période de deux ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Rabot, dont le temps d'exercice est expiré.

Hopitaux de Bordeaux. — Le concours pour deux places de chirurgien-adjoint à la Maternité de Pellegrin, s'est terminé par la nomination de MM. Lefour, agrégé à la faculté, et Hirigoyen.

Congrès international de climatologie et d'hydrologie de Biarritz. — Ce congrès aura lieu le 1er octobre 1885, à Biarritz. La cotisation comme membre adhérent est fixée à la somme de 12 francs. On peut se faire inscrire directement, soit à Biarritz, chez M. Henry O'Shea, président de Biarritz-Association, soit chez le secrétaire général du congrès, Dr F. Garrigou, rue Valade, 38, à Toulouse. Les fonds doivent être expédiés à M. de Chasteigner, trésorier du Congrès, à Biarritz.

Nécrologie. — On annonce la mort du Dr C. Hamon, mort au moment où il allait revenir d'Abyssinie où il avait été chargé d'une mission. — Du Dr Savidan (de Lannier). — La *Gazette hebdomadaire* annonce la mort du Dr Darnel, maire de Calais. - La *France médicale* nous apprend la mort du Dr Regnier (de Paris), âgé de 84 ans. — Le Dr Louis Aubergier est mort dans sa 65e année, à Chambon (Creuse). Successivement conseiller municipal, membre du conseil d'hygiène et de salubrité, inspecteur de pharmacie, maire de la ville de Chambon et pendant douze ans conseiller général du département de la Creuse, auteur, en 1846, d'une thèse remarquable et originale *sur l'influence des affections morales dans les maladies chirurgicales*. Le Dr Aubergier était un républicain de la veille. En 1852, il avait été arrêté et interné pour sa noble conduite lors du coup d'état. Il laisse d'unanimes regrets dans le pays. — La *Revue médicale de l'Est* annonce la mort du Dr E. Bertin, médecin de l'hôpital départemental (Meurthe et Moselle), ancien professeur suppléant à la faculté de médecine de Nancy.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :

Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

Capsules Mathey-Caylus

au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin.**

CHARCOT (J.-M.) et RICHER (P.). — Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques. — Du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Volume in-8 de 122 pages avec 26 figures et 5 planches photo-lithographiques. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50 c.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

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

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES **Fossés-St-Jacques.**

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITREE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie **GERBAY**, à Roanne (Loire)

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12
Pure et sans odeur

POUDRE ALIMENTAIRE

(*Viande et Farine de Lentilles.*)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

PICARD (H.). La vallée de Davos. Brochure in-8 de 19 pages. Prix : 75 c.—Pour nos abonnés. 50 c.

ROQUE (F.) Des dégénérescences héréditaires produites par l'intoxication saturnine lente. Paris, 1872. In-12 de 15 pages. — Prix . . . . . 30 cent.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou,

complet des notions acquises relativement à la **Coca** envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de Coca. L'**Elixir**, le **Vin** et les **Pastilles de Coca** de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produits représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'**Elixir de Coca de J. Bain** est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—Le **Vin de Coca de J. Bain** est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — **Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.**

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. Clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur Charcot a repris ses leçons du vendredi, le 9 mai. — M. A. Voisin : clinique mentale, le dimanche à 9 h. 1/2.

Hôpital de la Charité. — Clinique médicale. M. Hardy, professeur, mardi, jeudi, samedi à 10 heures. Consultations le samedi à 9 heures. Visite tous les matins à 8 h. 1/2. — Salles Saint-Charles et Sainte-Anne.

Clinique chirurgicale. — M. Trélat, professeur mercredi et vendredi. Consultations, mardi, jeudi, samedi à 9 heures. Visite tous les jours de 4 h. 1/2 — Salles Sainte-Vierge et Sainte-Catherine.

Chirurgie. — Service de M. Desprès. — Consultations les lundis, mercredis, vendredis à 9 heures. Visite à 8 h. 1/2. — Salle Saint-Jean, Sainte-Rose.

Médecine. — Service de M. Labouldène. — Consultations le lundi à 9 heures. Visites à 8 h. 1/2. — Salles Saint-Michel et Sainte-Marthe.

Service de M. Bernutz, remplacé par M. de Beurmann. Consultation le mardi 9 heures. Visites à 8 h. 1/2. — Salles Saint-Louis, Saint-Basile et Sainte-Julie (crèche).

Service de M. Peter. — Consultations le mercredi à 9 heures. Visites à 8 h. 1/2. — Salles Saint-Jean-de-Dieu et Sainte-Madeleine (cholériques)

Service de M. Desnos. — Consultation le jeudi à 9 heures. Visites. — Salles Saint-Vincent et Saint-Félix.

Service de M. Féréol. — Consultation le vendredi à 9 heures. Visites à 8 h. 1/2. — Salles Saint-Ferdinand et Saint-Joseph.

Accouchements. — Service de M. Budin. — Salle Sainte-Marie. Consultations tous les jours, remplacé par M. Champetier de Ribes.

Hôpital de Lariboisière. — Service de M. Bouchard. — Consultation le jeudi. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Landry : 1, tuberculose de la langue ; 2, fièvre typhoïde ; 13, néphrite, cœur hypertrophié ; 15 *bis*, polyurie ; 22, ramollissement cérébral ; 24, péricardiet, pleurésie ; 33 *bis*, ataxie ; 34, phosphaturie.

Service de M. Duguet — Consultation le vendredi. — Salle Saint-Vincent (H.) : 1, tuberculose laryngée ; 2, insuffisance et rétrécissement mitral ; 4, péritonite tuberculeuse ; 16, insuffisance mitrale ; 18, pyo-pneumothorax ; 23, insuffisance aortique ; 30, ataxie locomotrice, crises gastriques ; 32, kyste hydatique du foie. — Salle Sainte-Joséphine (F.) : 1° insuffisance aortique et mitrale ; 4, rhumatisme articulaire aigu, péricardite ; 19, pelvi-péritonite ; 24, syphilis secondaire ; 34, ulcère simple de l'estomac.

Service de M. Gérin-Roze. — Visite à 9 heures. Consultation le samedi. — Salle Sainte-Geneviève (F.) : 2, bronchite capillaire ; 4, pneumonie centrale ; 6, pelvi-péritonite suppurée, ouverture dans le vagin ; 13, dilatation bronchique ; 14, fièvre typhoïde, pneumonie lobaire ; 15, paralysie saturnine ; 17, néphrite interstitielle ; 20, rétrécissement mitral ; 29, cirrhose atrophique du foie ; 33, intoxication par l'oxyde de carbone ; 34, morphinomanie. — *Crèche* : 1, ictère catarrhal ; 2, ophthalmie purulente ; 8, pelvi-péritonite aiguë. — Salle Saint-Augustin *bis* (H.) : 14, 16, 17, pleurésie avec épanchement ; 20, insuffisance mitrale. — Pavillon d'isolement : 2, choléra.

Service de M. C. Paul. — Visite à 9 heures. — Salle Saint-Henri : Consultation le mercredi. 7, asthme, dilatation mitrale secondaire ; 18, ataxie locomotrice ; 22, kyste hydatique du foie ; 28, maladie de Corrigan, péricardite. — Salle Sainte-Elisabeth : 2, maladie de Traube ; 18, syphilis, éruption secondaire ; 34, arthrite, suite de fièvre typhoïde, amputation spontanée.

Chirurgie. — Service de M. B. Anger. — Salle Saint-Louis. Consultation, mardi, jeudi, samedi. 5, résection du maxillaire inférieur ; 16, psartis ; 21, ectropion, autoplastie. — Salle Saint-Augustin : 1, rétention d'urine ; 4, fracture compliquée ; 24, hypertrophie de la prostate ; 32, lipôme ; 34, fracture intra-articulaire. — Salle Sainte-Jeanne : 1, fracture de côtes, emphysème ; 15, phlegmatia alba dolens ; 19 *bis*, mal de Pott ; 24, carcinome du sein ; 29, carcinome du sein ; 29, hernie étranglée ; 30, abcès du sein ; 33, arthrite puerpérale.

Service de M. Duplay. — Consultations, lundi, mercredi, vendredi. — Salle Saint-Honoré : 1, genu valgum, ostéotomie ; 3, phlegmon diffus ; 13, mal de Pott, syphilis, tuberculose, abcès par congestion ; 15, pleurésie purulente ; 16, fistule anale en fer à cheval ; 19 *bis*, ostéo-arthrite du genou ; 32, fistules urinaires scrotales ; 26, nécrose du cartilage du larynx ; 33 *bis*, fongosités des gaines des extenseurs.

Service de M. Duplay. — Salle Saint-Ferdinand *bis* (yeux) : 2, cataracte opérée ; 3, conjonctivite purulente ; 4, choroïdite rhumatismale ; 6, kératite suppurative ; 7, cataracte sénile ; 10, cataracte traumatique. — Salle Ferdinand : 2, phlegmon iliaque ; 3, fracture de cuisse, rhumatisme, péricardite ; 14, pleurésie purulente, Estlander ; 22, phlébite de la jambe ; 28, amputation tibio-tarsienne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER.
Place de l'Ecole-de-Médecine.

Amiot (W). — Du traitement du pédicule après l'hystérectomie, par la voie abdominale, Broch. in-8 de 95 pages. — Prix : 2 fr. 50

Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux, publié par MM. Charles Robin, professeur à la faculté de médecine de Paris, G. Pouchet, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris (21e *année*, 1885). — Ce journal paraît tous les deux mois et contient : 1° Des *travaux originaux* sur les divers sujets que comporte son titre ; 2° l'*analyse* et l'*appréciation* des travaux présentés aux Sociétés françaises et étrangères ; 3° une *revue* des publications qui se font à l'étranger sur la plupart des sujets qu'embrasse le titre de ce recueil. Il a en outre pour objet : la *tératologie*, la *chimie organique*, l'*hygiène*, la *toxicologie* et la *médecine légale* dans leurs rapports avec l'anatomie et la physiologie ; les applications de l'anatomie et de la physiologie à la *pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique*.

Un an, pour Paris..... ..... 30 fr.
— pour les départements et l'étranger. 33 fr.
La livraison : 6 fr.

On s'abonne sans frais à la librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris, chez tous les libraires de la France et de l'étranger, et dans tous les bureaux de poste.

G. STEINHEIL, Éditeur

Successeur de H. LAUWEREYNS

2, rue Casimir Delavigne.

Une erreur de mise en page a complètement dénaturé notre annonce dans le *Numéro des Etudiants*.

Nous ne mettons au rabais que Hermann : Eléments de physiologie, baissé de 9 fr. à 2 fr. — Roser : Chirurgie anatomique, baissé de 12 fr. à 4 fr.

Tous les autres ouvrages figurant sur l'annonce sont maintenus au prix du Catalogue.

BYRON BRAMWELL. Maladie de la moelle épinière.	14 »
CURLING. Maladies du rectum.	6 »
FENWICK. Manuel de diagnostic.	5 »
GAILLARD THOMAS. Maladies des femmes.	16 »
LOMBE ATTHILL. Manuel des maladies des femmes.	5 »
LUTAUD. Manuel de médecine légale, 3e édition	8 50
MOYNAC. Manuel de pathologie interne.	7 50
— Manuel de pathologie externe.	16 »
— Manuel de pathologie générale et de diagnostic	8 »
— Manuel d'anatomie.	18 »
PAJOT. Travaux d'obstétrique.	12 »
PINARD. Du palper abdominal.	6 »
RABUTEAU. Eléments de toxicologie et de médecine légale	10 »
— Eléments d'urologie.	4 »
RICHET. Anatomie médico-chirurgicale.	19 »
DE SAINT-GERMAIN. Chirurgie des enfants	15 »
TARNIER et CHANTREUIL. Traité des accouchements	30 »

Le premier fascicule du 2e volume de ce traité est sous presse.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 51. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 20 DECEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

Le Basiotribe Tarnier. — Son mode d'emploi. — Les résultats qu'il permet d'obtenir.

Communication faite au congrès de Copenhague.

Par M. Paul BAR, accoucheur des hôpitaux.

Messieurs,

I. — Le broiement de la tête fœtale, malgré les nombreux procédés qui ont été proposés pour l'exécuter, est resté une des opérations les plus pénibles que puisse faire un accoucheur.

Le céphalotribe, en effet, est un instrument qui broie bien ce qui est saisi entre ses branches, mais quand la tête est retenue au-dessus d'un détroit supérieur rétréci, il est difficile de bien placer ces branches pour saisir la base du crâne.

Quelles difficultés ne rencontre-t-on pas quand, pendant le broiement, on veut maintenir la tête entre les cuillers de l'instrument ? Que d'échecs ne subit-on pas quand, l'instrument ayant été bien appliqué, le broiement ayant été satisfaisant, on veut extraire la tête ?

En un mot, bon broyeur, l'instrument de Baudelocque neveu est un mauvais preneur, un mauvais teneur, un mauvais tracteur.

Les modifications qui ont été apportées à cet instrument (je ne fais ici allusion qu'aux modifications heureuses) ont pu atténuer certains de ses défauts, mais je crois n'être démenti par personne en affirmant qu'elles ne les ont pas fait disparaître.

Malgré tous ses défauts le céphalotribe est cependant resté l'instrument auquel les accoucheurs avaient le plus volontiers recours, quand Simpson, s'inspirant peut-être de la pince de Mesnard, imagina le cranioclaste.

Aujourd'hui, grâce aux travaux de Braun, de Simpson, de Mangiagalli et de Fabbri, le cranioclaste a reçu droit de cité en Angleterre, en Allemagne, en Italie. A Paris, il est assez souvent employé par mon maître, le professeur Tarnier et par mes collègues des hôpitaux.

Il semble donc, malgré les intéressantes tentatives qu'on a faites avec le forceps-scie, malgré l'ingénieux procédé de transforation préconisé par Hubert, que le cranioclaste soit le seul instrument qu'on puisse substituer au céphalotribe qui, selon certains auteurs, devrait définitivement être délaissé.

Je n'ai point l'intention, Messieurs, d'établir ici un parallèle entre le céphalotribe et le cranioclaste ; mais est-il vrai qu'avec ce dernier instrument, il soit toujours facile de bien saisir la base du crâne, de la broyer assez pour que, par ses dimensions, elle ne puisse opposer aucun obstacle pendant l'extraction ? Je ne le pense pas.

J'admets sans difficulté que le cranioclaste soit un excellent instrument dans certains cas ; quand, par exemple, l'enfant se présentant par la face en mento-postérieure ou latérale, et le rétrécissement du bassin étant moyen, la tête ne tourne pas. Le cranioclaste réduit alors suffisamment le volume de la tête, il permet d'obtenir une prise solide, grâce à laquelle on pourra faire exécuter à la tête les mouvements de rotation et de progression nécessaires.

Mais il n'en est plus de même quand la tête fléchie et mobile est retenue AU-DESSUS d'un détroit supérieur mesurant sept centimètres ou moins encore dans son diamètre le plus rétréci.

Si on applique le cranioclaste sur l'occiput, on ne saisit guère que l'occipital, on ne réduit que peu ou point la base du crâne. Veut-on défléchir la tête ? On éprouve de grandes difficultés si la perforation a été faite en arrière du bregma ; et si on réussit dans cette manœuvre, le broiement n'est pas toujours aussi complet que l'opérateur le voudrait. Car, même dans les cas où la tête est bien défléchie, on a beau introduire la branche interne assez profondément pour que son extrémité réponde à l'occipital ; on a beau enfoncer le plus possible la branche externe, la tête a toujours une tendance à remonter et à s'échapper hors de l'instrument ; la partie de la base qui est broyée est alors beaucoup moins étendue qu'on ne l'eût voulu et qu'on ne l'eût espéré au début de l'opération.

Mais une fois cette partie broyée, le cranioclaste tient bon et ne glisse pas ; c'est un bon tracteur.

En somme, le cranioclaste est un bon teneur, un bon tracteur ; il n'est qu'un broyeur médiocre. Il n'est plus qu'un tracteur infidèle quand on n'a saisi que l'occipital ou un des pariétaux ; on ne réussit souvent alors qu'à arracher le fragment de la voûte qui a été saisi.

Or, le 11 décembre 1883, M. le professeur Tarnier a présenté à l'Académie de médecine un instrument nouveau destiné à faire le broiement de la tête et auquel il a donné le nom de basiotribe.

Je désire attirer votre attention sur cet instrument qui parait réunir les avantages du cranioclaste et ceux du céphalotribe ; car il saisit, fixe solidement la tête comme le premier, et peut ensuite la broyer complètement.

II. « Le basiotribe de M. Tarnier se compose de trois branches d'inégale longueur, étagées, et d'une vis d'écrasement. Sa longueur totale est de 41 centimètres. Quand il est articulé et serré, sa largeur d'un côté à l'autre, est de 4 centimètres. Si on le mesure d'avant en arrière, on trouve 4 centim. 1/2 dans sa partie la plus large, près de l'extrémité des cuillers. Son poids total est de 1200 grammes. » (Tarnier, Académie de médecine, 11 décembre 1883.)

Voici, d'après les conseils et les recherches de M. Tarnier, d'après les expériences que j'ai faites sous sa direction (expériences dont les principaux résultats sont exactement figurés dans les dessins suivants) quelques-unes des règles qui doivent être suivies dans l'application de cet instrument.

III. Quand l'enfant se présente par le sommet en O I G T, on prend la branche la plus courte de l'instrument, branche qui porte un perforateur quadrangulaire et on fait pénétrer son extrémité dans le crâne en lui imprimant un mouvement de rotation. « Ce perforateur agit comme un alésoir et fait au crâne une ouverture

© BIU Santé

arrondie. Dès que l'extrémité olivaire de ce perforateur a pénétré dans la cavité crânienne, on arrête le mouvement de rotation et l'on pousse doucement cette branche jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par la résistance de la base du crâne, avec laquelle elle devra rester en contact jusqu'à la fin de l'opération. » (Tarnier, loc. cit.)

La figure 131 représente ce premier temps de l'opération. Le perforateur a pénétré dans la voûte du crâne sur la suture sagittale un peu en avant de la fontanelle postérieure et la pointe de l'instrument est dirigée vers la base du frontal (1).

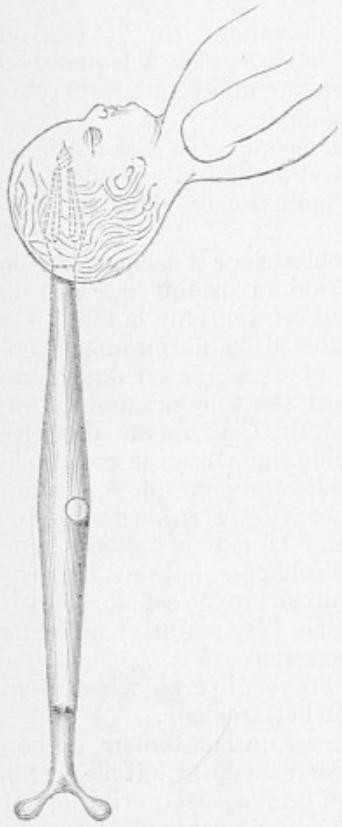


Fig. 131. — Introduction du perforateur. Le fœtus en expérience était fort petit.

Il ne faut nullement chercher à se servir du perforateur pour faire éclater la base, ni pour la perforer, et, pour bien indiquer l'importance de cette règle, j'ai, sur ces dessins, donné au perforateur une extrémité mousse (2).

Dès que l'instrument rencontre une résistance indiquant que l'extrémité de l'instrument a atteint le frontal, on pousse légèrement le manche du perforateur de bas en haut, de manière à bien fléchir la tête. Dès qu'on juge cette flexion suffisante, on confie le manche de l'instrument à un aide et on procède à l'introduction de la seconde branche.

Cette branche qui, par sa forme, rappelle la branche gauche du forceps, sera tenue de la main gauche et appliquée à gauche du bassin; ici, par conséquent contre l'occiput. Quand l'introduction de cette branche est achevée, on va articuler ; mais avant de procéder à ce temps, l'opérateur reprendra le manche du perforateur, s'assurera que son extrémité ne s'est pas déplacée (au besoin, il replacerait l'instrument dans la position première) puis il vérifiera la situation de la branche gauche dont la cuiller devra autant que possible être appliquée à l'extrémité postérieure du diamètre O F (1).

Il articulera, la fig. 132 montre mieux que toute description la situation de l'instrument.

Il faut maintenant procéder au broiement des parties osseuses situées entre l'olive du perforateur et la branche gauche du basiotribe.

A cet effet, on place la tige munie d'un pas de vis et on fait tourner le volant qu'elle supporte.

La tête est saisie comme dans un cranioclaste et va tendre à s'échapper de bas en haut entre les deux branches de l'instrument, mais ici le mouvement de recul sera beaucoup moins marqué que si on se servait du cranioclaste, grâce à la largeur et à la courbure de la branche gauche du basiotribe qui s'implante dans les parties molles et s'y maintient fixe (voy. *fig.* 133).

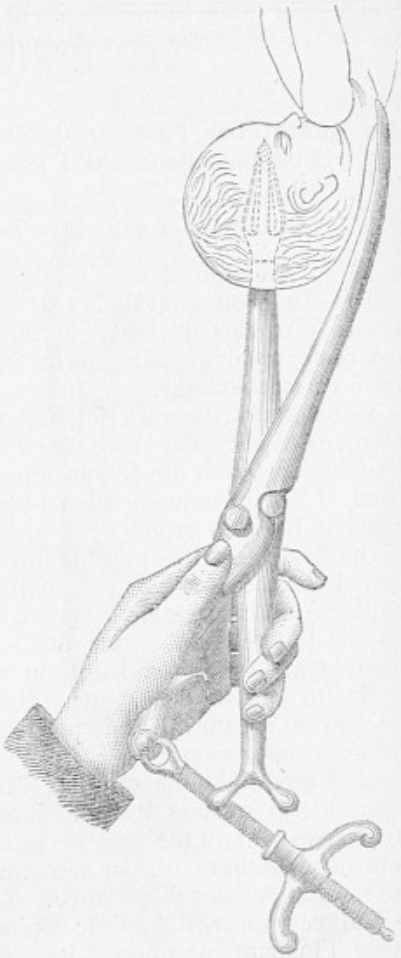


Fig. 132. — Le perforateur est introduit la pointe dirigée vers la base du frontal, la première cuiller est appliquée contre l'occiput, on a articulé, on va procéder au broiement.

Dès que ce mouvement de recul est terminé, le broiement commence.

(1) Nous supposons qu'il s'agit ici d'une position transverse car dans cette étude nous ne traiterons que des cas les plus fréquents. Disons seulement que le manuel opératoire se trouve sensiblement modifié quand la position est non plus transverse mais antérieure ou postérieure. Les cuillers ne se trouvent plus appliquées aux extrémités du diamètre O F s'il y a une présentation du sommet ou de diamètre M F s'il s'agit d'une présentation de la face. Le broiement a lieu suivant le diamètre Bi-Pariétal, Bi-Temporal, suivant un diamètre oblique par rapport à ces derniers, ou leur étant sensiblement parallèle. La réduction de la tête se fait différemment suivant la situation des cuillers. Celles-ci répondent-elles aux extrémités du diamètre bizygomatique, on les voit le plus souvent glisser peu à peu en arrière pendant le broiement, et finalement elles répondent aux extrémités du diamètre bimastoïdien qui est bien moins résistant et qui cède. La résistance du diamètre bizygomatique est telle que dans nos expériences nous avons vu la base de la tête s'incliner latéralement entre les branches du basiotribe plutôt que de céder. L'opération présente alors plusieurs particularités intéressantes sur lesquelles nous nous réservons d'insister dans un travail spécial que nous avons entrepris avec M. Bonnaire.

(2) Sänger a pensé (*Archiv. f. Gynœk.*, T. XXIV) que le premier temps de l'opération ressemblait à une transforation faite avec l'instrument de Hubert. Cette assimilation n'est pas justifiée, puisque le perforateur du basiotribe ne transfore pas la base. Quant à comparer le basiotribe au céphalotribe de Lollini (Voy. Sänger, *Arch. f. Gynœk.* T. XXIV), ou au céphalotribe à branches inégales de Van Aubel, on ne peut y songer, en étudiant le mode d'action si différent de ces instruments.

(1) Autant que possible la perforation sera pratiquée dans un plan passant par la suture sagittale ou immédiatement en arrière. On aura soin de veiller à ce que le perforateur introduit dans le crâne reste bien dans cette direction; si, en effet, on porte le manche du perforateur trop en arrière, la pointe du perforateur sera inclinée vers le pariétal antérieur et on risquera de ne saisir que le segment antérieur de la voûte et de la base. Si on incline le manche trop en avant, la direction du perforateur et des cuillers sera telle, que celles-ci glisseront en arrière et ne saisiront qu'un segment postérieur de la tête. Si, cependant, la perforation a été faite sur le pariétal postérieur, on pourra afin d'éviter cette faute diriger le manche du perforateur un peu en arrière, de façon à incliner la pointe du perforateur en avant. On ne devra cependant pas exagérer cette manœuvre et la pointe du perforateur devra toujours rester en contact *avec la base du crâne*. Si on poussait trop fortement le manche du perforateur en arrière, la pointe de l'instrument serait dirigée vers le pariétal antérieur ; l'axe des cuillers serait sensiblement parallèle à la base du crâne. Quand l'enfant est peu volumineux, on obtiendrait un broiement suffisant. Mais si le fœtus était gros, si les os de la base étaient résistants, on ne saisirait et ne broierait que la voûte.

Si la perforation avait été faite en avant de la suture sagittale, on devrait diriger la pointe du perforateur un peu en arrière. Il

© BIU Santé

Ce broiement est exécuté par l'extrémité du perforateur, qui s'enfonce dans le sphénoïde, effondre l'apophyse basilaire, broie la voûte palatine et vient enfin s'appliquer contre la face antérieure des vertèbres cervicales, qu'elle écrase. Il suffit de comparer les dessins 2 et 3 pour voir immédiatement le chemin parcouru par l'olive du perforateur. J'ajouterai que la description

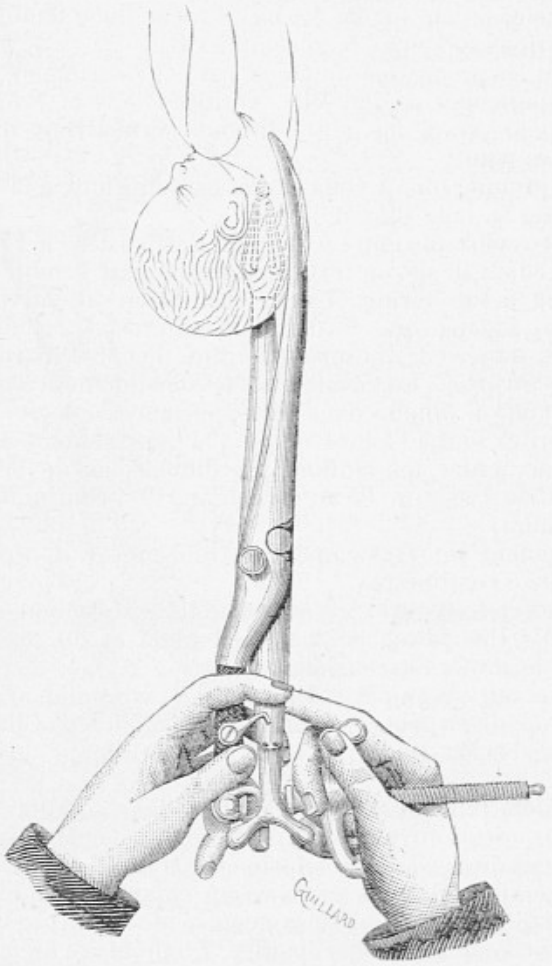


Fig. 133. — Le premier broiement est effectué.

précédente n'est pas théorique, mais repose sur des dissections.

Si on arrêtait ici l'opération, on n'aurait fait qu'une application de cranioclaste avec branche externe appliquée sur l'occiput, une partie de la base du crâne serait effondrée, mais le volume de la tête serait encore considérable.

Si le rétrécissement du bassin est moyen, les dimensions de la tête se réduiront pendant les tractions exercées sur l'instrument, grâce à la résistance des parties dures du bassin contre lesquelles la tête sera pressée.

Le résultat sera peut-être bon, mais on reconnaîtra qu'il aura été obtenu à l'aide d'un procédé dangereux — qui ne sera jamais qu'un pis-aller. On ne pourra pas toujours impunément comprimer et trop souvent contendre les parties molles du bassin.

Il semble que si, sans retirer l'instrument, on pouvait compléter le broiement de la tête, on ferait une œuvre parfaite. C'est précisément ce que va faire la branche droite du basiotribe.

Cette branche que nous tenons de la main droite, que nous introduisons comme la branche droite d'un forceps, dont elle rappelle la forme, va être placée à l'extrémité droite du diamètre transverse du bassin et répondra à la face du fœtus.

Nous l'avons placée, nous l'articulons, et la fig. 134 montre quelle est la situation de l'instrument.

Il semble, Messieurs, que pour terminer le broiement, nous allons faire une simple céphalotripsie. Cela est vrai, nous allons broyer la base du crâne, entre la branche droite et la branche gauche, doublée du perforateur.

Mais avouez que nous sommes dans des conditions de sécurité, j'allais dire de certitude opératoire, qui ne peuvent se trouver réalisées avec aucun céphalotribe.

La tête ne pourra pas s'échapper entre les deux cuillers qui vont la broyer, car elle est solidement maintenue par la branche gauche doublée du perforateur.

Mais sommes-nous certain de broyer complètement la base? Oui, nous ne pouvons plus ne pas la broyer.

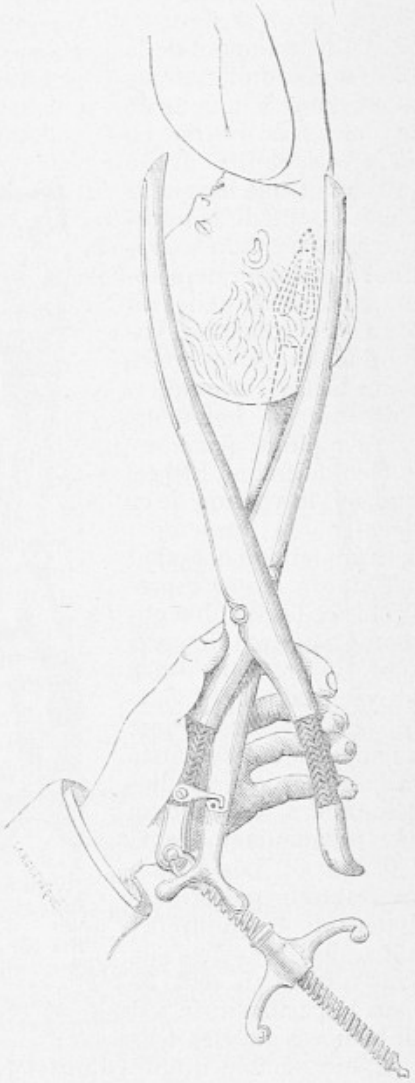


Fig. 134. — Fœtus à terme; le premier broiement est achevé, on a appliqué la branche droite et on va procéder au second broiement.

En effet, 1° si le premier broiement que nous avons fait ne nous a pas donné une réduction suffisante du volume de la tête, nous avons au moins obtenu un résultat important : la tête est bien saisie, *nous pouvons la maintenir fixe ou lui imprimer tel mouvement de rotation que nous jugerons convenable.* L'application de la branche droite du basiotribe sera donc beaucoup plus facile que s'il s'agissait d'appliquer la branche droite d'un céphalotribe (1).

suffirait dans ce but de porter le manche un peu en avant. Mais ici encore la pointe devra toujours rester en contact avec la base du crâne. Pendant cette partie de l'opération, un aide maintient la tête à travers la paroi abdominale, il doit surtout chercher à empêcher tout mouvement de rotation ou de progression en avant.

(1) J'ai, depuis cette communication, eu l'occasion de faire une basiotripsie dans un cas où le fœtus se présentait par le sommet en O I G T.

Le premier broiement fut aisément effectué. Mais j'éprouvai de telles difficultés à appliquer la branche droite à l'extrémité droite du diamètre transverse, que je pris le parti de laisser la cuiller droite contre la symphise sacro-iliaque droite; et saisissant le manche du perforateur doublé de celui de la branche gauche, je fis tourner la tête et transformai la position G T en position G. A. Le

© BIU Santé

2° Pendant le broiement, la tête ne pourra pas s'échapper entre les deux cuillers qui vont la broyer. Elle ne pourra pas remonter, puisqu'elle est fixée par les deux premières branches de l'appareil. Et si on a suivi les règles que nous avons données plus haut, on ne risque pas de voir la cuiller droite glisser en avant, ni en arrière.

3° Le broiement de la base sera complet, grâce à la grande longueur de la cuiller droite; si, en effet, la cuiller droite présentait une longueur égale à celle de la branche gauche, son extrémité ne viendrait s'appliquer que sur le nez du fœtus (si l'enfant est volumineux), et le broiement serait incomplet. Grâce à sa longueur, elle s'applique sur toute la face du fœtus. Et quel que soit le volume de ce dernier, le broiement sera fatalement complet.

J'ai, du reste, représenté ici le résultat obtenu. La figure 135 représente le profil de la tête broyée ; la figure 136 représente le diagramme au niveau de la partie la plus large. (Ce diagramme a été obtenu sur un moulage de la tête broyée. Les diamètres antéro-postérieurs étaient de 4 centim. 0,1 entre les branches de l'instrument; 5 cent. 05 dans la partie située à droite, 4 centim. 02, dans la partie située à gauche (1).

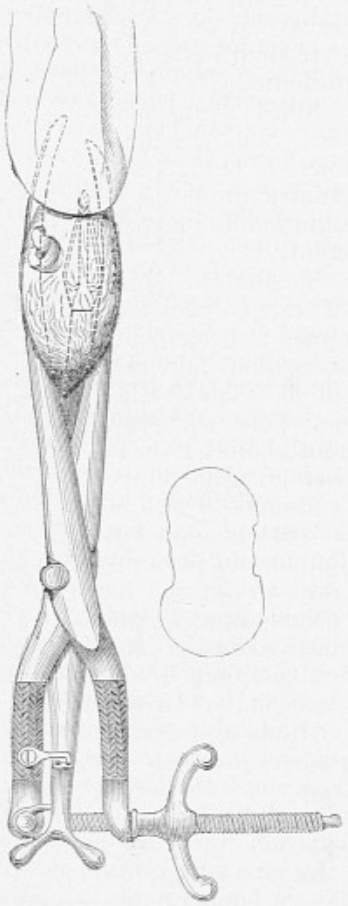


Fig. 135. — La basiotripsie est terminée.

Fig. 136. — Diagramme de la tête précédente.

Il me semble inutile d'insister sur les qualités du basiotribe envisagé comme teneur et tracteur. Quelles que soient les tractions exercées sur la tête, quelle que soit la résistance opposée à la progression de celle-ci, la situation de l'instrument sur la tête ne varie pas ainsi que j'ai pu m'en assurer dans mainte expérience.

Tels sont, Messieurs, les résultats que donne le basiotribe dans les expériences faites sur le cadavre. Il réunit, vous le voyez, les avantages du céphalotribe et du cranioclaste, puisqu'il broie comme le premier, et saisit solidement comme le second. La basiotripsie n'étant, en somme, qu'une céphalotripsie précédée d'une cranioclasie, la tête fœtale est bien broyée, bien tenue; les indications sont donc bien remplies (1).

Mais les promesses données par cet instrument dans les expériences se sont-elles vérifiées dans la pratique clinique ? Voici des faits qui nous permettront d'élucider ce point.

Le premier que je vous citerai est emprunté à la pratique de M. le Dr Pinard.

Une rachitique entre à l'hôpital Lariboisière le 17 janvier 1884. Elle est en travail et la grossesse semble être arrivée à son terme. Une mensuration attentive du bassin, montre que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 6 centim. 05. M. Pinard fait la basiotripsie. Le résultat a été sensiblement égal à celui que j'ai obtenu dans les expériences que je vous ai décrites tout à l'heure et que j'ai représentées fig. II puisque, entre les cuillers, les dimensions de la tête étaient de 4 centim. 05 au maximum, de 4 centim. 02 au minimum.

A gauche de l'instrument la tête mesurait 5 cent., à droite 5 centimètres.

Vous comprendrez qu'avec une telle réduction de la tête, M. Pinard ait pu très facilement et du premier coup, terminer l'accouchement.

Voici un second fait. Une femme rachitique, arrivée au terme de sa grossesse, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. Budin, dans le mois de mars de cette année.

Le détroit mesure 6 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur (cette mensuration a été faite sur le cadavre). Je fais la basiotripsie et très rapidement, sans une reprise, je puis extraire un enfant à terme. Les seules difficultés que j'aie rencontrées se sont produites pendant l'extraction des épaules. Le moulage de la tête broyée est déposé au musée du service d'accouchements de la Charité. Malheureusement, cette femme, qui était infectée au moment de son entrée dans le service, succombait deux jours plus tard. L'autopsie montra qu'il n'y avait aucune déchirure des parties molles.

(*A suivre.*)

front répondit alors à la cuiller droite et j'achevai rapidement la basiotripsie. Cette manœuvre, qui pourra rendre des services, serait impossible avec un céphalotribe. Ici il faudrait appliquer toujours les deux cuillers sur des points symétriques du bassin. Et bien souvent on ne serait pas certain d'avoir saisi la tête, car celle-ci, si fixée qu'elle soit par l'aide qui cherche à la maintenir à travers la paroi abdominale, se déplace pendant les manœuvres qu'on fait pour placer les branches, cet inconvénient n'est pas à redouter avec le basiotribe.

(1) En recommandant de diriger la pointe du perforateur vers le frontal et de fléchir la tête, j'ai indiqué le procédé qui m'a paru, dans mes expériences, donner les résultats les plus satisfaisants. Je m'empresse de reconnaître qu'il n'est pas toujours possible de le mettre en pratique quand on opère sur la femme, surtout quand la tête est amorcée au détroit supérieur. Dans ce cas, on se contentera de diriger le perforateur directement vers la base sans chercher à fléchir la tête, mais on veillera à ce que la pointe du perforateur ne s'éloigne pas d'un plan passant par la suture sagittale ou immédiatement en arrière. Quand on a fait la perforation près du bregma, la tête se défléchit pendant l'application de la branche gauche. Le menton vient s'encastrer dans la cuiller droite et la prise est très solide.

(1) Depuis que cette communication a été faite, j'ai eu l'occasion de faire deux nouvelles basiotripsies dans des positions gauches. Les résultats ont toujours répondu à mon attente.

(2) Voir le n° 50.

CLINIQUE INFANTILE

De la bronchite chronique chez les enfants (2) ;

Par le Dr J. COMBY.

Evolution clinique. — Tels sont les faits; il nous faut maintenant résumer les enseignements qu'ils comportent.

Tantôt la bronchite s'installe sourdement, sans être précédée d'une de ces maladies aiguës à déterminations bronchiques si fréquentes chez les enfants. C'est alors simplement un *rhume* qui ne passe pas, qui ne se résout pas; d'emblée, la bronchite affecte des allures

© BIU Santé

chroniques. Les petits malades ne souffrent pas, même au début de l'affection ; ils continuent à se lever, à jouer, à fréquenter l'école ; l'appétit n'est pas compromis, toutes les fonctions s'exécutent bien. Seulement la toux est fréquente, souvent quinteuse, profonde, avec expectoration, quand les enfants sont un peu grands.

D'autres fois la maladie a succédé à une de ces bronchites spécifiques auxquelles nous venons de faire allusion. C'est un reliquat de rougeole ou de coqueluche. Si l'enfant a eu la rougeole, on note qu'il a beaucoup toussé dans le cours de cette maladie ; puis la bronchite a persisté avec tous les caractères de l'état chronique. Il faut donc, chez les enfants, se garder de négliger les localisations bronchiques de la rougeole. Car, outre les dangers immédiats que la broncho-pneumonie entraine, il ne faut pas oublier que la bronchite négligée peut devenir chronique.

Nous voyons, dans la classe ouvrière, la rougeole considérée comme une maladie insignifiante, avec laquelle on peut tout se permettre. Les enfants gardent la chambre quelques jours à peine, au moment de l'acmé de la maladie. Puis l'efflorescence cutanée n'est pas encore effacée qu'on laisse sortir les enfants. C'est dans ces circonstances que les complications bronchopulmonaires aiguës et chroniques sont le plus à redouter. Le catarrhe qui accompagne la coqueluche, sans parler des quintes et de leurs conséquences propres, peut passer à l'état chronique comme le catarrhe de la rougeole.

Mais quelle que soit l'origine de la maladie, l'évolution ne diffère pas. La bronchite a survécu à sa cause, elle est devenue chronique : l'enfant n'accuse aucune douleur, aucune gêne ; il n'est que rarement oppressé et la fréquence des respirations ne semble pas accrue notablement. Il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé, la digestion se fait bien. Cependant le visage est souvent pâle et amaigri ; les sujets sont chétifs et de pauvre apparence.

La toux est fréquente ; elle procède par quintes plus ou moins accusées, sans reprise ni rien qui ressemble aux quintes de la coqueluche. Ces quintes surviennent surtout la nuit et le matin ; elles sont beaucoup plus rares dans la journée. Elles sont plus répétées et plus fatigantes quand le temps est froid et humide, que dans les cas où le ciel est clair et la température élevée. C'est ainsi que pendant les chaleurs de l'été nous avons constaté une réelle amélioration de toutes les bronchites chroniques que nous suivions depuis l'hiver.

Cette particularité s'observe d'ailleurs aussi bien chez les adultes que chez les enfants. Si les sujets sont très jeunes, ils ne crachent pas ; dès qu'ils ont 5 à 6 ans, on peut les voir rendre des crachats assez abondants, tantôt clairs et spumeux, tantôt jaunâtres et muco-purulents. Cette expectoration est plus abondante le matin au réveil que dans la journée.

Passons maintenant en revue les signes physiques fournis par l'examen de la poitrine. Quand on se trouve en présence d'un enfant qui offre depuis plusieurs mois des symptômes de bronchite chronique, on ne peut se défendre de songer à la phthisie pulmonaire, et c'est avec cette idée qu'on pratique l'exploration méthodique du thorax.

Or, l'examen le plus minutieux ne révèle aucun signe de foyer de nature à faire admettre l'existence d'une tuberculose avérée. Il n'y a pas de diminution de la sonorité au niveau des sommets, il n'y en a même pas au niveau des bases. La percussion donne une résonnance égale partout et sensiblement normale.

Peut-être y a-t-il parfois une résonnance plus forte que dans les conditions physiologiques et qui doit s'expliquer par un léger degré d'emphysème. Mais encore faut-il se défier et savoir bien que chez l'enfant le thorax est beaucoup plus sonore que chez l'adulte. Les vibrations sont conservées intactes comme la sonorité. Quant à la conformation extérieure du thorax, la vue ne révèle aucun changement appréciable. Il est très rare de rencontrer chez les enfants ces poitrines globuleuses qui caractérisent l'emphysème avec bronchite chronique des vieillards. Il faut en excepter les enfants rachitiques qui présentent souvent de la bronchite et des déformations du squelette. Chez eux, ces déformations sont loin d'être parfaitement symétriques ; à côté des saillies en chapelet des insertions costales, on observe des déviations plus ou moins irrégulières des parties latérales avec évasement des attaches inférieures. Donc, en dehors du rachitisme facile à reconnaitre, peu ou pas de modifications de la sonorité, pas de déformation thoracique.

C'est à l'auscultation qu'il faut demander la raison des symptômes indiqués plus haut. L'enfant étant assis ou debout et respirant largement, on saisit facilement les signes stéthoscopiques de la bronchite.

Partout, à la base, au sommet, à la partie moyenne, on entend des râles plus ou moins nombreux, plus ou moins denses, mais toujours disséminés et n'affectant pas de groupement en foyers. Ces râles sont de différentes espèces : il y a des sibilances et de gros ronchus en général peu nombreux, peu stables, disparaissant par la toux et l'expectoration. Derrière ces bruits sonores existent des râles plus fixes, permanents ; ce sont des râles bullaires, sous-crépitants, tantôt presque secs, plus souvent humides, moins nombreux aux sommets qu'aux bases, parfois limités à celles-ci. Ce mélange en proportions variables de râles sonores et bullaires se constate en avant comme en arrière, et pour ainsi dire dans toute l'étendue de la poitrine. Quelquefois, cependant, les râles prédominent d'un côté ou même sont limités à une base.

Lorsque la bronchite s'améliore avec le temps ou par le traitement, on voit l'étendue des râles diminuer ; c'est alors qu'ils peuvent se restreindre à un côté ou à une base, et cette limitation est l'indice d'une guérison prochaine. Sous l'influence d'une recrudescence produite par le froid, les râles peuvent devenir plus abondants et la dyspnée apparaitre. Mais on ne constate pas l'existence de souffle ou de foyers crépitants indiquant que la bronchite est compliquée de broncho-pneumonie. Comme chez l'adulte, la bronchite chronique reste pure de tout mélange et on ne voit pas les enfants bronchitiques exposés plus que d'autres aux accidents pulmonaires. Du moins c'est le résultat de nos observations. Ce qu'il faut surtout redouter, c'est l'apparition du tubercule sur ce terrain si bien préparé pour son développement.

Au point de vue de la marche de la maladie, ce qui caractérise la bronchite chronique, c'est sa persistance et sa durée indéfinie. Elle peut durer des mois, des années, sans marquer aucune tendance à la résolution spontanée ; bien plus, elle subit sous l'influence des écarts de température, principalement sous l'influence du froid humide, des recrudescences qui fatiguent beaucoup les enfants et qui aggravent le pronostic.

A la longue, elle entraine du dépérissement ; l'enfant pâlit, maigrit, perd ses forces, l'appétit languit et l'état général commence à devenir inquiétant. Si les conditions

© BIU Santé

hygiéniques sont défavorables, si le milieu dans lequel vit l'enfant est mauvais, comme le milieu nosocomial par exemple, tout est à craindre: la tuberculose d'abord, puis les maladies contagieuses, rougeole, coqueluche, qui peuvent transformer une affection relativement bénigne en maladie promptement mortelle. Aussi ne saurait-on trop dissuader les parents d'envoyer leurs enfants à l'hôpital, aussi longtemps que l'isolement des maladies contagieuses n'y sera pas complètement réalisé.

Le *pronostic* varie donc surtout suivant les milieux dans lesquels l'enfant sera placé: dans sa famille, il court peu de risques, et même si rien n'était fait pour assurer la guérison, l'enfant serait du moins à l'abri de la contagion fatale à son âge. A l'hôpital, au contraire, la bronchite de l'enfant ouvre la porte à une foule de germes infectieux dont toutes les salles sont imprégnées et contre lesquels la faiblesse de ses jeunes années ne lui permet pas de lutter.

Le *diagnostic* est en général assez facile: la toux, l'expectoration quand elle existe, les râles permettent de reconnaître la bronchite; on s'assurera que la bronchite est simple par l'absence de tout foyer et de toute localisation. Enfin, la marche de la maladie, sa durée, l'état général établiront qu'il s'agit d'une bronchite chronique, sans acuité, sans réaction, rappelant par ces caractères la bronchite chronique des adultes et des vieillards.

La coqueluche, dont la durée est parfois comparable à celle de la bronchite chronique, se distinguera par ses quintes et par la progression de ses différentes phases. La tuberculose pulmonaire sera plus souvent une cause de difficultés par les allures insidieuses qu'elle revêt chez les enfants. Aussi sera-t-il prudent de faire quelques réserves et de s'inspirer des antécédents des sujets.

Etiologie. — La bronchite chronique s'observe chez les enfants de tout âge; tantôt elle succède à une bronchite aiguë simple, tantôt c'est à la suite de la rougeole que l'enfant conserve des accidents bronchitiques qui passent à l'état chronique. D'autres fois, c'est la coqueluche qu'on trouve dans les antécédents de l'enfant. Les auteurs du compendium de médecine, L. de la Berge et Monneret, signalent précisément la bronchite chronique succédant à la coqueluche (1).

Mais quelle que soit la cause occasionnelle et accidentelle de la bronchite, ce n'est pas cette cause qui imprime à la maladie le cachet de chronicité que nous lui connaissons.

Pourquoi chez tel enfant la bronchite est-elle aiguë et passagère, alors que chez un autre elle devient chronique avec une déplorable facilité? Il faut en chercher la raison dans la constitution même de l'individu, dans l'idiosyncrasie des petits malades. Il n'est pas donné à tout le monde de faire des processus chroniques et de garder indéfiniment des lésions qui, d'ordinaire, se dissipent avec rapidité.

Ce consentement de l'organisme à la chronicité des maladies tient à une modification préalable des tissus ou des humeurs; c'est une *question de terrain*. Il faut donc, pour comprendre la pathogénie de la bronchite chronique, étudier le terrain des enfants qui en sont atteints.

Or, chez presque tous nos malades, nous retrouvons les principaux traits d'une constitution spéciale, d'un tempérament morbide, je veux parler du lymphatisme ou de la scrofule.

Ce sont des enfants pâles, délicats, peu développés; parfois ils portent au cou des adénopathies ou des cicatrices d'abcès froids plus ou moins anciens, ou bien l'on observe chez eux des blépharites et des kérato-conjonctivites scrofuleuses. Quand les enfants ne portent pas actuellement le cachet évident de la scrofule, on note souvent, chez leurs ascendants, les maladies qui prédisposent les enfants à la diathèse strumeuse. Plusieurs de nos malades étaient issus de parents tuberculeux, d'autres avaient pour générateurs des scrofuleux avérés.

En faut-il davantage pour établir l'influence de la transmission héréditaire? Voici donc un fait important: la plupart des enfants atteints de bronchite chronique sont des scrofuleux. Nous n'en serons pas surpris, car nous savons que chez les scrofuleux, les phlegmasies ne sont pas franches et marquent une tendance fâcheuse à persister et à s'aggraver sur place. Toutes les inflammations catarrhales des scrofuleux, qu'elles occupent la muqueuse des bronches ou les autres muqueuses, présentent les mêmes caractères. Partout, qu'il s'agisse des bronches, des narines, des yeux, des oreilles, etc., c'est la chronicité qui caractérise les phlegmasies scrofuleuses.

La bronchite chronique des enfants est donc dans la plupart des cas une bronchite scrofuleuse; on ne peut en dire autant de la bronchite chronique des adultes et des vieillards.

Cette différence de nature nous donne immédiatement la clef des divergences qu'on observe dans la marche, le pronostic et le traitement des deux maladies.

La bronchite des scrofuleux n'est pas incurable comme celle des vieillards; elle est susceptible d'amendement et même de guérison. Mais, d'autre part, la bronchite des vieillards ne les prédispose pas à la tuberculose; elle reste jusqu'à la fin ce qu'elle a toujours été, une bronchite simple avec emphysème et dilatation des bronches.

Au contraire, la bronchite chronique des enfants les prédispose à la tuberculose; elle constitue un terrain tout préparé pour l'évolution de la phthisie pulmonaire. C'est le point noir qui doit éveiller l'inquiétude de l'entourage. Le traitement a heureusement plus de prise sur la bronchite des enfants que sur celle des vieillards.

Si nous avons observé que la plupart des enfants atteints de bronchite chronique étaient des scrofuleux, nous ne prétendons pas nier que d'autres états diathésiques ou morbides ne puissent prédisposer à la bronchite chronique. Nous avons vu maintes fois des rachitiques présenter des bronchites sibilantes à répétition qui méritent souvent le nom de chroniques. Ces mêmes bronchites à tendance récidivante et chronique s'observent avec un certain degré de fréquence chez les individus atteints de dilatation de l'estomac, comme l'a bien démontré M. le professeur Bouchard. Il y a, dans ce sens, des études à poursuivre; nos observations ne sont ni assez nombreuses, ni assez complètes pour vider la question.

Traitement. — Le traitement de la bronchite chronique chez les enfants comprend deux grandes indications: 1° il s'adresse à la bronchite elle-même, c'est le traitement direct, local pour ainsi dire; 2° il vise la cause générale, le tempérament morbide qui entretient la chronicité; pour nous, cette seconde indication est la plus importante.

Contre la bronchite elle-même on agira à l'aide de ce

(1) Tome I, p. 675. La bronchite se montre quelquefois chez l'enfant, surtout à la suite de la coqueluche, et dans quelques cas le malade l'a conservée pendant toute la suite d'une longue vie.

© BIU Santé

puissant moyen qui rend de si grands services dans la médecine infantile, l'*ipécacuanha*. C'est par des vomitifs répétés une ou deux fois chaque semaine qu'on attaquera la toux et le catarrhe bronchique. Les doses de 1 gram., 1 gram. 50 centigr. de poudre d'ipéca, suivant l'âge des sujets, nous ont toujours réussi. Si les nuits sont pénibles et si la toux fréquente compromet le sommeil, on usera avec succès du sirop de belladone ou de l'alcoolature de racines d'aconit suivant les formules indiquées par M. Jules Simon dans ses conférences de thérapeutique infantile.

Tels sont les principaux médicaments qui serviront à remplir la première indication. On peut y ajouter l'usage de quelques révulsifs, ventouses sèches, badigeonnages iodés, qui parfois rendent de réels services et n'ont pas les inconvénients du vésicatoire.

Quant au traitement général, voici comment nous le comprenons : il faut combattre la diathèse scrofuleuse à l'aide des puissants moyens dont on dispose, en premier lieu, à l'aide de l'huile de foie de morue qui sera donnée à la dose de trois, quatre, cinq cuillerées à soupe par jour, suivant l'âge des enfants. En été, si l'huile de foie de morue n'est pas tolérée, on aura recours au sirop d'iodure de fer, au sirop de raifort iodé ou à toute autre préparation à base d'iode.

Qu'on ajoute à ces médicaments l'usage d'une bonne hygiène : aération, alimentation, exercice, et l'on se mettra dans les meilleures conditions pour obtenir la guérison de la bronchite chronique.

Conclusions. — Il existe chez les enfants une *bronchite chronique simple* qui diffère absolument de la bronchite chronique avec emphysème qu'on observe chez l'adulte et le vieillard. Cette bronchite peut survenir dès l'âge le plus tendre et succéder soit à une bronchite aiguë, soit à une bronchite spécifique (rougeole, coqueluche). La chronicité de cette bronchite trouve sa raison d'être dans le terrain sur lequel elle évolue. La plupart des enfants qui en sont atteints sont des scrofuleux ou des lymphatiques issus de parents scrofuleux ou tuberculeux.

La *réaction fonctionnelle* est peu vive : pas de fièvre, peu ou pas de dyspnée ; toux plus ou moins opiniâtre, expectoration muco-purulente à partir d'un certain âge.

Les *signes physiques* sont ceux d'une bronchite simple généralisée : sonorité et vibrations normales, râles sonores et bullaires disséminés, pas de signes de foyer. Cet état morbide persiste indéfiniment avec des rémissions et des recrudescences en rapport surtout avec les variations atmosphériques.

Le *pronostic* n'est pas très grave si les enfants vivent dans un milieu sain, à l'abri de la contagion : la rougeole, la coqueluche, la tuberculose, les surprenant dans cet état de bronchite, les exposeraient aux plus grands dangers. C'est pour cela qu'il faut éloigner ces petits malades des hôpitaux d'enfants où ils trouveraient une mort presque certaine.

Il faut faire deux parts du traitement : 1° attaquer la bronchite à l'aide des vomitifs et des révulsifs ; 2° modifier l'état général à l'aide d'une bonne hygiène, d'un régime tonique et reconstituant, et surtout à l'aide de l'huile de foie de morue employée à doses massives.

Société de médecine légale. — La Société vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1885, est composé comme il suit : Président, M. le Dr Blanche ; Vice-présidents, MM. Horteloup, magistrat, le Dr Polaillon ; Secrétaire général, M. le Dr Gallard ; Secrétaires des séances, MM. les Dr Le Blond, Socquet ; Archiviste, M. le Dr Ladreit de la Charrière ; Trésorier, M. Mayet, pharmacien.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'urine normale toxique.

La communication que le professeur Bouchard (1) vient de faire à la Société de Biologie, sur la toxicité de l'urine normale comporte, à cause de la précision de la méthode expérimentale et des résultats obtenus, un intérêt considérable. Il s'agit là d'expérimentation avec des liquides normaux ; mais la déduction pathologique en découle si naturellement, que l'esprit ne peut s'arrêter à la conclusion du travail et tend à en apprécier quelques conséquences laissées volontairement dans l'ombre. Aussi bien, cette démonstration de la toxicité de l'urine normale, n'est qu'une sorte de corollaire de travaux antérieurs publiés par le même auteur.

Que l'urine normale soit toxique, la question a été résolue affirmativement par les uns, négativement par les autres, bien que l'opinion première ait rallié la plupart des observateurs. Chacun s'efforçait de déceler dans ce liquide la substance à incriminer. L'urée était tour à tour accusée et innocentée ; il en était de même de l'acide urique et de la créatine, des sels de potasse (2), etc.

En 1880 (3), Mr Pouchet, poursuivant les recherches de son maître Mr Gautier, qui avait trouvé des alcaloïdes, non seulement dans les matières albumineuses putrifiées, mais aussi dans la bile, le suc musculaire normaux, découvrit dans l'urine physiologique un corps nouveau qui se comportait comme un alcaloïde et qui, en combinaison avec l'acide chlorhydrique pouvait donner des doubles sels avec le platine, l'or ou le mercure.

L'année suivante, MM. Brouardel et Boutmy (4) faisaient connaître la réaction qui permettait de distinguer les alcaloïdes végétaux, des ptomaïnes ou alcaloïdes de la putréfaction. Ces dernières seules, en présence du ferricyanure de potassium et du perchlorure de fer font apparaître le bleu de Prusse. Mais les découvertes de Selmi, de Gautier, de Pouchet, de Brouardel et Boutmy, pour utiles qu'elles fussent à la médecine légale, n'éclairaient qu'imparfaitement la pathologie humaine et surtout la thérapeutique. Ces matières alcaloïdiques étaient considérées comme le résultat, soit de la putréfaction, soit du processus ordinaire de la vie des tissus.

Il était réservé à M. Bouchard (5) de faire entrer la question dans une phase toute nouvelle et d'une importance majeure en médecine. Dans le travail que nous citons, ce médecin a démontré les trois propositions suivantes :

« Il existe des alcaloïdes à l'état normal dans le corps des individus vivants.

Ces alcaloïdes sont fabriqués dans le tube digestif et sont vraisemblablement élaborés par les organismes végétaux agents des putréfactions intestinales.

(1) Bouchard. — *Société de biologie*, 6 décembre 1884.
(2) Feltz et Ritter. — *Compt. Rend.* et *Gazette hebdomadaire*, 1881.
(3) *Contribution à la connaissance des matières extractives de l'urine* (th. de Paris, 6 avril 1880).
(4) Brouardel et Boutmy. — *Sur un réactif propre à distinguer les ptomaïnes et les alcaloïdes végétaux* (*Ac. de méd.*, 10 mai 1881 et 14 juin 1881).
(5) Bouchard. — *De l'origine intestinale de certains alcaloïdes normaux ou pathologiques* (*Revue de médecine*, 1882).

© BIU Santé

Les alcaloïdes des urines normales représentent une partie des alcaloïdes de l'intestin, absorbés par la muqueuse digestive et élaborés par les reins ».

On sait quel développement a pris cette doctrine dans les leçons faites cette année à la Faculté de médecine (1) au sujet de la dilatation de l'estomac, de la pathogénie de l'urémie, etc., et à quels principes thérapeutiques elle a conduit (2), dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Ce sont là des questions très importantes que nous ne pouvons effleurer aujourd'hui.

Avant d'étudier les substances toxiques qui se trouvent dans l'urine pathologique, de connaître leur nombre, leurs qualités chimiques, de déterminer par l'expérimentation leurs propriétés, il était nécessaire d'établir exactement ce qui résulte de l'absorption de l'urine naturelle. Il fallait de plus, dans le résultat général, isoler l'action particulière de chacun des éléments du liquide.

En matières aussi délicates, les conclusions pour être valables devaient s'appuyer sur une méthode expérimentale rigoureuse. Les chimistes soumettent les produits de leurs réactions à la balance, ici encore le poids de l'animal mis en expérience, et la quantité d'urine injectée dans les veines ont été exactement pesés.

Une première objection, à savoir que les phénomènes pouvaient être la conséquence d'un trouble mécanique dû à l'injection veineuse, tombe devant ce fait, qu'on peut injecter à un animal, sans le moindre inconvénient, 90 c. c. d'eau par kilogramme de son poids. Il faut faire pénétrer dans le système circulatoire jusqu'à 120 c. c. d'eau par kilogramme du poids de l'animal pour amener la mort.

Les quantités d'urine injectée étant restées bien inférieures à ce chifre, elles n'en atteignent pas même le dixième, on peut être certain que dans les expériences suivantes, les symptômes ont été l'effet d'une véritable intoxication. 15 à 25 gouttes d'urine naturelle ou d'urine neutralisée, injectées dans les veines d'une grenouille suffisent pour la tuer.

A la suite des injections intra-veineuses d'urine chez le lapin, M. Bouchard a constaté une contraction de la pupille, une diminution du nombre des respirations, un affaiblissement musculaire, un abaissement de la température, une abolition des mouvements réflexes et un état de torpeur qui se termine bientôt par la mort, lorsque la dose a été suffisante. L'animal succombe par arrêt de la respiration, le cœur continuant à battre encore quelque temps. Les effets varient d'intensité avec la quantité de liquide injecté. Lorsque l'animal survit, la résolution musculaire persiste quelque temps, puis les fonctions se rétablissent après une abondante diurèse.

Il est impossible de ne pas être frappé de la ressemblance de ce tableau avec celui que présentent certains urémiques.

La toxicité de l'urine étant ainsi établie, l'auteur a tenté une série d'expériences plus délicates pour déterminer les éléments dans lesquels résidait la toxicité.

L'urée a tout d'abord été mise hors de cause. En effet, bien que le pouvoir toxique de cette substance suit indiscutable (1), M. Bouchard a montré qu'il fallait en injecter 6 gr. 66 par kilogramme d'animal pour causer la mort, c'est-à-dire une quantité bien supérieure à celle qui a pénétré dans le système sanguin pendant l'expérience.

L'acide urique peut être injecté impunément à la dose de 34 centigr. par kilogramme d'animal. La créatine et les autres principes extractifs sont inoffensifs et quand aux sels de potasse, si leur toxité est indéniable, elle produit des phénomènes différents de ceux que nous avons signalés et d'ailleurs ils existaient en trop minime proportion dans la petite quantité d'urène utilisée.

Fallait-il accorder aux matières colorantes une part dans la toxicité de l'urine normale ?

Après filtration sur du noir animal, l'urine décolorée a perdu la moitié de son pouvoir toxique, sans le laisser disparaître complètement. Il y a donc là, conclut M. Bouchard, des agents toxiques nombreux qui ne résident pas dans un seul, mais dans plusieurs des éléments constituants de l'urine.

Cette toxicité n'est pas non plus l'effet de substances volatiles pour les deux raisons suivantes : qu'elle résiste à l'ébullition et qu'elle persiste dans les extraits d'urine aussi bien que dans ce liquide naturel. L'extrait alcoolique d'urine a des propriétés particulières : il est toxique, mais il n'amène pas la contraction pupillaire et produit en revanche de la salivation.

Pour le dire en passant, cette substance alcaloïdique qui fait apparaitre la salivation et que l'alcool prend à l'urine, existe aussi dans le muscle, le foie, le sang et peut en être retirée par le même procédé. La proportion est minime dans l'urine normale, aussi, l'injection de ce liquide n'amène guère la salivation.

Si l'on redissout dans l'eau le résidu de l'extrait d'urine traité par l'alcool et qu'on l'injecte dans les veines d'un animal, on observe des phénomènes beaucoup plus graves que lorsqu'on fait pénétrer dans le sang l'extrait alcoolique ; ce sont, en un mot, les accidents que nous avons signalés plus haut, le refroidissement, la contraction pupillaire, le coma.

Tel est le résumé rapide des expériences que vient de faire connaitre M. Bouchard, et il ajoute : Il suffit que le sujet qui fournit l'urine soit atteint d'un simple rhume ou d'une légère courbature pour augmenter d'une façon notable le pouvoir toxique de son urine. Cette phrase brève, si volontairement écourtée par l'auteur, laisse soupçonner quelle importance va prendre en pathologie la connaissance des substances toxiques contenues dans l'urine et quelles profondes modifications elle peut apporter à la thérapeutique.

Retrouver dans l'urine les substances vénéneuses qui ont circulé dans l'organisme d'un malade, les reconnaître, les isoler, les étudier, n'est-ce pas ouvrir la voie toute grande à une médication rationnelle, n'est-ce pas espérer que parfois le médicament devra s'appeler l'antidote ?

(1) Comby. — *Du rôle pathogénique des alcaloïdes qui se forment dans le tube digestif* (*Progrès médical*, 31 mai 1884).
(2) Lereboulet. — *Gazette hebdomadaire*, septembre 1884.

(1) Gréhant et Quinquaud. — *Journal de l'Anatomie de la physiologie*, septembre 1884.

© BIU Santé

Récemment, MM. Lépine et Guérin (1) ont démontré que les alcaloïdes urinaires signalés par M. Bouchard étaient augmentés dans les maladies aiguës et que suivant les cas observés, leur toxicité différait qualitativement et quantitativement.

Ce ne sont là, sans doute, malgré toute leur valeur, que les premiers efforts vers des inconnues, dont on pressent facilement l'importance.

Peut-être les chimistes viendront-ils nous éclairer au sujet de la nature des divers alcaloïdes urinaires, de leurs propriétés dans les maladies dites infectieuses et des réactifs qui mettront facilement sur leur trace.

Toutefois, nous sommes déjà en possession d'une méthode rigoureuse dont voici les trois termes : poids de l'animal mis en expérience, poids de la substance expérimentée, injection directe dans le système vasculaire.

On a tenté la cure des maladies infectieuses par l'absorption des médicaments antiseptiques et on a encouru le reproche d'abattre le patient en visant le microbe. Avec la découverte des substances solubles toxiques dans l'urine, substances qui ont circulé dans l'organisme, on doit avoir l'espérance qu'il sera loisible de laisser les microbes impalpables pour s'attaquer aux alcaloïdes qu'ils ont secrétés ou fait naître.

Pour se rendre un juste compte des progrès que ces découvertes de la chimie urinaire peuvent imprimer à l'antique médecine, il n'est peut-être pas inutile de jeter un regard sur le chemin parcouru par l'anatomie pathologique microscopique et la bactériologie.

La première, depuis une quarantaine d'années, depuis surtout la publication de la pathologie cellulaire de Virchow (1858) qui devint le bréviaire de ce que les Allemands appelaient aussi leur Ecole physiologique, la première dis-je, a donné entre les mains d'hommes illustres, les résultats que l'on sait.

Les lésions des tissus, des organes, des éléments ont été pénétrées de telle sorte, qu'en dehors des esprits amoureux des systématisations anatomo-pathologiques, on peut dire que ce mode de l'observation a laissé recueillir la meilleure partie de sa récolte.

On avait espéré en vain que l'anatomie pathologique microscospique nous dirait le dernier mot des choses, si tant est que cette espérance ait jamais droit de cité en médecine. Aujourd'hui, la plupart des chercheurs s'engagent dans une autre voie. Aux laboratoires de Virchow, de M. Cornil, de Pettenkofer sont adjointes des sections pour les recherches de bactériologie. Encore, cette dernière science devient-elle chaque jour plus difficile à embrasser. Les méthodes se perfectionnent sans doute, les procédés de coloration et de culture se répandent, mais les maladies qui sont communes à l'espèce humaine et aux animaux, le charbon, la tuberculose, la morve, etc., sont admirablement connues aujourd'hui. Or, comme les questions de morphologie n'ont qu'une minime importance dans ces matières et que sous peu, nous manquera le seul critérium qui nous permette d'être affirmatif au sujet d'un microbe, c'est-à-dire la reproduction chez les animaux d'une maladie à la suite de l'injection d'une culture pure, il en résulte que les études de bactériologie deviendront de plus en plus malaisées et même périlleuses pour quiconque cède à l'attrait des hypothèses.

A côté de ces deux sciences, quels éclaircissements essentiellement cliniques n'avons-nous pas aujourd'hui le droit d'attendre de la chimie urinaire ? Un railleur a pu dire que les progrès de l'anatomie pathologique conduisaient au scepticisme en thérapeutique ; à coup sûr, un pareil reproche ne pourra être adressé aux découvertes de M. Bouchard, et sans être taxé d'enthousiasme, il est permis de se dire heureux que de pareils travaux sortent de notre pays. A. Chantemesse.

(1) Lepine et Guérin. — *Sur la présence d'alcaloïdes toxiques dans l'urine et dans certains liquides pathologiques* (*Revue de médecine*, octobre 1884).

La Cocaïne

SON EMPLOI DANS LE PHARYNX, LE LARYNX, LE NEZ ET L'OREILLE

Les propriétés analgésiques et anesthésiques de la cocaïne, extraite de la coca en 1859 par Niemann, ont été signalées pour la première fois, en 1862, par le Dr Schroff, qui réussit à anesthésier la muqueuse linguale. La découverte de cet alcaloïde et ses propriétés passèrent inaperçues puisque le Dr Scaglia cita incidemment dans un article publié le 12 mai 1877, l'usage fait par le Dr Fauvel de la coca en solution aqueuse ou alcoolique pour enlever aux malades le sentiment d'ardeur et de cuisson qui est un des symptômes les plus fâcheux de l'angine granuleuse.

En 1880, le Dr von Anreso rapportait le résultat de ses recherches sur la cocaïne (1). Il signala l'action de cet alcsloïde sur le système nerveux central et sur les terminaisons nerveuses des nerfs qu'il paralyse, en diminuant également ou en abolissant même les reflexes.

L'année suivante, à la Société de médecine des hôpitaux (2), à propos d'un cas de granulie aiguë de la gorge, rapporté par M. le Dr Millard, M. le Dr du Cazal citait la propriété analgésique de la cocaïne dans les douleurs des tuberculeux.

En 1882, le Dr Coupard (3) engageait aussi à faire usage d'une macération alcoolique de feuilles de coca, dont on aurait évaporé l'alcool au bain-marie, pour badigeonner le pharynx dans les affections douloureuses chroniques et même subaiguës et pour toucher les ulcérations de la phtisie laryngée.

L'emploi des solutions de coca était généralisé dans les divers dispensaires des maladies de la gorge de Paris. Mais l'on n'avait pas recours à la cocaïne dont on ne connaissait pas les propriétés anesthésiques, lorsque le Dr Koller (4), oculiste à Vienne, eut l'idée de reprendre l'expérience de Schroff. Ses recherches sur la muqueuse oculaire des chiens et des lapins l'amenèrent à essayer les instillations de cocaïne sur l'œil humain. L'on sait aujourd'hui le résultat de cette expérience.

L'anesthésie qu'il venait d'obtenir pour l'œil ne devait pas passer inaperçue. Aussi, au moment où nous remettions une première note à la rédaction de ce jour-

(1) *Pfluger's Arch. f. d. ges. Phys.*, Bd. 21.
(2) *Société de méd. des Hôpitaux*. 12 novembre 1881.
(3) *Trib. médicale*, n° 732. 1881. 27 octobre.
(4) *Société des médecins de Vienne*, 17 octobre 1884.

© BIU Santé

nal, nous vîmes paraitre une série de travaux sur ce sujet. MM. Jelinek (1), Schrötter (2), Störk, Semon (3), Knapp (4), John Roosa (5), Weber-Liel (6), rapportèrent tour à tour le résultat de leurs recherches et nous-même (7) nous publiâmes, avec le Dr Moure, le résumé de notre expérience.

Autrefois, pour anesthésier le larynx, on avait recours à la méthode de Turck, modifiée par Schrötter. La veille de l'opération, on faisait douze badigeonnages chloroformés du larynx et une heure après, alors que la muqueuse était hypérémiée, douze autres badigeonnages avec une solution concentrée de morphine qui était alors facilement résorbée, en raison de l'hypérémie de la muqueuse. Cette méthode qui avait de graves inconvénients a été remplacée avantageusement par les badigeonnages de cocaïne.

Il vaut mieux se servir de chlorhydrate de cocaïne très soluble dans l'eau, de préférence à la cocaïne qui, pour se dissoudre, a besoin d'être mélangée à une petite quantité d'alcool.

On fait usage d'une solution au 1/5, au 1/10 et même au 1/20 chez les personnes très excitables.

Voici la manière de procéder pour anesthésier le pharynx et le larynx :

Après avoir trempé un pinceau ou une tige garnie de coton dans cette solution, l'on badigeonne non seulement le champ opératoire, mais encore toutes les parties du pharynx qui pourraient être touchées par les instruments.

Au bout d'une ou de deux minutes, on recherche si l'excitabilité est diminuée ; si elle ne l'est pas suffisamment, on fait un deuxième badigeonnage ; quelquefois l'on doit même recommencer cette opération jusqu'à quatre ou cinq fois. On obtient alors une anesthésie qui dure de 5 à 10 minutes.

On peut alors enlever soit un corps étranger situé ou dans le larynx, ou dans le pharynx : c'est ainsi que nous avons extrait facilement une arête de poisson logée derrière la partie inférieure d'une amygdale hypertrophiée ; soit encore un polype des cordes vocales, comme nous avons eu l'occasion de le faire à la fin du mois d'octobre. Il s'agissait d'une jeune femme dont les reflexes étaient tellement accentués que c'est à peine si on pouvait lui introduire le miroir dans le pharynx, sans déterminer des nausées. Sur sa corde vocale gauche était inséré un petit polype que nous pûmes alors couper facilement au moyen de la guillotine du professeur Strörk.

Le professeur Schrötter et le Dr Moure ont également publié des cas analogues.

Nous avons eu aussi recours à cette méthode d'anesthésie pour l'extraction ou la cautérisation des tumeurs du nez et de l'oreille, de même que pour la galvano-caustique chimique de la trompe d'Eustache ou du nez. Nous faisons un badigeonnage de ces parties avec une solution au 1/5 ou au 1/10 avant d'appliquer l'électrode sur la muqueuse.

Nous employons encore ce procédé d'anesthésie avant de pratiquer la cautérisation des muqueuses de l'oreille, du nez et de la gorge au moyen du galvano-cautère. Si la douleur ne disparait pas toujours complètement, elle diminue notablement.

Enfin, lorsque nous voulons faire une opération, soit sur le tympan, soit dans la caisse de l'oreille moyenne, nous avons soin d'introduire le cathéter dans la trompe d'Eustache, puis nous y passons la sonde très fine de Weber-Liel, par laquelle nous injectons une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20 ou au 1/10, puis nous instillons quelques gouttes d'une solution semblable dans le conduit externe, ou mieux nous badigeonnons le tympan. L'on peut alors pratiquer l'incision du tympan ou la section du tenseur du tympan quelques minutes après le badigeonnage.

Dans quelques-unes de ces opérations, il est parfois utile de faire une nouvelle application de cocaïne quand on atteint les parties profondes.

La cocaïne exerce aussi une action temporaire sur les sens du goût et de l'odorat, qu'elle parait abolir.

Outre cette propriété anesthésique, nous ne devons pas passer sous silence son heureuse influence sur le coryza aigu et l'otite aiguë, comme nous l'avons déjà publié, de même que sur l'amygdalite et la pharyngite aiguës. Un badigeonnage ou une instillation avec 4 ou 5 gouttes d'une solution au 1/10 suffisent pour ces cas.

Lorsqu'on emploie cette solution dans le larynx, la plupart des malades éprouvent une sensation de constriction et de gonflement au niveau du vestibule laryngien, sans que l'on puisse toutefois constater autre chose qu'un resserrement des vaisseaux.

Dans le nez, nous n'avons pas observé ce phénomène de gonflement; au contraire, presque aussitôt après le badigeonnage, le malade sent la respiration se rétablir complètement.

La cocaïne ayant ainsi la propriété de diminuer les sécrétions, est utilisée avec succès dans les catarrhes du nez et de l'oreille avec hypersécrétion de la muqueuse. Il est bon d'employer une solution faiblement alcoolique, surtout pour l'oreille.

De même, dans un cas de cancer du larynx occupant tout le côté droit : corde vocale, bande ventriculaire, épiglotte, avec douleur dans l'oreille, nous avons pu calmer la douleur et diminuer la sécrétion ou l'attouchement de l'ulcération avec une solution au 1/10.

Ajoutons que les malades atteints de douleurs pouvant gêner la déglutition éprouveront un réel soulagement en faisant usage de quelques pastilles de chlorhydrite de cocaïne au millième.

Nous voyons donc que la cocaïne est destinée à jouer un rôle important dans la thérapeutique des maladies du larynx, du nez et des oreilles, de même qu'en oculistique, en gynécologie, etc. Déjà l'on commence à utiliser son emploi pour l'anesthésie générale, mais il est à regretter que son prix soit encore aussi élevé.

J. Baratoux.

(1) E. Jelinek.—*Soc. des méd. de Vienne*, 24 octobre, et *Wien. med. Woch.*, 45 et 46, 8 et 15 novembre.
(2) Schrötter.—*Allg. Wien. med. Zeit.*, 25 novembre.
(3) Semon. — *Soc. de méd. de Londres*, 24 novembre.
(4) Knapp. — *The medical Revue*, 25 octobre.
(5) Roosa. — *The med. Rec.* 1884. 25 octobre.
(6) Weber-Liel. — *Mon. f. Ohr.* 1884, n° 10.
(7) Baratoux et Moure. *Revue mens. d'otologie et de Laryngologie*, n° 12.

© BIU Santé

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 décembre 1884. — Présidence de M. P. Bert.

M. Ch. Richet fait la critique de l'appareil calorimétrique dont il a entretenu la Société dans la séance précédente. Cet appareil qui se compose d'une double sphère creuse dans laquelle on enferme l'animal, se laisse rapidement influencer par la température extérieure. Cependant, vu sa sensibilité et la rapidité avec laquelle les expériences peuvent s'effectuer, cette quantité, outre les compensations qu'on peut y apporter, semble négligeable. M. Richet a surtout étudié l'influence de la *taille, des téguments, du système nerveux* sur la calorification. A propos de la taille, il a pu vérifier cette vérité déjà connue, que, plus un animal est gros moins il donne de chaleur. Les petits animaux jouissent donc d'une activité chimique beaucoup plus considérable que les gros. — De même, il a vérifié la somme de déperdition et de conservation de chaleur qui s'effectue suivant la nature du tégument. — Si l'on pique le cerveau d'un lapin avec une épingle, on voit bientôt la température s'élever; y a-t-il là une moindre déperdition ou une production en plus de chaleur? Il y a production, car la température s'élève avec le nombre de piqûres : l'activité des tissus est donc sous la dépendance du système nerveux. On voit du reste que les agents qui ont pour effet d'annihiler son action, tels que le chloroforme, amènent un abaissement constant de la température.

M. P. Bert pense qu'on a jusqu'ici très bien étudié les conditions d'élévation et d'abaissement du pouvoir calorigène; mais il est une question intéressante dont on ne s'est pas préoccupé et que lui-même a songé à résoudre il y a quelques années. Que devons-nous faire de chaleur, quel est le minimum de production nécessaire pour que le corps garde sa température rationnelle dans les milieux où il séjourne? La solution de ce problème physiologique aurait une portée pratique immédiate dans l'hygiène des vêtements.

M. d'Arsonval croit la solution du problème posé par M. Bert difficile. Il connaît l'appareil que celui-ci a fait construire, mais malheureusement on ne pourra jamais remplacer par de la peau vivante les parois de l'instrument qui sont censées représenter le tégument externe. Néanmoins, il y a lieu de chercher à résoudre cette intéressante question.

M. A. Robin formule plusieurs objections à propos de l'examen spectroscopique du sang, et des résultats auxquels est arrivé récemment M. Hénocque. Il est, dit-il, très difficile d'éviter une erreur personnelle qui se chiffre par 35 0/0 dans les séries expérimentales; il existe une difficulté extrême pour apprécier le moment précis où disparaît la première bande d'hémoglobine; les chiffres donnés par deux observateurs, examinant simultanément, sont très dissemblables; enfin, il faut toujours examiner le même doigt et pendant les mêmes états physiologiques.

M. Hénocque répond que le procédé employé par MM. Robin et Strauss diffère tout à fait du sien; les observateurs ne s'étant pas placés sur le même terrain que lui, il peut donc mettre en doute le bien fondé des résultats qu'ils ont obtenus comparativement aux siens. Ce n'est pas le doigt qu'il faut examiner, c'est l'ongle : là les phénomènes sont sensiblement constants et permettent d'obtenir des résultats assez précis pour être scientifiques.

M. Curie pense avoir démontré qu'il existait une *communication entre la circulation du fœtus et celle de la mère*. Des recherches faites sur des lapins et des cobayes au moyen d'injections de liquides colorés lui ont permis d'affirmer cette communication, qui n'est en aucune façon due aux extravasations qui, du reste, ne se produisent pas. Ces injections se comportent toujours d'une façon identique. M. Curie ne pense pas que les globules rouges de la mère et du fœtus se mélangent, car on sait qu'ils diffèrent de volume; il faut donc admettre que si les vaisseaux de communication permettent aux liquides de se mélanger, leur calibre est trop petit pour laisser passer les globules rouges.

M. M. Duval regrette que M. Curie n'ait fait ses expériences que sur des rongeurs, car, chez le cobaye en particulier, il y a des particularités telles dans le développement des divers feuillets embryonnaires, que lui-même tendrait à admettre la communication dont parle M. Curie; toutefois, il n'est pas tenté, tout au moins pour l'instant, de la généraliser aux autres mammifères.

M. Malassez pense que M. Curie est peut-être trop absolu lorsqu'il dit que l'injection des vaisseaux sanguins ne se produit pas par l'intermédiaire d'une extravasation. Cependant, la constance des résultats obtenus, l'injection de vaisseaux toujours les mêmes, dans des conditions analogues, donnent à penser que dans la circonstance les extravasations ne se sont pas produites. Il resterait à déterminer exactement quelle est la pression nécessaire pour produire ces injections, en calculant la résistance offerte par le liquide maternel lui-même.

M. Henneguy communique le résultat de ses recherches sur le *développement des salmonides*.

M. Doyen communique le résultat de recherches faites au laboratoire de M. Cornil, sur la *présence des bactéries dans les viscères des cholériques*. « Nous avons dit-il examiné, durant la récente épidémie, le contenu intestinal et les viscères d'un certain nombre de cholériques. — Ces pièces ont été recueillies peu de temps après la mort. — Dans toutes nos autopsies nous avons trouvé, dans le contenu et les tuniques de l'intestin, des bacilles-virgule. — Ces bacilles, dans les cas foudroyants, existaient à l'état de culture pure, dans le duodénum et la partie supérieure du jéjunum. Dans les cas lents, nous ne les trouvions que dans l'iléon, mêlés à d'autres bactéries. Nous noterons cette migration des baciles-virgule, de haut en bas le long du tube digestif.

Notre attention fut attirée spécialement sur l'examen du foie, des reins, de la rate. Le poumon doit être écarté, comme pouvant donner lieu à trop de causes d'erreurs. Des petits fragments de ces viscères, provenant de trois sujets différents, furent inoculés dans la gélatine. Dans ces trois cas, nous avons obtenu des résultats positifs. Mais les cultures présentaient à la fois plusieurs espèces de bactéries : des bacilles-virgule, des diplocoques, des microcoques en chaînettes et des bâtonnets volumineux. D'autres tubes, où nous avions déposé des fragments de viscères sains, restaient stériles.

Nous avons alors recherché si nous pouvions découvrir, sur les coupes, les divers microbes que nous présentaient les cultures. Dans les sept cas que nous avons examinés, nous avons observé, sur les coupes du foie et des reins, diverses bactéries se rapportant à quatre types distincts : 1° des bâtonnets volumineux; 2° des diplocoques formés par la réunion de deux éléments ovalaires; 3° des microcoques en chaînettes; 4° des bacilles droits ou plus souvent contournés en c, en s ou en tire-bouchon, présentant les mêmes caractères que les bacilles-virgule dans les coupes de l'intestin. La rate se prête moins bien que le rein et le foie à cette investigation. Ces diverses bactéries se rencontrent dans l'intérieur des vaisseaux, c'est-à-dire dans le sang : soit à l'état libre, entre les globules rouges, soit, plus souvent, au milieu d'amas de leucocytes, et dans l'épaisseur de ces derniers. Nous les avons aussi observés dans les capillaires. L'examen comparatif des coupes et des cultures du rein et du foie démontre l'identité des microbes observés dans ces deux cas. La température froide de la saison le peu d'intervalle qui séparait l'autopsie de la mort, la présence des bactéries dans l'épaisseur des leucocytes, permettent de rejeter leur origine cadavérique. D'ailleurs, ces bactéries sont les mêmes que celles qu'on rencontre dans le mucus intestinal et dans les coupes de l'intestin. De là à leur pénétration dans les vaisseaux, il n'y a qu'un pas.

Nous déduirons donc des faits que nous venons de signaler l'existence, dans le choléra, d'une septicémie complexe, d'origine intestinale, développée par suite de la chute de l'épithélium. Toutes les bactéries contenues dans l'intestin peuvent pénétrer dans l'épaisseur de ses tuniques, durant la vie, et

© BIU Santé

de là dans le sang. C'est ainsi que nous avons rencontré, chez les cholériques, dans les viscères où les bactéries s'accumulent de préférence au cours des septicémies pathologiques et expérimentales, des bacilles-virgule mêlés à des bacilles variés et à des microcoques. L'existence de ces bactéries dans le sang nous semble un fait capital et de nature à éclairer la marche du choléra et certains symptômes inexplicables par la présence exclusive des bactéries dans l'intestin. Nous ajouterons, que après MM. Koch et Nicati, nous avons réussi à déterminer le choléra chez le cobaye et le chien (1).

M. Gibier établit des comparaisons entre le *virus syphitique* et le *virus du chancre mou*.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 décembre 1884.—Présidence de M. A. Guérin

M. Mesnet lit un *rapport* relatif aux mémoires qui ont été adressés à l'Académie, pour le *prix Civrieux*.

M. Férol lit un *rapport* sur les mémoires du *prix Saint-Paul*.

M. Gariel lit un *rapport* sur les mémoires du *prix Buignet*.

M. Trélat fait une communication sur la *valeur des opérations plastiques sur le palais et la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer*. La brillante communication de M. le professeur Trélat est basée sur quarante-six opérations, et sur des opérés qu'il a pu suivre durant dix ou douze années. — C'est à Roux que revient l'honneur d'avoir créé la staphylorrhaphie; mais il ne la pratiquait qu'entre 12 et 20 ans. Roux avait réussi à fermer quelques fistules accidentelles de la voûte osseuse, mais il restait désarmé contre les divisions congénitales de cette voûte. Sa pratique se résumait en ces deux idées simples : âge d'opération tardif, champ opératoire borné au palais. En raison des résultats divers que les chirurgiens eurent à enregistrer, ceux-ci ne tardèrent pas à se diviser. Ils songèrent alors à agrandir le champ de l'opération et à abaisser l'âge des opérés pour les soumettre plus efficacement à l'éducation d'une articulation correcte des mots. La palatoplastie a été réellement instituée par Baizeau, Ollier et Langenbeck; — mais la palatoplastie à lambeaux périostiques est une opération douloureuse. Aussi fut-on amené à essayer l'anesthésie chirurgicale pour ces opérations. Les chirurgiens anglais la conseillaient dès 1866. Lorsqu'on eut employé le chloroforme, et des appareils suffisants pour maintenir la bouche ouverte pendant l'opération, on ne s'arrêta plus dans l'abaissement de l'âge. Depuis longtemps, les mécaniciens et les dentistes avaient cherché à remédier par des appareils prothétiques aux inconvénients des divisions palatines. — Nélaton lui-même n'hésitait pas à enseigner la supériorité de la prothèse sur les opérations plastiques. Certes, la prothèse peut rendre encore de signalés services, lorsque l'opération a échoué, lorsque la destruction des parties ne laisse plus de ressources opératoires, lorsque l'étendue de la division est telle que les matériaux de l'opération plastique n'existent pas, enfin lorsque le chirurgien se trouve en présence d'individus ou de familles tellement timorés que toute opération sanglante est absolument repoussée. Ces appareils prothétiques ne peuvent être convenablement portés que que par des adultes, car l'enfance ne les tolère pas ou n'en tire aucun bénéfice. M. Trélat a eu quatre fois l'occasion d'opérer des malades pour lesquels on avait fait des appareils prothétiques; ces malades ont tous été opérés et ont remarquablement guéri. — A l'occasion de tous ces faits, M. Trélat en arrive à formuler ainsi les indications de la prothèse : 1° Echecs opératoires irréparables; 2° divisions inopérables en raison de leur étendue; 3° refus de toute opération sanglante. En dehors de ces cas particuliers, M. Trélat considère les opérations plastiques comme absolument supérieures; il adopte tout d'abord l'âge de trois ou quatre ans, comme répondant le mieux à toutes les indications; puis, plus tard, en raison même des succès réels qu'il obtient, il conseille d'opérer à un âge plus avancé. Lorsque les trop jeunes enfants, ainsi opérés, sont guéris, on reste sans prise aucune sur eux pour l'éducation du langage; ces inconvénients n'existent pas chez les adultes.

L'Académie se constituant en *comité secret*, M. le professeur Trélat ajourne la fin de sa communication à la prochaine séance.

M. Ch. Bouchardat lit en comité secret son *rapport* sur les titres des candidats à la place vacante dans la *section de physique et de chimie*. La commission présente : en première ligne, M. Schutzenberger; en deuxième ligne, M. Javal; en troisième ligne, M. Ribau; en quatrième ligne, M. E. Hardy; en cinquième ligne, *ex æquo*, MM. Henriot et G. Pouchet. A la demande d'un grand nombre de membres de l'Académie, M. Albert Robin est adjoint à la liste de la commission.

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 décembre 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Terrier lit un rapport sur une observation intéressante adressée à la Société par M. Villeneuve : il s'agit d'une ovariotomie pour un kyste; au cours de l'opération, on s'aperçut que l'utérus présentait plusieurs tumeurs fibreuses. Quatre ans après, une seconde opération devint nécessaire, l'autre ovaire était devenu kystique et les tumeurs avaient grossi. Suit une courte discussion à laquelle prennent part MM. Terrillon et Anger.

M. Heurteloup, en réponse à une communication récente de M. Strauss à la Société de Biologie (voir *Progrès médical*, n° 48, p. 990) lit un travail dont voici les conclusions :

« Je crois donc pouvoir conclure que, chez mon sujet, le bubon n'est pas devenu chancreux et qu'il l'était avant l'ouverture. L'inoculation a confirmé les prévisions fournies par la clinique. Je pense donc que M. Strauss a rencontré une série cliniquement heureuse et qu'il s'est un peu trop hâté de nier le bubon chancreux. Cette complicatioon du chancre simple est assurément moins fréquente que certaines statistiques le laisseraient supposer; mais malheureusement elle existe. Il ne faut donc pas se laisser entraîner à porter un pronostic trop bénin, que la marche du bubon, même pansé par l'occlusion, pourrait ne pas vérifier.

M. Poulet communique une observation intéressante de trépidation épileptoïde du bras consécutive à un plaie par arme à feu. L'élongation de plusieurs troncs nerveux dans l'aisselle amena une guérison rapide. Des considérations sur l'interprétation pathogénique et sur le traitement, ajoutent à l'intérêt de cette communication.

M. Terrier lit une note sur l'albuminurie dans les opérations avec anesthésie par le chloroforme. Sur neuf analyses d'urines provenant de malades anesthésiés par le chloroforme, on a constaté six fois la présence de l'albumine. Cette albuminurie paraît être plus en rapport avec le fait même de l'anesthésie qu'avec sa durée.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 10 décembre 1884.— Présidence de M. Delpech.

M. C. Paul a rapporté du Congrès de Copenhague une série d'échantillons de ces médicaments nouveaux qui nous viennent d'Amérique et dont M. Guéneau de Mussy a déjà fait connaître quelques-uns, tels que l'évonymin, l'iridin et le podophyllin. Ces médicaments sont en nombre trop considérable pour que leur action puisse être étu-

(1) La culture du foie, du rein, de la rate d'un de ces animaux, mort le 11 décembre dernier, détermine sur la gélatine le développement de nombreux bacilles-virgule et de quelques autres bactéries. — Nous continuons actuellement ces expériences, et nous reviendrons sur ces derniers faits, que nous n'avons d'ailleurs constatés qu'après la séance du 13 décembre.

© BIU Santé

diée par un seul expérimentateur. Aussi, bien que se réservant d'appeler particulièrement l'attention de la Société sur les succédanés de la digitale compris dans cette série, M. C. Paul se propose-t-il, à chaque séance, d'apporter quelques-uns de ces échantillons pour les confier aux membres désireux de les expérimenter.

M. Limousin désire dès ce jour entretenir, lui aussi, la Société des propriétés de l'un de ces nouveaux médicaments venus d'Amérique. Auparavant, il insiste sur la difficulté que l'on éprouve à se procurer les plantes complètes d'où le médicament est retiré. Il y a là un *desideratum* auquel il convient de chercher une solution. Il s'agit, dans la circonstance, des propriétés thérapeutiques de la *Cascara sagrada*, arbuste de la famille des Rhamnées, le *Rhamnus Purschiana*, ainsi nommé de l'anatomiste allemand Pursch, qui le décrivit en 1814. L'écorce de cet arbuste, seule partie de la plante qui soit parvenue à M. Limousin, est foncée, lisse, d'une saveur amère ; on en retire divers principes : de l'amidon, du tannin, de l'acide oxalique et malique, une huile fixe et volatile, et enfin, quatre corps résineux qui, pour l'auteur, seraient des dérivés de l'acide chrysophanique. L'écorce, sous forme de poudre, administrée en plusieurs fois, à la dose de 25 centigr. par jour, produit des effets laxatifs. En Amérique, on emploie ce médicament sous forme d'*extrait fluide* qui représente autant de médicament que de véhicule. La teinture ordinaire, qui est très foncée, est préférable. M. Limousin insiste à nouveau sur l'utilité de se procurer les plantes entières, car il serait facile alors de voir si, dans nos plantes indigènes, il n'en est pas qui, se rapprochant de très près des plantes américaines, jouiraient par suite des mêmes propriétés thérapeutiques.

Il est procédé à l'élection de trois membres titulaires. M. Hallopeau est nommé dans la section de médecine ; MM. Monin et Wurtz dans la section de pharmacie.

G. Gilles de la Tourette..

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 décembre 1884.—Présidence de M. Bucquoy

M. Vallin, en sa qualité de rapporteur de la commission de *phtisiologie*, nommée à l'une des précédentes séances, propose, à propos de l'enquête sur les causes de la tuberculose, d'envoyer aux divers médecins de France, au lieu du questionnaire dont il avait été question, une sorte d'instruction générale signalant à l'attention des praticiens les points sur lesquels la commission désire être éclairée. — La proposition de M. Vallin est adoptée.

La Société se constitue en comité secret pour agiter une question d'ordre administratif relatif à l'hôpital Bichat,

A la fin de la séance, ont été décidées les mutations dans le personnel médical des hôpitaux, qu'on trouvera plus loin, aux Nouvelles. G. B.

VARIA

Distribution des prix à l'Ecole municipale d'infirmières de la Pitié.

Cette cérémonie a eu lieu le samedi 6 décembre, à 2 heures, sous la présidence de M. Peyron, directeur de l'Administration de l'Assistance publique, assisté de MM. Bourneville; Imard, inspecteur ; le Dr Maygrier, professeur à l'Ecole ; Mourlan, chef de division ; Perroud, directeur de la Pitié ; Boudrie, économe. Nous avons également remarqué dans l'assistance, MM. les Drs Netter, Œttinger et Séné, internes de l'hôpital, et plusieurs internes en pharmacie.

M. Peyron, a prononcé l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs,

C'était une idée à la fois naturelle et simple, que de chercher à rendre votre dévouement plus intelligent et partant plus efficace en vous préparant, par la création des écoles d'infirmiers et d'infirmières, à l'accomplissement de vos fonctions.

C'était aussi une idée généreuse, car le bénéfice que vous retirez des exercices pratiques qui vous permet à vous, Messieurs, d'assouplir vos forces et communique à vos mains un peu de la douceur féminine et qui à vous, Mesdames, vous permet de suppléer par l'adresse à la force ; ces connaissances d'anatomie et de physiologie, qui vous mettant tous à même de mieux savoir ce que vous devez faire, vous rendent plus capables de le mieux faire, tout cela, habileté acquise, connaissances mises en pratique se traduisent pour nos malades, par des souffrances en moins.

Mais si l'idée était simple, de combien de difficultés cependant était entourée sa réalisation. Pour la faire aboutir il fallait ces deux choses nécessaires à toute réussite, la confiance dans le succès, la ténacité dans l'action et c'est parce que ces deux qualités maitresses se sont rencontrées dans M. le Dr Bourneville, que son œuvre est aujourd'hui si vivace.

Dans une occasion récente, j'ai donné au Directeur de vos écoles, à ses collaborateurs, à vos collègues de Bicêtre, l'assurance qu'un changement dans la personne n'avait apporté aucun changement aux sentiments de reconnaissance pour les maitres et d'intérêt pour les élèves dont l'Administration de l'Assistance publique a toujours fait profession. C'est cette même assurance que je vous apporte aujourd'hui.

Mesdames, Messieurs,

.....Considérée dans son ensemble, l'année scolaire 1883-1884 a donné de meilleurs résultats que les précédentes. 58 élèves externes et 55 élèves internes, soit au total 113, se sont fait inscrire pour suivre les cours. Mais il s'est produit peu à peu des défaillances et nous avons constaté à la fin de l'année, une diminution considérable des élèves externes, l'absence de la plupart des sous-surveillantes et de presque tous les infirmiers.

Ces reproches, mérités, faits aux déserteurs, nous devons adresser des félicitations à toutes les élèves demeurées fidèles. Leurs compositions indiquent de réels progrès et les examens pratiques nous ont montré qu'elles avaient bien profité des leçons de leurs maitres.

Dès maintenant, l'Administration est en mesure de trouver ici un certain nombre de sous-surveillantes et de suppléantes. Quelques-unes des élèves, très capables au point de vue professionnel, ont une instruction primaire insuffisante ; elles s'en rendent parfaitement compte elles-mêmes, et, afin d'y remédier, elles ont fréquenté assidûment, le soir, l'école primaire de la rue des Boulangers. Nous ne saurions trop les encourager à persister, car à la fin de cette nouvelle année scolaire, elles seront en mesure de recevoir l'avancement que leur auront mérité les efforts qu'elles auront accompli afin de bien remplir les fonctions qu'elles recherchent. Quelques-unes désirent rester à la Pitié ; d'autres consentiraient peut-être à changer d'hôpital et à aller soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière dans le but de suivre plus facilement les cours primaires. C'est à M. le Directeur qu'il appartient de prendre les mesures nécessaires.

Nous avons à délivrer 6 diplômes : 3 aux élèves internes et 3 aux élèves externes. Quelques-unes des raisons que j'ai données à Bicêtre pour expliquer le nombre restreint des diplômes, s'appliquent à l'Ecole de la Pitié. La maladie de Blondeau, a retardé la fin des cours et les compositions des prix, plusieurs de nos meilleures élèves externes se sont absentées de Paris et n'ont pu concourir à toutes ces compositions.

Je vais vous rappeler les conditions qui avaient été fixées pour l'obtention des diplômes et vous indiquer les modifications que j'ai proposées à M. le Directeur (1).....

L'enseignement a été fait régulièrement et s'est complété par le *cours d'administration et de comptabilité hospitalières*, confié à M. Perroud, votre directeur. Les *exercices pratiques* — qui devraient être suivis avec une ponctualité rigoureuse — ont été rendus obligatoires pour toutes les infirmières : cette obligation existait déjà à Bicêtre. Elle devrait exister pour toutes les branches de l'Enseignement, dans les trois écoles. Je reviendrai sur ce point, à l'occasion de la distribution des prix de l'Ecole de la Salpêtrière.

L'histoire de l'Ecole de la Pitié durant cette année, serait incomplète, si je ne parlais pas de la perte bien douloureuse, bien cruelle, qu'elle a fait en la personne de notre ami le Dr Blondeau.....

Cet hommage rendu à notre malheureux ami, nous devons nous tourner vers l'avenir et vous donner quelques renseignements sur le fonctionnement de l'Ecole durant l'année scolaire qui va s'ouvrir. Tout d'abord les cours recommenceront le 11 décembre ; deux leçons vous seront faites, l'une d'anatomie par M. le Dr Ch. H. Petit qui va remplacer M. le Dr Duret, démissionnaire ; — l'autre par M. Perroud, sur l'administration. Et, après quelques jours de repos au commencement de janvier, les leçons auront lieu trois fois par semaine, car il est nécessaire que nous regagnions le mois

(1) Voir le discours prononcé à la distribution des prix de l'Ecole des infirmières de Bicêtre (n° 49).

© BIU Santé

perdu et que nous puissions terminer tous les cours pour la fin du mois de juin.

Cette année encore nous ne réaliserons pas le programme fixé par le Conseil municipal pour cette Ecole, programme que les circonstances m'obligent encore à rappeler.

A Bicêtre, il y a quelques jours, j'ai indiqué à M. le Directeur de l'Assistance publique les raisons qui avaient fait choisir Bicêtre pour y installer une école, — raisons d'ailleurs qui sont les mêmes pour justifier le choix de la Salpêtrière.

Mais, malgré les nombreuses ressources dont nous disposions, à Bicêtre et à la Salpêtrière, pour le recrutement des élèves, des maîtres et des maîtresses, pour l'enseignement professionnel, il nous manquait encore un certain nombre de moyens d'instruction: si, à Bicêtre, le service de chirurgie est très actif, en revanche il l'est bien peu à la Salpêtrière ; si Bicêtre et la Salpêtrière renferment des enfants, et bien difficiles à soigner, — ni l'un ni l'autre de ces établissements ne possèdent de service d'accouchements ; enfin, il est des maladies aiguës que l'on n'observe que rarement à Bicêtre et à la Salpêtrière. Où trouver ces éléments d'enseignement, destinés à compléter l'instruction donnée à Bicêtre et à la Salpêtrière ? Dans un hôpital.

C'est pour cela que, dès l'arrivée de M. Ch. Quentin à l'Administration, j'insistai auprès de lui afin qu'il laïcisât le plus tôt possible un hôpital. Les raisons que je viens d'exposer étaient, je le pense encore, tout à fait péremptoires. Je me heurtai à une résistance invincible, qui me surprit étrangement. M. Quentin me déclara qu'il laïciserait d'abord les hospices et que les hôpitaux, surtout les hôpitaux généraux, ne viendraient qu'en dernier lieu. Je fis valoir encore l'intérêt politique qu'il y avait à installer les laïques dans un hôpital ; qu'en faisant de bons choix, en veillant à l'extrême régularité du service, on aurait un exemple à opposer aux adversaires de la laïcisation (1).

Tout fut vain ; j'échouai. M. Quentin préparait la laïcisation de l'hospice des Ménages et de la Maison de retraite de la Rochefoucauld lorsque se présentèrent des circonstances, plus favorables à la laïcisation et à l'organisation des Ecoles, que ne l'avaient été les conseillers de l'Administration. Les sœurs Sainte-Marthe, les plus tolérantes et les meilleures hospitalières, en butte, à cause de leurs opinions jansénistes, aux attaques de l'archevêché qui s'efforçait d'écarter d'elles de nouvelles recrues et en détournait les rares recrues qu'elles faisaient, se trouvèrent dans la nécessité de dénoncer leur traité avec l'Administration et d'abandonner l'un des hôpitaux généraux les plus importants, la Pitié.

C'était le 15 juin 1880. Le 3 août suivant, dans un rapport relatif à la transformation de la Communauté en logements pour les laïques, nous signalions non plus à l'Administration, mais au Conseil, la nécessité d'une *Ecole de perfectionnement* à la Pitié, A la fin de décembre, dans le rapport sur le budget de l'Assistance publique, nous proposions au Conseil le vote des crédits nécessaires pour l'organisation de cette école.

Ce ne fut pas sans difficultés que l'Ecole fut organisée ; à peine un obstacle était-il surmonté qu'un autre se dressait devant nous ; c'est que certains fonctionnaires, hostiles à la laïcisation, voyaient bien que si les trois Ecoles d'infirmières fonctionnaient comme le programme le voulait, en peu de temps il faudrait quand même procéder à la laïcisation, cette « besogne dont ils ne veulent pas se mêler. » Enfin l'Ecole fut ouverte le 24 mai 1881. Les élèves se composaient des infirmières de l'établissement et d'élèves externes. Depuis lors, jusqu'à ce jour, il en a été même. Mais, et j'ai le devoir de le répéter sans cesse — ce n'est pas là le fonctionnement voulu. Ce que le Conseil a voulu c'est que l'Ecole de la Pitié fût une véritable *Ecole de perfectionnement* où l'Administration enverrait les meilleures élèves de Bicêtre et de la Salpêtrière afin d'y compléter leur éducation ; où les professeurs feraient non pas les mêmes leçons qu'à Bicêtre et à la Salpêtrière, mais des cours d'un ordre plus élevé. Suivant lui, c'est de la Pitié, après avoir suivi ces cours supérieurs, subi de nouveaux examens, que devraient partir les sous-surveillantes, à chaque laïcisation (2).

Cette année donc nous suivrons les anciens errements, remettant la réalisation de ce programme idéal à l'époque, prochaine je l'espère, où les religieuses auront disparu complètement ou à peu près complètement de nos établissements hospitaliers.

L'enseignement des Ecoles municipales — encore une répétition, mais nous ne faisons que cela depuis trois ans — a été créé : 1° pour fournir de meilleures infirmières aux hôpitaux, et, partant, de bonnes surveillantes, afin de remplacer les religieuses par des laïques ; 2° pour fournir aux dames de la ville qui veulent exercer la profession de gardes-malade des moyens sérieux d'instruction professionnelle, afin de substituer dans les familles les laïques aux religieuses ; 3° pour mettre les mères de famille en mesure d'apprendre à soigner les malades afin de mieux seconder le médecin lorsqu'un de leurs parents est frappé par la maladie. — Et ce programme nous n'avons jamais cessé un seul instant d'en poursuivre la réalisation, depuis 1878 jusqu'à ce jour. Tout d'abord, nous avons obtenu facilement l'admission à la Salpêtrière et à Bicêtre des élèves externes aux cours et aux exercices pratiques. Mais, en 1881, lorsque l'Ecole de la Pitié a été créée, que le nombre des élèves externes a augmenté, nous nous sommes trouvé en présence de difficultés véritablement inattendues, d'autant plus inattendues qu'elles venaient non pas d'un directeur républicain du lendemain, mais d'un directeur républicain de la veille. On lui conseilla de consulter les médecins et les chirurgiens sur l'admission des élèves externes aux exercices pratiques. Le conseiller comptait sur un refus. Il n'en fut pas ainsi et il fut décidé que les élèves externes seraient admises par séries aux exercices pratiques.

La cause n'était pas gagnée. Au lieu d'autoriser le Directeur de la Pitié et le Directeur de la Salpêtrière à délivrer les cartes d'admission aux cours, on conseilla à M. Quentin d'exiger que les élèves externes vinssent réclamer leurs cartes d'admission au chef-lieu de l'Administration après s'être fait inscrire à l'hôpital. Au chef-lieu, la carte n'était délivrée qu'après des visites multipliées, après des heures d'attente. Pourquoi ? C'est parce qu'on pensait décourager les élèves externes. Et cela est arrivé, dans une certaine proportion, mais non pas totalement comme on l'espérait.

Les adversaires des élèves externes revinrent à la charge quelques mois après. Quand l'époque des compositions des prix de l'Ecole de la Pitié fut arrivée, je prévins l'Administration que, à moins d'ordres contraires, toutes les élèves, internes et externes, seraient convoquées et prendraient part en deux groupes distincts, aux compositions des prix. Nulle objection ne fut présentée, mais lorsqu'il s'agit d'établir le palmarès, l'Administration refusa d'accorder des récompenses aux élèves externes. Et cependant le Conseil municipal avait voté des fonds destinés à récompenser les élèves externes aussi bien que les élèves internes. Je dus donc interpeller l'Administration au Conseil municipal qui adopta l'ordre du jour suivant.

« Le Conseil municipal, confirmant ses votes antérieurs sur l'organisation et le fonctionnement des Ecoles municipales d'infirmières, invite M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique : 1° à admettre les élèves externes aux exercices pratiques dans les trois écoles ; 2° à décerner des récompenses aux élèves externes qui ont suivi cette année les cours de l'Ecole de la Pitié. »

Grâce aux instances de plusieurs de mes amis, professeurs des écoles, auprès de M. le Directeur de l'Assistance publique, il finit par céder... au dernier moment : les élèves externes participèrent aux récompenses. Là ne finissent pas les difficultés relatives aux élèves externes. Mais pour les bien faire comprendre je dois dire un mot des moyens que je n'avais cessé de signaler à l'Administration afin de hâter la laïcisation.

J'ai dit, dès l'origine des Ecoles, que les *places* de suppléantes, de sous-surveillantes et de surveillantes devaient être données aux élèves les plus laborieuses, les plus instruites. Et aux dames qui se sont présentées à moi depuis bientôt sept ans, sollicitant une place de sous-surveillante, je n'ai cessé de donner ces conseils : 1° suivez les cours professionnels, prenez part aux compositions, montrez à vos compagnes quel est le degré de votre instruction ; 2° puis, entrez comme infirmières et montrez à vos compagnes, — plus anciennes dans le métier que vous, mais malheureusement moins instruites, — montrez-leur que vous n'avez pas peur de soigner les malades. Et lorsque vous aurez fait vos preuves, subi les examens pratiques, j'insisterai auprès de l'Administration pour qu'elle vous donne de l'avancement.

Qu'arriva-t-il ? C'est que les élèves externes, voyant qu'on ne les écartait pas de la distribution des récompenses, augmentèrent en nombre au début de la seconde année scolaire ; — c'est que plusieurs élèves externes, qui avaient été récompensées, demandèrent à entrer comme infirmières dans les hôpitaux où existent des Ecoles afin de perfectionner leur instruction et de conquérir, de haute lutte, les fonctions de sous-surveillantes.

J'espérais que ces demandes seraient accueillies avec empressement par l'Administration. Il n'en fut pas ainsi, et, à part quelques trop rares exceptions, il fallut de la part des candidates beaucoup de persistance, et de la mienne des instances réitérées pour obtenir l'admission des élèves externes, comme infirmières. Et ce fut encore bien autre chose quand il s'est agi de leur faire avoir de l'avancement. L'Administration leur a fait marquer le pas durant des mois, durant des années, immobilisant les meilleures élèves, nommées suppléantes ou sous-surveillantes dans le service de nuit.

(1) Voir Bourneville. — *Rapport sur un projet de travaux à exécuter à l'hôpital de la Pitié, pour la transformation de la Communauté*, etc., *en logements de surveillantes laïques* ; 1880, n° 129, p. 2.

(2) Nous avons toujours pensé que lorsque la laïcisation serait terminée, c'est à l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire sur un point plus central, facilement accessible, que l'on devra transporter l'*Ecole de perfectionnement*.

© BIU Santé

Quelques-unes, découragées, et on le conçoit, ont quitté les hôpitaux ; d'autres sont demeurées et ont enfin obtenu après une attente aussi longue qu'imméritée, une satisfaction partielle.

Voilà l'exposé des luttes qu'il a fallu soutenir pour l'admission des élèves externes aux exercices pratiques d'abord et ensuite pour leur admission dans les hôpitaux. On dirait que tous les efforts de l'Administration — j'écarte tout à fait, et à dessein, la personne de l'ancien directeur de l'Assistance publique — ont tendu à écarter les élèves externes. C'était bien mal répondre aux désirs du Conseil municipal qui, sur notre proposition, avait invité l'Administration à faire appel à toutes les bonnes volontés, à encourager les dames du dehors à venir nous aider à opérer promptement la laïcisation (1).

Eh bien, M. le Directeur, permettez-moi de vous le dire, c'est là ce qu'il faut faire, et je persiste dans la thèse que j'ai toujours soutenue : il faut choisir les sous-surveillantes parmi les élèves internes et parmi les élèves externes de nos Ecoles d'infirmières. Il faut leur faire comprendre à toutes que les places seront données aux plus capables. Si ces idées sont les vôtres, je ne doute pas, M. le Directeur, qu'en faisant un chaleureux appel aux dames du dehors, vous ne trouviez promptement de nombreuses recrues qui, après avoir suivi l'enseignement des écoles, vous fourniront d'excellentes sous-surveillantes. Que de dames très instruites, éprouvées par le malheur, tombées de l'aisance dans un état précaire, que d'institutrices impuissantes à trouver des places, consentiraient à entrer dans les hôpitaux si elles étaient sûres d'un bon accueil, si elles étaient convaincues que, après un stage aussi court que possible, l'Administration leur donnera des places de suppléantes et plus tard de sous-surveillantes !

J'aurai à revenir encore sur cette question, à la Salpêtrière, lorsque je parlerai du *recrutement des infirmières* et je compléterai, M. le Directeur, la série des renseignements qu'il est de mon devoir de vous donner. A vous de les vérifier et de voir à qui incombe la responsabilité des obstacles sans cesse dressés contre la marche de la laïcisation.

Il est certain que, si au lieu de s'inspirer des conseils d'une sorte de mauvais génie, M. Quentin avait utilisé le zèle et des élèves internes et des élèves externes ; s'il avait su profiter du passage à la préfecture de la Seine de notre éminent ami, M. Ch. Floquet, de M. Oustry, lui aussi partisan de la laïcisation, il est certain, dis-je, que cette année 1884 aurait vu disparaître les religieuses de nos hôpitaux, de nos hospices, de nos asiles.

Ce n'est qu'après de mûres réflexions, monsieur le Directeur, que je me suis décidé à vous exposer, et encore incomplètement, l'histoire de cette Ecole ; l'exposé des difficultés, sans cesse renaissantes, soulevées contre la laïcisation par des agents « qui ne font pas de politique » mais qui sont les ennemis de la République et par conséquent de la laïcisation. C'est à vous qu'il appartient de poursuivre l'œuvre entreprise par le Conseil municipal. C'est à vous de vous renseigner sur les mesures à prendre pour qu'elle soit terminée à bref délai, afin qu'elle ne fournisse plus d'élément à des polémiques intéressées, indignes d'hommes sérieux qui examinent les réformes, non pas au point de vue de leur intérêt personnel, mais au point de vue des principes républicains. Je suis convaincu que vous-même désirez poursuivre promptement la laïcisation. En terminant mon discours à Bicêtre j'annonçais que M. le ministre de l'intérieur m'avait déclaré que la laïcisation allait recommencer, que dans un délai d'un mois, un nouvel établissement serait confié aux laïques, qu'il vous laissait le choix et j'ai été heureux d'apprendre que, comprenant bien avec notre bon sens de vieux républicain, les nécessités de la situation, vous alliez laïciser prochainement un de nos principaux établissements hospitaliers. Je vous en remercie en mon nom, je vous en remercie au nom des bonnes élèves de nos Ecoles d'infirmières.

A elles de travailler, de montrer qu'elles sont dignes de votre confiance.

Après ce discours, il a été procédé à la distribution des récompenses.

Corps de santé militaire.

Par décret, en date du 17 octobre 1884, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé militaire, et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent, savoir : 1° *au grade de médecin inspecteur* : M. V. Paulet, médecin principal de 1re classe ; 2° *au grade de médecin principal de 1re classe*, les médecins principaux de 2e classe : MM. B. Arnaud et A. Badour ; 3° *au grade de médecin principal de 2e classe* ; MM. P. Flament et P. Richon ; 4° *au grade de médecin major de 1re classe* : MM. A. Duprey, A. Gorsse, A. Castaing, D. Forgues, L. Margantin, L. Mulot, H. Pagès ; 5° *au grade de médecin-major de 2e classe* : MM. I. Mourey, J. Tixier, A. Godin, L. Ravan, E. Boiron, J. Bony, C. Francon, C. Dziewonski, A. Vignol.

(1) Il y a deux ans, l'un de nos maîtres les plus éminents est venu nous trouver au sujet d'une demande qu'il avait adressée à l'Administration, à l'effet d'obtenir la permission, pour les élèves de l'Union des dames de France, d'assister à sa visite et de faire des pansements. On lui avait déclaré à l'Administration que cela n'était pas possible parce que je m'y opposerais. Je n'eus pas de peine à lui démontrer qu'il s'agissait là d'un véritable mensonge.

Choléra.

Décembre	Malades existant le matin.	Entrées.	Total des malades traités.	Sorties par guérison.	Sorties par décès.	Total des sorties.
—	—	—	—	—	—	—
11	16	1	17	4	1	5
12	12	4	16	0	0	0
13	16	1	17	4	1	5
14	12	1	13	1	0	1
15	12	0	12	3	0	3
16	9	2	11	2	0	2
17	9	1	10	1	1	1
18	9					

AVIS A NOS ABONNÉS.—*L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.— Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1884 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 décembre au samedi 12 décembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1212, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 385 ; illégitimes, 155. Total, 540. — *Sexe féminin* : légitimes, 415 ; illégitimes, 157. Total, 572.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 décembre au samedi 13 décembre 1884, les décès ont été au nombre de 979 : savoir : 474 hommes et 505 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. 3. F. 4. T. 7. — Fièvre typhoïde : M. 16. F. 8. T. 24. — Variole : M. ... F. 2. T. 2. — Rougeole : M. 18, F. 14, T. 32. — Scarlatine : M. 1, F. 4, T. 5. — Coqueluche : M. 2, F. 5. T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 11, F. 20, T. 31. — Dyssenterie : M. .. F. ., T. .. — Erysipèle : M. ., F. ., T. .. — Infections puerpérales : 6 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 15, F. 22, T. 37. — Phthisie pulmonaire : M. 97, F. 76. T. 113. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 7. T. 17. — Autres affections générales : M. 30, F. 37. T. 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 16, F. 33, T. 49. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 24, T. 49. — Pneumonie : M. 41, F. 52, T. 93. — Athrepsie : M. 30, F. 17. T. 47. — Autres maladies des divers appareils : M. 141, F. 166, T. 307. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 13, F. 5. T. 18. — Causes non classées M. 5, F. 3, T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 101 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38 ; illégitimes, 14. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 20. Total : 49.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le concours pour la nomination de cinq places d'internes en médecine dans les asiles publics d'aliénés et l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture de police, s'est terminé par la nomination de MM. Vrain, Loisel, Malfilâtre, Grenier et Blaise, internes titulaires, et MM. Revertegat, Houeix de

© BIU Santé

La Brousse, Fournier, Barthomeuf et Garnier, internes provisoires.

Bureau central. — *Médecine*. — La dernière épreuve d'admissibilité pour la nomination de trois places, s'est terminée le 15 décembre. MM. Ballet, Brault, Brocq, Gaucher, Hirtz (Edgar), Jean, Martin (J.-H.), Renault et Talamon, sont admis à subir les deux épreuves définitives. La question de la première épreuve définitive a été : *Causes et anatomie pathologique des différentes variétés de la cirrhose hépatique.*

Concours de l'externat. — Les questions données jusqu'à ce jour pour l'épreuve orale de pathologie sont : *Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë. — Epistaxis et tamponnement des fosses nasales. — Entorse. — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde. — Symptômes et diagnostic de la rougeole. — Péritonite aiguë. — Fracture des côtes.*

Concours de l'internat. — Les questions suivantes ont été données jusqu'à présent pour la seconde épreuve du concours : *Artère pulmonaire. — Embolie pulmonaire, causes et signes — Muqueuse linguale, signes et diagnostic de l'angine diphtéritique. — Glande sous-maxillaire. — Signes et diagnostic de la grenouillette.*

Faculté de médecine de Paris. — La faculté vient de décerner le prix La Caze (10,000 fr.) à M. Debove, pour ses *leçons sur la tuberculose*, qui ont paru dans le *Progrès médical*.

Hôpitaux de paris. — *Mutations.* Par suite du décès de M. Simonet, et de la mise à la retraite de MM. Hérard et Bernutz ; à partir du 1er janvier : M. Bucquoy passe de Cochin à l'Hôtel-Dieu; M. Luys, à la Charité; M. Blachez, à Cochin ; M. Raymond, à Saint-Antoine; M. Sevestre, aux Enfants-Assistés ; M. Quinquaud, à l'hospice d'Ivry; M. Joffroy, à la Salpêtrière ; M. Du Castel, au Midi ; M. R. Moutard-Martin et M. Danlos, à Tenon ; M. Gingeot, à Sainte-Périne ; M. Cuffer, à Bicêtre ; M. A. Robin, aux Ménages.

Nécrologie. — L'*Union médicale* annonce la mort de M. Oberlin, directeur honoraire de l'Ecole de pharmacie de Nancy. — La *France médicale* nous apprend la mort du Dr Billon (d'Ermenonville, Oise), décédé à St-Mandé, le 11 décembre, à l'âge de 66 ans. — Le Dr Redon, membre du *concours médical*, est décédé le 19 novembre, à, Arcachon, à l'âge de 33 ans ; il était l'auteur d'une thèse sur *La trachéotomie préliminaire dans les opérations chirurgicales*.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 22. — 2e *de Doctorat* (N. R., oral. 1re partie) : MM. Trélat, Damaschino, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Gautier, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Charcot, Rémy — 5e *de Doctorat* (A. R.,) (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Fournier, Lannelongue, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Joffroy, Pinard ; — 3e *Série* : MM. Potain, Tarnier, Kirmisson.

Mardi 23. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Sappey, Duplay, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Hardy, Peter, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Bouchard, Ball, Raymond ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Hayem, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Jaccoud, Cornil, Hanot. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 1re *Série* : MM. Richet, Laboulbène, Charpentier ; — 2e *Série* : MM. Pajot, Panas, Troisier.

Mercredi 24. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). 1re *Série* : MM. Béclard, Verneuil, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Charcot, Gautier, Reynier. — 5e *de Doctorat* (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Trélat, Potain, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Lannelongue, Landouzy.

Jeudi 25. — Pas d'actes.

Vendredi 26. — Méd. opér. (Épreuve pratique) : MM. Trélat Guyon, Reclus — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie). 1re *Série* : MM. Verneuil, Damaschino, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Béclard, Gautier, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité). 1re *Série* : MM. Charcot, Joffroy, Robin ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Fournier, Straus.

Samedi 27. — Dissection (Épreuve pratique) : MM. Duplay, Cornil. Peyrot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie : MM. Sappey, G. Sée, Campenon. 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Peter, Proust, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Hayem, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Laboulbène, Richelot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 23. — M. Sené. Etude sur quelques cas d'atrophie musculaire produite par les tumeurs malignes de la colonne vertébrale. — M. Goudal. De l'aliénation mentale chez les vieillards. — M. De Casaubon. Hystérie chez les jeunes garçons. — M. Gourichon. Du traitement de la pleurésie par les pointes de feu. — *Mercredi* 24. M. Quéhery. Contribution à l'étude des diabétides gangréneuses. — M. Pauzat. Traitement de la fissure hémorrhoïdaire par le capicum. — M. Pourrat. Des troubles urinaires compliquant les tumeurs fibreuses de l'utérus. — M. Lebreton. Etude sur les complications pulmonaires du rhumatisme et de l'arthritisme. — *Vendredi* 26. — M. Marey. Contribution à l'étude de la leucocythémie. — M. Pennel. Traitement de l'ankylose angulaire du genou par l'ostéotomie linéaire du fémur. — M. Metzger. De la lypémanie anxieuse. — M. Deschamps. Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Bichat. — Le 8 décembre, le service de chirurgie et un service de médecine, celui du Dr Huchard ont été ouverts.

Chirurgie. — Service de M. Terrier. — Salle Jaravay (H.) : 1, gangrène sénile ; 2, résection tibio-tarsienne à la suite d'un traumatisme ; 8, cure radicale de hernie inguinale droite ; 9, hypertrophie de la prostate ; 17, abcès urineux ; 26, fistule à l'anus ; 27, épiploïte ; 28, varicocèle. — Salle Chassaignac (F.) : 2, autoplastie de la face ; 3, kyste ovarique ; 4, kyste ovarique ; 5, résection tibio-tarsienne ; 20, kyste ovarique ; 21, fibrome utérin ; 25, fracture de cuisse ; 32, hystérectomie.

Médecine. — Service de M. Huchard, — Salle Andral (H.) : 2, bronchite aiguë ; 4, fièvre typhoïde ; 6, tarsalgie chez un adolescent ; 7, ictère catarrhal ; 16, polyurie simple ; 17, athétose hémilatérale ; 18, hémiplégie syphilitique ; 20, pleurésie ancienne ; 21, rechute de fièvre typhoïde ; 24, pleurésie séreuse ; 27, rétrécissement mitral ; 28, sciatique ; 29, coliques saturnines ; 30, insuffisance mitrale. — Salle Récamier (F.) : 2, chlorose ; 3, érysipèle de la face ; 4, insuffisance mitrale ; 5, métrite et syphilis ; 6, hystérie ; 7, syphilis secondaire ; 9, ataxie syphilitique ; 10, paralysie faciale ; 12, hystérie ; 20, rein flottant. — Crèche : 14, pleurésie ; 16, bronchite aiguë.

Hôpital Tenon. — *Médecine.* — Service de M. Strauss. Visite à 9 heures. Consultation le lundi. — Salles Andral (H.), Béhier et Cl. Bernard (F.).

Service de M. Landouzy. Visite à 8 h. 1/2. Consultation le mardi. Salles Lelong (H.), Bouillaud (F.) et Valleix (crèche).

Service de M. X..., remplacé par M. Brissaud. Visite à 9 heures. Consultation le mercredi. — Salle Bichat (H.) : 2, rhumatisme articulaire aigu, rétrécissement uréthral ; 5, tuberculose pneumonique ; 8, pneumonie du sommet ; 12, fièvre typhoïde ; 13, néphrite aiguë ; 14, tuberculose aiguë ; 16, myélite ; 17, épithélioma de l'arrière-gorge ; 20, éthylisme ; 21, malformations congénitales ; 22, fièvre continue ; 23, compression cérébrale. — Salles Magendie et Laënnec (F.) : 3, rhumatisme chronique ; 4, dilatation bronchique ; 6, fièvre typhoïde ; 9, prolapsus utérin ; 10, hématocèle ; 11, polyurie ; 12, fièvre typhoïde ; 14, hystérie ; 16, tumeur ovarique ; 22, métrite parenchymateuse.

Service de M. Troisier. Visite à 9 heures. Consultation le jeudi. — Salles Gérando (H.) et Rayer (F.).

Service de M. Gaillard-Lacombe. Visite à 9 heures. Consultation le vendredi. — Salles Barth (H.) et Converchel (F.). — Pavillon Tenon (variole, H.).

Service de M. Hanot. Visite à 9 heures. Consultation le samedi. — Salles Axenfeld (H.), Colin (F.) et pavillon Tenon (variole, F.).

Service de M. Du Castel, remplacé par M. Faisans. Visite à 9 heures. — Salles Lorrain et Parrot (H.), Maurice Raynaud (F.).

Service de M. Dreyfus-Brissac. Visite à 9 heures. — Salles Pidoux et Trousseau (H.), Cruveilhier (F.). M. Du Castel quitte l'hôpital Tenon à la fin de l'année ; MM. Moutard-Martin et Danlos y auront un service à la même époque.

Chirurgie. — Service de M. Lucas-Championnière. Visite à 9 h. Consultation les lundis, mercredis et vendredis, — Salle Nélaton (H.) : 1, épithélioma de la lèvre ; 13, fracture de côtes ; 14, fracture de la jambe droite ; 16, infiltration d'urine ; 18, arthrite blennorrhagique du poignet ; 19, ostéo-périostite. — Salle Lisfranc (H.) : 1, morsure d'âne ; 2, épithélioma de la verge ; 3, coxalgie ; 4, fracture de cuisse ; 9, brûlure ; 13, fracture de la jambe droite ; 14, fracture du larynx, trachéotomie ; 17, adéno-sarcome ; 18, ostéo-périostite, récidive ; 22, brûlure du genou et de la rotule. — Salle Velpeau (H.) : 1, tumeur blanche du pied ; 6, épithélioma du larynx. — Salle Richard Wallace (F.) : 1 et 4, fistules vésico-vaginales ; 7, abcès du sein ; 8, polype de l'urèthre ; 14, fracture de jambe compliquée ; 16, fracture de cuisse ; 18, tumeur végétante de l'ovaire ; 21, fibrome utérin. — Salle Boyer (F., et crèche) : 2, brûlure ; 3, abcès du sein ; 5, polype utérin ; 7 et 8, phlegmons iliaques.

Service de M. Gillette. Visite à 9 heures. Consultation les mardis, jeudis et samedis. — Salle Dupuytren (H.) : 4, hydrocèle vaginale ; 6, fracture de cuisse. — Salles Monthyon et Seymour (H.). — Salle Delessert (F.) : 1, tumeur blanche du genou ; 2, irido-choroïdite ; 3, amputation de l'avant-bras ; 4, fistule recto-vulvaire ; 7, kyste hydatique de l'abdomen ; 8, nécrose du tibia ; 11, luxation de la hanche ; 15, amputation de cuisse ; 16, kyste de l'ovaire ; 19, fibrome utérin. — Salle Ambroise Paré (F. et crèche) : 1, luxation du coude, paralysie radiale ; 2, fracture de cuisse ; 3, fistule uréthro-instestinale ; 4, amputation du sein.

Accouchements. — Service de M. Maygrier. Visite à 9 heures 1/2. Pavillon Baudelocque.

© BIU Santé

CLIENTÈLE de médecin à *vendre*, installation complète, mobilier, livres, instruments, etc., avec ou sans bail, loyer 1,850 fr. au 2e étage. Le tout à vendre après décès 3,750 fr., véritable occasion. S'adresser de 11 heures à midi, M. *Morin*, 13, rue du Cherche-Midi.

RECTIFICATION. — Plusieurs annuaires médicaux indiquent que M. le Dr JOHN ROSE CORMACK exerce la médecine à Paris. La famille nous prie de prévenir nos lecteurs que cette indication est erronée, M. le Dr Cormack étant décédé en 1882.

Dyspepsie. — L'élixir chlorhydro-pepsique GREZ (amers et ferments digestifs) qui a pris une place si importante dans le traitement des dyspepsies et des troubles gastro-instinaux des enfants se donne à la dose d'un verre à liqueur à chaque repas aux adultes et 1 à 2 cuillerées à dessert aux enfants. Une cuillerée à bouche contient 50 cent. de pepsine. Envoi franco d'échantillons.

Le Redacteur-Gerant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

Institut de France

PRIX MONTHYON DE 2,000 FRANCS
POUR SES TRAVAUX SUR LES QUINQUINAS
MÉDAILLE D'OR
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VINS Titrés D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, agrégé à l'Ecole de pharmacie, etc., etc.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ
D'OSSIAN HENRY

Composition : 1 *gr. d'alcaloïdes*, 12 *gr. d'extractifs* pour 1000 *gr. de vin d'Espagne diastasé.* — C'est le vin de quinquina à son *summum* de puissance, il est tonique par l'extractif qu'il contient et antipériodique par les alcaloïdes ; c'est en un mot le vin de quinquina *complet* et *invariable*, tel que doit le souhaiter le médecin, car non seulement le quinquina est titré, mais le vin lui-même après sa préparation. *Fièvres intermittentes rebelles, inappétences, anorexie, dyspepsie, paresse de l'estomac, longues convalescences, etc., etc.*

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX
D'OSSIAN HENRY

Composition : 10 *centigr. de sel ferreux* pour 30 *gr. de vin de quinquina titré.* — Dans cette préparation, le fer est dynamisé d'une façon très curieuse. Est-ce le résultat d'effets combinés, ou bien la présence de la diastase, comme le croit M. O. Henry, qui en fait tous les frais ? nous l'ignorons. Les faits sont remarquables ; l'opinion est unanime à le reconnaître.

Aucune préparation ferrugineuse ne peut sous ce rapport lui être comparée. — *Chlorose, anémie, constitutions épuisées, affaiblies*, etc., etc.

PHARMACIE, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

COLIQUES HÉPATIQUES
NÉVRALGIES — MIGRAINES
SPÉCIFIQUE
des maladies nerveuses en général.
CAPSULES BRUEL
PRIX DU FLACON, 3 FRANCS
Pharmacie DUROY, 10, faubg Montmartre
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

VALS

SOURCES

PAULINE. Amie de l'estomac, elle en combat les fatigues et favorise la digestion.
1 GRAMME SEL ALCALIN

CHLOÉ. Affections des voies digestives, dyspepsie, gastralgie, gastrite simple, gastrite-entéralgie.
2 GRAMMES SEL ALCALIN

SOUVERAINE. Maladies du tube intestinal, gastrite chronique et les affections du système nerveux. — 3 GRAMMES SEL ALCALIN.

CONSTANTINE. Affections du foie, de la rate, des voies urinaires, goutte, rhumatisme, calculs, albuminurie. — 5 GRAMMES SEL ALCALIN.

MARQUISE. Maladies des reins, gravelle, diabète, coliques néphrétiques.
7 GRAMMES SEL ALCALIN

Sᵀ-LOUIS. Arsenicale, sans analogie avec les précédentes. Très reconstituante, réussit dans la chlorose, cachexie paludéenne, spermatorrhée, fièvres intermittentes, eczéma, urticaire, psoriasis, anémie, débilité.

Ces eaux sont agréables à boire à table, pures ou avec la boisson ordinaire. — *Dose, une bouteille par jour.*

Détail : dans tous les Dépôts d'Eaux minérales naturelles, principales Pharmacies, **50 cent.** *la Bouteille.*

LE COMMERCE DOIT ADRESSER SES COMMANDES A
LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE VALS (ARDÈCHE)

MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTÉS DANS LES HOPITAUX
ET PRÉSENTÉS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

VIN KINO-PHOSPHATÉ A LA COCA, de A. GRUJARD
Titré à 0,25 de phosphate de chaux par cuillerée.
Le meilleur tonique, reconstituant et dépuratif. Employé avec succès dans les *tuberculoses*, et en général dans toutes les affections diathésiques. (*Remplace avec avantage l'huile de foie de morue*). DOSE : un demi-verre à bordeaux aux principaux repas.

BAUME ANTI-RHUMATISMAL ET ANTI-GOUTTEUX, de A. GRUJARD
A la flore des Alpes (essence juniperus et labiées).
Employé *chaud* en frictions contre *goutte, rhumatisme, arthritisme, ataxie locomotrice.*

TEINTURE RÉVULSIVE de A. GRUJARD (*Balsamum ammoniacale*).
Employée en frictions contre les *bronchites, laryngites, toux, asthmes*, et en général toutes les affections thoraciques et abdominales exigeant une dérivation énergique.
DÉPÔT : **Pharmacie du Centaure**, 31, rue St-Denis, Paris. (Notice exp. pr chaq. produit.)

MEDAILLE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878

GLYCÉRINE chimiquement PURE CATILLON

PROPRE A L'USAGE INTERNE. — *Succédané de l'Huile de Morue, facile à prendre et toujours toléré*
En outre, la Glycérine dissout tous les principes du Quinquina, annihile leur incompatibilité avec le Fer, s'oppose à leur action constipante et facilite leur tolérance. (*Voir nos Mémoires sur la Glycérine.*)

VIN de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINQUINA
Le même *additionné de Fer, 0gr 25 par cuillerée.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON à la GLYCÉRINE et au QUINA
Quina et Fer à haute dose, sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

SIROP de CATILLON à l'IODURE de FER, QUINA et GLYCÉRINE
Remplace à la fois et avec avantage le Quina, l'Iodure de Fer et l'Huile de Morue chez les Enfants, etc.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE de CATILLON (0gr 20 par cuillerée)
Tonifie l'estomac au lieu de le fatiguer ; permet de continuer la médication balsamique, reconstituante.

ELIXIR de PEPSINE à la GLYCÉRINE de CATILLON
Plus actif que la Pepsine ordinaire, représente le suc gastrique dans son intégrité, avec son action puissante et rapide. La Glycérine conserve la Pepsine, l'Alcool la paralyse.

PARIS, rue St-Vincent de Paul, 23. — *Détail dans toutes les Pharmacies.*

SEUL VIN AU QUINA ou QUINA FERRUGINEUX AYANT OBTENU CETTE RECOMPENSE

POUDRE DE VIANDE
de CATILLON
La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .
Pure et sans odeur

POUDRE ALIMENTAIRE
(*Viande et Farine de Lentilles.*)
La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :
Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

CHARCOT (J.-M.). **Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière**, recueillies et publiées par BOURNEVILLE et E. BRISSAUD. In-8 de 428 pages avec 87 figures dans le texte. — Prix : fr. — Pour nos abonnés, 4 fr.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Avis Important

ÉTRENNES A NOS ABONNÉS

A titre de primes, et pendant les trois premiers mois de l'année 1885 seulement, nos abonnés pourront nous demander les ouvrages suivants qui leur seront vendus avec 60 0/0 de remise et expédiés franco de port à domicile.

AVEZOU (J.-C.) **De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales. Étude clinique avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts.** Un vol. in-8 de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . 1 fr. 50

BLANCHARD (R.) **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote,** par la méthode de M. le professeur Paul Bert. Volume in-8° de 101 pages avec 3 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Réduit à. . . . . 1 fr. 20

BLONDEAU (A.). **Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** — Un vol. in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr. — Réduit à. . . . . 80 c.

BOYER (H. Cl. de). **Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux.** Volume in-8 de 290 pages, avec 104 figures intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix : 6 fr. — Réduit à. . . . . 2 fr. 40

BRISSAUD (E.). **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.** Volume in-8 de 210 pages avec 42 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Réduit à. . . . . 2 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.** Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. — Prix : 10 fr. — Réduit à. 4 fr.

DELASIAUVE (J.). **Journal de médecine mentale,** résumant au point de vue médico-psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes (— Prix : 100 fr. — Réduit à. . . . . 40 fr.

DURET (H.) **Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.** Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878. — Prix : 15 fr. — Réduit à. . . . . 6 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Du cancer de la vessie.** Un volume in-8° de 144 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 20

FÉRÉ (Ch.) **Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales.** (Amblyopie croisée et Hémianopsie). Un vol. in-8° de 241 pages. Paris, 1882. — Prix 3 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr. 40

FÉRÉ (Ch.). **Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie** (De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie d'origine cérébrale). Brochure in-8° de 54 pages avec fig. dans le texte. Paris, 1882. — Prix : 2 fr. — Réduit à. . . . . 80 c.

HAYEM (G.). **Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde,** recueillies par Boudet de Paris. In-8 de 88 pages avec 5 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr.

JOSIAS (A.). **De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées.** Vol. in-8 de 65 pages avec trois courbes de température. — Prix : 2 fr. — Réduit à. . . . . 80 c.

LANDOUZY (L.). **De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête par excitation ou paralysie des 6e et 11e paires, leur valeur en séméiotique encéphalique, leur importance au point de vue anatomique et physiologique, à propos d'une observation d'épilepsie hémiplégique débutant par les yeux et la tête** (Déviation et rotation conjuguées convulsives). Un volume in-8° avec une planche. — Prix : 2 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr.

LELOIR (H.). **Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.** 1 vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches en chromo-lithographie et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. — Réduit à. . . . . 2 fr.

LONGUET (F.-E.-M.). **De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes.** Vol. in-8 de 124 pages. — Prix : 4 fr. — Réduit à. . . . . 1 fr. 60

MIOT (C.). **De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan.** In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr. 40

MIOT (C.). **De la Ténotomie du muscle tenseur du tympan.** Volume in-8 de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à. . . . . 60 c.

PATHAULT (L.). **Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre et de ses usages thérapeutiques.** Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à. . . . . 60 c.

RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire,** recueillies par J. Renaut. Un fort vol. orné de 99 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr. — Réduit à. . . . . 4 fr. 80

RAYMOND. **De la puerpéralité.** Volume in-8° de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . . 2 fr.

REGNARD (P.). **Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires.** Un fort volume in-8 de 394 pages, enrichi de 100 gravures dans le texte. — Paris, 1879. — Prix : 10 fr. — Réduit à . . . . . 4 fr.

TEINTURIER (E.). **Les Skoptzy,** étude médico-légale sur une secte religieuse russe dont les adeptes pratiquent la castration. — Un joli volume in-12 orné de gravures représentant les différents modes de castration employés par ces fanatiques. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à . . . . . 60 c.

VILLARD (F.). **De l'aphasie ou perte de la parole et de la localisation du langage articulé,** par le Dr Batman, traduit de l'anglais par F. Villard. Un volume in-8 de 128 pages. Paris, 1870. Prix : 2 fr. — Réduit à . . . . . 80 c.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

Paraissant tous les deux mois

SOUS LA DIRECTION DE **J.-M. CHARCOT**

Prix : **20** fr. par an pour Paris.

Cette Revue forme maintenant 8 beaux volumes in-8° illustrés de nombreuses figures et de magnifiques planches en chromo-lithographie.

La Collection, y compris l'année 1884 complète, est du prix de 84 fr. Pour nos abonnés, net, pris dans nos bureaux, prix : 50 fr.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 52 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 27 DECEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. H. LELOIR.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

(Leçon d'ouverture du professeur, 6 novembre 1884).

Messieurs,

C'est d'une façon lente et progressive, mais fatale, que nous voyons se modifier l'enseignement supérieur de la médecine. A la période synthétique des dernières années, succède une période d'analyse. Par suite de l'extension croissante de nos connaissances médicales, on arrive à la création des chaires spéciales. L'on n'a pas ainsi pour but, remarquez-le bien, de pousser dès le début de ses études, tel ou tel médecin dans telle ou telle direction, dans telle ou telle spécialisation ; mais l'on veut, par cette spécialisation de l'enseignement supérieur, que le professeur, connaissant à fond ce qu'il doit enseigner, puisse fournir un enseignement clair, homogène, travaillé, complet en un mot. N'allez pas croire que cette tendance actuelle à la spécialisation indique l'absence de connaissances générales de la médecine, il n'en est rien, et l'étude de la dermato-syphiligraphie en est le meilleur exemple, comme vous le verrez tout à l'heure.

Il faut, pour être un bon dermato-syphiligraphe, posséder des connaissances étendues de pathologie générale, d'anatomie pathologique, de pathologie expérimentale, etc., sous peine de ne pas déterminer d'une façon précise la nature de l'affection cutanée que l'on a sous les yeux, d'en méconnaitre la pathogénie.

Messieurs, le temps n'est plus où l'enseignement officiel de la dermatologie et de la syphiligraphie était confié soit au professeur de pathologie interne, soit au professeur de pathologie externe, ou même était souvent complètement négligé ou oublié dans les Facultés. Il n'y a pas longtemps encore qu'en France, à Paris, l'enseignement officiel de la dermatologie était nul, et que le seul enseignement de dermato-syphiligraphie que pussent trouver les élèves était l'enseignement volontaire, spontané, non officiel qui leur était donné non par des professeurs de Faculté, mais par des médecins des hôpitaux. Cet enseignement libre était, il est vrai, des plus brillants, grâce à la puissance du génie de maitres comme Ricord, Bazin, Hardy, etc., et certes, sans ces grands dermatologistes, l'enseignement des maladies cutanées et syphilitiques serait complètement tombé en France ; car, je le répète, la dermatologie n'était pas enseignée dans les Facultés de médecine et ce n'est que par hasard que l'on voyait un professeur de la Faculté de Paris, Rayer, faire sur les maladies de la peau un traité, traité d'ailleurs immortel.

Ces temps-là sont changés par la force des choses, par la loi de l'évolution. Quand notre enseignement volontaire, excellent par les hommes, mais insuffisant par l'appui et les secours dérisoires qui lui étaient donnés, s'est trouvé en présence de l'enseignement officiel fortement organisé de l'Autriche et de l'Allemagne, son infériorité est devenue notoire. Alors, malgré l'excellence des médecins des hôpitaux spéciaux de Paris, malgré la prodigieuse quantité de malades que contient cette capitale, on vit peu à peu les élèves étrangers et même des élèves français, quitter à regret l'enseignement brillant, mais irrégulier, de l'hôpital Saint-Louis, pour aller chercher à Vienne un enseignement coordonné, officiel, organisé, complet en un mot. Alors, mais un peu tardivement peut-être, le gouvernement s'émut, les corps scientifiques s'émurent, et on créa dans les Facultés de Paris et de Lyon, des chaires cliniques des maladies cutanées et syphilitiques. Ces créations rencontrèrent bien dans certains cas quelques oppositions comme toutes les choses nouvelles et excellentes pouvant léser des intérêts particuliers et mesquins. Et, fait qui n'étonnera pas un psychologiste, ces oppositions ne vinrent pas du gouvernement ou des municipalités qui assumaient ainsi de nouvelles charges, mais de certains membres, passez-moi le mot, par trop conservateurs des corps constitués.

Il n'en a pas été de même de notre chère ville de Lille. Ici, gouvernement, municipalité, faculté, tous ont été d'accord unanime pour voter ou demander la création de cette chaire nouvelle, la troisième chaire de dermato-syphiligraphie française. Ils sentaient bien en effet la nécessité qu'il y avait à créer après les chaires de Paris et de Lyon une chaire de cette importance à Lille : cela, et dans l'intérêt général de l'enseignement, en s'appuyant sur le grand principe de la division du travail, et dans l'intérêt de notre chère Faculté, dont l'enseignement doit être aussi complet, aussi parfait que possible, menacée quelle est toujours par une rivale dangereuse.

Quelques élèves dans les différentes Facultés où furent crées ces chaires nouvelles virent survenir avec effroi la possibilité de l'augmentation du programme aux examens. Ils pensaient qu'on allait leur farcir le cerveau de choses nouvelles et inutiles, bien inutiles puisque, disaient-ils, ils n'avaient pas l'intention de se spécialiser. Soyez persuadés, Messieurs, que le but de la direction de l'enseignement supérieur, que le but de vos maitres n'est pas de vous surcharger de besogne, de besogne inutile surtout, mais bien de vous permettre d'apprendre plus facilement et plus complètement des choses qu'aucun médecin praticien ne peut ignorer sous peine d'erreurs et de mécomptes journaliers. Et, en effet, de toutes les branches de la médecine, il n'en est peut-être pas une dont la connaissance approfondie soit aussi utile, aussi nécessaire au médecin praticien que la dermato-syphiligraphie.

J'insisterai peu sur la nécessité qu'il y a pour tout médecin de connaitre d'une façon approfondie la *syphilis*, cette maladie si répandue, si banale pour ainsi dire, qui frappe l'homme directement, la mère par conception, l'enfant d'une façon moins directe et se manifestant parfois par des accidents survenant très tardivement après la naissance. Tout médecin doit connaitre, je le répète, d'une façon approfondie la syphilis dans ses différentes modalités, car bien des fois dans sa carrière

© BIU Santé

il aura affaire à cette maladie si redoutable, parfois si insidieuse, mais dont les manifestations cèdent heureusement si facilement lorsque leur origine est reconnue et qu'elles sont traitées d'une façon rationnelle. Pour vous montrer l'importance qu'il y a à connaître la syphilis, je vous citerai seulement quelques exemples, pris au hasard, mais que tous vous rencontrerez certainement plus tard dans votre pratique.

Dès le début, Messieurs, le plus tôt possible, il importe de déterminer si l'on est en présence de la syphilis ou non. Un individu épouvanté vient vous consulter : il a eu il y a quelque temps des rapports avec une femme suspecte; il lui est survenu il y a quelques jours une lésion dont il veut que vous déterminiez aussitôt la nature. Ce diagnostic il le veut, il l'exige; car il est marié, ou il doit se marier sous peu, ou enfin il est tellement affolé par la terreur de la syphilis qu'il ne peut plus rester dans le doute plus longtemps et ira au besoin trouver 10 ou 20 médecins (j'en ai vu des exemples.) Dans d'autres cas, c'est une nourrice ayant donné à téter à un enfant étranger suspect, qui est atteinte d'une lésion du mamelon et qui vient vous demander si elle peut continuer à donner à téter à son propre enfant, enfant vigoureux et bien portant. Ou bien c'est un individu atteint d'un chancre de la lèvre qui vient demander votre avis, ignorant absolument la nature du mal dont il est atteint. Dans des cas plus rares, c'est un sujet atteint de chancre du doigt qui vient par hasard vous consulter pour une lésion à laquelle il n'accorde d'ailleurs aucune importance, et ce malade se trouve être parfois précisément une accoucheuse, une commère, etc. Eh! bien, Messieurs, il dépend de vous, de vos connaissances en syphiligraphie, d'empêcher dans ces circonstances le mari d'infecter sa femme, la mère nourrice d'infecter son propre enfant, l'individu atteint de chancre buccal d'infecter son propre entourage, la sage-femme d'infecter l'accouchée, etc. Et réciproquement, il dépend de vous de tirer du désespoir un malheureux, en lui démontrant que la lésion dont il est atteint n'est nullement syphilitique.

N'allez pas croire que ce diagnostic du chancre soit toujours chose facile, il n'en est rien : il faut avoir vu un grand nombre de chancres pour arriver à porter toujours nettement et sûrement ce diagnostic et encore peut-on se tromper quelquefois. Je ne vous parle pas des cas difficiles où les maîtres eux-mêmes hésitent. Je ne parle pas de l'herpès des organes génitaux ou du chancre mou, dont le diagnostic exige déjà une certaine science syphiligraphique; mais j'ai vu, et cela à plusieurs reprises, et non pas chez des gens du monde, mais chez des étudiants en médecine, des lésions de gale des organes génitaux, être prises pour des chancres. Bien plus, j'ai vu des chancres infectants des plus caractéristiques passer inaperçus, être négligés; car, disaient leurs porteurs, c'était trop peu de chose pour que ce fût sérieux, cela ne méritait pas la peine que l'on s'en occupât. Cette parole, que j'ai entendu prononcer par quelques étudiants en médecine et en pharmacie, vous l'entendrez souvent dans votre pratique.

Le diagnostic des accidents secondaires de la syphilis est loin d'être aussi facile qu'on pourrait le croire au premier abord; l'on voit par exemple le pityriasis rosé de Gibert être pris par des médecins, et des médecins distingués, pour une roséole syphilitique; le lichen plan être pris pour une syphilide à petites papules et cette erreur est encore commise actuellement tous les jours par des médecins instruits, par des médecins éminents même. Or, voyez de quelles conséquences peut être, dans ces cas-là l'erreur du médecin : on bourrera le malade de mercure, sans résultat d'ailleurs; on lui jettera le désespoir dans l'âme en lui faisant croire qu'il a la syphilis; on pourra même le pousser au suicide; cela arrive quelquefois. Et, d'autre part, que répondre au malade si, ayant été demander l'avis d'un autre médecin, il vient dire que l'on a pris pour une syphilide une affection bénigne et de nature toute différente?

Quelles ne seront pas les funestes conséquences d'une erreur de diagnostic si, dans les périodes plus tardives de la vérole, vous méconnaissez les phénomènes que vous avez sous les yeux? Quels reproches ne sera-t-on pas en droit de vous faire et ne vous ferez-vous pas vous-mêmes, si vous méconnaissez par exemple une gomme syphilitique, laquelle non traitée, peut laisser à sa suite des désordres effroyables sur lesquels il est inutile d'insister et que quelques grammes de mercure et d'iodure de potassium auraient suffi à faire disparaître et résorber complètement sans cicatrice, ni perforation, ni délabrements ultérieurs? Quels remords n'aurez-vous pas si vous avez méconnu une syphilis nerveuse grave, et que votre ignorance ait rendu hémiplégique ou paraplégique pour toujours, ait quelquefois même occasionné la mort d'un sujet qu'un traitement spécifique énergique et bien coordonné aurait presque sûrement sauvé?

Dans certains cas, Messieurs, votre sagacité sera soumise à des épreuves encore plus rudes, dont vous ne pourrez triompher que par une connaissance sérieuse de la syphiligraphie : je veux parler de ces syphilis ignorées si fréquentes, surtout chez la femme, et sur l'importance desquelles a tant insisté dans ses livres et cliniques, mon éminent maître Fournier. Exemple : une dame, une dame du meilleur monde et d'une réputation irréprochable, vient me trouver atteinte d'une lésion tuberculo-ulcéreuse de la face et du cou, d'une ulcération profonde et bourbillonneuse du voile du palais, menaçant de perforer celui-ci et d'enlever complètement la luette. La situation était la suivante : il m'était impossible d'obtenir aucun renseignement ou aucun aveu sur une syphilis antérieure et cela : 1° parce que toute manifestation spécifique était passée complètement inaperçue à la malade; que j'étais en présence d'une syphilis ignorée en un mot, fait des plus fréquents, je le répète, surtout chez la femme. 2° Parce que cette dame étant mariée, mère de famille, de réputation et de mœurs irréprochables, mon interrogatoire devait être très délicat et qu'une maladresse de ma part pouvait amener des désordres graves dans le ménage.

Dans ce cas-là, mon diagnostic devait se faire uniquement sur les caractères objectifs des lésions observées, je ne pouvais tirer aucun renseignement des commémoratifs. Devant les caractères particuliers, précis des lésions élémentaires, il n'y avait pas à hésiter et je me posais à moi-même le diagnostic : syphilide tuberculo-ulcéreuse à marche serpigineuse, gomme du voile du palais. J'instituai un traitement anti-syphilitique approprié et en cinq semaines cette vaste syphilide tuberculo-ulcéreuse serpigineuse presque aussi vaste que celle dont je vous fais passer le moulage sous les yeux, cette gomme de la gorge qui devait entraîner une perforation énorme du palais étaient complètement cicatrisées. Je vous laisse à penser ce que serait devenue cette malade si elle n'avait pas été traitée.

Parfois même, et j'aurai à y revenir bien souvent

© BIU Santé

dans mes cliniques, les conditions du diagnostic sont encore plus difficiles. On se trouve en présence d'un enfant d'une douzaine d'années environ, présentant des lésions le plus souvent prises pour des lésions scrofuleuses et traitées comme telles par la plupart des médecins; ainsi traitées, ces lésions s'éternisent, amènent des désordres irréparables. Si, au contraire, vous connaissez à fond les caractères de la syphilis héréditaire tardive ou mieux (selon moi) des manifestations tardives de la syphilis infantile, telle qu'elle a été décrite par Hutchinson, par mon maitre Fournier, par le regretté Parrot, vous pourrez dans bien des cas guérir comme par enchantement quelques-uns de ces pauvres êtres considérés comme des scrofuleux inguérissables, abandonnés de tous et même des médecins. Je pourrais multiplier ces exemples à l'infini. Ces quelques faits suffisent, je l'espère, pour vous montrer que tout médecin doit connaître à fond la syphilis. (*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

Le Basiotribe Tarnier. — Son mode d'emploi. — Les résultats qu'il permet d'obtenir.

Communication faite au congrès de Copenhague.

Par M. **Paul BAR**, accoucheur des hôpitaux.

IV. Quand il s'agit d'une présentation du sommet en O I D T, les résultats donnés par le basiotribe ne sont pas moins bons.

Les détails dans lesquels je suis entré dans le paragraphe précédent, me dispensent d'insister longuement sur les différents temps de l'opération. Je n'indiquerai donc que quelques points particuliers.



Fig. 137. — Le fœtus se présente en O, I, D, T, le perforateur introduit sur la suture sagittale en avant de la fontanelle postérieure est dirigé vers la base du frontal, la petite cuiller est en place.



Fig. 138. — On a appliqué la grande cuiller et commence le broiement. Le premier effet obtenu est l'effondrement de la voûte crânienne, saisie entre le perforateur et la petite cuiller.

(1) Voir *Progrès médical* n° 51.

On peut suivre ici un procédé analogue à celui que nous avons indiqué pour la position gauche transverse du sommet. Les figures 137 et 138 représentent deux temps de l'opération ainsi faite.

On a introduit le perforateur en avant de la fontanelle postérieure et son extrémité a été dirigée parallèlement à la base du crâne pour être appliquée à peu près contre l'apophyse *Crista galli*. La cuiller gauche étant appliquée contre la voûte du crâne, on peut rapprocher sans aucune difficulté les deux branches de l'instrument qui ne sont séparées que par l'épaisseur d'un segment de la voûte. En agissant ainsi, on ne fait aucun broiement; on se borne à saisir la tête comme on le ferait avec un crânioclaste dont une branche serait introduite dans le crâne, et dont la branche externe serait appliquée sur la voûte.

Cela fait, la branche droite est, par suite de sa grande longueur, appliquée sur l'occiput. Son extrémité remonte jusque sur les dernières vertèbres cervicales, et même jusqu'aux premières vertèbres dorsales.

Le broiement aura pour effet d'effondrer la voûte du crâne, mais bientôt la base sera directement soumise à la pression exercée par les cuillers de l'instrument. La tête se *fléchira* de plus en plus, mais ne remontera pas au-dessus de l'instrument. La base s'affaissera enfin sous la pression de l'instrument (1).

Pour donner un exemple du résultat qu'on peut obtenir, nous dirons que, dans une de nos expériences, les dimensions de la tête fœtale avant l'expérience étaient les suivantes :

D, O, F.	10,5.
— O, M.	11
— Bi-P.	8,6
— Bi-T	7,6.

Une fois le broiement effectué, les dimensions de la tête étaient :

Entre les cuillers.	4 c. 3.
à gauche des cuillers	4 c. 1
à droite des cuillers.	6.

Ici encore je puis citer un fait clinique venant confirmer ces résultats.

Au mois d'avril de cette année, je suis appelé à l'hôpital Saint-Antoine, pour accoucher une femme rachitique dont le bassin était rétréci : le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesurait un peu moins de 7 centimètres. L'enfant se présentait par le sommet en position droite transverse. J'eus recours au procédé précédent et l'extraction fut très facile (2).

Mais si j'en crois, Messieurs, mes recherches expérimentales, il est un autre procédé qui pourra donner de bons résultats.

Si la tête est peu fléchie, si on est obligé de faire la perforation au niveau du bregma ou dans son voisinage,

(1) Ce mouvement de bascule de la tête se retrouve dans tous les cas où on applique un céphalotribe et surtout un basiotribe du front à l'occiput sur une tête fléchie. Le broiement vrai, tel que le décrivent les auteurs, ne s'observe guère que dans les cas où la tête est saisie suivant un diamètre transverse de la tête. Si on veut bien jeter un coup d'œil sur la série de figures annexées à ce mémoire, on notera avec nous que le basiotribe est non seulement un broyeur mais encore un basculeur de la tête, la fléchissant quand il y a présentation du sommet, la défléchissant le plus possible quand il y a présentation de la face. Le mécanisme du broiement de la tête sera plus longuement étudié dans un travail spécial que nous préparons avec M. Bonnaire.

(2) Depuis cette époque, j'ai fait à l'hôpital Lariboisière une nouvelle basiotripsie, l'enfant se présentant par le sommet en position droite, le résultat a été excellent.

© BIU Santé

on pourrait imiter le procédé que suit Braun dans l'application du cranioclaste, c'est-à-dire diriger l'extrémité du perforateur vers l'occiput, défléchir la tête, tranformer la présentation du sommet O I D en présentation de la face M I G et terminer l'opération suivant les règles que je vais indiquer (1).

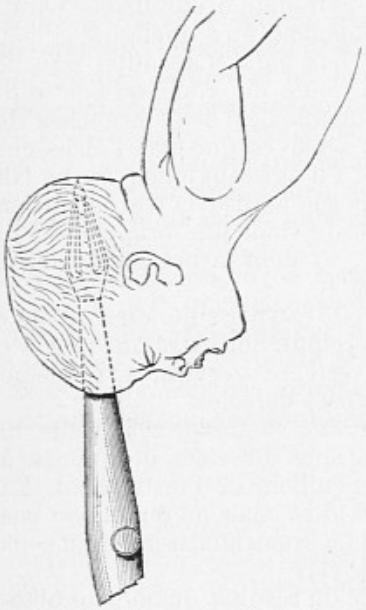


Fig. 139.—Présentation de la face en M, I, G, T. Le perforateur introduit au milieu du front est dirigé parallèlement à la base vers l'occiput et permet d'accentuer la déflexion de la tête.

V. Présentation de la face en M I G T. Je passe ici rapidement et me borne à indiquer les points saillants de l'opération, qu'il est possible de suivre sur ces dessins.

Dans le dessin 139, le perforateur est introduit à travers le front, son extrémité est dirigée vers l'occiput. On accentue la déflexion de la tête. On applique ensuite la branche gauche qui répond à la face, et on fait le premier broiement. Le mouvement de recul de la tête est peu marqué, la cuiller gauche est assez longue pour que son extrémité dépasse le menton ; la fenêtre qu'elle présente est assez large pour que le menton vienne s'y encastrer et la tête peut, ainsi, rester bien et totalement saisie.

L'olive du perforateur va effondrer graduellement la base du crâne, la voûte palatine, va parcourir, en un mot, tout le trajet figuré par une ligne ponctuée sur la figure 141. La tête, qui était très défléchie au début de l'opération, est maintenant presque fléchie. Les divers degrés de ce mouvement de flexion se voient bien en

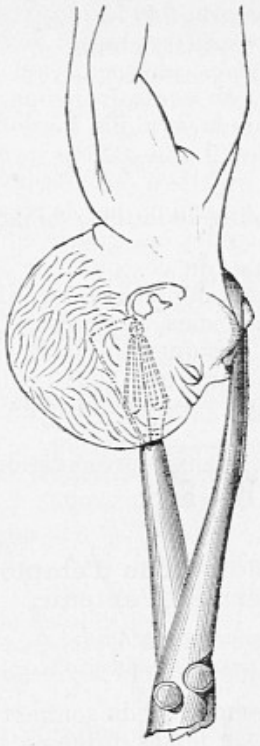


Fig. 140. — La cuiller gauche est appliquée. Il y a eu un mouvement de recul de la tête, le menton s'est encastré dans la fenêtre de la cuiller. On a commencé le broiement, la ligne ponctuée représente le chemin parcouru par le perforateur.

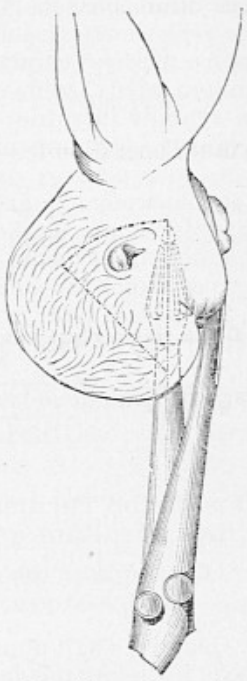


Fig. 141. — La petite cuiller a été appliquée sur la face, le premier broiement est presque terminé. La ligne ponctuée indique le trajet parcouru par l'olive du perforateur.

comparant les dessins 139, 140, 141, 142. Nous avons obtenu tout ce qu'un cranioclaste eût pu nous donner. Une

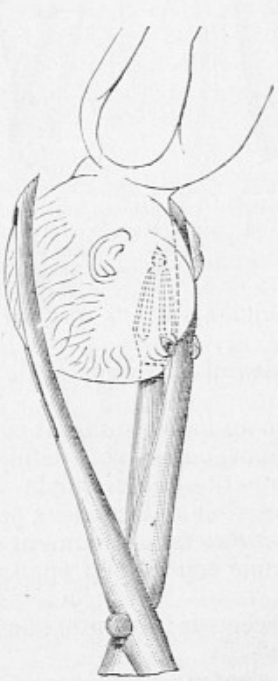


Fig. 142. — Présentation de la face en M, I, G, T. Le premier broiement est terminé. La grande cuiller est appliquée contre l'occiput.



Fig. 143. — Présentation de la face en M, I, G, T, tête broyée.

partie de la base est encore intacte, la voûte présente

(1) Ce procédé me parait devoir être préféré au précédent. En effet, la masse de tissus saisis entre le perforateur et la petite cuiller est assez épaisse pour que la tête soit solidement fixée pendant l'application de la grande cuiller. C'est là un avantage qu'on ne retrouve pas toujours quand on ne saisit entre le perforateur qu'un segment de la voûte du crâne.

J'ajouterai que si on fléchit la tête suivant un procédé identique à celui que nous avons indiqué en étudiant l'application de l'instrument dans la position gauche transverse, la grande cuiller sera appliquée sur la nuque. Pendant le broiement, on verra tout d'abord la voûte saisie entre le perforateur et la première cuiller s'effondrer, mais ensuite la grande cuiller aura une grande tendance à glisser en avant, et la prise de la tête sera mauvaise.

Bien qu'en agissant ainsi, on puisse encore aisément extraire la tête, si le bassin n'est pas très rétréci, et dans ce dernier cas, recommencer une nouvelle basiotripsie en ne retirant que les cuillers, il me parait préférable de recourir de suite au procédé que je viens d'indiquer.

Cependant, en pratique, il n'est pas toujours aisé de défléchir la tête comme je l'ai indiqué ici. On obtiendra d'excellents résultats en agissant ainsi qu'il suit. On fera la perforation le plus près possible du bregma *sur le plan sagittal median* et on dirigera la pointe du perforateur directement vers la base du crâne sans exercer de pression sur cette dernière, mais en ayant soin de ne l'incliner ni en avant ni en arrière. On appliquera la petite cuiller qui devra répondre à la face, et pendant le premier broiement, le menton s'encastrera dans la fenêtre de cette cuiller, la tête se défléchira sensiblement, et sera bien fixée ; la grande cuiller sera dès lors appliquée plus sûrement ; j'ajoute qu'appliquée sur l'occiput, elle aura une moindre tendance à glisser en avant.

Si on faisait la perforation en avant ou en arrière de la ligne sagittale, on modifierait l'inclinaison du perforateur suivant les règles que nous avons données plus haut.

© BIU Santé

encore un certain volume. Nous allons effondrer cette dernière avec la branche droite et aplatir la base en faisant basculer la tête et la défléchissant (comparez la position de l'oreille dans les figures 142 et 143.)

Vous voyez, figure 143, le résultat obtenu.

Les dimensions de la tête broyée sont :

Entre les cuillers de l'instrument. .	5 c. m.
à gauche	6 c. m.
à droite.	6 c. m.

Avant l'opération les diamètres de la tête étaient :

O F.	9,5.
O M.	11,5
Bi P.	8
Bi T.	7
S O B. . . .	9,5.

VI. De la basiotripsie dans la présentation de la face en M I D T.

J'ai expérimenté le basiotribe dans la présentation de la face en M I D T. Les résultats ont été fort satisfaisants.



Fig. 144. — Présentation de la face en M I D T le perforateur et la petite cuiller sont en place, et rapprochés l'un de l'autre.

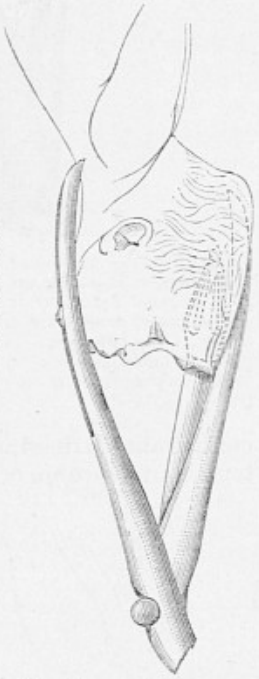


Fig. 145. — On commence le broiement de la tête. La ligne ponctuée montre la situation de la cuiller qui déprime la voûte du crâne.

Deux procédés semblent devoir être adoptés de préférence.

On peut faire la perforation au milieu du front et diriger le perforateur vers l'occiput, après avoir défléchi la tête ; après avoir appliqué la petite cuiller sur la voûte du crâne, on rapprochera très aisément ces deux parties de l'instrument, car on ne saisira qu'un segment de la voûte du crâne, c'est-à-dire une couche peu épaisse de tissus. (Voyez fig. 144.)

La grande cuiller étant placée sur le menton, on procédera au broiement de la tête.

Tout d'abord, le menton s'enfoncera plus profondément dans la fenêtre de la cuiller droite, puis la cuiller gauche déprimera la partie moyenne de la voûte du crâne sur laquelle elle est appliquée. (Voyez fig. 145.)

Quand le perforateur aura atteint la base du crâne (voyez fig. 146) le broiement de celle-ci commencera.

Notons que si l'enfant est volumineux, la cuiller gauche doublée du perforateur n'aplatit pas la voûte dans toute sa largeur pendant le broiement, mais déprime seulement la partie de celle-ci qui est saisie entre elle et le perforateur. Les figures 146 et 147 montrent cette disposition de l'instrument. La voûte du crâne fait, de chaque côté de la cuiller gauche, une saillie. Celles-ci ne sont toutefois pas assez marquées pour s'opposer à la sortie de la tête.

Ce procédé présente un inconvénient. La tête est mal fixée par la branche gauche et l'olive du perforateur, d'où parfois des difficultés dans l'application de la branche droite.

Cet inconvénient disparait, si j'en crois l'expérience, quand on a recours au procédé suivant :

On perfore au niveau de la cavité orbitaire postérieure (cavité orbitaire gauche du fœtus (1), on dirige le perforateur vers l'occiput, ou plutôt vers la branche droite de la suture lambdoïde ; la branche gauche de l'instrument est appliquée sur la voûte, mais ici les tissus saisis sont assez épais pour que la prise soit solide et la tête bien fixée la cuiller droite est appliquée obliquement sur le menton et la tête est bien réduite.

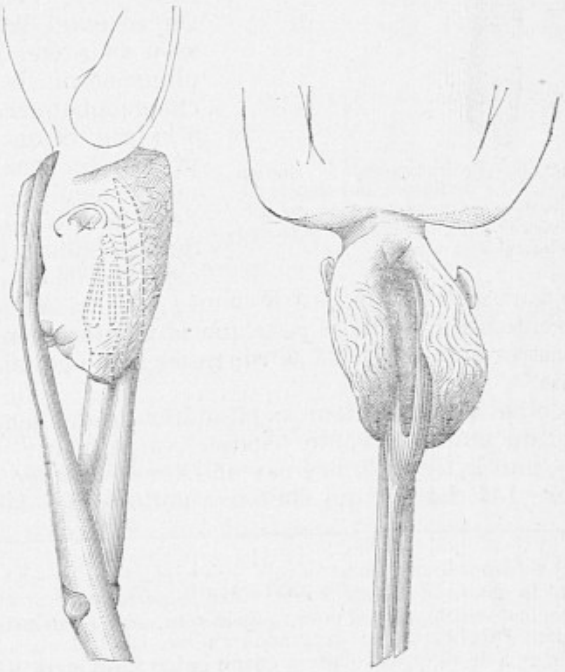


Fig. 146 et 147.—Disposition de l'instrument quand, pendant le broiement, le perforateur est arrivé au contact de la base.

VII. Telles sont, Messieurs, les quelques observations que je désirais vous présenter sur le basiotribe. Je n'ai voulu que vous citer les heureux résultats des recherches expérimentales et la confirmation que leur a donnée la pratique. Je ne prétends pas porter un jugement définitif sur le nouvel instrument dont le professeur Tarnier vient de doter l'obstétrique, mais je veux, en

(1) Ne peut-on pas choisir la cavité orbitaire antérieure? Les résultats ont été des plus satisfaisants dans nos recherches expérimentales. Nous inclinions fortement les manches en avant de manière à diriger la pointe du perforateur assez en arrière pour saisir obliquement la tête et éviter le glissement des cuillers en avant. Les résultats ont été meilleurs qu'avec le procédé que nous indiquons dans le texte. Avant de juger ce procédé nous aurions besoin de voir si chez une femme on pourrait suffisamment porter les manches en avant pour reproduire les conditions de nos expériences.

© BIU Santé

terminant, reconnaître que le principe sur lequel le basiotribe est fondé, est juste et fécond. Quant à l'instrument considéré en lui-même, il n'est certainement pas définitif, mais je le crois bon et j'ai la conviction profonde qu'en l'imaginant, M. le professeur Tarnier a fait faire à l'obstétrique un progrès égal à celui qu'il a provoqué en posant le principe du forceps à tige de tractions (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les sporozoaires (2).

C. Sarcosporidies.

Les Sarcosporidies ou Psorospermies utriculiformes, appelées encore *tubes de Miescher* (3), *tubes de Rainey* (4), sont des Sporozoaires parasites du tissu musculaire strié. On ne les connaît encore que chez des Mammifères : on les a vues chez le Bœuf, la Chèvre, le Mouton, le Chevreuil, le Bouc, le Cheval, la Souris (*fig.* 148), l'Otarie et le Singe. Sauf l'Otarie, c'est toujours chez des herbivores et des omnivores qu'on les a rencontrées. On ne les a pas trouvées chez l'Homme jusqu'à ce jour, mais leur présence chez le Singe, signalée par Ratzel (5), donne à leur étude une importance exceptionnelle.

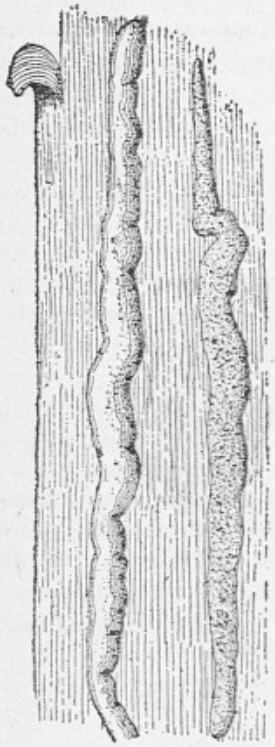


Fig. 148.— Sarcosporidies des muscles de la Souris, d'après Miescher.

Nous prendrons pour type la Sarcosporidie de l'*Otaria californica*, découverte par le Dr Huet (6), en 1882, et décrite d'une façon magistrale par le professeur Balbiani (7).

Chez cette Otarie, morte au Muséum d'histoire naturelle, le système musculaire était tellement farci de ces parasites qu'il suffisait d'enlever la moindre parcelle de muscle pour en rencontrer en grand nombre.

La Sarcosporidie est renfermée dans l'intérieur du faisceau primitif, au milieu même des fibrilles primitives; tantôt elle est placée dans l'axe même, tantôt elle se rapproche plus ou moins du sarcolemme, tantôt enfin, mais plus rarement, elle est immédiatement au-dessous de celui-ci. Sa largeur moyenne est de 20 à 30 μ, sa longueur est de 1 à 4 millimètres. Elle est formée d'une simple masse de sarcode, sans doute munie d'un noyau, qu'entoure une membrane d'enveloppe délicate et anhiste. En cet état, le parasite grossit de plus en plus, puis il arrive un moment où le tube qu'il représente se remplit d'un nombre considérable de corpuscules globuleux, par suite de la segmentation du sarcode primitif. Ces globules sont autant de spores, dans l'intérieur desquelles vont se différencier quatre ou cinq corpuscules

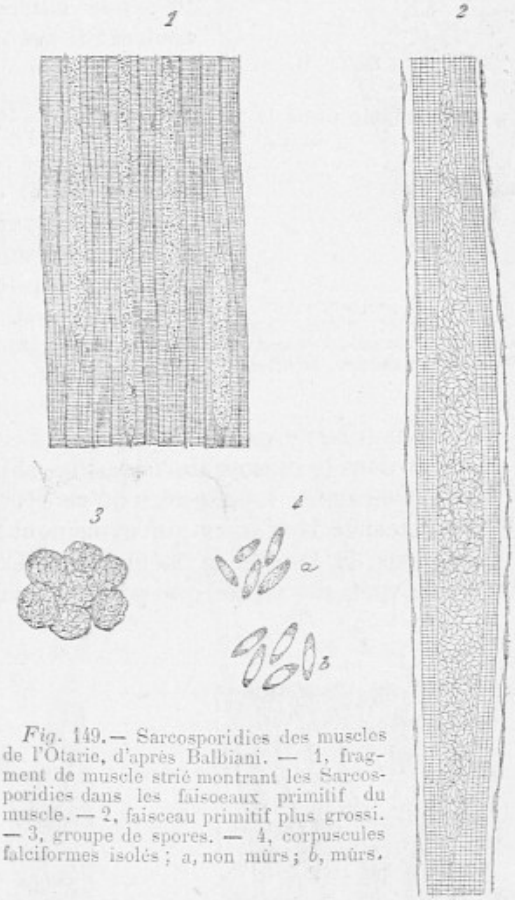


Fig. 149.— Sarcosporidies des muscles de l'Otarie, d'après Balbiani. — 1, fragment de muscle strié montrant les Sarcosporidies dans les faisceaux primitif du muscle. — 2, faisceau primitif plus grossi. — 3, groupe de spores. — 4, corpuscules falciformes isolés ; *a*, non mûrs ; *b*, mûrs.

qui correspondent probablement aux corpuscules falciformes des Grégarines et des Coccidies. Peu à peu, les globules se détruisent et les corpuscules en question, mis ainsi en liberté, vont désormais remplir à eux seuls le tube psorospermique.

A vrai dire, l'état de végétation ou d'accroissement est encore mal connu. Huet ni Balbiani ne l'ont décrit pour la Sarcosporidie de l'Otarie, mais Hessling (1) l'a entrevu pour celles du cœur du Bœuf, du Mouton et du Chevreuil et c'est d'après ses observations que nous l'avons exposé ; d'ailleurs la grande analogie des Sarcosporidies avec les Grégarines et les Coccidies suffirait à montrer que c'est ainsi que les choses doivent se passer.

L'état de reproduction a encore été étudié par Manz pour les Psorospermies utriculiformes du diaphragme du Porc (*fig.* 150). Le parasite est délimité par une épaisse cuticule, que traversent de nombreux canalicules poreux.

(1) M. Tarnier vient de modifier la tige du perforateur. Nous avons fait trop peu d'expériences avec le nouvel instrument pour apprécier cette modification de détail qui ne change en rien la disposition du basiotribe.

(2) Voir *Progrès médical*, nos 44 et 49.

(3) — F. Miescher, *Ueber eigenthümliche Schläuche in den Muskeln einer Hausmaus*. Berichte über die Verhandl. der naturforsch. Gesellschaft in Basel, V, p. 198-202, 1843.

(4) G. Rainey, *On the structure and development of the Cysticercus cellulosae, as found in the muscles of the pig*. Philosophical Transactions, CXLVII, p. III-127, 1858.

(5) Ratzel. Archiv fur Naturgeschichte, I, p. 154-155, 1868.

(6) Huet.

(7) Balbiani, — *Les Sporozoaires*. Paris, 1883.

(1) Hessling, — *Histologische Mittheilungen*. Zeitschrift fur wiss. Zoologie, V, p. 189-199, 1853.

© BIU Santé

Le contenu du tube consiste en globules de forme variable, déformés par pression réciproque. Ces globules sont d'abord homogènes, avec noyau; plus tard, ils montrent une paroi nette et leur masse se segmente en corpuscules réniformes, à double noyau, que Leuckart (1) compare avec raison aux corpuscules falciformes des autres Sporozoaires; il est probable toutefois que l'aspect réniforme et la présence des deux noyaux tiennent à ce que ces corpuscules sont accolés deux à deux et disposés tête-bêche, comme pour le *Coccidium oviforme* du foie du Lapin. Par la suite, les globules se rompront encore et les corpuscules deviendront libres dans leur tube: c'est ce stade que Leuckart a décrit et figuré dans le muscle du Porc (*fig.* 151).

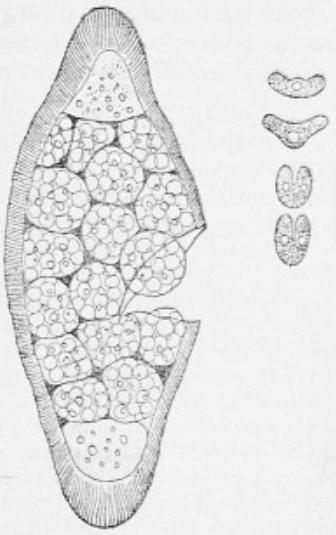


Fig. 150.—Tube psorospermique du diaphragme du Porc, d'après Manz. L'enveloppe s'est rompue. A droite, on voit quelques corpuscules falciformes isolés.

Outre le diaphragme, les muscles où se rencontrent surtout ces parasites sont ceux qui avoisinent le canal digestif, le psoas, la langue et même l'œil. Cela met hors de doute que, de même que pour la Trichine, le tube digestif est le point de départ de l'infection. On ignore, du reste, encore sous quelle forme le parasite pénètre dans son hôte. Les observations actuelles montrent que l'état de tube à spores ou à corpuscules libres est l'état ultime qu'il puisse acquérir chez celui-ci. Que deviendra-t-il par la suite? Doit-il être ingéré par un autre animal, en même temps que les viandes qui le contiennent? Cela est peu probable, car on ne peut expliquer de la sorte ce fait que les Sarcosporidies se rencontrent surtout chez les herbivores; une semblable explication ne serait manifestement valable que pour les carnivores. Du reste, Manz (1) a fait avaler sans succès à des animaux de la chair remplie de psorospermies. Les spores ou les corpuscules falciformes (réniformes), mis en liberté par putréfaction du muscle, après la mort de l'animal, sont-ils susceptibles de vivre plus ou moins longtemps au dehors et rentrent-ils chez un nouvel hôte soit avec l'eau de boisson, soit avec l'air inspiré? Cette supposition est, dans l'état actuel, la seule que l'on puisse émettre, mais il faut reconnaître que des expériences positives font complètement défaut.

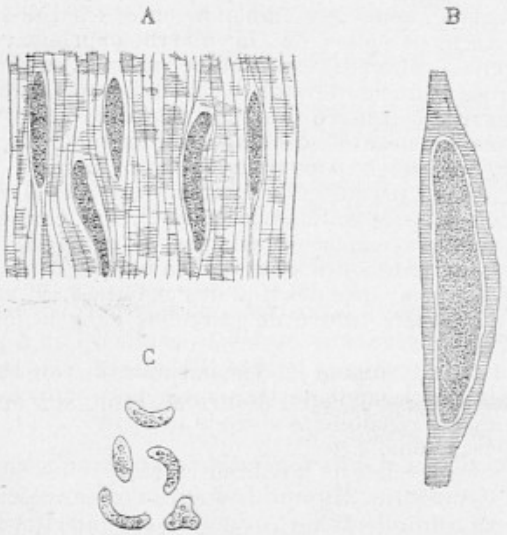


Fig. 151.—Psorospermies des muscles des Porcs, d'après Leuckart. — A, grossies 40 fois. — B, fibre musculaire contenant un tube psorospermique, grossie 100 fois. — C, corpuscules falciformes isolés.

Quoi qu'il en soit, nous avons des notions assez précises sur la valeur pathogénique de ces parasites. Virchow qui les avait observés en nombre immense chez le Mouton et le Porc, dit que, pendant leur vie, ceux-ci présentaient une soif ardente, de l'anorexie, une élévation notable de la température, des taches ou des nodosités sur la peau; leur marche était souvent gênée et leur train postérieur partiellement paralysé. Le Singe observé par Ratzel était souffrant et presque paralysé depuis plusieurs semaines. Chez le Mouton, Dammann (2) a vu survenir l'œdème de la glotte et l'asphyxie, par suite de la pullulation des psorospermies dans le pharynx, le larynx et l'œsophage. Enfin, Leisering et Winkler (3) ont observé chez les Moutons de véritables épizooties causées par ces parasites: les Moutons mouraient subitement et l'autopsie révélait l'existence, le long de leur œsophage, de tumeurs jaunâtres, grosses comme un pois ou une noisette, renfermées dans la tunique musculeuse de l'organe et faisant saillie dans le tissu conjonctif ambiant. Von Niederhäuser (4) et Zürn les ont vu également occasionner la mort de Moutons et de Chèvres. Les Sarcosporidies peuvent donc amener la mort, comme les Coccidies du foie.

R. BLANCHARD.

(1) Leuckart, *Die Parasiten der Menschen...*, 2. auflage, p. 253.

(1) W. Manz, *Beitrag zur Kenntniss der Miescher'schen Schläuche*. Archiv für mikr. Anatomie, III, p. 345-366, 1867.

(2) C. Dammann, *Ein Fall von Psorospermienkrankheit beim Schafe*. Archiv für pathol. Anatomie, LXI, p. 283, 1866.

(3) Leisering und Winkler, *Psorospermienkrankheit der Schafe*. Bericht über das Veterinärwesen im Konigreich Sachsen, 1865. — Archiv für pathol. Anatomie, XXXVII, 1865.

(4) Von Niederhausern, Zeitschrift für praktische Veterinärwissenschaft, p. 79, 1873.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 août 1884.

MM. POUCHET et BEAUREGARD communiquent les résultats de leurs recherches sur le lieu de formation du *blanc de baleine*. Ils montrent que l'organe appelé boîte à spermaceti correspond à la région postérieure de la fosse nasale droite, — que le reste des cavités céphaliques sert simplement de réservoir, — que le blanc de baleine pourrait être rapproché anatomiquement de la sécrétion des cryptes des amygdales, et physiologiquement de toute glande, comme la cire des abeilles.

M. CHARCOT, rapporteur de la commission de médecine, présente des conclusions sur un certain nombre de communications relatives au choléra. Il fait remarquer qu'aucun des moyens thérapeutiques indiqués ne repose sur des

© BIU Santé

données pratiques, qu'aucun d'eux ne s'appuie sur des résultats certains, et que, par suite, leurs auteurs ne sauraient être admis au concours du prix Bréant.

M. Chamberland présente une note sur un filtre destiné à fournir de l'eau physiologiquement pure. Les eaux filtrées à travers son appareil, lequel se compose essentiellement d'un vase poreux de porcelaine dégourdie, ne contiennent plus ni germes, ni microbes. Ce filtre s'adapte directement sur la conduite d'eau, et il peut être nettoyé avec la plus grande facilité.

M. Feltz a étudié la durée de l'immunité à la suite de l'inoculation du vaccin charbonneux. Il a constaté que chez le lapin, l'extrême limite de l'immunité vaccinale se trouvait entre 17 et 18 mois.

Dans une note présentée par M. Charcot, M. Parinaud donne les résultats de ses recherches sur la nature de nos perceptions visuelles. Il étudie successivement : 1° La sensibilité pour la lumière ou faculté de percevoir la clarté des lumières; 2° la sensibilité pour les couleurs et ses rapports avec la sensibilité pour la lumière : 3° la perception des formes et ses rapports avec la sensibilité pour la lumière et les couleurs.

M. Mairet s'est demandé s'il existe quelque rapport entre l'acide phosphorique d'une part et l'activité musculaire, l'activité intellectuelle et la nutrition générale d'autre part. Le travail musculaire emploie de l'acide phosphorique; il augmente dans les urines le chiffre des phosphates alcalins.

M. J. B. Schnitzler rappelle ses travaux sur les propriétés antiseptiques de l'acide formique. L'eau acidulée d'acide formique peut être impunément introduite dans les voies digestives, et elle tue instantanément les microbes les plus résistants. P. R.

Séance du 11 août 1884.

M. Ch. Richet a institué un certain nombre d'expériences sur la dyspnée thermique, c'est-à-dire sur l'accroissement du nombre des respirations par le fait de la chaleur. Il rappelle que cette accélération respiratoire est rapportée par les uns à l'échauffement du système nerveux central, par les autres à une action réflexe dont le point de départ serait dans les nerfs périphériques. M. Ch. Richet distingue une thermo-dyspnée centrale et une thermo-dyspnée réflexe.

Dans une nouvelle note sur les rapports de l'acide phosphorique et de la nutrition générale, M. Mairet montre que cet acide est intimement lié au fonctionnement du cerveau.

L'acide phosphorique se lie à la nutrition du muscle, à celle du système nerveux et à la nutrition générale. Toutefois, ces différents facteurs font sentir différemment leur action sur l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote. On peut ainsi faire la part de ce qui revient à chacun d'eux dans les modifications constatées dans l'élimination de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'acide phosphorique uni aux terres. P. R.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 décembre 1884. — Présidence de M. F. Franck.

M. Clado, au nom de M. Damaschino et au sien, présente le résultat de leurs recherches faites au laboratoire de l'hôpital Laënnec sur les *microbes en bâtonnets de la diarrhée infantile*. — Ces recherches ont été faites chez des enfants à la mamelle atteints de la diarrhée qu'on observe si souvent dans l'athrepsie, et chez des babys convalescents d'une autre affection, la rougeole par exemple. Dans ces conditions, tantôt les matières sont *vertes*, aussitôt rendues, c'est la forme la plus grave ; ou bien, d'abord jaunâtres, elles deviennent ensuite ensuite verdâtres à l'air. Cette forme, moins grave, aboutit fréquemment à la précédente qui n'est elle-même que le prélude de la diarrhée cholériforme infantile. Notons que ces recherches commencées en février 1883, avant l'apparition du choléra, ont été régulièrement poursuivies jusqu'à présent, et qu'il a été facile d'établir par une comparaison fréquente que les micro-organismes de la diarrhée verte diffèrent essentiellement de ceux qu'on observe dans le choléra. Les matières vertes aussitôt rendues sont étendues sur une lamelle et colorées au bleu de méthylène ; on y voit alors une quantité prodigieuse de bacilles en bâtonnets, de formes et de dimensions caractéristiques et qui, existant presque seuls dans les cas graves, sont d'autant plus nombreux que l'affection est plus sévère. Ils sont très allongés et gros en proportion, trois fois plus volumineux environ que les bacilles de la tuberculose; leur étude est donc facile, surtout avec les objectifs à immersion. Le plus souvent ils sont en grappes ; parfois ils sont isolés ; ils offrent presque toujours une direction parallèle. Ce bacille est allongé, à peu près six fois plus long que large, un peu recourbé, quelquefois en croissant, plus exceptionnellement en demi-cercle. Les deux extrémités ne sont pas taillées à pic comme pour certains microbes des selles de diarrhéiques ; elles sont arrondies. Quelquefois lorsqu'il est courbé, on observe une légère voussure du côté convexe. Si la lamelle n'a pas plongé plus d'un quart d'heure dans la matière colorante, on note une plus forte coloration de la partie moyenne. Y a-t-il là une condensation plus forte du protoplasma ou un état de sporulation, c'est ce que les cultures pourront seules apprendre ! Ces bacilles ne sont jamais dans l'intérieur des cellules ou des amas épithéliaux, mais toujours dans leurs interstices. Parfois, certains groupes de bacilles semblent réunis entre eux par une matière albuminoïde. Observés à l'état frais, dans une goutte d'eau distillée, on les voit animés de mouvements rapides ; ceux-ci *semblent avoir pour centre la partie moyenne du microbe*. Ces bacilles ont été constatés dans un grand nombre de cas de diarrhée verte, particulièrement à l'état de pureté presque complète dans trois cas réalisant la culture la mieux réussie. Dans tous, à mesure que la guérison s'avançait, le bacille disparaissait. Lorsque les selles, de vertes deviennent jaunes, la quantité de bacilles diminue du jour au lendemain dans des proportions extraordinaires. Il n'existe aucune ressemblance entre les selles de la diarrhée verte et celles de la diarrhée primitivement jaune : elles diffèrent tout autant qu'une culture de microcoques et une culture de charbon. Les présentateurs insistent sur la constance des résultats obtenus, se réservant néanmoins avant de conclure, de terminer les expériences de culture qu'ils poursuivent en ce moment (1).

M. Malassez à propos de la communication de M. Doyen dit avoir vu les préparations de celui-ci, qui contiennent véritablement des micro-orgauismes. Il demande néanmoins à faire toutes ses réserves en ce qui concerne la nature et la provenance des liquides examinés. M. Hanot dit qu'il n'a jamais trouvé de microbes dans le foie des cholériques.

M. M. Duval a, depuis la dernière séance, assisté à des expériences qui paraissent concluantes de M. Curie sur la communication circulatoire entre la mère et le fœtus, chez les rongeurs toutefois.

M. Quinquaud a fait de nombreuses recherches sur l'action des *poisons dits musculaires sur la force musculaire mesurée au dynamomètre*. Au moyen des injections sous-cutanées il a pu démontrer que le sulfo cyanure de potassium, le nitrate de plomb, le venin de crapaud, le chlorure de barium, la vératrine n'étaient nullement des poisons musculaires. Il s'agit bien entendu dans la circonstance, des poisons musculaires de la vie de relation.

M. Bouchard compare les *injections intra-veineuses* de liquides expérimentaux, aux injections sous-cutanées, et conclut en faveur des premières, au triple point de vue de la rapidité de l'absorption, de l'innocuité et de la plus grande constance des résultas obtenus. Il se propose de faire connaître le résultat de recherches faites à l'aide de ce procédé sur diverses substances pour lesquelles il a déjà expérimenté la créosote, la resorcine et l'antipyrine.

(1) Report de la séance du 6 décembre 1884.

© BIU Santé

M. Laborde a continué ses recherches sur l'*action de la cocaïne* sur les fonctions générales au moyen des injections sous-cutanées. Cet agent détermine une hyperexcitabilité neuro-musculaire considérable et une anesthésie générale très prononcée. La respiration devient irrégulière et très accélérée, et la mort, lorsqu'on administre des doses toxiques survient par le processus asphyxique, la température s'élève considérablement ; de toutes les sécrétions, seule, celle de la glande sous maxillaire, est notablement augmentée. Il y a lieu d'employer cette substance chez l'homme à doses fractionnées, pour calmer les affections prurigineuses de la peau et autres maladies douloureuses du tégument.

M. Strauss, à propos de sa récente communication sur la *non-virulence du pus du bubon consécutif au chancre mou*, apporte 16 nouveaux cas d'inoculation négative, ce qui lui donne un total de 56 cas non interrompus et sans un insuccès, qui lui permettent d'affirmer de plus en plus la non virulence. Il s'est produit des contradictions : M. Gibier a observé deux cas dans lesquels l'inoculation a été positive ; malgré l'extrême luxe de précautions dont l'auteur dit s'être entouré, ces faits observés à une époque où l'on croyait encore à la virulence, puisqu'ils datent de 1883, demandent confirmation, car ils sont, ce qui peut paraître étonnant, beaucoup plus affirmatifs encore que les statistiques de Ricord lui-même qui ne prenait nullement toutes les précautions usitées par M. Gibier. M. Horteloup a également publié une observation dans laquelle la virulence a été constatée. M. Strauss, tout en rendant justice à la notoriété scientifique de ce dernier auteur, croit qu'en face du nombre considérable de faits négatifs qu'il a apportés, un seul ait positif ne saurait prévaloir.

M. A. Robin a fait récemment cinq inoculations du pus de bubons consécutifs à des chancres mous : toutes ont été négatives.

M. d'Arsonval, parlant du *danger des courants électriques de haute tension et de grande intensité*, dit que dans la circonstance, on ne saurait assimiler une pile qui, pour prendre un exemple, a un potentiel de 100 volts, à une machine de même intensité. Les accidents arrivant toujours au moment où l'on rétablit le circuit, il a pu déterminer que le danger était toujours dû à l'*extra courant* qui se produisait alors. Il a trouvé une disposition qui est l'analogie pour ainsi dire des soupapes de sûreté des machines à vapeur et qui permet, en absorbant l'extra courant, de supprimer tout le danger.

Erratum. M. Judée a, dans les bulletins de la Société, fait une rectification au point de vue de l'action de l'atropine sur le système nerveux et dans laquelle il dit que le centre d'inervation cardiaque ne doit pas être dans l'état actuel de nos connaissances, localisé *exactement* dans le bulbe.

G. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 décembre 1884.—Présidence de M. A. Guérin

Election d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie. — Sont présentés : en première ligne, M. Schutzemberger ; en deuxième ligne, M. Javal ; en troisième ligne, M. Ribau : en quatrième ligne, M. Hardy ; en cinquième, *ex æquo*, MM. Henriot et G. Pouchet. M. Albert Robin est adjoint à la liste de la Commission. Votants : 76 ; majorité : 39. Au premier tour de scrutin, M. Schutzemberger obtient 59 voix ; M. Albert Robin, 8 ; M. Javal, 5 ; M. E. Hardy, 4. En conséquence, M. Schutzemberger est proclamé membre de l'Académie de médecine. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

Election du vice-président pour l'année 1885. — Votants : 77 ; majorité : 39. Au premier tour de scrutin, M. Trélat réunit 68 suffrages ; M. Verneuil, 3 ; M. J. Guérin, 2 ; M. Rochard, 1 ; bulletins blancs, 3. En conséquence, M. Trélat est proclamé vice-président de l'Académie.

Election du secrétaire annuel. — M. Proust est maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire.

Election du trésorier. — M. Caventon est maintenu par acclamation dans ses fonctions de trésorier.

Election de deux membres du Conseil. — MM. J. Rochard et Villemin sont élus membres du Conseil.

En conséquence, le *Bureau de l'Académie* est ainsi constitué pour l'année 1885 : *Président* : M. J. Bergeron. — *Vice-Président* : M. Trélat. — *Secrétaire-Général* : M. Béclard. — *Secrétaire annuel* : M. Proust. — *Trésorier* : M. Caventon. — *Membres du Conseil* : MM. J. Rochard et Villemin.

M. Trélat termine la communication qu'il avait esquissée dans la précédente séance sur la *valeur des opérations plastiques sur le palais et la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer*. — Chez les individus ainsi opérés, l'habileté de l'éducation justifie les résultats variés que l'on obtient. Lorsque les enfants, atteints de malformation palatine, ont été soumis à une mauvaise éducation, ils persistent à parler d'une façon incorrecte, alors même qu'ils ont subi une opération. D'une façon générale, on peut dire qu'on restitue un organe à un enfant, lorsqu'on l'opère en bas âge, rien de plus ; puis, par l'éducation, il est permis d'espérer que ces opérés n'auront ni gestes associés, ni grimaces. Toutefois, les individus qui appartiennent aux classes aisées, éduquées, sont plus aptes à recouvrer leur appareil phonétique. Il y a de notables inconvénients à opérer avant l'âge de 7 ans ; à cette époque, l'opération est mieux supportée et offre des avantages plus réels. En un mot, il est dangereux d'opérer avant sept ans, et il est indispensable de soumettre ces enfants à une éducation phonétique, aussi bien avant qu'après l'opération. Dans l'espèce, il s'agit d'une opération médico-chirurgicale. Sans entrer dans les détails de la technique opératoire, M. Trélat ne veut pas qu'on opère les enfants qui présentent une division telle de leur voûte palatine, qu'il n'est pas possible de faire des lambeaux suffisants pour combler une semblable ouverture. M. Trélat n'a jamais perdu un seul opéré. Les malades étaient dans la situation horizontale, la bouche maintenue béante, à l'aide d'un appareil spécial, et anesthésiés par le chloroforme. L'opération durait en moyenne trente à quarante minutes. Dès le soir même, les opérés étaient soumis à une légère alimentation. Dans les cas favorables, la guérison est obtenue le quatrième jour ; mais, en général, M. Trélat ne laisse jamais un point de suture après le sixième jour.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 21 mars 1884. — Présidence de M. Cornil.

13. Cyanose congénitale. — Mort à l'âge de 16 ans. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — Communication des deux ventricules et des deux oreillettes. Présentation de P. Ménétrier, interne à l'hôpital Tenon (Service de M. le Dr Troisier).

Eléonore D..., âgée de 15 ans, est entrée le 6 août à l'hôpital Tenon, salle Rayer, atteinte de cyanose et de pleurésie gauche. Sa mère, bien portante jusqu'à il y a six mois (actuellement atteinte de tuberculisation pulmonaire peu avancée), a eu quatre autres enfants, tous bien conformés. Sa grossesse s'était passée sans accidents. Jusqu'à l'âge de six mois et demi, l'enfant n'avait rien présenté d'anormal ; mais alors, à l'occasion d'un rhume, apparut la cyanose, principalement aux lèvres et aux doigts, se montrant aussi, quoique moins accusée, dans toutes les parties du corps. La coloration bleue persista depuis, avec des variations d'intensité, mais sans jamais disparaître complètement. Du reste, D... resta toujours faible et maladive. Elle eut la rougeole à huit ans, sans grands accidents.

Il y a cinq ans, ses jambes enflèrent une première fois, puis de nouveau l'an dernier. A ce moment, elle cracha le sang pendant deux jours et commença à souffrir du côté gauche. Ce fut alors qu'elle entra à l'hôpital. On lui trouva un épanchement abondant dans la plèvre gauche, et la ponction permit d'en retirer deux litres de liquide.

© BIU Santé

Depuis cette époque jusqu'au mois de janvier 1884, où nous avons pu l'observer, son état resta à peu près stationnaire, avec quelques alternatives de mieux et de pire. A ce moment, elle présente une cyanose généralisée, surtout prononcée à la face; les muqueuses, lèvres, gencives, conjonctives, sont presque noires. La teinte est beaucoup moins accusée sur le tronc, mais on remarque un duvet abondant à la surface du corps. Les doigts, violacés, se terminent en massue; les ongles, très développés, se recourbent à leur extrémité.

A l'examen de la poitrine, on trouve le côté gauche légèrement bombé, non douloureux; absolument mat à la percussion, les vibrations y sont abolies, le murmure respiratoire ne s'entend pas, et l'on perçoit seulement la propagation des bruits du cœur. Du côté droit, respiration puérile. Le cœur est refoulé par l'épanchement, et les battements sont facilement perceptibles à droite du sternum, jusqu'à deux doigts au-dessous du mamelon de ce côté. Au contraire, on les sent à peine à gauche. A l'auscultation, souffle systolique, intense, siégeant dans le deuxième espace droit, à 3 centimètres environ du sternum, et se prolongeant vers l'articulation sterno-claviculaire droite. On l'entend aussi dans les vaisseaux du cou.

Les veines jugulaires sont volumineuses, mais le reflux se produit seulement à droite.

Le pouls est petit, inégal, irrégulier, très rapide (104). Le foie, volumineux, déborde de trois doigts les fausses côtes droites; il est douloureux à la pression.

La malade est très maigre; elle n'a pas d'appétit et digère difficilement. Elle n'est pas réglée, mais sa mère ne l'a été qu'à 16 ans.

Les urines, peu abondantes (près d'un litre par jour), sont légèrement albumineuses. Il n'y a pas d'abaissement de la température centrale, et même, pendant quelque temps, celle-ci s'est maintenue au-dessus de 38°. Enfin, la malade est très impressionnable; à la moindre émotion, la cyanose devient intense, en même temps qu'elle ressent des palpitations violentes. Dans le courant du mois de janvier apparaît de l'œdème aux membres inférieurs, en même temps que les phénomènes de stase veineuse s'aggravent. Aussi, le 25, on fait une ponction qui retire 2 litres 3/4 de liquide louche, séro-purulent. Une amélioration notable succède à l'opération, le cœur est moins dévié, la respiration plus facile, la cyanose moins intense, et la respiration s'entend du côté gauche de la poitrine. Cependant, l'œdème ne disparaît pas complètement; au bout de peu de jours, il recommence à augmenter et s'étend de plus en plus, en même temps que les mêmes phénomènes d'embarras circulatoires se reproduisent et que l'épanchement remplit de nouveau la plèvre gauche. La température s'élève un peu chaque soir (38°,5). Le 23 février, on pratique encore la ponction et on retire 1 litre 1/2 de liquide plus franchement purulent. Nouvelle amélioration suivie de nouvelle rechute. Cette fois, les phénomènes asystoliques ne sont pas dus à l'augmentation de l'épanchement pleurétique, car la sonorité se perçoit à gauche et la respiration s'entend également dans la plus grande partie de la poitrine. Mais l'anasarque atteint des proportions considérables. La cyanose est intense, la dyspnée excessive. Les battements du cœur sont précipités, le souffle persistant toujours avec les mêmes caractères; le pouls, très rapide (134), est aussi très irrégulier; les urines, rares (200 gr.), très albumineuses. Enfin, l'asphyxie progressive entraîne la mort le 19 mars.

Autopsie, le 21 mars. — A l'ouverture du thorax, on trouve le cœur sur la ligne médiane, débordant à peu près également à droite et à gauche. Il est très volumineux (son poids, vide de sang, est de 390 grammes); toute sa face antérieure est formée par le ventricule droit et l'oreillette droite. L'aorte semble sortir directement du ventricule droit, tandis que l'artère pulmonaire est en grande partie cachée en arrière.

Le ventricule droit est très hypertrophié; ses parois présentent une épaisseur moyenne de 1 cent. 1/2.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit est normal. L'infundibulum de l'artère pulmonaire est considérablement rétréci, admettant à peine la pulpe de l'index, et diminuant rapidement jusqu'à n'avoir plus qu'un diamètre de 2 millimètres, au niveau des valvules; celles-ci sont petites et ratatinées, et l'on ne peut trouver la trace que de deux nids valvulaires.

Au-dessus, l'artère pulmonaire se dilate progressivement et finit par présenter un calibre assez voisin de la normale. Il ne reste pas de trace du canal artériel.

En arrière de l'infundibulum, au-dessus du pilier antérieur de la tricuspide, la cloison interventriculaire est interrompue; elle se termine par un bord mousse, sur lequel prennent insertion quelques cordages de la valvule, et qui limite avec la grande valve de la mitrale un orifice faisant communiquer le ventricule gauche avec le droit. Cet orifice présente un diamètre de 1 centimètre. Au-dessus, partant également des deux ventricules et à cheval sur la cloison, ainsi interrompue, s'ouvre l'aorte. Deux de ses valvules semblent même appliquées sur les parois du ventricule droit, et il ne reste au ventricule gauche que celle qui surmonte la mitrale. L'oreillette droite, énormément dilatée, occupe presque toute la base du cœur; elle communique avec l'oreillette gauche par le trou de Botal, incomplètement fermé par un mince repli, qui s'élève du bord postérieur de cet orifice (celui-ci présente encore un diamètre de 7 à 8 millimètres). Au-dessous se trouve encore un orifice plus petit, admettant à peine une sonde cannelée, et qui fait également communiquer les deux oreillettes.

Le ventricule gauche est petit, encore rétréci par la saillie du ventricule dans sa cavité. Les parois mesurent 11 à 12 millimètres d'épaisseur. Le canal aortique aboutit à l'orifice interventriculaire, et se continue seulement par l'une de ses parois (la grande valve de la mitrale) avec les parois de l'aorte. L'oreillette gauche est toute petite, presque réduite à son auricule, elle communique avec l'oreillette droite par les orifices déjà signalés. La plèvre gauche tapissée de fausses membranes renferme une certaine quantité de liquide purulent. Le poumon adhérant seulement au sommet est petit et rétracté, non vide d'air cependant. Il renferme deux petits noyaux crétacés au sommet. Le poumon droit également peu volumineux, est sain, on n'y trouve pas traces de tubercules. Le foie, d'aspect muscade, pèse 1555 grammes. La rate est multilobée, molle, elle pèse 190 grammes. Les reins, 190 grammes, sont rouge-violacé très congestionnés. Le péritoine est rempli d'une grande quantité de liquide ascitique. Les organes génitaux sont bien conformés.

En résumé : rétrécissement considérable de l'orifice pulmonaire, développé avant la naissance, communication facile de quatre cavités les unes avec les autres, déterminant la cyanose. Tout cela est parfaitement conforme à la théorie, et nous n'y insisterons pas. Mais ce qui nous paraît intéressant, c'est de voir des lésions aussi considérables ayant permis à la malade de vivre jusqu'à l'âge de 16 ans, et n'ayant même causé sa mort que par suite d'une complication fortuite. Remarquons, en outre, que ce rétrécissement pulmonaire si complet ne paraît pas s'être accompagné de tuberculisation bien nette des poumons, malgré les antécédents héréditaires de la malade. Quant au souffle perçu pendant la vie, nous ne saurions dire si on doit l'attribuer au rétrécissement pulmonaire, ou bien à la communication interventriculaire.

14. Tumeur polypiforme de l'intestin grêle. Présentation de M. Ménétrier, interne à l'hôpital Tenon.

Chez un malade mort (service de M. le Dr Troisier), à l'hopital Tenon, d'accidents urémiques dus à une hydronéphrose double, nous avons trouvé à la partie terminale de l'intestin grêle, une tumeur restée absolument ignorée pendant la vie, et qu'aucun symptôme ne permettait de soupçonner au moins durant le séjour du malade à l'hôpital. Cette tumeur était implantée à l'opposé de l'insertion du mésentère, et distante d'un centimètre environ de la valvule iléo-cœcale; du volume d'une pomme d'api, à surface mamelonnée, mais très superficiellement, les sillons

© BIU Santé

limitant ses lobes, pénétrant de quelques millimètres à peine dans l'épaisseur du tissu. Presque sessile quoique débordant son point d'implantation. Au niveau de l'insertion, du côté de la face péritonéale, on trouve une dépression ombiliquée par entraînement des tuniques intestinales. Sa couleur est d'un brun verdâtre. De consistance ferme, elle résiste au couteau en coupe, on voit un tissu blanchâtre, d'aspect fibreux. A son niveau, l'intestin est légèrement dilaté, et néanmoins le néoplasme en obture presque toute la lumière, aussi l'on conçoit avec facilité qu'une telle production eût pu déterminer des phénomènes de rétention des matières. Il nous a malheureusement été impossible de savoir, si dans les antécédents du malade, de semblables accidents s'étaient présentés. Au-dessus et au-dessous, l'intestin présentait son calibre normal. Les ganglions du mésentère étaient absolument sains, et nous n'avons rencontré de production semblable dans aucun autre organe. Examinée au microscope, cette tumeur est essentiellement formée par une accumulation de petites cellules, séparées par des bandes de tissu conjonctif.

Ces cellules présentent des dimensions variant entre 15 et 20 μ; elles sont, les unes rondes, d'autres cubiques et tassées en rangées linéaires, d'autres enfin, plus irrégulières dans leur forme. Le noyau occupe environ le quart de l'élément. Dans la profondeur elles se colorent nettement, et sont bien distinctes, mais à mesure qu'on se rapproche de la surface, elles deviennent moins nettes, granuleuses, le noyau se distingue difficilement, et elles se colorent moins bien par les réactifs. Le tissu conjonctif est distribué en bandes assez irrégulières dans la profondeur, se coupant et s'anastomosant pour limiter des loges, ou des fentes, où sont situées les petites cellules. Au voisinage de la surface, il tend à former des tractus parallèles, séparant des traînées de cellules. Dans la couche superficielle, on trouve la coupe d'un grand nombre de canaux sanguins sans paroi propre bien distincte.

Il ne reste nulle part de traces de la muqueuse, pas de glandes, pas d'épithélium.

La couche musculaire présente sa structure normale, mais elle est notablement épaissie; des petites cellules semblables à celles qui constituent la tumeur s'infiltrent entre les faisceaux de fibres lisses, on en rencontre également des îlots dans la couche celluleuse sous-péritonéale.

Au voisinage de la tumeur, les parois intestinales sont altérées, surtout la muqueuse où les glandes ne commencent à reparaître, qu'à un centimètre environ du point d'implantation.

Dans tout cet espace, la muqueuse est uniquement constituée par un tissu semblable à celui de la tumeur, avec cette différence que les cellules y prédominent de beaucoup sur le tissu conjonctif. Les autres tuniques sont à peu près saines.

En présence de ces caractères, nous pensons avoir à faire à une tumeur de nature carcinomateuse, bien que certaines particularités, présentées par nos préparations, laissent encore des doutes dans notre esprit. C'est du reste avec les mêmes réserves l'opinion de M. Troisier. M. Malassez que nous avons consulté, avait, sans toutefois vouloir se prononcer, parlé de lymphadénome, ou du moins nous avait engagé à chercher dans ce sens; mais nos coupes traitées par le pinceau, ne nous ont pas laissé voir de réticulum caractéristique, et seulement la trame fibreuse que nous avons décrite.

Quoi qu'il en soit, ce fait nous a paru intéressant à rapporter, parce que la tumeur présentait assez bien les caractères microscopiques de ce que nous avons trouvé dans les auteurs, décrit sous le nom de polypes de l'intestin grêle, et que l'histoire anatomique de ces productions est encore fort obscure.

15. Coxalgie ancienne. — Tuberculose aiguë avec hémorrhagies intestinales, simulant une fièvre typhoïde. — Tubercules du cervelet et de la protubérance, restés latents. — *Présence des Bacilles de Koch constatée dans un foyer siégeant au sein de la substance nerveuse encéphalique*; par M. Morel Lavallée, interne des hôpitaux.

Le nommé Louis B..., âgé de 13 ans, entre le 8 mars aux Enfants-Malades. (Service de M. Labric.)

Il y a quatre ans, il fut soigné pour une coxalgie; on lui mit un appareil qu'il garda un mois. Depuis, il marchait à peu près comme tout le monde.

En octobre dernier, il tomba et se démit la hanche; il boita depuis lors. Au commencement de février, il fut pris d'une fièvre intense, continue, que les parents attribuèrent aux lésions de la hanche; de fait, le médecin de la famille constatait dans la fosse iliaque externe un « énorme abcès près de s'ouvrir ». Cependant la fièvre augmentait, s'accompagnait de symptômes généraux graves, de diarrhée.

Le 6 mars, il avait une selle sanglante, rouge-noir. A son entrée : aspect typhique; facies blanc, marbré de rouge; gargouillement dans la fosse iliaque droite; ventre ballonné, tendu; pas de taches; bronchite bilatérale, mais intense, surtout aux parties supérieures des poumons. Comme état cérébral, c'est moins du délire vrai que de la surexcitation intellectuelle (poussée, il est vrai, jusqu'à la divagation). Ainsi le malade raconte assez nettement comment lui sont arrivés, il y a trois ans, les premiers accidents à la hanche gauche.

De ce côté on constate, dans la fosse iliaque externe, non un vaste abcès, mais, sous des tissus empâtés, la tête du fémur luxée qu'on fait tourner et crépiter sous la main. Le membre est dans l'extension et l'abduction. La palpation et les mouvements provoqués sont très douloureux. On pose le diagnostic de tuberculose à marche rapide, chez un coxalgique, avec une forte réserve pour la *fièvre typhoïde chez un tuberculeux pulmonaire probable*, surtout avant d'avoir appris des parents le mode de début de la fièvre.

12 *mars*. Diarrhée continuelle ayant absolument l'aspect et l'odeur des selles typhoïdiques. La température reste continuellement entre 39° et 40°. Ouverture d'un abcès au périnée, à gauche, sous le scrotum.

14 *mars*. Deux selles sanglantes dans la matinée, avec grumeaux blancs, jaunâtres. T. 38°,3. Bronchite des deux côtés, sans points soufflés. Ventre ballonné et douloureux. Vive surexcitation cérébrale, surtout à partir de 5 heures du soir. L'enfant se plaint, exige qu'on soit auprès de lui, appelant la sœur et l'interne dès qu'il les *voit*. Pupilles égales, pas de strabisme; pas de convulsions. Décubitus dorsal, les jambes allongées. Intelligence en somme conservée, exaltée, quoiqu'un peu obscurcie, le petit malade s'enquérant de son état, de sa fièvre, de l'époque de sa guérison. Sensibilité et motilité du corps et des membres, explorés au point de vue de granulations méningées possibles et trouvées intactes des deux côtés.

L'état du ventre, l'aspect de la diarrhée, les selles sanglantes, la température à peu près constamment élevée, l'absence de symptômes, de granulations méningées, attendues dans l'hypothèse de tuberculose thoraco-abdominale, feraient pencher aujourd'hui en faveur d'une *fièvre typhoïde*. Mort dans la nuit.

Autopsie. — *Cœur*. Caillots noirâtres dans les cavités gauches. Rien aux valvules. *Péricarde*, *larynx*, *plèvres*, rien. *Poumons* : Tuberculose miliaire jaune confluente. Poumon gauche : un tubercule caséo-crétacé gros comme une noisette, au sommet. Tout autour, granulations confluentes non encore caséifiées. Le lobe inférieur renferme beaucoup de tubercules miliaires; alentour, le poumon est congestionné et, sur une large surface, perdu pour l'hématose. Poumon droit : volumineux, présente à l'extérieur un mélange de parties emphysémateuses et atélectasiées. Beaucoup de granulations grises et de tubercules miliaires sous-pleuraux.

Les lobes *moyen et inférieur* renferment des granulations miliaires jaunes confluentes, mais surtout des granulations grises.

Dans le lobe *supérieur* la tuberculose est plus avancée : granulations jaunes, mais non encore ramollies.

© BIU Santé

Il a dû y avoir deux poussées granuleuses à intervalle.

Rate. Tubercules miliaires sur la capsule. Rien dans le parenchyme.

Foie. Gros et gras, rien dans le parenchyme.

Intestin grêle. Les plaques de Peyer sont un peu saillantes, quoique de couleur et d'aspect normaux. En remontant sur une longueur de 1 mètre à partir du cœcum, on voit les vaisseaux dilatés et congestionnés, mais régulièrement, sans dessiner de plaques. *Pas trace d'ulcération.*

Pas de tubercules dans l'intestin ni dans les ganglions mésentériques. Les hémorrhagies intestinales ont donc dû se faire en nappe, par exsudation. Hémorrhagies congestives de la tuberculose ou hémorrhagies prétuberculeuses, au point de vue local.

Encéphale. Pas d'adhérences de la pie-mère, qui est peu congestionnée, surtout en avant. Pas de granulations tuberculeuses. Pas de dilatation ventriculaire. Rien dans la toile choroïdienne. Coupe des hémisphères cérébraux normale, sans piqueté congestif.

Cervelet. A la face inférieure de l'hémisphère gauche proémine un tubercule gros comme une noisette, jaune, à moitié dur, criant sous le scapel. Grâce à une incision très superficielle, on l'énuclée comme un noyau de cerise.

Protubérance. Rien extérieurement. Mais à la coupe, on constate la présence, dans la partie supérieure droite de la protubérance, d'une cavité grosse comme la pulpe d'une noix, contenant du pus crémeux, jaune vert, nettement phlegmoneux. C'est un abcès, nettement enkysté; les autres lésions constatées sur le cadavre permettent seules de l'attribuer à du tubercule. Quant à la situation de la lésion elle occupe, en épaisseur, les 2/3 postérieurs de la protubérance; sa paroi postérieure est très mince. En largeur, elle ne s'étend pas tout à fait jusqu'à la ligne médiane qui couperait la protubérance. Comme hauteur elle occupe irrégulièrement plus de la moitié supérieure de la protubérance, au-dessous de la naissance du pédoncule cérébral supérieur droit. De sorte que la partie inférieure, *motrice*, de la protubérance, a pu être seulement comprimée, mais non détruite; de fait, il reste une certaine épaisseur de substance grise au-dessus des fibres commissurales. Mais les fibres supérieures, sensibles, étaient détruites par la *suppuration*.

Les fibres d'origine des troisième et quatrième paires pouvaient être refoulées sur la ligne médiane, intactes, ou seulement comprimées. Quant à la cinquième paire, plusieurs coupes pratiquées comparativement sur des protubérances saines montrent qu'il est difficile qu'elle ait été absolument respectée, au moins dans ses fibres d'origine les plus élevées.

Or, les symptômes de ces lésions encéphaliques ont été absolument nuls pendant la vie. Pas de décubitus latéral, en chien de fusil, ni protubérantiel. Pas d'hémiplégie motrice, ni de convulsions. Pas d'hémi-anesthésie gauche, chose facilement constatée puisque la jambe gauche, atteinte de coxalgie, a été plusieurs fois l'objet d'explorations qui arrachaient des cris au malade. Pas de strabisme, de photophobie ni de perte de la vue, symptômes recherchés avec soin puisque le diagnostic hésitait entre fièvre typhoïde et granulose pulmonaire ou généralisée.

Il y a donc eu lésion importante de la protubérance restée latente. Les centres nerveux montrent, il est vrai, de la tolérance pour les compressions établies lentement, mais est-ce le cas ici et quel temps a mis à se développer cette lésion qui offre l'aspect, non d'un tubercule ramolli, mais d'un abcès, d'un *phlegmon.... tuberculeux*, sous la réserve de l'examen histologique. La cornée ne présentait aucune altération; malheureusement, à l'autopsie, il n'a pas été procédé à l'ouverture de l'œil, non plus qu'à l'examen histologique du tronc du trijumeau.

Micrographie. La paroi du kyste suppuré est grisâtre, résistante, tomenteuse en dedans, épaisse de deux à trois millimètres. Elle est recueillie dans l'alcool absolu. La recherche des bacilles y est pratiquée par nous-même, d'une façon extemporanée, après un séjour de vingt minutes dans le liquide fuchsine d'Erlich exposé à la chaleur et une seconde coloration de la pièce au violet :

La paroi du kyste renferme, dans toute son épaisseur, une énorme quantité de bacilles.

Un second examen, pratiqué après un séjour de vingt-quatre heures dans le réactif colorant, par M. Richardière, a donné le même résultat. Cependant il résulte de nos recherches communes que toutes les coupes, c'est-à-dire tous les points de la paroi ne renferment pas de bacilles. Ce fait de la présence des micro-organismes de la tuberculose au milieu de la substance nerveuse, dans un foyer enkysté, à l'abri de l'air extérieur, nous paraît présenter un grand intérêt, en dehors de la tolérance de la protubérance pour une lésion de grosse étendue.

Séance du 28 *Mars* 1884. — Présidence de M. Cornil.

16. Sarcôme des bourses; par M. F. Lejars, interne des hôpitaux.

Dum... Félix, épicier, âgé de 24 ans, entre le 21 mars 1884, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 21 (service de M. le Dr Th. Anger). C'est un garçon vigoureux, qui ne présente rien de suspect dans ses antécédents héréditaires. Aucun accident diathésique. Pas de maladies vénériennes. Il y a dix-huit mois, étant au service militaire, il s'aperçut par hasard de l'existence d'une petite tumeur grosse comme une noisette, à la partie antérieure du testicule gauche, tumeur dure, et à peu près complètement indolente, même à la pression.

Au mois d'octobre 1882, il quittait le régiment. Sa tumeur conservait à peu près son même volume primitif. Pendant un an, elle demeura stationnaire. Ce ne fut que vers le mois d'octobre 1883, qu'elle commença à grossir par poussées successives; ces deux mois, elle acquit à peu près le volume des deux poings. Un médecin consulté, fit d'abord une ponction qui ne donna qu'un peu de sang. Le 6 décembre, l'ablatation de la tumeur fut pratiquée. Nous n'avons aucun renseignement précis sur l'opération. Au bout d'un mois, la plaie était guérie; on trouve encore aujourd'hui une cicatrice longitudinale qui descend sur la face antérieure du scrotum, à gauche. Dans les premiers jours de mars 1884, apparut une nouvelle induration à la partie inférieure et postérieure des bourses. Du reste indolence à peu près complète, à part un peu de gêne dans la marche et quelques élancements. Dans l'espace de vingt jours, la tumeur récidivante acquit le volume que nous constatons aujourd'hui. Nous trouvons une tumeur grosse comme une tête d'enfant, irrégulièrement sphérique. A droite, la surface est unie; sur la ligne médiane, se voit la trace du raphé, dévié et sinueux. A gauche, la masse est bosselée et présente d'avant en arrière, près de la racine de la verge, une première ulcération, de 6 centimètres de diamètre environ, à bord décollé, au fond de laquelle s'élève un double mamelon noirâtre et saignant. Plus bas, un gros bourgeon, du volume d'une pomme, à surface accidentée, non ulcéré. Enfin, séparée du précédent par une dépression profonde en forme d'arcade, une autre bosselure moins saillante. A la partie moyenne du raphé, siège une dernière ulcération, de la largeur d'une pièce de 2 francs, à fond proéminent. A droite, la peau, sillonnée de veines volumineuses, est mobile sur le plan profond; à gauche, elle est rougeâtre, épaissie, et adhérente au tissu morbide sous-jacent. Par la palpation, on peut suivre le cordon droit jusqu'à un centimètre au-dessous de l'abdomen inguinal où il se perd dans la tumeur. Celle-ci est dure et élastique dans toute sa partie gauche et postérieure; à droite et en avant, on trouve de la fluctuation et la pression à ce niveau donne au malade la sensation spéciale que provoque la pression du testicule. On ne trouve de ganglions ni aux aines, ni dans les fosses iliaques. L'état général demeure relativement bon. Le malade n'a que peu maigri; il ne tousse pas, et ne présente aucun signe de généralisation commençante. L'ablation totale de la tumeur est pratiquée le 27 mars. M. Th. Anger, incise cir-

© BIU Santé

culairement au thermo-cautère, la racine des bourses; les potions scrotale et périnéo-bulbaire de l'urèthre sont disséquées dans toute leur étendue, les deux cordons, liés en masse. Il résulte de là, une plaie comprenant presque toute la surface du périnée, et que l'on réunit partiellement par quelques points de suture. Pansement à l'alcool.

10 *avril*. — Aucun accident local ne s'est produit. Les ligatures des deux cordons spermatiques sont tombées il y a quelques jours. Pas d'hémorhagies. La plaie bourgeonne.

L'*Examen de la tumeur* a donné les résultats suivants : A droite, le testicule, entièrement sain, est contenu dans une sorte de loge formée par la masse néoplasique et tapissée par la vaginale ; il existe un degré notable d'hydrocèle. A gauche, on ne trouve plus trace du testicule : La tumeur proprement dite, bosselée à la surface, de consistance ferme, ne crie pas à la coupe. La surface de section est d'une coloration panachée : d'un gris jaunâtre dans la majeure partie de son étendue, elle est creusée d'assez nombreuses cavités pleines de caillots. A l'extérieur, le tissu morbide plonge dans l'épaisseur de la peau sous forme de végétations papilleuses. Par le raclage, on obtient une petite quantité de suc granuleux. L'examen microscopique sera fait par M. Babinski.

Réflexions. — Nous insisterons sur deux points : 1° la rapidité de cette récidive, qui, en vingt jours, a pris d'énormes proportions ; 2° la situation du testicule droit, absolument indemne, mais si bien enlevé dans la masse néophasique qu'il eût été impossible de ne pas le sacrifier.

17. Myome sous-cutané douloureux ; par Jardet.

Le nommé X..., sergent de ville, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Nicaise, pour une petite tumeur sous-cutanée douloureuse, située à la partie externe du genou droit. — Au toucher on sent une petite saillie dure, grosse comme un petit pois et adhérente à la peau. Cette grosseur glisse facilement sur les parties profondes. — Son début a passé inaperçu. — Le malade n'a commencé à en être incommodé que depuis deux ans et il éprouve à ce niveau des douleurs survenant spontanément sans causes appréciables. — Le toucher et la pression n'éveillent de la douleur qu'à certains moments. — Pas d'ulcération ni de modification de la peau à ce niveau.

La tumeur est enlevée et nous est apportée au laboratoire par M. Lauth, interne du service. Les coupes, au niveau de la partie moyenne de la tumeur, montrent qu'il s'agit d'une production située dans la couche profonde du derme, production colorée en rouge par le picro-carminate. — A la périphérie la tumeur est nettement séparée des parties voisines. Au centre on voit des fibres dirigées dans différents sens. Les unes sont groupées autour d'un axe qu'elles semblent entourer en formant des couches concentriques. — D'autres ont une direction plus ou moins oblique. — Les pièces colorées par le violet de méthyle B et décolorées par l'alcool montrent sur la coupe des noyaux allongés analogues à ceux des fibres musculaires lisses. — A côté se voient des noyaux arrondis de cellules conjonctives. L'ensemble de la tumeur présente l'aspect des myomes utérins, et traitées par l'acide osmique elles ne laissent voir absolument aucune fissure nerveuse à myéline. — Il s'agit donc, dans ce cas, d'un myome ou plutôt d'un fibromyome sous-cutané isolé développé à la partie externe du genou sans causes appréciables.

18. Dilatation bronchique chez un enfant de 6 ans. — Pneumonie chronique ; par H. Richardière, interne à l'hôpital des Enfants Malades (service de M. Rendu, clinique de la faculté).

M. Richardière présente un poumon provenant de l'autopsie d'une petite fille de 6 ans, morte à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de la clinique de la Société de médecine.

Les bronches du poumon sont dilatées dans presque toute leur étendue. Les bronches de fort calibre sont uniformément dilatées; les bronches de moyen et de petit calibre présentent de place en place des dilatations ampoulaires, dont quelques-unes ont le volume d'une grosse noisette. Ces ampoules sont en assez grand nombre pour remplacer presque tout le parenchyme pulmonaire. Elles sont séparées par de petites cloisons membraneuses de peu d'épaisseur ; les cloisons sont formées par les muqueuses bronchiques adossées. Les dilatations ampoulaires donnent au poumon l'aspect d'une éponge à grandes logettes. Elles sont d'ailleurs plus nombreuses et plus vastes dans les lobes inférieur et moyen. Le lobe supérieur présente surtout de la dilatation cylindrique des bronches, mais très peu de dilatation ampoulaire. Le peu de tissu pulmonaire qui persiste entre les dilatations bronchiques présente une altération des plus remarquables. Il est profondément sclérosé, d'apparence lardacée, de consistance dure et résistante. Il est atteint de pneumonie chronique fibroïde. C'est surtout dans le lobe supérieur qu'on peut se rendre compte de cette altération ; il semble qu'en ce point les lésions soient moins avancées et qu'on assiste aux premières phases du processus. En ce point, le tissu conjonctif est encore peu rétracté et, par suite, la dilatation est peu prononcée. Les logettes formées par les bronches dilatées sont tapissées par une membrane lisse, rougeâtre, qui, examinée au microscope, présente encore les principaux éléments de la muqueuse bronchique. Pendant la vie et au moment de la mort, ces loges étaient remplies de pus horriblement fétide, renfermant quelques grumeaux comparables à du mastic. Nulle part, on ne pouvait constater la présence de tubercules. La plèvre était un peu adhérente ; mais les adhérences étaient molles, peu résistantes et se laissaient facilement déchirer.

Le thorax, qui renfermait le poumon, était profondément déformé au niveau du viscère. Il était aplati d'avant en arrière, réduit considérablement de capacité. Le côté droit du thorax, comparé au côté gauche, présentait une capacité moitié moindre. Le poumon gauche était parfaitement sain, sans tubercules. Il était seulement très emphysémateux. Le cœur était normal. Le ventricule droit n'était nullement dilaté.

Enfin, les autres organes n'offraient rien de particulier à signaler. L'histoire clinique de cette enfant avait présenté plus d'un côté intéressant. Cette petite fille, âgée de 6 ans au moment de sa mort, était malade depuis trois ans. Elle avait commencé par avoir une pleurésie, qui, au dire de ses parents, avait duré trois semaines. Depuis cette pleurésie, elle avait toussé. Cette toux durait depuis trois ans. De temps en temps, l'enfant présentait un peu de fièvre, se plaignait du côté, puis cet état aigu se calmait et les choses reprenaient leur cours. Il y avait un an que l'enfant était à l'hôpital, et au moment où M. Rendu prit le service de la clinique, elle présentait les signes de la cachexie la plus avancée. Elle était profondément anémiée, amaigrie. Ses doigts offraient la déformation hippocratique la plus nette. Elle avait presque tous les jours des vomiques purulentes assez abondantes pour remplir deux ou trois crachoirs. Les signes stéthoscopiques étaient naturellement ceux que donne la présence d'une excavation dans le poumon. On percevait une matité des plus nettes. On entendait du gargouillement, du souffle amphorique, et cela dans presque toute l'étendue de la poitrine, du côté droit, avec prédominance à la base. Le poumon gauche était absolument normal, quant à la percussion et à l'auscultation. La petite malade n'avait d'ailleurs pas de fièvre le soir, pas de diarrhée. Le pus des vomiques, examiné à plusieurs reprises, ne renfermait pas de bacilles de Koch. M. Rendu, envisageant l'ensemble des symptômes, s'appuyant sur l'unilatéralité des lésions, l'absence de fièvre le soir, l'absence de bacilles dans les crachats, porte le signe de dilatation bronchique.

Examen histologique. — Les coupes portant sur le lobe supérieur, dans les points où la dilatation des bronches est le moins prononcée, montrent les altérations suivantes :

La paroi des bronches est le siège d'une inflammation intense. Les diverses tuniques sont infiltrées de cellules

© BIU Santé

embryonnaires nombreuses. Les fibres musculaires ont en partie disparu. Les fibres élastiques sont encore visibles. L'épithélium a persisté en plusieurs points. L'inflammation s'est propagée au tissu conjonctif peu bronchique, qui est également infiltré de cellules embryonnaires.

Plus on s'éloigne de la bronche, plus les lésions sont anciennes. Le tissu conjonctif est formé de fibrilles compactes, serrées les unes contre les autres. Dans le lobe inférieur, les lésions sont à peu près les mêmes, mais plus avouées. La dégénérescence fibreuse a gagné l'enveloppe la plus externe des bronches. Les éléments normaux des parois sont à peine reconnaissables. Il semble, en raison de la répartition des lésions, de leur degré beaucoup plus avancé en dedans de la bronche, que le tissu péribronchique ait été le siège primitif du processus.

Il s'agirait d'une pneumonie interstitielle.

L'Autopsie de la petite fille morte de diphthérie contractée dans les salles montra la réalité de ce diagnostic.

Pour nous résumer, il s'agissait donc d'une dilatation bronchique presque généralisée, cylindrique au sommet, ampoulaire dans les lobes moyen et inférieur. Cette dilatation bronchique semblait vraisemblablement due à une broncho-pneumonie chronique, que l'état lardacé du parenchyme pulmonaire rendait manifeste. La pleurésie chronique semblait avoir eu peu de part dans la pathogénie de l'affection. En effet, les adhérences pleurales étaient trop peu abondantes et surtout trop faibles pour avoir été la cause d'une altération semblable. Enfin, l'inflammation chronique des parois bronchiques était évidente à l'examen microscopique.

Chose intéressante, et contrairement à ce qui se passe dans la majorité des cas, nulle part on ne pouvait constater la présence de tubercules. Cette lésion est très rare chez les enfants, facile à confondre avec la tuberculose cavitaire. On pouvait cependant la reconnaître cliniquement, et on en a affirmé la nature pendant la vie à l'aide des trois signes suivants : 1° Unilatérabilité des lésions ; 2° absence de fièvre et de diarrhée ; 3° absence de bacilles dans l'expectoration.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 décembre 1884. — Présidence de M. M. Sée.

M. Périer lit un rapport sur deux observations de taille hypogastrique adressées à la Société par M. Houzel et par M. Delaunoy. Les deux opérés ont guéri, bien que dans le cas traité par M. Delaunoy, il y eut eu rupture de la vessie et pénétration de l'eau boriquée dans le tissu sous-péritonéal.

M. Tillaux est frappé de la longueur de l'incision vésicale (7 à 8 centim.) faite par M. Delaunoy. M. Tillaux a fait, il y a quinze jours, une taille hypogastrique chez un sujet de 15 ans, dont le périnée n'était pas abordable (coxalgie) et il a pu constater que la taille hypogastrique présentait plus de difficultés chez l'enfant que chez l'adulte. L'enfant est guéri.

M. Monod a assisté M. de Saint-Germain dans une opération de taille hypogastrique sur un jeune sujet, et il a pu constater que les difficultés étaient un peu plus grandes que chez l'adulte.

M. Tillaux pense que chez l'adulte, la taille hypogastrique est plus facile, tandis que chez l'enfant la taille périnéale n'a que peu d'inconvénients et présente aussi peu de difficultés.

M. Ledentu partage les réserves exprimées par M. Tillaux.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de M. Poulet : *Trépidation épileptoïde du bras d'origine traumatique*, guérie par l'élongation du plexus trachéal dans l'aisselle. (Voir le *Progrès médical* du 20 décembre). Tous les traitement antérieurs avaient échoué. L'opération n'offrit pas de difficultés.

M, Berger constate que la statistique des succès obtenus par l'élongation a été souvent faite, mais que l'on a été beaucoup plus réservé à l'égard de la statistique des insuccès et des terminaisons fatales. Ces dernières offraient de l'intérêt. M. Berger raconte une élongation qu'il a pratiquée à Bicêtre sur un vieillard atteint d'hémiplégie avec convulsions épileptoïdes des membres inférieurs ; bien que l'opération eût été faite avec toutes les précautions antiseptiques, l'opéré fut enlevé en 48 heures par une septicémie aiguë ; or, à l'autopsie, on put suivre le pus remontant le long du sciatique et conduisant à une méningo-myélite suppurée. Peut-être l'opération a-t-elle été le coup de fouet à une inflammation chronique. M. Berger qui n'a jamais obtenu que de médiocres résultats de l'élongation, ne croit pas à l'avenir de cette opération.

M. Verneuil déposera une observation d'élongation du nerf radial ; il préfère la neurotripsie à l'élongation.

M. Ledentu a élongé plusieurs fois des nerfs de la face, chez des malades atteints de tics douloureux ; une fois une élongation du lingual a suffi pour calmer une névralgie spasmodique très douloureuse du trijumeau ; la guérison a duré trois mois ; au bout de ce temps la maladie revint ; les douleurs avaient reparu dans les autres branches du trijumeau. On fit l'élongation du sous-orbitaire, il y eut encore une amélioration momentanée ; mais la malade vient de rentrer dans le service de M. Périer. Dans un autre cas, le résultat fut nul. Dans un troisième cas, le succès se maintient depuis trois ans. M. Ledentu a fait aussi une résection du nerf auriculo-temporal chez une malade atteinte de tic facial douloureux ; cette résection sans traction a donné un résultat satisfaisant, en ce sens que l'acalmie a duré 18 mois.

M. Périer a déjà guéri deux fois la malade dont vient de parler M. Ledentu, une fois avec la teinture de colchique, le résultat dura un mois ; la seconde fois par l'électropuncture ; en ce moment il la traite par le chlorure de méthyle.

M. Pozzi a fait la résection du nerf sous-orbitaire sur une malade atteinte de tic douloureux. Les douleurs ont cessé complètement pendant un an. Au bout de ce temps la malade est venue demander qu'on lui fasse la même opération. M. Pozzi trouva un nerf complètement reconstitué et en enleva encore un centimètre ; il y a de cela huit mois, et la guérison persiste. C'est en tout cas une opération palliative excellente.

M. Monod, en relevant les cas d'élongation du nerf maxillaire inférieur, n'a trouvé qu'un seul succès, appartenant M. M. Sée.

M. M. Sée : la guérison de cette malade a persisté pendant 18 mois ; puis les douleurs sont revenues, et j'ai détruit par cautérisation le nerf oculaire sur une longueur de deux centimètres ; la malade est de nouveau guérie.

M. Tillaux a réséqué le nerf maxillaire supérieur et la malade est guérie depuis huit ans.

M. Terrillon a fait la même opération et la guérison a duré trois ans ; au bout de ce temps la récidive est venue.

M. Chauvel dit qu'il serait nécessaire de distinguer entre les élongations des gros nerfs et l'élongation du nerf de la face, entre les cas où l'on intervient pour des troubles musculaires et ceux dans lesquels l'intervention est dirigée contre des troubles de la sensibilité.

M. Tillaux a fait trois élongations du sciatique ; deux fois dans des cas de ténatos dont la marche fatale ne fut pas interrompue ; une troisième fois pour une névralgie qui fut améliorée.

(La discussion continuera dans la prochaine séance.)

M. Bouilly présente un malade auquel il a fait l'opération de la cure dite radicale pour deux hernies inguino-scrotales énormes, réductibles, mais qu'aucuns bandages ne pouvait maintenir réduites. L'anneau gauche admettait trois doigts, l'anneau droit, deux. Du côté droit le sac fut incisé, les intestins réduits, et l'opérateur se contenta de faire une suture en bourse du sac au niveau de l'orifice inguinal externe ; les parties du sac qui n'adhéraient pas au cordon furent réséquées et suturées. A gauche la même opération fut répétée. Le malade a guéri. Les hernies sont arrêtées au niveau de l'orifice inguinal et l'opéré peut main-

© BIU Santé

tenant porter un bandage qui retient effectivement les hernies. M. Bouilly pense qu'il y aurait avantage à laisser ouverte la vaginale qui se cicatrisant alors à l'air libre, se réunirait par seconde intention et donnerait ainsi une cicatrice plus solide.

Au cours de la séance deux commissions ont été nommées.

Commission pour l'examen des candidats au titre de membres correspondants nationaux, MM. Trélat, Bouilly, Berger, Horteloup, Terrillon.

Commission pour l'examen des candidats au titre de membres correspondants étrangers : MM. Nicaise, Tillaux, Monod, Guéniot P. POIRIER.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XXV. Note sur les effets antizymotiques du tabac, par le Dr PÉCHOLIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 1883, Bœhm, édit.

XXVI. Traitement dosimétrique de la diphtérie par le sulfure de calcium, par le Dr A. FONTAINE. Paris, Institut de médecine dosimétrique.

XXVII. Bains de vapeurs térébenthinées contre les maladies par ralentissement de nutrition. Action de l'ozone, par le Dr Ernest BRÉMOND fils. Paris, 1884. Paul Dupont édit.

XXVIII. Etude comparée de médicament et de la série médicamenteuse, par le Dr DUBOUÉ (de Pau). Paris, Masson, édit.

XXIX. Annuaire de thérapeutique, pour 1885, par A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. Félix Alcan, édit.

XXV. Si, par cette petite brochure, extraite du journal *Montpellier médical*, M. Pécholier s'expose à toutes les haines de la *Société contre l'abus du tabac*, en revanche il aura bien mérité du Budget et de la Régie dont il prend la défense, dans un de leurs intérêts les plus chers.

L'opinion qu'il soutient, du reste, n'est pas nouvelle, à savoir l'action préservatrice du tabac contre plusieurs maladies et surtout contre des épidémies. Willis, il y a longtemps déjà, recommandait l'usage du tabac dans les camps. Dimerbroeck avait observé, lors de la peste de Londres et de Nimègue, que le fléau n'avait pas approché des maisons où l'on vendait cette solanée. D'autres médecins ont répété des affirmations semblables. Les traditions populaires témoignent dans le même sens; tout le monde sait que la nicotine tue les puces, les poux, et que la gale et la teigne ne résistent pas à des lotions faites avec de la décoction de tabac. Il en est de même des insectes : mites, moustiques, punaises, auxquels la fumée est absolument hostile.

Or, les microbes, organismes encore plus rudimentaires, et qui sont la source de tant de maladies contagieuses, devront également être détruits par la nicotine. Certains faits démontrent déjà que cette opinion n'est pas une simple vue de l'esprit, entre autres l'immunité acquise contre la phtisie pulmonaire par les ouvriers qui travaillent dans les manufactures de tabac. On trouve, en effet, dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* de 1843 un très intéressant rapport du vicomte Siméon, directeur général des tabacs à cette époque, dans lequel il est rendu compte d'une enquête faite sur la santé des ouvriers employés dans les manufactures de tabac de Paris, le Havre, Lille, Strasbourg, Lyon, Marseille, Toulouse, Tonneins, Bordeaux et Morlaix : tous les médecins attachés à ces établissements sont unanimes à constater l'utilité de la profession contre l'apparition de la phtisie pulmonaire. Il faut signaler toutefois une contre-partie, c'est que les lésions de la tuberculose s'aggravent, lorsque celle-ci est déjà déclarée chez les ouvriers, quand ils entrent dans les manufactures.

XXVI. Un, deux ou trois granules de sulfure de calcium, doivent être pris toutes les demi-heures, suivant l'intensité du mal et la force du malade, jusqu'à saturation du corps, c'est-à-dire jusqu'à ce que les excrétions répandent une odeur d'hydrogène sulfuré. On peut ainsi en donner, dans les vingt-quatre heures, 30 centigrammes à un enfant de un à deux ans, 60 centigrammes à des adultes.

Tel est, d'après M. le Dr Fontaine, le traitement par excellence de la diphtérie, découverte qui fait exulter tous les dosimètres. « C'est, dit le Dr Burggræve dans une préface à cette brochure, un des faits capitaux de notre époque..... Cette découverte placera le nom de son inventeur à côté de celui de Jenner..... » Un peu plus, on élèverait une statue à M. Fontaine!

A en croire ce médecin, sur 444 cas, tant légers qu'hypertoxiques, il n'aurait eu que 41 décès, statistique assurément bien séduisante et qui doit engager tous les praticiens à expérimenter cet agent médicamenteux. Malheureusement, dans tous ses cas, le Dr Fontaine a associé au sulfure de calcium un traitement qu'il considère comme secondaire (vomitifs, acide chlorhydrique, borax, permanganate de potasse, etc.), et qui, pour nous, pourrait bien être capital, ou tout au moins atténuer largement l'excellence du médicament qu'il préconise.

XXVII. L'auteur, qui a déjà écrit plusieurs notes sur le traitement de diverses affections par les bains de vapeurs térébenthinées, étudie, dans ce nouveau travail, le mode d'action qui préside aux effets de ce médicament sur l'organisme. C'est dans les phénomènes chimiques qui se produisent dans le sang que l'on doit en chercher le mécanisme. La surexcitation des fonctions et le relèvement des forces que l'on observe après le traitement s'expliqueraient par l'augmentation de l'urée et la diminution de l'acide urique. Or, ces modifications chimiques sont dues à une oxydation qui se produit elle-même par suite de quantités assez appréciables d'ozone environnant le malade pendant le bain.

Par conséquent, lorsqu'on pratique la médication des vapeurs térébenthinées, c'est par l'ozone, ou si l'on veut la médication oxygénée, que l'on agit sur le malade. On s'explique donc l'action bienfaisante que l'on obtiendra dans un grand nombre d'affections pour lesquelles l'oxygène est formellement indiqué; nous citerons la polysarcie, les affections de l'utérus, les traumatismes chirurgicaux, les catarrhes vésicaux, la sciatique, la goutte, le rhumatisme, etc.

XXVIII. Cet ouvrage, assez considérable, est un résumé consciencieux, tant des travaux antérieurs que des recherches personnelles de l'auteur, des propriétés physiologiques et thérapeutiques des principaux médicaments, notamment de la série sédative et excito-motrice. On y trouvera quelques vues originales, en particulier sur l'action curative du tannin et du seigle ergoté.

La fin du livre est consacrée à l'étude du *mal des montagnes*, état pathologique que M. Duboué, en raison de sa résidence au pied des Pyrénées, était mieux que personne à même d'étudier. Il lui assigne des symptômes analogues à ceux de la fièvre typhoïde. Quant à sa physiologie pathologique, le mal des montagnes représente l'asphyxie dans sa modalité la plus simple. Un homme est habitué à une certaine dose d'oxygène, dose dont il a besoin pour maintenir sa tension sanguine dans les limites nécessaires pour lui à l'entretien de la nutrition et de la vie. Or, tout d'un coup, cette dose descend à la moitié, au quart et même à beaucoup moins, de la dose normale. Il arrive alors que tous ses muscles, et ceux du cœur et des vaisseaux en particulier, sont frappés d'une impuissance relative, la tension sanguine s'affaiblit, et le liquide nourricier, ralenti dans son cours, n'arrive plus aux poumons pour s'y revivifier. Que faut-il pour faire cesser cet état d'asphyxie? De deux choses l'une : ou augmenter la tension sanguine par un moyen quelconque, tout en restant dans le même air peu oxygéné; ou respirer sur-le-champ dans un milieu plus dense où la tension sanguine ne tarde pas à s'effectuer dans des conditions relativement meilleures ou normales.

XXIX. Ce petit livre, qui contient le résumé des travaux de thérapeutique et d'hygiène publiés en 1883, relate quelques médicaments nouveaux dont nous ne citerons seulement que les principaux, la plupart ayant déjà été passés en revue par nous dans le courant de l'année dernière.

Dans les médicaments névrotrophiques et narcotiques,

© BIU Santé

on trouve la *chloranodyne* (Parcke et Davis, pharmacopée américaine) qui, à la dose de 0,03 c., serait supérieure à la morphine : — la *piscidia erythrina* (3 gr. de macération d'écorce, Landowski); — la teinture de *cannabis indica* (XXX gouttes dans une potion), très efficace dans la ménorrhagie (Deniau); — l'ergot de seigle dans la paralysie saturnine (Hiles).

Dans les anesthésiques, on note le *nitrite d'amyle*, préconisé par M. Huchard dans le traitement des accès d'angine de poitrine (6 à 20 gouttes). De même, la *nitro-glycérine*, que l'on pourra employer de la façon suivante : Eau distillée, 300 gr.; solution de nitro-glycérine au cent., XXX gouttes, 3 cuillerées par jour au maximum.

Parmi les médicaments analeptiques, la *glycérine* tient le premier rang (Semmola). Employée dans le traitement des fièvres aiguës (20 gr. en 24 heures), elle diminue rapidement le mouvement fébrile, comme le prouve l'abaissement de la quantité d'urée. Ce même médecin vante l'utilité de l'*iodoforme* dans le traitement des affections bronchopulmonaires caséeuses (5 à 50 cent. par jour).

Signalons enfin le traitement des chancres phagédéniques par l'*acide pyrogallique* (Vidal); — la macération de graines de jequirity (3 p. 100) pour modifier les granulations de la conjonctive; — l'emploi du *sublimé corrosif* (2 p. 1,000) dans l'antiseptie puerpérale et chirurgicale; — celui du *naphtol* dans les affections de la peau (Sombret), etc.

F. Bottey.

CORRESPONDANCE

De l'aseptol.

La lettre suivante a été adressée à la *Tribune médicale* :

« Monsieur le rédacteur en chef,

« Permettez-moi de répondre à une lettre publiée dans le numéro du 23 novembre de la *Tribune médicale*, puisque cette lettre me vise directement. Je prépare, en effet, de l'*acide orthoxyphénylsulfureux* ou *aseptol*, que moi et des collaborateurs avons introduit dans la pratique médicale courante en 1883. Il a même été publié par nous (octobre 1883) une brochure constituant une étude complète sur l'acide orthoxyphénylsulfureux ou aseptol au point de vue *chimique*, *physiologique* et *thérapeutique*.

« A la suite de notre publication, différents journaux en ont spontanément publié des extraits, entre autres le *Journal de pharmacie d'Anvers*, février 1884 ; le *Répertoire de pharmacie de Paris*, juin 1884 ; le *Journal de pharmacie et de chimie*, juillet 1884, etc. Enfin des praticiens distingués et dont l'autorité est indiscutable, les docteurs Leroy, Van den Schrieck, Janssens, Wangermée, Caeymaex, etc., publiaient déjà, en février 1884, des observations très intéressantes concernant les applications thérapeutiques de l'aseptol et les résultats de son emploi.

« La question de priorité en notre faveur est donc bien établie, puisque c'est seulement en juillet 1884 qu'il a été présenté d'autre part à la Société de biologie un travail sur l'acide orthoxyphénylsulfureux au point de vue purement physiologique. Et nous avions donné à l'acide orthoxyphénylsulfureux la dénomination pratique d'*aseptol* (de *a* privatif et *septon*, pourriture) — ce qui indique bien ses propriétés — plus d'un an avant que d'autres n'eussent l'idée de trouver un nom différent.

« L'aseptol a été employé tout d'abord en Belgique, c'est vrai ; mais ce n'est pas la première fois qu'on aura vu une invention ou découverte toute française obtenir d'abord sa sanction à l'étranger. Par contre, nous voyons en ce moment un produit allemand (véritable remède secret) obtenir ici un réel succès, et donner lieu à de longues et savantes observations cliniques, alors que *personne* n'en connaît ni la composition, ni la formule, ni le mode de préparation ?

« Evidemment l'aseptol est connu depuis longtemps dans le domaine de la chimie pure ; mais les premiers nous en avons fait connaître les précieuses propriétés et les vastes applications.

« Ces simples explications, *avec toutes preuves à l'appui*, nous dispenseront d'insister davantage. Il est toutefois un point sur lequel nous sommes d'accord avec notre contradicteur, c'est qu'en effet les propriétés *antiseptiques*, *antifermentescibles* et *antiputrides* de l'acide orthoxyphénylsulfureux ou aseptol sont indéniables. Nous le savions, et précisément l'avions démontré longtemps avant qu'il n'en fût question à la Société de biologie. Quant à la valeur de notre produit (l'aseptol), nous serons toujours à la disposition des médecins qui, ne l'ayant pas encore employé, voudront en faire l'essai.

« Veuillez agréer, etc. « E. Gautrelet. »

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Séance du 17 décembre. — Présidence de M. Brisson.

Subvention à la Maison nationale de Charenton. (Chap. XXXIII, 66,419 fr.). — Recrutement par le concours du personnel médical de la Maison de Charenton et des Asiles de Vincennes et du Vésinet.

M. le Président. Sur ce chapitre et sur le suivant, M. Bourneville a demandé la parole. La parole est à M. Bourneville.

M. Bourneville. Messieurs, je ne viens pas vous proposer une modification du crédit affecté à la Maison nationale de Charenton, mais je viens, à propos de cet article, demander à M. le Ministre de l'intérieur une modification dans le mode de recrutement du personnel médical de cet établissement. Aujourd'hui, médecins et internes sont nommés par le ministre. Je pense être soutenu par la majorité de cette assemblée en demandant à M. le ministre de l'intérieur de bien vouloir instituer le concours pour le recrutement du personnel médical de cet établissement. Actuellement, les médecins sont jeunes, actifs, intelligents et probablement rempliront encore pendant longtemps leurs fonctions à la satisfaction de l'administration. Mais les internes sont nommés tous les ans, ou, du moins, tous les ans il y a un certain nombre d'emplois vacants. J'ai déjà eu l'occasion de signaler à M. le ministre les inconvénients du mode de recrutement actuel. Je suis convaincu qu'il les reconnaît lui-même de la façon la plus complète.

J'ai à indiquer aussi combien il serait facile de faire la réforme que je réclame. En effet, les internes des asiles de la Seine sont nommés par concours tous les ans ; or il serait facile de joindre chaque année les places vacantes d'interne à Charenton à celles des asiles de la Seine, de sorte qu'il n'y aurait qu'un seul concours et cela sans nouvelle dépense. Le jury existe et ne comporterait qu'une simple modification, c'est-à-dire qu'il faudrait que les médecins de Charenton en fissent partie à tour de rôle.

Les mêmes considérations s'appliquent au recrutement du personnel médical des asiles de Vincennes et du Vésinet. Toutefois, le recrutement ne devrait pas se faire par le concours dont je viens de parler, mais par le concours général des hôpitaux de Paris.

Je suis persuadé que la Chambre s'associera à ma réclamation et que M. le Ministre de l'intérieur trouvera, tant de la part de M. le préfet de la Seine que de la part de M. le directeur de l'Assistance publique, la plus grande bonne volonté. Cette solution fera honneur à M. le ministre, bien que ce soit une réforme secondaire. Elle recevra aussi l'approbation de tous ceux qui cherchent à exciter l'émulation parmi la jeunesse studieuse ; elle procurera aux chefs de service des auxiliaires intelligents et laborieux, et, d'autre part, elle assurera aux malades des soins plus éclairés. (Très bien ! très bien ! à gauche.)

M. le Président. M. le ministre de l'intérieur a la parole.

M. Waldeck-Rousseau, ministre de l'intérieur. Messieurs, mon attention avait été appelée par notre honorable collègue sur les réformes dont il vient de vous indiquer les éléments. Je puis répondre que cette réforme est décidée en principe. Je reconnais la justesse des observations qui viennent d'être présentées : les mesures seront mises en application aussitôt qu'on aura pu compléter l'organisation préparatoire qui est nécessaire. Notre collègue reçoit donc un commencement de satisfaction par la déclaration que je fais en ce moment. (Très bien ! très bien !)

M. le Président. Je mets aux voix le chapitre 33. (Le chapitre 33 est adopté).

Société de médecine de Paris. — La Société a procédé au renouvellement de son bureau pour 1885. Ont été élus : M. de Beauvais, président ; M. Gillebert d'Hercourt père, vice-président ; M. Thomas, secrétaire général ; M. Perier, trésorier ; M. Rougon, archiviste : MM. Christian et Deligny, secrétaires annuels ; MM. Polaillon et Richelot fils, membres du Conseil d'administration.

© BIU Santé

VARIA

Autopsie proprement dite (1)

VI. Examen du péritoine pariétal et de l'épiploon.

Au moment de l'ouverture de la cavité abdominale, le péritoine pariétal et le grand épiploon ont déjà été l'objet d'un examen, nous ne dirons pas superficiel, mais préliminaire. C'est seulement lorsqu'il s'agit d'étudier les organes abdominaux qu'il convient, en cas de besoin, de revoir le péritoine, y pratiquer un examen plus approfondi parfois accompagné de coupes. L'attention doit surtout porter sur les lésions inflammatoires, sur la présence de tubercules (qu'il ne faut pas confondre avec les petits amas adipeux de l'épiploon atrophié et les carcinomes miliaires). Avant d'enlever la rate il est bon de constater l'état de l'arrière-cavité des épiploons en introduisant l'index gauche dans l'hiatus de Winslow. Il est des cas, par exemple, dans les péritonites adhésives, où, contrairement à la règle, on est obligé d'enlever en un seul bloc tous les organes de la cavité abdominale et de procéder à leur examen de la façon la plus appropriée au cas spécial; c'est ainsi que l'étude de ces organes peut débuter par la région postérieure, etc.

VII. Examen de la rate (2).

a) *Enlèvement et examen externe.* — On enlève la rate en passant la main gauche entre l'estomac et la paroi abdominale jusqu'à l'extrémité gauche de la grosse tubérosité; on saisit l'organe à pleine main et on l'attire à soi avec facilité s'il n'existe pas d'adhérences. Dans ce dernier cas, on les détruit avec précaution afin d'éviter que le tissu splénique ne soit lui-même déchiré et que la rate ne soit enlevée qu'incomplètement et par morceaux. On note la situation et la nature de ces adhérences. L'enlèvement s'achève par la section des vaisseaux spléniques en avant du hile. Il n'est pas rare de rencontrer de *petites rates surnuméraires* sur lesquelles on trouve simultanément les mêmes lésions que sur la rate principale. Il peut arriver aussi que la rate occupe une situation anormale congénitalement ou secondairement.

Le volume et la consistance sont importants à noter. La rate est plus ferme et sa capsule est épaissie dans l'atrophie sénile. Dans l'hypertrophie des maladies infectieuses aiguës, la capsule est souvent hypérémiée, amincie, plissée quand l'organe a déjà subi un retrait; la pulpe est molle, diffluente; cette tuméfaction est plus ferme dans les cas chroniques. Le volume et la forme peuvent être modifiés par des tumeurs diverses, infarctus, etc. La rate peut présenter des incisures plus ou moins profondes sur son bord antérieur, être lobulée, posséder des étranglements cicatriciels (syphilis, traumatismes, infarctus guéris).

La coloration, normalement couleur lie de vin, peut être modifiée par l'épaississement de la capsule, par les infarctus hémorrhagiques récents (couleur violacée sombre) ou anciens (décoloration centrale jaune avec zone périphérique rouge obscur).

L'épaississement de la capsule est partiel ou général, formant parfois une masse blanchâtre pseudo-cartilagineuse et souvent calcifiée. Elle peut être recouverte de pseudo-membranes, etc.; le péritoine est plus ou moins altéré à son niveau.

b) *Coupe de la rate.* — L'examen de la pulpe splénique se fait sur une coupe longitudinale pratiquée dans la direction du hile; on a à noter la quantité de sang qu'elle renferme, sa coloration (rouge sombre, rosée, jaunâtre, brunâtre, grise, ardoisée, etc.), etc.; la surface de la coupe peut être lisse, inégale; le tissu plus ou moins ferme ou au contraire friable, diffluent, consistant parfois en un détritus (bouillie splénique); on examine l'état des corpuscules de Malpighi, des trabécules (hypertrophiés dans la congestion chronique).

On peut rencontrer dans la rate des abcès (métastatiques, etc.) la dégénérescence amyloïde diffuse (augmentation de consistance du tissu qui garde l'impression des doigts, coloration grise-rougeâtre, transparente, *rate lardacée*) ou limitée aux corpuscules de Malpighi (hypertrophiés, semi-transparents: *rate-sagou*).

On notera encore les différentes tumeurs qui pourraient exister, telles que tubercules (1), carcinomes secondaires, lymphômes, etc. — Les phlébolithes sont assez fréquents.

Les infarctus ont un volume variable, la forme d'un cône à base périphérique; leur coloration (de rouge sombre ou jaune pâle) varie selon leur ancienneté (2).

L'examen de la rate terminé, on relève et rejette à droite les organes abdominaux qui se trouvent en avant et aux alentours du rein gauche, la masse intestinale y compris les côlons transverse et descendant et l'S iliaque que l'on détache des parois abdominales.

Par quelques coups de couteau donnés dans la direction de l'uretère gauche on met à nu celui-ci et l'on constate sa direction, son volume, etc., puis l'on procède à l'enlèvement et à l'examen de la capsule surrénale et du rein gauche. (*A suivre.*)

(1) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie*. Voir les nos 43, 44, 46, 47, 48 et 50.

(2) La rate pèse chez l'adulte de 150 à 250 grammes; elle mesure 12 cent. en longeur, 9 cent. en largeur, 3 à 4 cent. en épaisseur.

(1) Il est quelquefois assez difficile de les différencier avec les corpuscules de Malpighi, ceux-ci sont généralement de niveau avec la surface de la coupe, ne peuvent pas être énuclés, ne présentent pas de caséification centrale, etc. — « Mais de tous les organes analogues, il n'en est pas, après les glandes lymphatiques, de plus exposé à la tuberculose que la rate. On peut ici aussi faire quelques confusions, je ne parlerai pas des corpuscules blancs ou de Malpighi (follicules, p. 77); je rappellerai seulement que la granulation grise a beaucoup d'analogie avec la dégénérescence amyloïde des follicules (rate de sagou, p. 62) et avec la coupe de trabécules épaissis; le tubercule gris et le tubercule jaune avec la splénite lobulaire partielle et l'hyperplasie (lymphôme, p. 63), surtout avec les infarctus hémorrhagiques décolorés, appelés coins fibrineux. Des collections purulentes, des cysticerques crétifiés, des phlébolithes et des anévrysmes crétifiés peuvent être pris pour des tubercules ramollis ou crétifiés. Le siège des tubercules y est, comme l'a dit Billroth dans la pulpe et non pas dans les follicules. Leur développement part du parenchyme rouge, souvent comme des follicules de nouvelle formation, mais avec cette différence qu'ils sont, au début, plus petits et plus gris, plus tard plus compactes et plus opaques. » (Virchow. *Pathologie des tumeurs*, trad. française par Aronssohn, Paris, 1871. T. III, p. 121.

(2) On rencontre encore dans la rate la plupart des schizomycètes, des maladies infectieuses; ce n'est pas ici le lieu d'en parler; nous rappelons que nous ne signalons parfois les altérations anatomo-pathologiques qu'en tant qu'elles se rapportent plus ou moins à la technique des autopsies.

Laïcisation de l'hospice d'Ivry.

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, vient de dénoncer le traité de l'Administration avec les religieuses de l'hospice d'Ivry: elles seront remplacées le 1er février, par des *surveillantes laïques*. Ainsi, se trouve enfin réalisé ce que nous disions le 4 octobre: « La supérieure de l'hospice d'Ivry a déclaré que M. Quentin s'en irait avant elle. M. Quentin est parti. C'est à son tour de quitter la place ». Ce jour est arrivé: Mme la Supérieure s'en va. Nous espérons que ses dames protectrices l'aideront à faire ses malles.

En Arrière!

Le bruit court que quelques étudiants ont pris l'initiative d'une pétition demandant que les étudiants en médecine étrangers ne puissent prendre part au concours des hôpitaux ni occuper aucune place rétribuée à la Faculté de médecine. Nous espérons, pour l'honneur des étudiants français, que ce bruit est absolument dénué de fondement.

Choléra.

L'épidémie cholérique a presque entièrement disparu. L'administration de l'Assistance publique ne fournit plus de statistique. Les journaux politiques annoncent que quelques cas auraient éclatés au *dépôt de mendicité de Saint-Denis*.

Congrès français de chirurgie.

Membres de la commission d'organisation. — M. le professeur Trélat, président; M. le professeur Verneuil; M. le Dr Horteloup, chirurgien des hôpitaux, secrétaire général de la Société de chirurgie; M. le Dr Chauvel, professeur au Val-de-Grâce; M. le Dr Bouil-

© BIU Santé

ly, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris ; M. le Dr Ch. Monod, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris ; M. le Dr S. Pozzi, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, secrétaire de la commission. (Adresser toutes les communications à M. le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme, Paris).

Statuts et règlements provisoires du congrès français de chirurgie. — a) *Statuts.* — I. Le congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie française.

II Le congrès tient ses sessions à Paris, chaque année, pendant la semaine de Pâques. Un vote de l'assemblée, après convocation spéciale, peut toutefois modifier la date de la session suivante.

III. Sont membres du congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et paient la cotisation.

IV. Dans la dernière séance de chaque session, l'assemblée nomme pour l'année suivante : un président, deux vice-présidents, quatre secrétaires et un trésorier. Le bureau fixe l'ordre du jour. Il nomme deux vice-présidents d'honneur dans la première séance. Il tranche toutes les questions qui lui sont soumises par le comité.

V. Un comité permanent de sept membres, élus par le congrès au scrutin de liste (et dont le comité d'organisation remplit provisoirement les fonctions), s'occupe, dans l'intervalle des sessions, de toutes les affaires qui intéressent le congrès ; il gère les finances et préside aux publications. — Tous les deux ans, deux membres du comité, désignés par le sort, sont remplacés par une nouvelle élection : les membres sortants sont rééligibles.

VI. Les séances du congrès sont publiques. Toutes les communications et discussions se font en français. Elles sont publiées *in extenso* ou en résumé, sous la surveillance du comité.

VII. La cotisation annuelle des membres est de 20 francs. Elle donne droit au volume des comptes rendus du congrès. Une cotisation de 200 fr., versée avant le 15 février 1885, donne droit au titre de *fondateur*. Passé cette date, la même cotisation conférera le titre de *membre perpétuel*. Cette cotisation opèrera le *rachat* de toute contribution annuelle.

b) Règlement. — I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétaire du comité et y joindre la somme de 20 fr. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

II. Les séances ont lieu de 9 h. 1/2 du matin à midi et de 3 heures à 6 heures, à l'Ecole de médecine. Les séances du matin sont consacrées à l'introduction et à la discussion des *sujets mis d'avance à l'ordre du jour de la session par le congrès précédent* (ou, pour le premier congrès par le comité d'organisation); les *communications diverses* seront faites aux séances du soir.

III. Les membres du congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire du comité avant le 1er janvier (cette date est reculée au 15 février pour la première session). Ils devront y joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail. Ce résumé sera imprimé *in extenso* ou en partie dans le programme qui sera distribué avant l'ouverture du congrès.

IV. Les orateurs qui désirent prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées pourront se faire inscrire d'avance en écrivant au Comité (secrétariat). La parole sera donnée dans l'ordre des incriptions.

V. Les communications peuvent avoir une durée de quinze minutes. Le président a le droit, sans consulter l'Assemblée, de donner une prolongation de dix minutes, soit vingt-cinq minutes en tout. Ce temps écoulé, il est nécessaire de consulter l'Assemblée.

VI. Il est accordé à chaque orateur cinq minutes pour la discussion, et, avec l'agrément du président, dix minutes. Le même orateur ne peut parler pour la discussion plus de quinze minutes, dans la même séance, sans l'assentiment de l'Assemblée.

VII. Le manuscrit des communications et la rédaction des paroles prononcées dans la discussion doivent être remis aux secrétaires au début de la séance qui suit celle de la communication ou de la discussion ; faute de quoi une simple analyse en sera publiée.

Questions mises à l'ordre du jour du premier Congrès (Voir l'article 2 du règlement). I. Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales. On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.) dans la pathogénie des septicémies.— II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale. — III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne. — IV. Cure des abcès froids. Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents. — V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

Outre ces questions choisies par la Commission d'organisation du Congrès, elle a examiné les suivantes sur lesquelles elle croit devoir aussi attirer l'attention et demander des documents : I. Valeur comparée de l'anus iliaque et de l'anus lombaire dans le cancer du rectum. — II. Indications de la gastrostomie. — III. — Origine et nature de la coxalgie. — IV. — Indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques. — V. Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et l'hystérotomie. — VI. De l'opération des tumeurs incluses dans le ligament large.

AVIS A NOS ABONNÉS.—*L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1884 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Concours de l'Internat.

Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — 1. M. Albarran, Guinon, Dutil, Sebileau, Lefèvre, Roulland, Méry, Delbet, Dubarry, Bezançon.

11. Leriche, Jaille, Lesage, Würtz, Lyot, Chartier, Leudet, Crivelli, Demars, Plicque.

21. Bouygues, Klippel, Baudouin, Rieffel, Lavaux, Delaine, Moulonguet, Vaquez, Widal, Récamier.

31. Valat, Roland, Dumoret, Gillet, Huet, Pichevin, Potherat, Bureau, Graverry, Vilcoq.

41. Pozzi, Regnier, Valette, Laffite, Courbarien, Martha, Hillemand et Bonnet.

Internes provisoires. — 1. Mantel, Parmentier, Mullot, Dupré, Franc-Springer, Grandhomme, Cazals, Jacquinot, Nicolle, Rollin.

11. Charier, Gibotteau, Conzette, Jonnesco, Hautecœur, Calot, Coffin, Dusseaud, Prioleau, Reboul.

21. Gautier, Thouvenet, Deroche, Pinel-Maisonneuve, Pallier, Drouet, Chevalier, Alexandre, Maurin, Dieudonné.

31. Chavane, Despaigne, Dortel, Luzet, Legneu, Wickham, Michel, Bezançon, Jondeau, Vignalou.

41. Thierry, Témoin, Ardouin, Morel, Iscovescou.

Concours de l'externat.

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé jeudi, par les nominations suivantes :

1. MM. Arnould, Bourdillon, Gambert, Pescher, Homolle, Lancelle, Dubarry, Moulonguet, Pozzi, Valat.

11. MM. Vignalon, Vilcoq, Bernheim, Mauny, Mussy, Vignard, Laumet, Bourges, Chaumont, Pactet.

21. MM. Pallier, Récamier, Rieffel, Delagenière, Roussan, Malherbe, Cator, Mallet, Bussaud, Lautier.

31. MM. Tissier, Archambauld (Raymond), Bonnet, Bouchut, Chavane, Cohen, Durand, Hillemand, Jondeau, Martha.

41. MM. Marty, Soupiet, Vignerot, Beaumé, Lostalot, Bachorie, Gand, Champeil, Adler, Rogues de Fursac, de Senneville.

51. MM. De Fleury, Barrault, Berbez, Belin, Hamon, Vigneron, Cazals, Chopard (Léopold), Despaigne, Jonesco.

61. MM. Nodot, Petrescou, Reboul, Boix, Brésard, Civel, Decressac, Meyville, Lauri, Aubert.

71. MM. Bezençon, Couzette, Lendet, Pigelet, Regnier, Secrétan, d'Aurelles de Paladines, Méloir, Duron, Hallion.

81. MM. Lafosse, Parizot, Thibault, Zaldivar, Mlle Wilbouschorrtch, Grandhomme, Sardou, Schroeder (Louis), Ritzo, Sérieux.

91. MM. Simon, Baret, Bonifas, Chamorro, de Vernajoul, Arrivot, Fauvel, Neiret, Bussat, Perez.

© BIU Santé

101. MM. Gibotteau, Michel, Souques, Vilpelle, Archambauld (André), de Saint-Germain, Mouret, Peltier, Kaplan, Fréal.
111. MM. Blaise, Dimitropolu, Mlle Iraclidy, Veslin, Ménard, Petit, Longo, Jaille, Lavaux, Lefebvre (Albert).
121. MM. Cantilli, Achalme, Duriez, Caubet, Dubrisay, Ettlinger, Blanc, Frey, Racoviceano, Guérard.
131. MM. Le Meignen, Michel, Critzman, Piedpremier, Taurin, Colin, Devillers, Provendier, Pottier, Dupré.
141. MM. Muller (Emile), Sabatier, Sainton, Auclert, Guertin, Chevalet, Léonardi, Dubard, Magé, Urlatianu.
151. MM. Boutarel, Delaine, Dessaux, Duplaix, Dubost, Thérèse, Laurent, Préfontaine, Robert, Touvy, Dulac.
161. MM. Gilles, Imhert, Legrand, Leymarie, Noël, Seigneur, Pottiez, Zaguelmann, Ristich, Bonvalot.
171. MM. Audain, Bergé, Aubert (Maurice), Dupont, Joubert, Frissard, Maret, Lefebvre (Emile), Thiercelin, Pascal.
181. MM. Rivière, Pouillot, Dortel, Macry, Schoofs, Thomas, Javillard, Billoir, Reynald, Desmoulin.
191. MM. Andoque, Dusser, Schrœder (Marie-Joseph), Grenet, Dumond, Depoix, Barbier, Chevalier, Winocouroff, Sing.
201. MM. Brossard, Willebieu, Bonnecaze, Reimbold, Hugues, Nimier, Vialet, Perchaux, Delobel, Argueyrolles.
211. MM. Lapujée, Teulière, Muller, Morlat, Brée, Chautard, Chopard (Jules), Viancin, Leseur, Rousseau.
221. MM. Enriquez, Cozmovici, Dauriac, Bertrand, Gauthier, Arnauld, Boulouys, Rodier, Pujals y Torruella, Cezilly.
231. MM. Marot, Rigault, Bergeret, Dupont (Alexandre), Gérard, Lepage, Casabianca, Breitmann, Thomas, Esprit.
241. MM. Hamon, Delerse, Godet, Bertazzi, Aubert (Thomas-Joseph), Hette, Lancelin, Dunac, Artauld, Pétrovitch.
251. MM. Goglioso, Mlle Bieloussoff, Lefauve, Gaston, Amiard, Vaugrente, Delplancque, Vinant, Doucet, Golin.
261. MM. Montillier, De Eichstorff, Bonieux, Rivalier, Vinsin, Vothromte, Christoyannakis.

Les dernières questions données ont été : Bronchite aiguë; Fractures du péroné; Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme et chez la femme; Ventouses; Fractures de la clavicule.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 30. — M. Barbe. De l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies purulentes. — Mme veuve Sarraute. Etude microscopique d'un lithopédion.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours le lundi 5 janvier à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes, toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, de 1 à 2 heures, rue Jean-Lantier, n° 4, près du Châtelet.

Errata.

Dans l'article consacré à la *Distribution des prix à l'Ecole municipale d'infirmières de la Pitié*, p. 1063, col. 2, après le discours de M. le Directeur de l'Assistance publique, il y avait : « M. Peyron *donne ensuite la parole à M. Bourneville.* » Cette ligne a disparu par erreur.

— A la page 1060 — ligne 24, lire 5 0/0, 10 0/0 et 20 0/0 au lieu de $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{10}$ et $\frac{1}{20}$.

Avis. — Nous publierons dans quelques jours un *numéro supplémentaire* contenant la Table des Matières. Ce numéro renfermera également un travail de M. le Dr A. Josias, sur le *Réflexe tendineux dans le choléra*, travail que faute de place nous n'avons pu insérer dans le numéro de ce jour.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 14 décembre au samedi 20 décembre 1884, les naissances ont été au nombre de 1160, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 433; illégitimes, 175. Total, 608. — *Sexe féminin* : légitimes, 397; illégitimes, 161. Total, 558.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 décembre au samedi 20 décembre 1884, les décès ont été au nombre de 1018 : savoir : 527 hommes et 491 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Choléra : M. 2, F. 1, T. 3. — Fièvre typhoïde : M. 13, F. 16, T. 29. — Variole : M. ..., F. 2, T. 2; — Rougeole : M. 27, F. 14, T. 41. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 2, F. 3, T. 5. — Diphthérie, Croup. M. 20, F. 21, T. 41. — Dyssenterie : M. .., F. ., T. .. — Erysipèle : M. 3, F. 3, T. 6. — Infections puerpérales : 4. — Autres affections épidémiques : M. .., F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 25, F. 17, T. 42. — Phthisie pulmonaire : M. 91, F. 70, T. 161. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 8, T. 22. — Autres affections générales : M. 26, F. 27, T. 53. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 22, F. 32, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 27, F. 17, T. 44. — Pneumonie : M. 40, F. 43, T. 83. — Athrepsie : M. 26, F. 27, T. 53. — Autres maladies des divers appareils : M. 168, F. 170, T. 338. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 16, F. 8, T. 24. — Causes non classées M. 2, F. 6, T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 91 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32; illégitimes, 16. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 31; illégitimes, 12. Total : 43.

Faculté de Médecine de Paris. — Le 15 octobre 1884, c'est-à-dire au début de la présente année scolaire, le nombre des étudiants inscrits à la Faculté était de 3,994. On évalue pour cette année, comme la précédente, le nombre des inscriptions nouvelles de 500 à 550 environ. Le nombre des étrangers, hommes, inscrits au 1er décembre 1884 était de 538, parmi lesquels 127 Américains, 96 Russes, 61 Roumains, 52 Espagnols, 45 Turcs, 30 Brésiliens, 26 Suisses, 25 Grecs, 22 Anglais. — Le nombre des étudiantes est en remarquable progrès. A l'heure actuelle, il est de 78, alors qu'il n'était que de 45 au 15 octobre 1883; 12 autres femmes environ sont actuellement en instance pour obtenir leur inscription. Sur les 78 femmes actuellement inscrites, il n'y a que 13 Françaises. Les Russes sont au nombre de 47, les Anglaises de 11, et les Américaines de 3. (Journaux du 18 décembre.)

Faculté de Médecine de Paris. — M. Lutz, agrégé, est rappelé à l'exercice en remplacement de M. Henninger, décédé.

La dernière assemblée des professeurs a désigné, à *l'unanimité* moins une voix, M. Grancher, pour la chaire des maladies des enfants. MM. Legroux et Joffroy ont été désignés en seconde et troisième ligne.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Larnaudié, chef du laboratoire de chimie, est délégué dans les fonctions de chef des travaux chimiques et pharmaceutiques en remplacement de M. Blarez appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Lille. — Le Dr Coppens est institué pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Raynal, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Wertheimer, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chargé du cours de physiologie.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Barral, licencié ès sciences physiques, est nommé, pour l'année scolaire 1884-1885, préparateur de chimie organique et toxicologie, en remplacement de M. Marc dont le temps d'exercice est expiré. Le Dr Lemoine est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Royer dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Lauret, préparateur de physique, est délégué en outre, à titre provisoire, dans les fonctions de chef des travaux physiques.

Sont nommés : MM. Jouillé, aide d'anatomie; Balez, aide de chimie; Guibert, aide d'anatomie pathologique et d'histologie; Gombert, aide de physiologie en remplacement de MM. Estor, Heydar, Courrent et Battle, démissionnaires. M. Courrent est chargé des fonctions de préparateur d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Mélican, démissionnaire.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Thorion, est nommé préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Baud, dont le temps d'exercice est expiré. — Le Dr Simon, est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Ganzinotti, dont le temps d'exercice est expiré.

Prix. — Les concours pour les *prix* (année scolaire 1883-1884) se sont terminés par les nominations suivantes : Troisième année. — Science anatomique et physiologique. Prix : M. Ruotte. — Quatrième année. — 1° Science médicale. Prix : M. Bauquel; mentions honorables : MM. Cherpittel et Devaux; 2° Science chirurgicale. Prix : M. Vautrin.

Concours de l'internat (prix Bénit). — Prix : M. Brullard; mention honorable : M. Vautrin.

Concours de thèse. — Prix : M. Schürrer; mentions très honorables : MM. Parisot, Schuhl, Nicolas, Loison, Henry, Vuillemin et Lebon.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Vincent, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, est chargé du cours de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Spilmann, décédé.

Ecole de médecine de Clermont. — Ont été proclamés lauréats :

© BIU Santé

Elèves en médecine de première année. — Premier prix, M. Bassin; deuxième prix, M. Souligoux; mention honorable, M. Verrié. Elèves de deuxième année. — Premier prix, M. Achalme; deuxième prix, M. Faucillon, mention honorable, M. Grasset. — Elèves de troisième année. — Premier prix (médaille d'argent donnée par M. Nivet), partagé entre MM. Bayle et Mouret, élèves en pharmacie (première année). — Médaille d'argent donnée par M. Nivet, M. Givois. — Deuxième année. Rappel de médaille d'argent et livres; M. Roche. — Prix des travaux pratiques (troisième année), M. Biarnais. — Deuxième année. M. Roche déjà nommé. — Prix Fleury (médaille de vermeil), donné à l'élève qui a recueilli, au lit des malades, le plus grand nombre d'observations, partagé entre MM. Mouret et G. Grasset, déjà nommés. — Prix Hippolyte Renoux, donné à l'élève qui a présenté des cahiers de cours bien rédigés, partagé entre MM. Grasset, Mouret, Faucillon, déjà nommés, et Fouriaux. — Prix de l'administration des hospices, M. Mouret, déjà trois fois nommé.

Ecole de médecine d'Amiens. — Sont nommés : MM. Pasquier, préparateur de chimie; Peaucellier, prosecteur, et Andrieu, aide d'anatomie, en remplacement de MM. Cuveillier, Gand et Léquibry, démissionnaires.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Guillemet, suppléant d'accouchements, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologie, en remplacement de M. Vignard, décédé.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Malapert (Prosper), est nommé prosecteur de ladite école,

Ecole de médecine de Rennes. — M. Regnault, professeur de clinique interne est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'hygiène et thérapeutique à ladite école, en remplacement de M. Pitois, décédé.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Albert, est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Delieux, démissionnaire.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. André est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Belugon, démissionnaire. — M. Collardot, est nommé préparateur de pharmacie et d'histoire naturelle en remplacement de M. Gay, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Cheyre (Henri), licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de minéralogie, en remplacement de M. Dufour, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Guillet est nommé préparateur de physique en remplacement de M. Chavanon, démissionnaire.

Faculté des sciences de Rennes. — M. Defrance, professeur au lycée de Rennes, est chargé d'un cours complémentaire de sciences naturelles, en remplacement de M. Friem, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de pharmacie de Nancy. — M. Chalin est nommé aide-préparateur des travaux de chimie et pharmacie, en remplacement de M. Starck, démissionnaire.

M. Jacquemin (Georges-Eugène), est nommé préparateur de toxicologie et de physique, en remplacement de M. Charaux, démissionnaire. — M. Held, agrégé, est chargé du cours de pharmacie, en remplacement de M. Haller, appelé à d'autres fonctions.—M. Klobb, chef des travaux de chimie et de pharmacie, est chargé, en outre, du cours complémentaire de minéralogie et d'hydrologie, en remplacement de M. Held, appelé à d'autres fonctions.

Asile national de Vincennes. — Par arrêté ministériel, M. le Dr A.-M. Bloch vient d'être nommé médecin de l'asile.

Société médicale des Bureaux de Bienfaisance. — La Société a formé comme il suit son bureau pour l'année 1885 : Président, M. Barbette; vice-présidents, MM. Gilbert et Lenoir; secrétaire général, M. Passant; secrétaire-général adjoint, M. Chevallereau; secrétaires-annuels, MM. Lecoconnier et Fèvre.; trésorier, M. Guyet; archiviste, M. Tolédano.

Legs. — M. Challis (de Sydney) a légué à l'université de cette ville une somme de 4 millions 1/2 de francs.

Société française d'ophthalmologie. — La prochaine réunion de la Société aura lieu à Paris, le lundi 26 janvier 1885.

Société médico-psychologique. — Ordre du jour : 1° Rapports de candidatures; 2° Elections du bureau de 1885; 3° Des troubles mentaux dans les formes précoces ou rapides de la sénilité : M. Charpentier.

Missions scientifiques. — MM. Marie et Henri David de Mayrena sont chargés d'une mission scientifique à Sumatra, et principalement dans le royaume d'Atjeth, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat. — M. Maurel, médecin de 1re classe de la marine, est chargé d'une mission en Cochinchine, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat. M. le Dr Rouire, médecin aide-major de 1re classe, attaché à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, est chargé d'une mission scientifique sur les bords du lac Kilbieh.

Muséum. — M. le professeur Frémy a commencé son cours de chimie inorganique, le mercredi 17 décembre 1884, à 2 heures 1/2, dans l'Amphithéâtre du Muséum, 63, rue de Buffon, et le continuera exposera les mercredis de chaque semaine, à la même heure. Il traitera les propriétés générales des métaux classés en familles; il insistera sur les applications de la chimie aux sciences naturelles. Des conférences auront lieu deux fois par semaine ainsi que des interrogations, lesquelles seront faites par le professeur, l'aide-naturaliste et les préparateurs. Des manipulations auront lieu tous les jours de midi à cinq heures, sous la surveillance du professeur, de l'aide-naturaliste et des préparateurs. Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

M. le prof Edmond Perrier a commencé le cours de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), le lundi 15 décembre 1884, à dix heures trois quarts du matin, dans la galerie de zoologie et le continuera les jeudis et les lundis suivants à la même heure. — Le professeur exposera l'*embryologie des vers et des mollusques*, ses rapports avec la classification de ces animaux. Des conférences, réservées aux candidats à l'agrégation et au doctorat auront lieu dans le laboratoire.

Doctorat ès Sciences. — M. Lagarde a soutenu devant la faculté des sciences des Paris, le 18 décembre 1884, à une heure et demie, pour obtenir le grade de Docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « *Recherches photométriques sur le spectre de l'hydrogène.* »

Société nationale d'acclimatation de France. — Cette Société a tenu sa séance de rentrée, vendredi dernier, sous la présidence de M. Bouley, de l'Institut, qui a rappelé les travaux accomplis pendant la dernière session, et a constaté la valeur des documents adressés à la Société. M. Raveret-Wattel a donné lecture d'une longue et intéressante correspondance. Enfin, M. Pierre Pichot a entretenu l'assemblée d'une espèce de cerf fort rare, qui se rencontre seulement dans les parcs impériaux de Pékin. Ce cerf, appelé *Seupou-siang*, peut se voir actuellement au Muséum et au Jardin d'Acclimatation.

Nécrologie. — Le Dr Morèche, de Damville (Eure), vient de succomber à la suite d'accidents occasionnés par un abus de morphine. C'était un praticien distingué qui avait su s'attirer l'estime de ses concitoyens, ce qui lui avait permis de rendre de sérieux services à la République dans sa circonscription.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 29. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Verneuil, Vulpian, Reynier; — 2e *Série* : MM. Trélat, Fournier, Reclus. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Gautier, Ch. Richet. — 2e *de Doctorat* : MM. Potain, Joffroy, Kirmisson. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM, Guyon, Tarnier, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Charcot, Damaschino, Lutz.

Mardi 30. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). 1re *Série* : MM. Robin, Duplay, Richelot. — 2e *de Doctorat* (N. R., 1re partie). 2e *Série* : MM. Sappey, Laboulbène, Bouilly. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. G. Sée, Ball, Debove. — 3e *de Doctorat* (N. R., 1re partie) : MM. Pajot, Richet, Peyrot. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Brouardel, Proust, Campenon; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Hayem, Quinquaud.

Mercredi 31. — 2e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) : MM. Béclard, Charcot, Kirmisson. — 2e *de Doctorat* : MM. Verneuil, Joffroy, A. Robin. — 3e *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Hanriot. — 3e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Charité) : MM. Fournier, Damaschino, Landouzy. — 3e *de Doctorat* (Charité) : MM. Potain, Guyon, Pinard.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital St-Louis. — Service de M. Ernest Besnier. Salles Gibert et Cazenave, à 9 heures. — Ordre des travaux à partir du 1er janvier 1885. — Lundi : Policlinique dermatologique et syphiliographique (consultation externe). — Mercredi : Clinique dermatologique et syphiliographie (salle Gibert et Laboratoire Cazenave, au salle de conférences du Musée). — Jeudi : Opérations dermatologiques : lupus, acnés, scrofulomes, etc. (laboratoire Cazenave). — Samedi : Policlinique des affections parasitaires : teignes, alopécies, dermatoses infantiles (laboratoire Cazenave).

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

VOIR A LA PAGE SUIVANTE :
Actes de la Faculté, Chronique des hôpitaux, Bulletin bibliographique, Vacances médicales, etc., etc.

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal. — Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

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

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

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

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

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

GROS : chez **Clin et Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris.—DÉTAIL : 10, carrefour de l'Odéon, dans toutes les Pharmacies.

Dragées et Elixir du Dr Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France.

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

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

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

Sirop du Dr Rabuteau destiné aux enfants

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St.-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** au *bromure de camphre* du Dr **Clin.**

De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, par le Dr C. MIOT, in-8° de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878. Prix : 1 fr. 50. Pour les abonnés du *Progrès*, 1 fr.

Officiellement adoptée dans les hôpitaux de Paris. — Médaille à l'Exposition universelle 1878

Peptone Catillon. — Viande assimilable, ayant subi l'action de la pepsine du suc gastrique et assurant la nutrition par le RECTUM comme par la bouche quand l'alimentation est empêchée ou incomplète.

Prescrite, selon les cas, sous les formes suivantes :

SOLUTION, contenant 3 parties de viande. Dose : 2 à 8 cuillerées dans de l'eau sucrée ou en lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum, 0.30 bicarb. de soude.

POUDRE : peptone pure à l'état sec, contrôle facile, dosage précis, pas de fermentation.

Dose : 2 à 8 cuill. à café, représentant chacune 1 cuill. à soupe de solution et 45 gr. viande

CACHETS, contenant 1 gram. et 2 gram. de poudre de peptone Catillon.

SIROP : agréable au goût, préféré pour la bouche et possédant comme la peptone un pouvoir nutritif énergique, 1 cuillerée contient 30 gr. de viande.

VIN, utile complément de nutrition, relève les forces et rétablit l'appétit et la digestion. *1 verre à madère contient 30 gr. de viande et les phosphates organiques.*

ELIXIR : très agréable, 1 verre à liqueur après les repas dans le même cas que le vin.

CHOCOLAT : aliment complet, très agréable, pour *enfants débiles et inappétents*,
en Tablettes contenant 20 gr. de viande pour 1 déjeuner à l'eau ou au lait ;
en Croquettes contenant 8 gr. de viande et 0 gr. 25 phosphate de chaux, pour la promenade, etc.

Maladies d'estomac, diarrhée chronique, cachexie, consomption, anémie, convalescence.

VIN DE CHASSAING

à la PEPSINE et à la DIASTASE

Rapport favorable de l'Académie de Médecine, le 29 Mars 1864

Les Médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la **Pepsine**, qui n'a d'action que sur les éléments azotés, à son auxiliaire naturel la **Diastase**, qui transforme en glycose les éléments féculents, et les rend ainsi propres à la nutrition. Cette préparation, capable de dissoudre le bol alimentaire complet, leur donnera les meilleurs résultats contre les

DIGESTIONS DIFFICILES OU INCOMPLÈTES
LIENTERIE, DIARRHÉE
VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES
AMAIGRISSEMENT, CONSOMPTION

MAUX D'ESTOMAC
DYSPEPSIES, GASTRALGIES
CONVALESCENCES LENTES
PERTE DE L'APPÉTIT, DES FORCES...

PARIS, 6, Avenue Victoria, 6, PARIS

Bromure de Camphre du Dr Clin

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

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

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

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

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

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, 20, RUE DES **Fossés-St.-Jacques.**

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des dyspepsies amylacées

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et en 1871 : Académie de médecine, Société des Sciences médicales de Lyon, Académie des Sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

Guérison sûre des dyspepsies, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou de la seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire)

POUDRE DE VIANDE de CATILLON

La Boîte de 500 gr. 6 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. 50 ; Kilo, 12 .

Pure et sans odeur

POUDRE ALIMENTAIRE

(Viande et Farine de Lentilles.)

La Boîte de 500 gr., 5 f. 50 ; 1/2 Boîte, 3 f. ; Kilo, 10 .

Ces poudres se prennent facilement dans de l'eau sucrée pure ou aromatisée avec un peu de cognac, rhum, etc., ou d'après la formule suivante qui donne un mélange très agréable :

Poudre de Viande de Catillon. 2 cuillerées
Sucre. . . . . 2 morceaux
Vin de Madère . . . . . 2 cuillerées
délayez en écrasant le sucre, puis ajoutez :
Eau. . . . . 4 cuillerées

PARIS 23, rue St-Vincent de Paul, et Pharmacies.

BLANCHARD (R.). **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote**, par la méthode du professeur P. Bert. Un vol. de 101 pages avec 3 figures. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés, 2 fr.

Elixir et Vin de J. BAIN, à la Coca du Pérou.

Dans son numéro du 2 avril 1872, l'*Union Médicale* a donné un résumé très succinct, mais assez complet des notions acquises relativement à la Coca envisagée comme agent thérapeutique ; elle a rappelé que c'est M. Joseph BAIN, pharmacien à Paris, qui, le premier, en France, a introduit dans la pratique diverses préparations de Coca, qui ont été favorablement accueillies par le corps médical et ont servi à l'expérimentation des docteurs Reis, Monéro y Maiz, Destrem, Laroche, Richelot, Eugène Fournier, etc., etc. Dans un récent travail présenté dernièrement au Corps médical, M. J. BAIN a démontré la supériorité de ses produits à base de Coca. L'Elixir, le Vin et les Pastilles de Coca de J. BAIN sont, en effet, préparés avec des feuilles parfaitement authentiques et de premier choix, provenant des plantations de M. BOLLIVIAN, ex-ministre plénipotentiaire de Bolivie à Paris. La méthode d'épuisement et les appareils perfectionnés qu'il emploie permettent d'enlever à ces feuilles tous les principes actifs qu'elles contiennent et autorisent M. J. BAIN à dire que ses produis représentent, sous une forme très agréable, toute l'activité et toute la puissance de la précieuse feuille. Tout le monde sait que, depuis des siècles, les feuilles de Coca sont employées en Bolivie et dans le Pérou comme *tonique, fortifiant, stimulant énergique*, en un mot, comme le *plus puissant réparateur des forces épuisées*. L'Elixir de Coca de J. Bain est la préparation la plus active et la meilleure pour relever rapidement l'organisation dans les cas d'*épuisement des forces par les longues maladies ou les excès de toute nature*.—Le Vin de Coca de J. Bain est plus spécialement réservé pour les femmes et les enfants, pour combattre la *dyspepsie*, la *gastralgie*, la *chlorose*, l'*anémie*, etc. 56, RUE D'ANJOU-SAINT-HONORÉ. — Pour la vente en gros, 15, rue de Londres, à Paris.

© BIU Santé

AVIS ET RENSEIGNEMENTS DIVERS

Avis Important

ÉTRENNES A NOS ABONNÉS

A titre de primes, et pendant les trois premiers mois de l'année 1885 seulement, nos abonnés pourront nous demander les ouvrages suivants qui leur seront vendus avec 60 0/0 de remise et expédiés franco de port à domicile.

AVEZOU (J.-C.) **De quelques phénomènes consécutifs aux contusions des troncs nerveux du bras et à des lésions diverses des branches nerveuses digitales. Étude clinique avec quelques considérations sur la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts.** Un vol. in-8 de 144 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . 1 fr. 50

BLANCHARD (R.) **De l'anesthésie par le protoxyde d'azote,** par la méthode de M. le professeur Paul Bert. Volume in-8° de 101 pages avec 3 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — Réduit à. . . . . 1 fr. 20

BLONDEAU (A.). **Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes.** — Un vol. in-8 de 72 pages.— Prix : 2 fr. — Réduit à. . . . . 80 c.

BOYER (H. Cl. de). **Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux.** Volume in-8 de 290 pages, avec 104 figures intercalées dans le texte et une planche. Paris, 1879. — Prix : 6 fr. — Réduit à. . . . . 2 fr. 40

BRISSAUD (E.). **Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques.** Volume in-8 de 210 pages avec 42 figures dans le texte.— Prix : 5 fr.— Réduit à. . . . . 2 fr.

BUDIN (P.). **De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.** Recherches cliniques et expérimentales. Gr. in-8 de 112 pages, avec de nombreux tableaux, 10 figures intercalées dans le texte, 36 planches noires et une planche en chromo-lithographie. — Prix : 10 fr. — Réduit à, 4 fr.

DELASIAUVE (J.). **Journal de médecine mentale,** résumant au point de vue médico-psychologique, hygiénique, thérapeutique et légal, toutes les questions relatives à la folie, aux névroses convulsives et aux défectuosités intellectuelles et morales, à l'usage des médecins praticiens, des étudiants en médecine, des jurisconsultes, des administrateurs et des personnes qui se consacrent à l'enseignement. Dix volumes (— Prix : 100 fr. — Réduit à. . . . . 40 fr.

DURET (H.) **Études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux.** Un volume in-8° de 330 pages, orné de 18 planches doubles en chromo-lithographie et lithographie, et de 39 figures sur bois intercalées dans le texte. Paris, 1878.— Prix : 15 fr.— Réduit à. . . . . 6 fr.

FÉRÉ (Ch.). **Du cancer de la vessie.** Un volume in-8° de 144 pages. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés . . . . . 1 fr. 20

FÉRÉ (Ch.) **Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales.** (Amblyopie croisée et Hémianopsie). Un vol. in-8° de 241 pages. Paris, 1882. — Prix 3 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr. 40

FÉRÉ (Ch.). **Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie** (De l'amblyopie croisée et de l'hémianopsie d'origine cérébrale). Brochure in-8° de 54 pages avec fig. dans le texte. Paris, 1882. — Prix : 2 fr. — Réduit à. . . . . 80 c.

HAYEM (G.). **Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde,** recueillies par Boudet de Paris. In-8 de 88 pages avec 5 figures.— Prix : 2 fr. 50. — Réduit à . . . . . 1 fr.

JOSIAS (A.). **De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées.** Vol. in-de 65 pages avec trois courbes de température. — Prix : 2 fr. — Réduit à. . . . . 80 c.

LANDOUZY (L.). **De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête par excitation ou paralysie des 6e et 11e paires, leur valeur en séméiotique encéphalique, leur importance au point de vue anatomique et physiologique, à propos d'une observation d'épilepsie hémiplégique débutant par les yeux et la tête** (Déviation et rotation conjuguées convulsives). Un volume in-8° avec une planche.— Prix : 2 fr. 50. — Réduit à . . . . . 1 fr.

LELOIR (H.). **Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.** 1 vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches en chromo-lithographie et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 fr. — Réduit à. . . . . 2 fr.

LONGUET (F.-E.-M.). **De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes.** Vol. in-8 de 124 pages. — Prix : 4 fr. — Réduit à. . . . . 1 fr. 60

MIOT (C.). **De la myringodectomie ou perforation artificielle du tympan.** In-8 de 169 pages avec 16 figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Réduit à. . . . . 1 fr. 40

MIOT (C.). **De la Ténotomie du muscle tenseur du tympan.** Volume in-8 de 56 pages orné de 11 figures intercalées dans le texte. Paris, 1878.— Prix : 1 fr. 50. — Réduit à. . . . . 60 c.

PATHAULT (L.). **Des propriétés physiologiques du Bromure de Camphre et de ses usages thérapeutiques.** Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à. . . . . 60 c.

RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale sur le système musculaire,** recueillies par J. Renaut. Un fort vol. orné de 99 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr. — Réduit à. . . . . 4 fr. 80

RAYMOND. **De la puerpéralité.** Volume in-8° de 258 pages. Paris, 1880. — Prix : 5 fr. — Réduit à . . . . . 2 fr.

REGNARD (P.). **Recherches expérimentales sur les variations pathologiques des combustions respiratoires.** Un fort volume in-8 de 394 pages, enrichi de 100 gravures dans le texte. — Paris, 1879. — Prix : 10 fr. — Réduit à . . . . . 4 fr.

TEINTURIER (E.). **Les Skoptzy,** étude médico-légale sur une secte religieuse russe dont les adeptes pratiquent la castration. — Un joli volume in-12 orné de gravures représentant les différents modes de castration employés par ces fanatiques. — Prix : 1 fr. 50. — Réduit à . . . . . 60 c.

VILLARD (F.). **De l'aphasie ou perte de la parole et de la localisation du langage articulé,** par le Dr Batman, traduit de l'anglais par F. Villard. Un volume in-8 de 128 pages. Paris, 1870. Prix : 2 fr.— Réduit à . . . . . 80 c.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

REVUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

Paraissant tous les deux mois

SOUS LA DIRECTION DE **J.-M. CHARCOT**

Prix : **20** fr. par an pour Paris.

Cette Revue forme maintenant 8 beaux volumes in-8° illustrés de nombreuses figures et de magnifiques planches en chromo-lithographie.

La Collection, y compris l'année 1884 complète, est du prix de 184 fr. Pour nos abonnés, net, pris dans nos bureaux, prix : 50 fr.

© BIU Santé

12e ANNÉE. — N° 53. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 31 DECEMBRE 1884.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Du réflexe tendineux dans le choléra ;

Par le Dr **Albert JOSIAS**, ancien chef de clinique de la Faculté.

Ayant eu l'occasion d'observer à l'Infirmerie Centrale des prisons une trentaine de cas de choléra, nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher l'état de la réflectivité spinale dans cette maladie. Nous ne produirons pas dans cette note succincte, la relation de tous les malades qui ont été soumis à notre examen ; nous nous contenterons d'exposer brièvement quelques-unes de nos observations, de manière à nous éviter des redites inutiles et superflues. Ainsi qu'il est aisé de le constater, les malades dont nous résumons l'histoire pathologique, ont présenté les allures les plus variées, depuis les plus bénignes jusqu'aux plus graves, affectant tantôt la forme typhoïde, tantôt la forme algide. Et par cela même que nous avons été appelé à observer nos malades, soit dès les premières manifestations de leur maladie, soit, au contraire à une période déjà avancée, nous avons pu consigner des résultats différents, mais inhérents à l'évolution même de la maladie.

Nous n'avons pas à rappeler ici le rôle important qu'on attribue à l'état du réflexe tendineux dans les myélites primitives ou consécutives à des lésions cérébrales. Nous ne saurions toutefois passer sous silence les recherches qui ont été entreprises à l'effet d'établir l'état de la réflectivité spinale dans les maladies infectieuses, notamment dans la fièvre typhoïde et dans la tuberculose. MM. Strümpell, Strauss, Petit-Clerc et Ballet ont plus particulièrement étudié l'état des réflexes tendineux chez les individus atteints de la fièvre typhoïde. Avant le travail de M. Ballet (1), il existait une contradiction flagrante entre les résultats obtenus et publiés par MM. Strümpell et Petit-Clerc. D'après M. Strümpell, en effet, les réflexes tendineux se trouvent exagérés chez les convalescents typhiques ; d'après M. Petit-Clerc (2), au contraire, ces réflexes sont diminués. M. Ballet, dans un mémoire basé sur dix-sept observations, veut maintenir les assertions de ses devanciers, par cela même qu'ils se sont placés dans des conditions opposées : « Rien ne dit que, dans le cours de la fièvre typhoïde, l'état de la réflectivité spinale soit toujours modifié de la même manière, toujours exagéré, toujours diminué. Aussi, ne sera-t-il possible de formuler des lois générales, que lorsqu'on aura recueilli un grand nombre de faits en précisant les conditions dans lesquelles les malades auront été observés. » Quoiqu'il en soit, les faits rapportés par M. Ballet se rapprochent singulièrement de ceux de Strümpell. Dans la majorité des cas, la dothiénentérie détermine donc une exagération de la réflectivité de la moelle.

Aujourd'hui, nous nous proposons de mentionner l'état des réflexes tendineux chez les malades atteints du choléra. Si nous jetons un coup d'œil sur les sept observations que nous publions plus loin, nous saisissons nettement que ces réflexes sont exagérés, plus ou moins manifestement, au début et à la période d'état de la maladie, et se montrent atténués et normaux au moment de la convalescence et de la guérison définitive. Dans les cas graves, à évolution rapide, l'exagération des réflexes tendineux paraît être un fait constant ; dans les cas graves, à évolution lente, prolongée, l'exagération des réflexes semble être également un signe fréquent ; dans les cas légers, enfin, les réflexes tendineux sont normaux.

I. Le nommé D... Maurice, âgé de 20 ans, employé de commerce, entre à l'ambulance des cholériques, le 30 novembre 1884. Diarrhée séreuse depuis cinq jours ; crampes douloureuse au début. *(Choléra séreux)*. Les réflexes tendineux sont conservés, ne sont nullement exagérés. Après quelques jours de repos et de traitement, ce malade sort guéri le 6 décembre. En somme, à l'occasion de cette forme légère, nous avons constaté que les *réflexes tendineux étaient restés normaux.*

II. Le nommé M. Jean, âgé de 26 ans, graveur sur métaux, entre à l'ambulance le 1er décembre 1884 : Diarrhée, vomissements, crampes généralisées, refroidissement des extrémités, *exagération des réflexes tendineux.* — 2 *Décembre* : diarrhée et vomissements moins fréquents, crampes légères, pouls lent. Les réflexes tendineux sont toujours exagérés. Le 3 *Décembre*. Cessation des accidents. Réflexes tendineux exagérés. Les 4, 5 et 6, l'amélioration persiste, les réflexes sont de moins en moins exagérés et redeviennent normaux au moment où le malade quitte l'ambulance, c'est-à-dire le 6 décembre.

III. Le nommé E. Michel, épicier, 21 ans, entre à l'ambulance le 1er *décembre* 1884 : Choléra typhoïde, malade depuis huit jours. Diarrhée séreuse, abondante, fréquente, vomissements, crampes dans les jambes, refroidissement des extrémités.

2 *Décembre* : mêmes symptômes ; voix éraillée, sensation de constriction à la base du thorax. Yeux excavés ; Respiration anxieuse. Pouls pet.it *Les réflexes tendineux sont légèrement exagérés*, surtout à gauche. — 3 *Décembre* : mêmes symptômes. Hoquet. Céphalalgie. Urines rares, albumineuses. Les extrémités sont chaudes. *Même état des réflexes tendineux.* — 4 *Décembre* : Cessation du hoquet, des vomissements ; Diarrhée persistante. *Les réflexes tendineux sont exagérés.* — 5 *Décembre* : Délire calme, Vomissements. Diarrhée. Urines rares, albumineuses. *Les réflexes tendineux sont exagérés.* Myocœdème. — 6 *Décembre* : Epistaxis. Cessation de la diarrhée, des vomissements. *Les réflexes tendineux sont exagérés.* — Même état, les 7 et 8 décembre ; le 9, les urines se montrent plus abondantes (cinq litres environ), et coïncident avec une amélioration persistante. *Les réflexes tendineux sont toujours exagérés.*

10. Erythèmes scarlatineux et rubéolique généralisés sur tout le corps. *Les réflexes tendineux sont moins exagérés.* — 11. L'éruption s'est atténuée. Etat général excellent. Même état des réflexes tendineux. — Les jours suivants, l'éruption tend à disparaître et le 13, *les réflexes redeviennent normaux.* — Guérison le 17 décembre.

IV. Le nommé T..., Charles, 20 ans, découpeur sur métaux, entre à l'ambulance le 1er décembre 1884. *(Choléra séreux)* : Diarrhée et vomissements depuis quinze jours environ. *Les réflexes tendineux sont manifestement exagérés*, principalement à droite.

2 *Décembre* : Diarrhée et vomissements persistants. Sueurs

(1) Ballet. *Contribution à l'étude des réflexes tendineux.* Note sur l'état de la réflectivité spinale dans la fièvre typhoïde. *Progrès médical*, 1881, p. 782 et 803.

(2) Petit-Clerc. *Des réflexes tendineux.* Thèse de Paris, 1880.

© BIU Santé

nocturnes, profuses. *Les réflexes tendineux sont exagérés.* — 3 *Décembre* : Amélioration. Cessation des accidents. *Les réflexes tendineux sont moins exagérés.* — Les jours suivants, l'amélioration persiste, et la guérison se montre définitive le 6 décembre. A cette époque, *les réflexes sont normaux.*

V. Le nommé D..., Louis, âgé de 63 ans, cordonnier, se trouvait à l'infirmerie centrale depuis le 3 décembre 1884. A cette époque, ce malade se plaignait d'une faiblesse excessive et présentait sur les membres inférieurs des cicatrices pigmentaires d'une syphilis remontant à trente ans environ.

5 *Décembre* : Diarrhée brune, fréquente. — 6 *Décembre* : Diarrhée séreuse. — 8 *Décembre* : Diarrhée séreuse. Facies amaigri. Abdomen aplati. Prostration. Langue sèche. Nausées. Pouls imperceptible. T. 36°7. Refroidissement des extrémités. (Choléra algide). — 9 *Décembre* : Aggravation de tous les symptômes précédents. Cyanose des extrémités. Plaques livides sur les membres inférieurs. Aspect cadavérique. Parésie cardiaque. *Les réflexes tendineux sont manifestement exagérés.* T. 34°5. — Décédé le 9 à trois heures de l'après-midi.

VI. Le nommé L..., Jules, âgé de 40 ans, journalier, entre à l'ambulance le 3 décembre 1884. (Choléra typhoïde). Malade depuis la veille. — Diarrhée. Vomissements. Voix cassée. Langue sèche, fuligineuse. Urines rares, albumineuses. T. 37°4. P. 104. *Les réflexes tendineux sont exagérés.*

4 *Décembre* : Diarrhée et vomissements alimentaires. Langue collante. La palpation de l'abdomen révèle une sensation de crépitation fine. *Les réflexes tendineux sont exagérés, surtout à droite.* — Le 5. Urines rares, albumineuses. Pouls petit 96. Pauses respiratoires. Vomissements répétés. Hoquet. Voix enrouée. — Le 6. Vomissements. Cessation de la diarrhée. Hoquet. *Les réflexes tendineux sont légèrement exagérés.*

Le 8. Etat typhoïde. Cessation des vomissements. — Les urines sont plus abondantes (un litre). *Les réflexes tendineux sont moins exagérés.* Hoquet. — Le 9. Hoquet moins fréquent. Langue humide. Prostration légère. Urination abondante (quatre litres dans les vingt-quatre heures). *Les réflexes tendineux sont normaux.* — Les 10 et 11, même état. Disparition du hoquet, apparition d'un furoncle sur la cuisse droite. *Les réflexes sont normaux.*

Le 12. Amélioration. Faiblesse excessive. Le malade se sent bien. Les réflexes tendineux sont notablement diminués. Les jours suivants, l'amélioration persiste et la convalescence se montre durable. La guérison est complète le 20 décembre 1884.

VII. Le nommé G. Guillaume, 27 ans, comptable, entre à l'ambulance, le 4 décembre 1884. (Choléra typhoïde). Malade depuis vingt jours. Etait soigné à l'infirmerie de la prison de Mazas. Diarrhée. Vomissements. Céphalalgie. Délire. Fièvre. — Le 4 décembre : Diarrhée abondante. Selles brunes. Crampes. Nausées. Langue fuligineuse. Intelligence nette. Aurait eu du délire pendant la nuit. Abdomen souple. Pas de taches. Rate augmentée de volume. Refroidissement des extrémités. *Les réflexes tendineux sont notablement diminués.*

6 *Décembre*. Langue collante. Insommie. Céphalalgie. Pas de stupeur ni d'excavation des yeux. — Le 8 décembre. Langue humide. Cessation de la diarrhée. Fièvre. T. 39°. P. 92°. *Les réflexes tendineux sont diminués.* Les jours suivants, même état et les urines sont abondantes (cinq litres environ). Le 12, *les réflexes tendineux sont normaux.* Amélioration persistante et guérison définitive le 18 décembre 1884.

Bien que nous ne puissions pas établir nos résultats sur un plus grand nombre d'observations, nous avons pensé qu'il était utile de les publier, en raison de leur fréquence et de leur constance. Ils démontrent, comme dans la dothiénentérie, que le choléra détermine une exagération de la réflectivité de la moelle. A côté du fait clinique, pouvons-nous placer le fait anatomique; en d'autres termes, sommes-nous en mesure de rattacher le symptôme à sa lésion médullaire? Convient-il de rechercher l'explication de cette superexcitabilité de la moelle, dans l'état hyperhémique de l'arachnoïde et de la pie-mère spinale ou de la moelle épinière elle-même? Dans l'état actuel de nos connaissances, il nous est impossible d'étayer une pathogénie rigoureuse avec les lésions cérébro-spinales qui ont été relevées dans les diverses autopsies des cholériques.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'internat des Femmes.

Nous hésitions à revenir sur cette question. Il nous semblait que tout avait été dit *pour* et *contre*. La presse politique et la presse médicale avaient pris part à la discussion et nous avions assisté à une lutte passionnée entre les partisans et les adversaires de l'émancipation des femmes : car il ne s'agit pas seulement, qu'on le sache bien, des femmes médecins dans cette polémique, la question est plus haute ; aussi ne faut-il pas nous étonner de voir l'internat des femmes combattu par les organes ordinaires de toutes les réactions. Nous avons pensé qu'il ne convenait pas de garder le silence en présence de l'injustice et de l'absurdité de certaines argumentations.

Les défenseurs du droit des femmes ont fait valoir que lorsque l'on appelle les femmes à l'instruction supérieure, il n'est plus permis, à moins d'avouer qu'on leur a tendu un piège, de leur interdire l'accès des professions auxquelles cette instruction donne droit. On ne conteste plus aux bachelières le droit d'étudier la médecine ; mais voilà qu'après leur avoir permis d'être médecins on ne peut plus dissimuler qu'on n'entendait pas leur permettre d'être de bons médecins. On croit avoir trouvé un excellent moyen de les en empêcher en leur interdisant l'accès de l'internat.

Mais là commence une nouvelle difficulté : on a eu, dans un moment de libéralité inconsciente, l'imprudence d'admettre les femmes à l'externat, et le règlement veut que les externes de deuxième et de troisième années concourent à l'internat. Que faire ? L'Administration contraint ses externes femmes à violer son règlement, elle leur refuse l'inscription ; s'appuyant sur ce que lorsqu'on avait permis aux femmes de concourir à l'externat, on avait fait la restriction *mentale*, que c'était sous cette réserve que jamais ces externes ne pourraient être internes. Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a eu beau voter l'application commune du règlement, la Direction a résisté et les femmes se sont vues exclues, au moins cette année, du concours auxquelles elles avaient droit de prendre part.

Cette résistance de l'Administration a été motivée par une pétition d'un certain nombre d'internes (1) qui s'opposait à l'admission des étudiantes, montrant un libéralisme aussi éclairé que celui des Typographes qui, eux aussi, ont voulu refuser aux femmes l'entrée de leurs ateliers, mais avouaient au moins franchement qu'ils combattaient pour la vie.

(1) La pétition ne porte, *paraît-il*, que 90 signatures, y compris celles d'un grand nombre d'internes provisoires. Nous pouvons donc nous féliciter qu'il s'agisse seulement d'une *minorité*. Nous osons espérer que, après réflexion, les internes reviendront à des idées plus généreuses, plus libérales.

© BIU Santé

La pétition des internes n'a jamais été publiée, tant mieux pour l'internat ; mais les journaux conservateurs des abus en médecine et en administration nous ont fait connaître les principaux arguments sur lesquels elle s'appuyait. On peut dire que la galanterie n'entrait pour rien dans ce document ; les femmes y étaient mises à nu sans égards pour la pudeur des membres du Conseil, étrangers à la médecine. Les femmes n'ont pas les aptitudes physiques nécessaires, a-t-on dit ; des épreuves spéciales, a-t-on répondu, pourraient trancher la question et constitueraient même un intermède qui serait apprécié par le jury. Elles n'ont pas non plus les qualités morales ? Mais l'Administration, qui a bien la force de leur faire violer les règlements malgré elles, pourra bien les leur faire suivre, puisqu'elles le demandent. Quant à l'insuffisance intellectuelle qu'on leur reproche, on a perdu une belle occasion de la mettre en évidence en les laissant concourir. En somme, la seule accusation sérieuse contenue dans la pétition repose sur ce que les étudiantes sont femmes : elles font des aveux complets. Ces aveux, pourtant, ne nous paraissent pas de nature à entraîner leur condamnation, car leur sexe ne les a pas empêchées de faire leur service d'externes à la satisfaction de leurs chefs ; en outre, on peut dire que depuis de nombreuses années les étudiantes fréquentent les amphithéâtres d'anatomie sans qu'il en soit résulté aucun trouble, bien qu'elles s'y rencontrent avec un très grand nombre de jeunes gens ; il est facile de provoquer sur ce point le témoignage du chef des travaux anatomiques. Avant d'admettre que la présence des femmes puisse avoir plus d'inconvénients dans une salle de garde, il faudrait établir que les internes sont plus difficiles à vivre que la généralité des étudiants en médecine, ce qui serait inexact.

Une autre objection était basée sur ce fait qu'un certain nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux ont appuyé la pétition des internes. On en concluait que même admises au concours, les femmes ne trouveraient pas de place. Un certain nombre de médecins ou chirurgiens se sont chargés de répondre en venant défendre les droits des femmes. Dans une discussion qui eut lieu en même temps à la *Société de chirurgie* et à la *Société médicale des hôpitaux*, tous les noms ne se sont pas retrouvés ; mais cela prouve seulement que les séances de ces Sociétés, — *Honni soit qui mal y pense*, — n'attirent pas tous leurs membres ; mais non pas que les signataires de la contre-pétition ont modifié leur opinion (1).

Toutefois ces discussions ont mis au jour de nouveaux arguments : on a soutenu que les femmes ne devaient pas être admises parce que l'*une* de ces candidates est américaine. On a fait preuve d'une grande puissance de généralisation en cette circonstance ; mais êtes-vous bien sûrs qu'Axenfeld, Giraldès, etc., soient nés à Paris ? Nous ne citons que des morts, pour ne pas signaler à la vindicte protectionniste un certain nombre de candidats, d'internes en exercice, ou d'anciens internes qui ont fait leur chemin. L'internat se faisait autrefois honneur de contenir dans son sein l'élite des étudiants du monde entier ; veut-on enterrer la tradition ? Il faut aussi modifier le règlement qui n'exige pas la qualité de français. Quant à la question de savoir si les étudiantes sont bachelières ou ont obtenu des équivalences, cela ne regarde ni le corps médical des hôpitaux, ni l'Administration ; les règlements exigent que les candidats à l'externat aient quatre inscriptions d'étudiant en médecine, rien de plus. Nous ferons remarquer d'ailleurs que bon nombre d'internes ou d'anciens internes ne sont pourvus que d'équivalences, sans que personne ait jamais songé à le leur reprocher.

On a pu lire dans la presse médicale un argument qui ne s'attaque pas aux candidates, mais bien à ceux qui sont appelés à les juger. Elles parviendraient, dit-on, à séduire leur jury qui serait nécessairement partial en leur faveur. La campagne actuelle ne le fait guère prévoir. Mais on nous ferait soupçonner que c'est à des considérations du même ordre que quelques-uns obéissent en combattant les étudiantes. Quand nous voyons certains journalistes attaquer si directement et avec tant d'acharnement la *brune* et la *blonde*, nous sommes tentés de leur rappeler un mot de Dupin à propos d'une loi somptuaire : Vous tapez sur la crinoline, ne pouvant taper dessous. Mais rien n'autorise à accepter le soupçon ni pour les candidates, ni pour les jurés.

Il n'y a aucune raison sérieuse pour interdire aux femmes l'accès de l'internat dont elles peuvent remplir toutes les obligations. Il n'y en a pas davantage pour craindre que la sincérité du concours soit altérée par le fait de leur participation. Il n'est nullement prouvé que leur présence dans les hôpitaux puisse avoir un inconvénient quelconque. Donc, il ne reste à l'Administration qu'à appliquer purement et simplement le règlement qui veut que *tous* les externes aient le droit de concourir à l'internat, quelle que soit leur nationalité, quel que soit leur sexe.

(1) Du reste nous allons fournir aux rectifications l'occasion de se faire jour en donnant les noms de ceux qui nous ont été signalés comme ayant appuyé la réclamation des étudiantes. Ce sont : MM. Verneuil, Charcot, Ball, Fournier, Damaschino, Jaccoud, Germain Sée, Duplay, professeurs à la Faculté et médecins ou chirurgiens des hôpitaux ; MM. Grancher, Joffroy, Landouzy, Raymond, Pinard, Berger, Dujardin-Beaumetz, Benj. Anger, Th. Anger, Déjerine, Gouguenheim, Porak, Bar, Brissaud, Empis, Vidal, de Beurmann, de Saint-Germain, Maygrier, Prengrueber, Landrieux, Hutinel, Marchand, Ribemont, Constantin Paul, agrégés de la Faculté, médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. Auraient également signé la contre-pétition, MM. P. Bert, A. Gautier, Baillon, Sappey, Blanchard, professeurs et agrégés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 août 1884.

M. A. Mairet, continuant ses recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique, montre que les maladies du système nerveux (lypémanie et aliénation mentale) modifient les échanges qui se font au sein de ce système et que l'examen des urines peut rendre compte des modifications produites.

M. H. de Varigny a constaté la durée considérable de la période latente dans l'excitation des muscles des invertébrés et l'extrême instabilité d'équilibre de ces muscles.

M. Gosselin présente son rapport sur un certain nombre de documents relatifs au traitement du choléra. Il fait remarquer qu'aucun des auteurs ne donne des résultats à l'appui du traitement qui est proposé.

© BIU Santé

M. Marey dépose un rapport dans lequel il constate la même lacune. Toutefois, il cite avec éloges un mémoire de Charles de Caudemberg écrit en 1832 et réédité par le petit-fils de l'auteur. Dès la première épidémie, Ch. de Caudemberg avait attribué la contagiosité aux matières fécales des cholériques.

M. Bouley dépose le dernier travail de feu le Dr Burq sur l'immunité des ouvriers qui travaillent le cuivre.

M. Tayon fait connaître les expériences qu'il a entreprises sur la transmission de la fièvre typhoïde aux animaux. Il a dû toujours employer deux milieux différents, un liquide stérilité et un cobaye, par exemple. Le microbe typhique est donc un être à transmigration. P. R.

Séance du 25 août 1884.

M. Durozier donne lecture d'un travail sur les sphincters de l'embouchure des veines cave et coronaire et leur occlusion hermétique pendant la présystole. Il admet trois sphincters étagés, un supérieur fermant la veine cave supérieure, un médian pour la membrane ovale et la veine cave inférieure, un inférieur pour la veine coronaire. Il décrit la dispositon des fibres de ces différentes pièces.

MM. Gréhant et Quinquaud ont cherché à déterminer la doxe toxique de l'urée dans le sang. Un chien meurt quand il contient 0 gr. 6 d'urée par 100 grammes de sang. La contractilité musculaire n'est pas influencée par la présence de l'urée.

MM. Couty, Guimaraes et Niobey étudient l'action des lésions du bulbe rachidien sur les échanges nutritifs. Ces lésions sont caractérisées par un véritable syndrome : abaissement de la tension artérielle, augmentation du sucre et diminution des gaz artériels ou veineux. P. R.

Séance du 1er septembre 1884.

M. Renaudot communique une note sur l'assainissement des habitations contaminées ou non contaminées. Il applique les désinfectants sous leur forme la plus efficace, l'état de vapeur, en choisissant une formule dans laquelle le phénol et l'acide borophénique sont combinés de manière à n'incommoder aucunement la respiration ni l'odorat. L'appareil auquel il a recours n'est autre que le vaporisateur usité dans les hôpitaux.

M. Renaudot parvient à mettre une maison non contaminée à l'abri des microbes, en introduisant la même composition antiseptique dans la colle servant à la pose des papiers, dans la peinture des plafonds et des murs.

M. Vignal a étudié la formation des cellules nerveuses chez l'embryon. Ces cellules sont semblables à celles de l'adulte, si ce n'est que leur volume est moindre et qu'elles ne renferment jamais de granulations pigmentaires, preuve que ces dernières sont des produits de dégénérescence.

A aucun moment de leur développement les cellules nerveuses de la moelle épinière ne forment des groupes assimilables à des ganglions. Elles s'étendent dans toute la longueur de la moelle sous forme de colonnes presque régulières. P. R.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 28 mars 1884. — Présidence de M. Cornil.

19. Rétrécissement mitral pur. — Infarctus anciens du poumon et du rein ; par Jardet.

Les antécédents héréditaires de cette malade sont excellents : son père et sa mère sont morts à un âge avancé. Un de ses frères est mort avec une paralysie ; elle a quatre sœurs bien portantes. Réglée à 15 ans, la malade a commencé à souffrir à 20 ans. Pas de rhumatisme articulaire. A la suite d'une vive contrariété, la malade aurait vu ses règles s'arrêter et aurait commencé à avoir des fleurs blanches.

Dès ce moment, elle eut de temps en temps des hémoptysies, surtout au moment de ses règles. Depuis une douzaine d'années, la malade tousse presque continuellement ; elle crache peu. Par moment, elle a des accès d'oppression, de dyspnée et de palpitations, quelquefois des crachements de sang assez abondants. Enfin, elle est sujette aux céphalalgies, aux douleurs à l'épigastre et dans l'hypochondre droit.

Quand nous voyons la malade, nous trouvons que l'état général est assez satisfaisant ; l'embonpoint est suffisant. Les pommettes sont un peu rouges et les joues sillonnées de veinosités. Les lèvres sont légèrement bleues. A l'examen de la poitrine, on note que la pointe du cœur bat au-dessous du mamelon, dans le cinquième espace, et que le choc est énergique, mais d'un rythme irrégulier. A l'auscultation, les bruits sont difficiles à suivre. A la pointe, le premier bruit est soufflant et le second dédoublé. A la base du cœur, on perçoit les mêmes bruits qu'à la pointe, mais d'une façon moins intense. Le diagnostic que l'on porte est celui de rétrécissement mitral pur. Le pouls est petit, filiforme, irrégulier. Les poumons présentent à l'examen une sonorité normale, sauf au sommet gauche, où il semble y avoir un peu de matité.

A l'auscultation, on perçoit un peu de rudesse du bruit respiratoire à la base des deux poumons et quelques râles humides, mais fins. La malade n'a jamais eu d'œdème des membres inférieurs, mais quelquefois un peu d'œdème des paupières et des mains. A certains moments, elle a eu quelques brouillards devant les yeux. Pas d'épistaxis. Les urines ne présentent pas d'albumine.

Le 4 *janvier*, la malade est plus oppressée, elle tousse un peu plus et vomit le soir. Jusqu'au 31 janvier, tout rentre à peu près dans l'ordre. A ce moment, la dyspnée augmente de nouveau, ainsi que les palpitations. On trouve des symptômes de congestion pulmonaire ; la malade a quelques crachats sanguinolents peu abondants qui persistent pendant trois jours, puis deviennent rouillés. A l'auscultation, on trouve une congestion intense à la base des deux poumons. En outre, la malade éprouve de l'insomnie, de la céphalalgie et vomit tout ce qu'elle prend. Enfin, le 3 février, à la suite d'injections de caféine, le calme revient. Depuis cette époque jusqu'au 23 mars, la malade eut deux accès analogues. A partir du 23, l'oppression, l'insomnie, la dyspnée revinrent en même temps que les palpitations. Le 24, l'oppression augmenta et la malade mourut le 25, présentant tous les symptômes de l'asphyxie.

Le 26, on fit l'autopsie. A l'ouverture de la poitrine, il s'échappe des deux plèvres une grande quantité de liquide clair citrin et absolument séreux. La quantité peut être évaluée à deux litres et demi pour les deux côtés de la poitrine. On ne trouve pas dans les plèvres de caillots fibrineux.

Les poumons contiennent une grande quantité de sérosité spumeuse qui s'échappe à la coupe, bien que le poumon crépite encore. En certains points, on remarque des lobules gris jaunâtres, mous et absolument exsangues, entourés de lobules congestionnés. — Le foie est volumineux. A la coupe, il a l'aspect du foie muscade, et il est en outre gorgé de sang. — Les reins présentent à la surface des dépressions assez profondes, au niveau desquelles la substance corticale a complètement disparu. A ces points, la capsule est épaissie et plus adhérente au rein. — Ces cicatrices semblent résulter de la fonte d'infarctus. Le reste du tissu rénal est sain, mais également gorgé de sang.

La rate est volumineuse, assez résistante et également congestionnée.

Le cœur est très notablement augmenté de volume : il pèse 500 grammes au moment où on le retire de la poitrine. Il est légèrement graisseux à la surface. La paroi ventriculaire gauche est épaissie très notablement, la cavité ventriculaire élargie. L'orifice aortique est normal, les valvules saines. L'aorte est un peu athéromateuse à l'origine. — L'orifice mitral présente des lésions très remarquables. L'anneau d'insertion valvulaire est normal, mais les valves de la mitrale, d'apparence parfaitement saine d'ailleurs, sont accolées l'une à l'autre de façon à ne laisser à leur centre qu'une étroite boutonnière admettant à peine l'extrémité du petit doigt. Vues par le ventricule, les

© BIU Santé

valves se continuent avec de volumineux tendons nacrés et résistants, qui s'insèrent sur les muscles papillaires.

Notons enfin que la valve droite de la valvule mitrale semble un peu dilatée à son centre, qui devait, pendant la vie, être refoulé en forme de dôme du côté de l'oreillette. Cette dernière cavité présente dans l'auricule une inflammation de l'endocarde et une quantité de caillots déjà organisés, rougeâtres, adhérents, véritable nid à embolus. — Les orifices du cœur droit sont sains. L'artère pulmonaire est fortement dilatée au-dessus des valvules. Elle laisse admettre trois doigts facilement.

En somme, nous avons eu affaire à un cas de rétrécissement mitral pur, comme ceux qui ont été décrits par M. Duroziez et rappelés par M. le professeur Hardy. — Rétrécissement qui débute le plus souvent dans le jeune âge, sans rhumatisme ni maladie infectieuse; qui se fait sentir surtout au moment de la puberté, et chez les femmes, où on le rencontre surtout, s'aggravera à l'occasion d'une grossesse et fera mourir la malade à un âge en général peu avancé.

20. Epithélioma cylindrique de la vésicule biliaire, par Marcel Lermoyez, interne des hôpitaux.

M..., Christine, 52 ans, blanchisseuse et alcoolique, entre le 7 janvier 1884, à la salle Louis, hôpital Bichat (service de M. le Dr Gouguenheim), pour des accidents qui ont débuté trois mois plus tôt.

Le 5 octobre, dans la journée, sans émotion, sans colère, n'ayant jamais eu de coliques antérieures, la malade fut subitement prise d'ictère, et en même temps elle éprouva une violente douleur dans le côté droit.

L'ictère dura environ deux mois et demi, soigné en vain par les diurétiques et les alcalins, ictère persistant, avec urines biliphéiques, matières rares et décolorées; il s'accompagna de douleurs lancinantes, intermittentes, siégeant dans les deux hypocondres, revenant surtout la nuit, et n'affectant pas le caractère paroxystique des coliques hépatiques. Trois semaines avant l'entrée, l'ictère disparut, mais les douleurs de ventre augmentèrent peu à peu et se localisèrent exclusivement à l'hypocondre droit, s'accompagnant d'amaigrissement et d'altération notable de l'état général.

A l'entrée, on trouvre le ventre gonflé, ballonné; il y a une diarrhée difficile à arrêter. Malgré le volume de l'abdomen, il n'y a pas d'ascite, pas de dilatation veineuse abdominale. La rate est petite. L'examen du foie est difficile; celui-ci remonte un peu haut, semble augmenté en hauteur, mais pourtant ne déborde pas inférieurement les fausses côtes, de sorte qu'on ne peut sentir ni son bord inférieur, ni sa surface au cas où il y aurait des bouclures. Au creux épigastrique, sonorité normale et pas de douleur. Rien aux poumons ni au cœur.

1er *février.* La malade maigrit et s'affaisse rapidement; elle prend une teinte terreuse, sans qu'à aucun moment il se produise de l'ictère. Le ventre continue à être extrêmement douloureux dans tout le côté droit et grossit rapidement; matité et fluctuation dénotent une ascite rapidement croissante. Le foie est dur, difficile à palper, mais ne présente aucune bosselure. Cependant, la marche rapide des accidents imposent au médecin le diagnostic de *cancer,* et l'importance des phénomènes hépatiques du début permettent avec assez de raison de placer la tumeur dans le *foie.*

5 *février.* Il y a actuellement 3 à 4 litres de liquide dans le ventre, qui rapidement se tuméfie, contrastant ainsi avec l'amaigrissement des membres. Disparition totale de l'appétit, affaiblissement rapide, œdème périmalléolaire confirment le diagnostic.

7 *février.* Une ponction amène 5 litres de liquide citrin, sans traces de néo-membranes ni d'hémorrhagies. Après l'évacuation du liquide, on sent nettement dans l'hypocondre droit une masse dure, bosselée, mate, dont la pression produit des douleurs vives, et qui doit être le foie bourrelé de noyaux cancéreux.

13 février. Le liquide se reproduit rapidement. L'amaigrissement progresse encore. La malade ne tousse pas, n'a pas de mouvement fébrile le soir, mais se plaint de douleurs intenses dans la région du foie, qui s'irradient presque dans l'aine droite.

1er *mars.* Deuxième ponction amenant 5 litres de sérosité.

11 *mars.* Troisième ponction : liquide clair, non hémorrhagique. Le liquide étant évacué, la palpation dénote dans tout le côté droit une plaque, un gâteau dur, bosselé, semblant faire suite au foie, et descendant jusque dans la fosse iliaque droite. A ce niveau, la percussion dénote une demi-sonorité, ce qui tendrait à faire admettre une couche très mince de néoplasie reposant sur le paquet intestinal sonore, quelque chose comme un cancer en nappe de l'épiploon.

25 *mars.* La malade qui, de jour en jour, se cachectise davantage, meurt en vraie cancéreuse, pâle, peau émaciée, avec de l'ascite, des douleurs atroces et une apyrexie complète.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, après qu'il s'est écoulé 5 à 6 litres d'un liquide clair et citrin, on se trouve en présence d'une masse bosselée, tremblottante, étendue en nappe dans toute la partie gauche du ventre et formée par une accumulation de petits kystes, dont le plus gros atteint à peine le volume d'une noix, et dont le contenu est transparent et clair. Ce gâteau néoplasique, qui n'adhère ni à la paroi abdominale, ni à ce paquet intestinal sous-jacent, n'est autre chose que le grand épiploon transformé.

Le péritoine pariétal n'est pas injecté, mais il présente une quantité de petits kystes clairs, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noisette, insérés sur la séreuse : c'est une sorte d'éruption bulleuse, comme un *pemphigus* du péritoine. Mêmes lésions sur tout le péritoine viscéral, sur les parois de l'intestin et de l'estomac, et surtout sur les replis mésentériques; quelques-uns de ces kystes sont appendus au mésentère comme des grains de raisin : leur paroi est mince, transparente et fortement vascularisée. La lésion est surtout marquée sur le revêtement péritonéal des organes génitaux, au point qu'on est tenté de se demander, en voyant l'ovaire droit kystique et gros comme une tête d'enfant, si là n'est pas le siège primitif de la lésion, qui se serait ensuite étendue à tout le péritoine. Or, parmi les kystes innombrables qui constituent le manteau épiploïque, se trouvent quelques parties de tumeurs blanches et dures, qui, à la coupe, fournissent sous le scalpel qui les râcle un suc blanchâtre, où le microscope dénote la présence de boyaux d'épithélium cylindrique, formés à la périphérie de cellules allongées, accolées régulièrement les unes aux autres, et au centre, de cellules à gros noyaux, renfermant de nombreux nucléoles brillants et subissant déjà dans les parties les plus centrales, un commencement de dégénérescence graisseuse. Donc, il s'agit ici d'un épithélioma cylindrique secondaire, ayant subi la transformation kystique, et dont il reste à chercher l'origine. L'examen des viscères nous donnera certainement la clef de ces lésions. Les organes thoraciques sont intacts. — La *rate* est petite.

Les *reins,* anémiés, sont légèrement atrophiés dans leur portion médullaire, mais ils ne renferment pas de parois cancéreuses. Le *foie* centralise toutes les lésions. Il n'est pas augmenté de volume, sa surface est lisse et adhérente au péritoire périhépatique épaissi, rugueux et parsemé de travées de néo-membranes. A la coupe, le foie est dur, coloré par le hile et piqueté comme un foie muscade; on y trouve un noyau cancéreux, blanchâtre, de la grosseur d'une noix, et deux kystes, dont l'un, gros comme une pomme d'api, présente un contenu clair et une paroi mince, blanche, n'ayant déterminé à son voisinage aucune sclérose du parenchyme. C'est dans les parois de la vésicule biliaire que le premier cancer en date a pris naissance; c'est de là qu'il a rayonné vers le foie d'abord, vers le péritoine ensuite; c'est ce qui nous explique pourquoi nous sommes ici en présence d'un épithélioma cylindrique.

Les parois de la vésicule biliaire sont épaissies et for-

© BIU Santé

mées d'une masse molle, blanchâtre, pulpeuse, semblable au nodule carcinomateux intra-hépatique; cette masse est ramollie en son centre et renferme de petits calculs irréguliers de cholestérine; la présence de ces calculs et la perméabilité persistante du canal cholédoque peuvent nous faire comprendre les accidents initiaux d'ictère, produits alors par une simple lithiase biliaire, et la disparition ultérieure de ce symptôme, lorsque ces calculs ayant désormais été immobilisés dans la tumeur cancéreuse, les voies biliaires vibrent alors béantes. Cette vésicule biliaire cancéreuse s'entoure d'une inflammation chronique du péritoine, qui a produit quantité d'adhérences au milieu desquelles elle est enfouie, et où il faut longuement la rechercher pour la découvrir.

En somme, la marche des accidents est bien simple: épithélium cylindrique primitif de la vésicule biliaire, propagé au foie et généralisé dans tout le péritoine.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la transformation kystique de la tumeur secondaire, qui perd absolument tous ses caractères pelviens pour former comme un amas de bulles de savon étendu à la surface des viscères; c'est surtout sa généralisation rapide à tout le péritoine, dont aucune portion n'est visitée, et qui présente dans tous ses points une éruption bulleuse étrange, nous dirions pemphigoïde, si ce mot n'éveillait une idée de causalité toute spéciale qui n'a rien à voir avec notre tumeur abdominale.

20 *bis*. Epilhélioma du sinus maxillaire. — Exophtalmie, perte de l'œil; par RIBAIL, interne des hôpitaux et PEUGNIEZ, externe.

La nommée L..., Eugénie, âgée de 34 ans, chapelière, sans antécédents pathologiques connus, sans hérédité, est entrée à l'hospice d'Ivry, le 2 mars 1883, présentant les phénomènes suivants :

Après un accouchement normal et sans suites, qui a eu lieu il y a deux ans, la malade avait commencé à s'apercevoir que sa vue baissait, surtout à gauche, puis peu à peu la vue a disparu complètement de ce côté. A ce moment, l'œil a commencé à saillir de son orbite. Puis peu à peu la vue a aussi disparu à droite et, depuis trois mois, la cécité est complète.

Dès ce moment, il y avait des douleurs de tête à exacerbations nocturnes, qui ont pris depuis quelques jours une intensité plus grande, nécessitant l'entrée de la malade à l'infirmerie de l'hospice.

Le 3 *mars* 1883, la malade se présente à l'examen avec une intelligence affaiblie, ne permettant pas d'obtenir d'elle des renseignements bien précis. La langue n'est ni déviée ni paralysée; d'ailleurs, il n'y a de paralysie d'aucun côté.

L'œil gauche est en exophthalmie prononcée, la sclérotique est très apparente; il n'y a pas de déviation de l'œil, la pupille répond bien aux excitations lumineuses.

L'exophthalmie n'est pas réductible; du côté de l'œil droit, pas d'exophthalmie. Déjà, à cette époque, l'odorat paraissait affaibli.

A cette époque, ce qui domine donc, c'est une exophthalmie pure de l'œil gauche, avec perte de la vue, sans goitre ni palpitations. On porte le diagnostic de tumeur de l'orbite.

En *juillet* 1883, l'œil, sous l'influence de l'action de l'air prolongée, par suite de l'impossibilité de clore les paupières, se vide et ne se présente plus que sous l'aspect d'une masse bourgeonnante et rouge. A cette époque aussi, l'œil droit commence à saillir hors de son orbite. Le 19 *novembre* 1883, attaque épileptiforme bien constituée, qui ne s'est renouvelée qu'une fois en décembre.

Lors de notre arrivée dans le service, le 1er janvier 1884, nous avons trouvé la malade dans l'état suivant :

Immobilité ou presque dans son lit. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose; l'œil gauche se montre sous l'aspect d'un bourgeon rouge, dévié en bas; au-dessus, la paupière supérieure fait une énorme poche avec la peau très amincie, sillonnée de veines nombreuses. On constate facilement une fluctuation très nette et on porte alors le diagnostic de sarcome de l'orbite.

L'œil droit est aussi en légère exophthalmie.

Le 20 *mars*, subitement, la tumeur sus-oculaire se vide à la suite d'une épistaxis assez abondante; depuis, l'écoulement sanguin se continue goutte à goutte, amenant l'affaiblissement rapide, que ne pouvait combattre le Todd, unique aliment qu'absorbait la malade. — Mort le 27 mars.

AUTOPSIE. 24 *heures après la mort*. — *Tumeur*. Dans le sinus maxillaire gauche, tumeur de la grosseur d'un fort œuf de pigeon, accolée à la voûte du sinus à laquelle elle adhère fortement; à la partie postérieure, elle se continue avec le corps du sphéroïde, qui présente au niveau une exostose à aspérités, probablement envahie par le néoplasme. La tumeur a l'aspect d'un encéphaloïde.

La paroi interne du sinus n'existe plus; il y a à ce niveau une énorme cavité de 6 centimètres dans tous les sens, remplie de sang coagulé et de liquide chocolat, cavité formée par les deux sinus maxillaires réunis et par les fosses nasales.

Si on coupe la tumeur, on arrive sur ce qui fut la paroi inférieure de l'orbite, qui est complètement détruite à gauche; il n'y a plus à ce niveau qu'une lame fibreuse. Dans l'orbite même, il existe à la partie postérieure une petite tumeur faisant suite à la grosse, sans ligne de démarcation et de la grosseur d'une petite noisette.

A la partie supérieure de l'orbite, il existe une cavité dans laquelle on trouve encore quelques caillots; c'est le vestige de la poche qui produisait cette énorme tumeur fluctuante au-dessus de l'œil.

Le reste de l'orbite est rempli par du tissu graisseux, au milieu duquel on retrouve les muscles moteurs de l'œil. L'œil lui-même est réduit à un moignon gros comme une petite noisette et rejeté à la partie inférieure. Sur une coupe, on le voit formé par deux petites masses noires, séparées et enveloppées par une coque blanche d'aspect fibreux.

Le nerf optique gauche est complètement atrophié, réduit à un ruban.

Du côté droit, l'atrophie est moins marquée. L'œil droit est en légère exophthalmie causée par l'épanchement sanguin de la cavité que nous avons décrite, cavité dont la paroi formée par le plancher orbitaire droit est ramollie.

A l'examen microscopique, on constate d'abord que le grattage de l'œil donne de nombreuses cellules fusiformes à noyau, représentant les débris du corps vitré modifiés. Le raclage de la tumeur donne de nombreuses cellules pavimenteuses kératinisées, à noyaux et pigmentées, simulant absolument les cellules de l'épiderme qui seraient pigmentées; en plus, on trouve des cellules rondes se colorant fortement par le carmin.

Quelques-unes des cellules épithéliales montrent nettement la dégénérescence muqueuse.

Sur les coupes, la tumeur examinée à un faible grossissement (Obs. III, ocul. V. Hartnack), montre un épithélioma diffus parcouru par des travées fortement colorées en rouge; en certains points, l'épithélioma se montre sous forme d'îlots; enfin, on trouve par-ci par-là des globules sanguins.

A un plus fort grossissement (Obs. VII, oc. 2), les cellules épithéliales se montrent avec les caractères dont nous avons parlé plus haut; elles sont réunies sans ordre, sauf en plusieurs points, où elles se réunissent en lobules, et en quelques autres, où elles forment des globes épidermiques encore incomplètement formés. Les travées rouges sont formées de tissu fibreux à tous les degrés d'organisation, mais où domine le tissu embryonnaire. Enfin, par place, il existe des îlots formés d'une matière amorphe, uniformément colorée en rouge vif, probablement formés de substance muqueuse. Quant aux espaces remplis de sang, les uns sont de simples lacunes formées par des épanchements sanguins interstitiels, d'autres sont bornés par une zone embryonnaire et sont situés dans les travées embryonnaires déjà décrites. En résumé, nous sommes en présence d'une tumeur épithéliale qui a, cliniquement, au début,

© BIU Santé

simulé une tumeur de l'orbite. L'évolution consécutive a fait penser à une tumeur intracrânienne; enfin, l'examen anatomique a permis de constater qu'on avait affaire à une tumeur du sinus maxillaire, tumeur épithéliale développée aux dépens de la muqueuse de cette cavité, ce qui nous est prouvé par l'examen histologique en plus de l'examen macroscopique, car on sait qu'il est de règle que les cellules de l'épithélioma des tumeurs, développées dans les fosses nasales et leurs dépendances, se kératinisent.

21. Organes constituant le hile du foie. — Mort par hémorrhagie avec des signes d'hépatite parenchymateuse. par Paul Berbez, interne des hôpitaux et Henri Berbez, étudiant en médecine.

Le nommé Alfred Doré, âgé de 39 ans, cultivateur, entre le 5 février 1884 (service de M. Ferrand), suppléé par M. Gingeot.

Le père du malade est mort à 64 ans, d'une grosseur dans le ventre, à ce que raconte son fils.

La mère est morte à 72 ans; elle habitait un pays malsain et avait assez fréquemment des accès de fièvre intermittente.

Plusieurs frères et sœurs sont morts à la suite d'accidents. Le malade lui-même n'a jamais eu de maladie grave. A 14 ans, il a eu la rougeole. Jamais d'affection syphilitique. Jamais de colique hépatique. Pas de fièvres intermittentes. Il a été réformé autrefois pour une petite taie congénitale peut-être, qu'il a en face de la pupille, dans l'épaisseur de la cornée.

Le 18 janvier dernier, le malade, qui venait d'être abandonné par sa femme, quitta son pays (la Picardie) pour venir chercher de l'ouvrage à Paris. Il est venu à pied, faisant en moyenne huit lieues par jour, sans argent, couchant dans les postes et quelquefois dehors. C'est en arrivant à Paris qu'il a commencé à jaunir. Une fois arrivé, il a placé au dépôt son enfant, âgé de 10 ans, qui l'avait accompagné dans son voyage, et il est entré à Laënnec, où nous le trouvons dans l'état suivant : C'est un homme vigoureux d'aspect, pas amaigri le moins du monde, dont tout le tégument présente une teinte jaune des plus foncées. La jaunisse, qui a atteint presque d'emblée son maximum de coloration, date de cinq jours seulement. Cependant, le malade a déjà le pouls considérablement ralenti (55 pulsations à la minute). Il présente aussi un prurigo manifeste. Le malade se gratte continuellement. Le foie semble gras à la percussion; toute la région qui lui correspond est douloureuse et comme tuméfiée.

L'examen du tube digestif ne présente rien de bien remarquable, si ce n'est un état saburral très marqué; la langue est sale. Le malade, néanmoins, a assez bon appétit. On le met au régime lacté et on le purge avec 45 grammes d'huile de ricin. Les fonctions digestives s'exécutent assez bien. Pas de vomissements, pas de digestions pénibles. Une fois, cependant, le malade nous dit qu'il a comme un poids au niveau de la région épigastrique. Rien de saillant du côté de l'intestin. Pas de diarrhée. Dès le 1er juin, les garde-robes sont absolument décolorées.

Rien au cœur, si ce n'est une diminution considérable du nombre des battements. Rien au poumon. Les reins fonctionnent assez bien. Les urines rendues sont franchement ictériques et vert bouteille; elles sont plutôt diminuées de quantité.

Le système nerveux est peu touché. Néanmoins, le malade est apathique, un peu indifférent, optimiste même. Il va bien, mais n'aime pas à se donner de mouvement. Il se lève le moins possible; cependant, à la contre-visite du soir, nous le voyons souvent levé et se promenant dans la salle.

Le surlendemain de l'entrée, le malade, purgé comme nous l'avons dit plus haut, va à la selle 7 ou 8 fois, sans que le lendemain la teinte jaune soit diminuée en quoi que ce soit. Après quelques jours de repos et de régime lacté, nous lui faisons donner tous les matins un verre d'eau de Sedlitz; la teinte jaune ne diminue pas, mais elle est influencée par les émotions. Le petit garçon du malade vient le voir; le lendemain et déjà dans la soirée, on peut voir que la teinte ictérique est moins foncée.

18 *février*. On fait appliquer une vessie de glace sur la région. On sent le bord tranchant descendre à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

19 *février*. Les garde-robes sont toujours décolorées; le malade n'a pas de xanthopsie. Quelques pointes de feu sont appliquées au niveau du foie.

25 *février*. Les choses sont absolument dans le même état. Démangeaisons vives à la peau. Pas de vomissements. On donne 1 gramme d'iodure de potassium.

29 *février*. Les purgations sont inutiles; l'ictère prend une teinte vert bouteille foncée. Les garde-robes sont toujours aussi décolorées.

Trois jours avant sa mort, le lundi 24 mars, le malade, qui ne se levait plus depuis 2 jours, a été pris de selles marc de café; la quantité de matières rendues a été considérable. D'après la fille de salle, elle se serait élevée à deux cuvettes de toilette. Cette perte de sang a beaucoup affaibli le malade.

Dans la nuit du 24 au 25, nouvelle hémorrhagie.

Le 25, le malade a de l'hématémèse; il vomit environ 250 grammes de sang en nature, assez rouge. Après quelques heures de sommeil, il vomit du marc de café. Le malade, à qui on fait inutilement sucer de la glace et ingérer des potions à l'ergotine et à l'extrait de ratanhia, succombe dans la nuit du 25 au 26, après une nouvelle hématémèse.

Autopsie, 24 *heures après la mort*. — Le cadavre présente la teinte ictérique du début de la maladie. Rien au thorax. Les poumons sont absolument sains, de même que le cœur, qui a le poids et le volume normaux. Tout l'intérêt se porte sur l'abdomen.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une assez grande quantité de liquide ascitique. Le foie, pesant 1800 grammes, se présente à nous avec la teinte ordinaire de la cirrhose biliaire; il présente une teinte foncée vert bouteille; il est augmenté, mais pas d'une façon très manifeste; sa consistance est plutôt diminuée qu'augmentée. Traces de périhépatite à l'œil nu tout autour de la vésicule biliaire; çà et là des îlots blancs nacrés à la surface du viscère. A la loupe, exagération de la disposition visible à l'œil nu. En enlevant le foie, l'externe sentant une assez grande résistance, fait une incision au milieu d'une masse épaisse de noyaux carcinomateux, qui s'étend de l'estomac au hile du foie. Malgré cette incision malencontreuse, on peut voir que le pancréas, dont le canal excréteur est très dilaté et a pris le volume de deux plumes d'oie ordinaires, est envahi par la dégénérescence cancéreuse, et que c'est lui qui, de la petite courbure de l'estomac, se porte au hile du foie. En renversant le foie sur sa face convexe, on voit que les organes du hile sont comprimés en masse par une grosse tumeur à l'aspect lobulé, à consistance dure. Cette tumeur, qui se continue avec le pancréas à gauche, est située en avant du sillon transverse; la veine porte, en allant d'arrière en avant, n'est pas trop comprimée; elle ne présente aucun rétrécissement de calibre.

L'artère hépatique traverse la tumeur sans y adhérer beaucoup, puisque de simples tractions, aidées de quelques coups de scalpel, ont suffi pour la dégager. Les canaux biliaires ont plus souffert.

La vésicule biliaire, d'un blanc nacré, à parois épaissies, flasques cependant et ridées, a un col très allongé et très flexueux. Ce col est subitement rétréci par une masse cancéreuse grosse comme une olive, qui appuie sur le point où les canaux excréteurs des deux lobes du foie se réunissent pour constituer le canal hépatique. Un coup de scalpel involontaire nous a prouvé que la vésicule ne contenait plus de bile, mais bien une sorte de mucus jaunâtre et visqueux analogue à celui qui recouvre la pituitaire. Introduisant un stylet par cette boutonnière, nous vîmes que le passage était complètement obturé. Les conduits excréteurs de chaque lobe du foie ont acquis un diamètre d'au moins 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres. Là il y a de la véritable bile qui, depuis longtemps, ne reflue plus dans la

© BIU Santé

vésicule biliaire. On peut voir que tous les canaux hépatiques suivis dans le parenchyme sont considérablement dilatés. Par conséquent, la compression porte sur les conduits biliaires, principalement celle qui a obturé les canaux hépatiques et cystiques. La section malheureuse qui a entamé ne nous a pas permis de voir dans l'ampoule de Water ce que devenaient les canaux hépatiques de Wirsung. Néanmoins, le duodénum a sa muqueuse absolument intacte. En suivant le pancréas, on voit son tissu épaissi et lardacé aboutir au niveau de l'orifice postérieur de l'estomac à une énorme tumeur du volume du poing et même plus, qui soulève la paroi de l'estomac et se continue manifestement avec le pancréas. En fendant l'estomac le long de son bord inférieur, on voit faire saillie, dans la cavité de l'estomac, un gros chou-fleur ulcéré, de consistance molle, se déchirant sous un simple filet d'eau. Cette tumeur, qui s'étend beaucoup en surface, occupe toute la petite courbure, une partie de la face antérieure et une partie de la face postérieure. Les deux orifices du cardia et du pylore sont indemnes. En dehors de la tumeur, la muqueuse gastrique ne présente pas d'altération particulière.

Les ganglions lombaires forment une grosse masse cancéreuse en avant de la colonne vertébrale.

Le pancréas ne semble pas envahi dans toute son étendue; la partie moyenne est à peu près intacte macroscopiquement tout au moins. L'induration est plus marquée au niveau du hile de l'organe. Nous n'avons pas trouvé de cancer dans les autres points de l'économie.

Réflexions. — Cette observation nous a semblé intéressante à plusieurs points de vue : 1° D'abord, cette énorme tumeur est restée inaperçue, grâce au manque de symptômes gastriques; 2° la compression des canaux de la bile a simulé, dans une certaine mesure, l'hépatite parenchymateuse; 3° cette même compression a réalisé naturellement les expériences de MM. Gombault et Charcot, ainsi que celles de Hanot. La compression a agi là comme une véritable ligature du canal cholédoque.

La tumeur, telle qu'elle existait, pouvait difficilement être diagnostiquée. En effet, l'exploration directe ne révélait rien. La situation profonde de la tumeur ne permettait pas de la faire soupçonner à l'aide de la percussion; la rénitence et la matité transversales étaient naturellement mises sur la maladie hépatique. D'un autre côté, les symptômes fonctionnels étaient nuls; le malade mangeait avec appétit; il n'a vomi que très tard, et le lait qui constituait son unique nourriture était bien toléré.

Il n'avait pas de douleurs épigastriques; il avait une teinte ictérique qui masquait la teinte jaune paille.

Il n'avait point d'irradiations douloureuses du côté de la colonne vertébrale. Il n'a pas eu, pour ainsi dire, de cachexie cancéreuse.

La décoloration des selles s'expliquait suffisamment par l'absence de bile dans l'intestin. Le pancréas ne semblait pas en cause le moins du monde; les selles n'ayant pas été grasses un seul jour.

Dans une certaine mesure, nous avons cru que nous avions affaire à l'atrophie jaune du foie à marche lente, car nous avions des hématémèses et des mœlena. A la rigueur, nous aurions dû avoir, dans l'hypothèse précitée, des épistaxis abondantes, des pétéchies, des hémorrhagies ayant leur siège moins près du lieu malade. Nous aurions dû avoir de la fièvre, des vomissements alimentaires et bilieux. Ces symptômes ont fait défaut, mais on pouvait penser à une forme insidieuse précédant les phénomènes plus graves de l'ictère essentiel. Quant à ce qui est des lésions microscopiques, nous n'avons pu les constater encore, mais nous nous promettons de faire les coupes qui nous permettront de voir où en sont les cellules hépatiques.

En résumant la question, nous pensons donc qu'il s'agit là d'un cancer encéphaloïde à marche rapide, mais à symptômes latents, qui de l'estomac a gagné le pancréas et les conduits biliaires. Il est curieux aussi de voir combien l'organisme s'est montré tolérant pour cette production énorme. Un voyage de 70 lieues à pied a été possible, mais a dû donner un coup de fouet au développement de la tumeur et à l'envahissement des organes voisins.

22. Tuberculose pulmonaire et surrénale. — Maladie d'Addison; par M. Tissier, interne des hôpitaux.

La nommée C. Viernard, âgée de 34 ans, couturière, originaire du Pas-de-Calais, entre le 17 mars 1884, au n° 13 de la salle Sainte-Claire (service de M. Siredey).

Son père était mort poitrinaire neuf ans auparavant. Sa mère, cinq sœurs et deux frères sont en bonne santé. Jamais elle n'eut d'enfant ni de fausse couche. Bien réglée depuis l'âge de 17 ans, elle a cessé de voir ses règles au mois de mai dernier (1883), et ne les a plus eues depuis lors. C'est à dater seulement de cette époque, que cette jeune fille, toujours bien portante jusque-là, est devenue malade. Elle a peu à peu et progressivement de plus en plus toussé, craché, et surtout maigri et dépéri de toutes façons. Jamais elle n'a présenté d'hémoptysie, mais elle a souvent et abondamment saigné du nez. Les vomissements revenaient à tout propos, matin et soir, avant comme après le repas, vomissements muqueux et alimentaires, quelquefois composés de bile, jamais teintés de sang. Ces vomissements revenaient à peu près tous les jours, en moyenne cinq à six fois, et causaient de violentes douleurs qui s'irradiaient par tout le ventre, et persistaient, avec redoublement d'acuité à certaines heures, pendant toute la journée. Mais ce qui surtout dominait dans son état, c'était, au dire de tout son entourage, bien plus que l'amaigrissement, la toux et les désordres gastriques, l'alanguissement profond dans lequel était plongée la malade, et qui la rendait de jour en jour moins capable de s'occuper de ses travaux et d'elle-même, et la faisait presque indifférente à ses propres souffrances. On ne manquait pas d'attribuer une telle langueur à des chagrins intimes dont la malade ne voulait pas faire la confidence. C'est dans ces conditions que nous reçûmes la malade.

Etat actuel. — Elle est gisante dans son lit, accablée de fatigue sans avoir rien fait, insouciante de tout ce qui se passe autour d'elle, les yeux demi-clos, la tête à l'abandon, les membres épars, dans un collapsus extrême. A peine peut-elle répondre aux questions dont on la presse; sa voix est lasse, presque éteinte; le moindre déplacement, les simples mouvements respiratoires un peu profonds lui sont pénibles et lui causent une véritable souffrance. Elle ne se plaint que de douleurs de reins, s'étendant par instant à tout le ventre en ceinture et gagnant les membres inférieurs jusqu'à la pointe des pieds. Ces douleurs pseudo-névralgiques n'occupent pas de trajets nerveux nettement déterminés. Avec ces crises douloureuses existe une hyperesthésie de toute la surface cutanée, telle que le moindre frôlement de la peau est ressenti comme une douleur aiguë. Pas d'hyperesthésie sensorielle correspondant à cette hyperesthésie cutanée. Les douleurs épigastriques durent encore, mais depuis deux à trois jours avant l'entrée à l'hôpital, les vomissements ont cessé et n'ont plus reparu. Pas de diarrhée ni de constipation; selles régulières. Légère ascension fébrile de la température, montant à 38°,8.

En examinant successivement tous les grands appareils, nous trouvons une matité prononcée au sommet gauche de la poitrine et surtout en arrière. En ce même point, la respiration est fortement soufflante et entremêlée, si l'on fait tousser, d'un grand nombre de râles sous-crépitants fins. Du côté droit, la respiration est plus rude qu'à l'état sain. On entend beaucoup moins facilement qu'à gauche les craquements humides que de profondes respirations peuvent cependant révéler.

Aux deux bases, ni l'auscultation ni la percussion n'indiquent rien d'anormal. L'examen des crachats, suivant la méthode d'Erlich, montre un grand nombre de bâtonnets tuberculeux.

Les battements du cœur sont réguliers et les bruits valvulaires parfaitement normaux. Le ventre n'est pas météorisé; le foie est plutôt petit, la rate est de dimensions moyennes. Aucune tumeur ni empâtement dans les fosses iliaques, et le toucher vaginal fait reconnaître la mobilité

© BIU Santé

de l'utérus, l'intégrité du col et la souplesse des culs-de-sac. Pas d'hypertrophie ganglionnaire. L'urine, rendue en quantité habituelle, ne contient ni sucre ni albumine. Il n'y a d'ailleurs pas d'œdème.

Ainsi, nous avions affaire à une tuberculeuse peu avancée, qui se trouvait dans un épuisement nerveux tout à fait insolite dont rien, jusqu'à présent, ne donnait l'explication. Le soupçon d'une sorte d'anémie pernicieuse ou de leucocythémie avait été dissipé par la numération des globules qui fit compter 3,500,000 hématies par millimètre et reconnaitre la proportion de 1 globule blanc pour 250 à 300 rouges. Mais un symptôme, dont nous n'avons encore rien dit, cependant constaté dès le début, avait fait prévoir à M. Siredey, avant tout examen, le diagnostic qu'il fallait affirmer : ce symptôme était la coloration particulièrement bistrée des téguments. La malade, d'après son propre récit, était auparavant blanche et rosée de peau ; depuis quatre mois, peu à peu elle a bruni, au point que tout le monde autour d'elle s'est aperçu du changement et remarquait qu'elle devenait comme une mulâtresse.

La teinte foncée a toujours été plus accusée à la face, aux mains et aux poignets. Elle est à présent brune sur tout le corps, comme fumée ; cette coloration est générale et uniforme, sauf à la face et sur les mains, où la pigmentation est plus accusée. Cependant, sur le ventre et les cuisses, le fond noirâtre est tigré de taches ovalaires plus brunes encore, parsemées, au nombre d'une quarantaine peut-être et larges comme de grosses lentilles. De plus, à la face et sur le cou, nous notons une quinzaine de points pigmentés, tout à fait noirs, gros comme des têtes d'épingles et ressemblant le plus à des éphélides mélaniques. — Les aréoles des seins et la ligne blanche ne présentent pas de pigmentation particulière. Partout la peau est humide et souple et ne rappelle en rien la sensation de sécheresse et l'aspect squameux de la peau des cachectiques. Les ongles, les dents, les cheveux et les poils ont conservé leur coloration propre. — Enfin, en faisant ouvrir la bouche, sur la voûte palatine, immédiatement en arrière de l'arcade dentaire, sur la surface concave du rebord des alvéoles, apparaissent de petites taches noirâtres marons occupant la muqueuse située en arrière et au-dessus des grosses molaires, sur les parties latérales et au-dessus des incisives à la mâchoire supérieure.

M. Siredey, tenant compte de la fièvre, de l'anéantissement profond de la malade et de la durée des accidents, annonça une prochaine terminaison fatale. En effet, la malade était entrée le 17 mars ; elle mourut le 26 au matin, n'ayant pas présenté de phénomènes nouveaux, significatifs. La fièvre continua, il y eut quelques vomissements et du hoquet les derniers jours, et la mort survint sans accidents, la malade s'éteignit simplement.

Autopsie, le 27 *mars*, 24 heures après la mort. — Les *poumons* sont parsemés de granulations jaunes aux deux sommets. De plus, au sommet gauche, deux ou trois cavernules de très petite taille.

Le foie, la rate, le cœur sont remarquablement sains. De même l'estomac, ce qui est à noter, étant connus les vomissements incessants dont avait été tourmentée la malade durant sa vie. Du côté du petit bassin, presque rien. Il n'y a que des adhérences très molles, très lâches et très rares dans la cavité rétro-utérine.

Reins : Le rein gauche est adhérent par son extrémité supérieure à la queue du pancréas. Entre ces deux organes, rein et pancréas, mais en dehors de la capsule rénale, on voit des masses caséeuses, renfermant de petites collections de pus, coiffer le rein. Ces masses jaunâtres, de consistance mollasse, sont les seuls représentants de la capsule surrénale dont on ne retrouve pas de traces.

Du côté droit, le rein est également surmonté d'une masse caséeuse, en forme de casque, d'où la pression fait sourdre des filets de pus. L'examen, au point de vue bacillaire, de ces amas caséifiés n'a pas été probant. Répété par M. Jardet, dans le laboratoire de M. Cornil, il n'a pas donné de meilleurs résultats. Quelques ganglions nerveux et filets sympathiques du plexus surrénal ont été soigneusement recueillis par M. le Dr Armand Siredey et conservés dans l'acide osmique, pour être au plus tôt étudiés au laboratoire des hôpitaux.

23. 1° Hermaphrodisme ; 2° Anomalie de la veine cave ; 3° Processus sus-épicondylien. — Rapport sur la candidature de M. Jonathan Hutchinson fils, au titre de correspondant par le Dr Ch. Féré.

M. Jonathan Hutchinson fils, de Londres, me prie de présenter à la Société à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, trois pièces relatives à des anomalies anatomiques.

1° La première est un exemple d'une forme d'hermaphrodisme auquel M. Hutchinson réserve la dénomination de « transverse hermaphroditisme » dont Bouillaud a rapporté un cas dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (T. X, p. 406). Les organes génito-urinaires internes et externes ont une forme normale ; mais tandis que les parties extérieures représentent à peu près correctement les organes mâles, bien qu'il existe un certain degré d'hypospadias et que le frein fasse défaut et les testicules manquent, les parties internes, au contraire, reproduisent les formes normales des organes féminins. L'utérus, les ligaments larges, les ovaires, sont bien conformés et dans leurs rapports normaux. Mais le vagin entre dans un corps charnu qui, par sa forme, peut être considéré comme prostate, et il s'abouche dans l'urèthre. Si cet enfant qui a succombé à l'accouchement prolongé avait vécu, on aurait pu le considérer comme appartenant au sexe masculin, et rester, sans défiance, jusqu'à l'établissement des menstrues dont l'écoulement se serait fait sans doute par l'urèthre. L'observation de Bouillaud ne contient aucun détail sur ce point ; mais Petit a été consulté par un homme qui s'était marié mais n'avait pas d'enfants, et qui tous les mois rendait du sang par l'urèthre. Il s'agit donc là d'une anomalie des plus intéressantes.

2° Sur 160 cadavres, M. Hutchinson n'a trouvé qu'une seule fois cette anomalie de la veine cave : les deux veines supérieures sont réunies par une petite branche transversale ; la veine gauche prend dans le péricarde la direction du canal de Marshall.

3° La troisième pièce nous montre un exemple assez rare du *processus supra condyloïdien*, auquel est resté attachée une partie du tendon du rond pronateur. La saillie qui le constitue occupe bien le siège ordinaire, tel du moins qu'il a été décrit en particulier par M. Lebouc (de Gand) qui a fait un travail très important sur les diférentes variétés des formes de cette anomalie peu connue en France car, autant que je sache, elle n'a été guère signalée chez nous que par Deville et Marcellin Duval ; dans ce dernier cas, elle rappelait de plus près le canal sus-épicondylien des carnivores.

24. M. Féré présente une disposition anomale du lobe temporo-sphénoïdal : c'est un pli de passage sphéro-temporal. M. Féré se propose de revenir plus tard sur ce sujet.

25. Lipôme de la face interne du bras droit ; par A. Festal, interne des hôpitaux.

La nommée Croisée, Christine, âgée de 43 ans, entre le 23 décembre 1883 (service de M. Reynier) à l'hôpital Saint-Louis, salle Denouvilliers, n° 70, pour un abcès froid de la cuisse droite lié à une carie superficielle du grand trochanter. En examinant la malade, on découvre, à la partie supérieure et interne du bras droit, une tumeur retombant comme une besace et reliée au bord interne du biceps par un pédicule mince et aplati d'avant en arrière, dont la ligne d'insertion mesure environ 6 cent. de longueur.

La peau de la région se prolonge sur elle en conservant ses caractères normaux, sauf quelques veines superficielles, assez volumineuses qui la sillonnent et convergent vers le pédicule. Une petite ulcération s'est formée à son extrémité inférieure ; elle est due aux frottements répétés

© BIU Santé

dont ce point est plus particulièrement le siège depuis que la malade garde le lit. Une croûte noirâtre recouvre cette excoration.

La tumeur est lourde; la palpation révèle une consistance assez grande avec quelques petits noyaux très durs disséminés par places; en certains endroits, on sent dans son épaisseur des cordons donnant aux doigts l'exacte sensation de vaisseaux oblitérés et devenus fibreux.

Dans le pédicule on trouve aussi des cordons arrondis, volumineux, résistants et en partie isolables les uns des autres. Une forte compression ne les aplatit pas et ne modifie en rien le volume de la tumeur.

C'est à l'âge de 14 ans que la grosseur s'est montrée; sessile d'abord, elle s'est accrue lentement et progressivement sans déterminer ni douleur, ni gêne dans les mouvements du membre. Sept ans après son début, elle avait acquis le volume d'un gros œuf; c'est alors qu'elle a commencé à se pédiculiser. A chaque époque menstruelle elle devenait le siège d'une certaine tuméfaction. Depuis cinq ans elle est restée stationnaire.

Le diagnostic est hésitant entre un fibro-lipôme et un lipôme télangiectasique dont les vaisseaux seraient oblitérés par des dépôts calcaires.

Le 26 mars, M. Reynier enlève la tumeur après avoir traversé le pédicule en deux points, et fait deux ligatures en masse pour prévenir l'hémorrhagie possible dans le cas où les cordons durs du pédicule seraient des vaisseaux. Le bistouri ne rencontre que du tissu adipeux disposé en faisceaux; quelques artérioles de la peau donnent seules un peu de sang. La plaie résultant de l'ablation de la tumeur est linéaire et on fait la réunion immédiate.

La tumeur enlevée pèse 620 grammes; elle mesure 16 cent. de long et 22 cent. de circonférence.

Une coupe longitudinale la montre formée de tissu adipeux, jaunâtre, disposé en faisceaux variant du volume d'une plume d'oie à un goulot de bouteille. Chacune de ces colonnettes est enveloppée dans une mince gaine de tissu fibreux qui l'isole de ses voisines. Elles sont ainsi juxtaposées, parcourent la tumeur suivant son grand axe et se terminent en fuseau à l'extrémité inférieure. Du côté du pédicule, les plus volumineuses s'arrêtent, les plus grêles, au contraire, le traversent pour venir se fixer à son point d'implantation. Ce sont ces faisceaux arrondis et résistants qui roulaient sous le doigt comme des cordons, en donnant la sensation de gros vaisseaux plus ou moins oblitérés.

Sur une coupe transversale on voit des lobules répondant à la section des faisceaux, séparés de même les uns des autres par de fines cloisons fibreuses, et faciles à isoler avec un instrument mousse.

Dans l'intervalle de quelques lobules sont disséminés des dépôts calcaires qu'on sentait comme des noyaux durs à travers la peau.

La tumeur tout entière est enveloppée d'une mince atmosphère de tissu fibreux, et c'est de sa face profonde que se détachent les cloisons passant entre les différents faisceaux et les isolant de leurs voisins.

Un des lobules rencontré par la coupe transversale, plus ferme que les autres, a une coloration rougeâtre qui le rapproche comme aspect d'un ganglion lymphatique; mais une coupe suivant l'axe longitudinal du faisceau auquel il appartient, montre que cette teinte plus foncée s'atténue insensiblement et se confond bientôt avec la coloration générale.

Reflexions. — Cette pièce nous a paru intéressante surtout à deux points de vue :

1° La tuméfaction dont elle devenait le siège au moment des règles;

2° Le passage à travers le pédicule, sous forme de cordons isolables, de quelques-uns des faisceaux qui la constituent.

Ces deux faits pouvant suggérer l'idée d'une tumeur vasculaire, et entraîner, ainsi que cela a eu lieu, des modifications dans le manuel opératoire-

26. Dégénérescence kystique des reins; par M. Chénon, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., âgé de 43 ans, était couché salle 2e gauche, hôpital Tenon, dans le service que prit, au 1er janvier, M. le Dr Ducastel. On n'eut pas le temps d'examiner à fond le malade, dont la pancarte portait le diagnostic de *phtisie pulmonaire*, et il succomba au bout de quelques jours dans le coma et sans avoir présenté de vomissements.

A l'autopsie, on trouva que les deux *reins* avaient subi une dégénérescence kystique complète. Le droit pesait 460 grammes, le gauche 420. La surface et la coupe se montraient parsemées d'un nombre presque infini de poches kystiques de grosseur très variable; les plus petites ayant à peine le volume d'une tête d'épingle et deux ou trois des plus grosses celui d'un petit œuf. Le contenu était tantôt un liquide clair ou foncé, tantôt une matière gélatiniforme. La membrane de quelques-uns des plus gros kystes présentait des vaisseaux parfaitement visibles à l'œil nu.

Nous avons examiné le *liquide* contenu dans un des plus gros kystes. Sa quantité était de 22 cc. et sa couleur brunâtre; il était opaque, de réaction faiblement acide et laissait déposer un sédiment abondant composé de globules sanguins, de très nombreux cristaux de leucine et enfin d'oxalate de chaux. Il n'y avait pas de cholestérine. L'analyse chimique nous a donné les résultats suivants :

Albumine très abondante. De plus, un peu de paralbumine. Urée, 1 décigramme.

Ce que ce liquide offrait de plus remarquable était la faible quantité de sels minéraux. C'est ainsi que ce n'est qu'avec peine que nous avons pu trouver des traces de chlorures et de phosphates; par contre, il y avait une notable proportion de sulfates et de la chaux.

La faible quantité de liquide dont nous disposions ne nous a pas permis de pousser plus loin l'analyse.

Les *poumons* présentaient les lésions de la sclérose non tuberculeuse. Le poids du cœur était de 320 grammes; le ventricule droit pesait 100 grammes et le gauche 155; il y avait donc hypertrophie relative du cœur droit.

Enfin, les viscères étaient libres et le foie sain.

27. Adénome sarcomateux kystique de la mamelle; présenté par M. E. Valude, interne des hôpitaux.

Une malade de la ville, d'une cinquantaine d'années, jouissant d'une parfaite santé, est opérée par M. le professeur Verneuil d'une tumeur siégeant au sein droit. La tumeur, datant de trois ans, a grossi très lentement et sans réaction douloureuse aucune. Il y a trois mois, l'accroissement devint rapide et s'accompagna de douleurs assez vives.

Actuellement, cette tumeur est volumineuse, et occupe *toute la mamelle* droite; elle est bosselée, fluctuante par places, d'une consistance assez ferme en d'autres points. La peau, distendue au niveau des bosselures, est violacée. La tumeur, dans sa masse, est mobile sur les parties profondes. Il n'y a pas de ganglions au voisinage. Néanmoins, par un surcroît de précautions, M. Verneuil enlève de la cavité axillaire le paquet adipeux qui contient ces ganglions, qui ont leur volume et leur aspect normaux. Une coupe médiane de la tumeur montre un certain nombre de cavités, irrégulières de forme et de volume, qui contiennent un liquide louche. Ces kystes ont leurs parois hérissées d'une quantité très grande de végétations pédiculées d'une très grande variabilité de volume. Quelques-unes de ces végétations forment des grappes dont les grains atteignent la grosseur d'une groseille, d'autres sont tellement menues qu'elles semblent un fin chevelu. Les lobules de ces houppettes, qui rappellent la forme des glandes en grappes, sont d'une belle couleur jaune.

Le tissu fondamental de la tumeur, dans lequel sont creusés les kystes, est lardacé et d'une consistance assez faible; dans son épaisseur et en y regardant de près, on distingue de petits kystes, parfois presque imperceptibles, qui échappent à un premier examen.

© BIU Santé

L'examen histologique a montré que ces végétations étaient formées de tissu myxomateux, colloïde, fortement infiltré de graisse au niveau de leurs terminaisons, de couleur jaune. La surface libre de ces végétations n'est pas recouverte d'épithélium.

Le tissu fondamental de la tumeur a une structure à peu près analogue, il offre l'aspect du myxome, dans lequel se trouve une quantité notable de noyaux embryoplastiques. Dans les points les plus consistants de ce tissu, la structure est celle du sarcome pur. Enfin, les culs-de-sac glandulaires et les conduits galactophores qu'on retrouve dans l'épaisseur de ce stroma sarcomateux, sont dilatés et déformés. L'épithélium a proliféré dans leur intérieur, mais nulle part les limites glandulaires n'ont été franchies pour donner naissance à l'envahissement du tissu conjonctif par l'épithélium. Ce point est le plus important dans l'examen de nos préparations et prouve qu'il s'agit là d'une tumeur de nature essentiellement adénoïde. Les kystes à développement variable qui se trouvent dans la tumeur seraient des dilatations soit des conduits, soit des acini des glandes, dans lesquelles ont fait hernie les productions pédiculées de leurs parois.

Le caractère de cette tumeur serait donc d'être bénigne, et du reste l'examen des ganglions de l'aisselle n'a révélé aucune altération de ces ganglions.

28. Cancer du foie et de l'estomac. — Abcès du foie et fistule épigastrique. — Méningite suppurée ; par M. Léon Derville, interne des hôpitaux.

Le nommé Pl..., Louis-Jules, âgé de 59 ans, journalier, entré le 6 février 1884, 2e pavillon, lit n° 42.

Nous ne trouvons à signaler dans les antécédents de cet homme qu'une fièvre typhoïde, qu'il contracta à l'âge de 21 ans et dura six semaines. Interrogé sur ses antécédents héréditaires, il ne donne aucune réponse précise.

Depuis six mois, son appétit et ses forces ont notablement diminué, en même temps que ses téguments prenaient une teinte jaunâtre. Il avait néanmoins continué à travailler, quand, le 16 janvier, il éprouva au niveau de l'épigastre une *douleur assez vive*. D'abord continue, sans élancements, cette douleur alla en augmentant et ne tarda pas à devenir lancinante. Le malade, en même temps, était abattu; il avait peu d'appétit et un peu de fièvre, surtout le soir. Vers le commencement de février, la peau de l'épigastre devint rouge, chaude; la région se tuméfia et les douleurs devinrent plus vives. Jamais, avant cette époque, Pl... n'avait accusé de vives douleurs à l'épigastre. Jamais il n'a eu de vomissements ni d'hématémèse. Son état ne s'améliorant pas, il vint à l'hôpital et entra dans le service de M. Labbé, le 6 février.

7 *février*. Ce qui frappe à première vue chez ce malade, c'est une *teinte jaune paille* caractéristique. Il semble aussi avoir beaucoup maigri, car la peau est très ridée et comme trop lâche pour recouvrir les parties sous-jacentes.

Sur la paroi abdominale antérieure, au niveau de l'épigastre, on trouve une *tuméfaction* très nette, assez volumineuse ; elle empiète par sa circonférence sur les hypochondres et la région ombilicale. La peau, à ce niveau, est rouge, violacée, chaude au toucher. La pression, à ce niveau, détermine une douleur assez vive; toute la région, d'ailleurs, est le siège d'élancements douloureux. La palpation permet de reconnaître la fluctuation et l'absence de battements. L'état de la paroi, son empâtement surtout, empêche d'examiner les organes sous-jacents. A l'inspection du thorax, on note les déformations de l'emphysème. Le murmure respiratoire est faible, l'expiration un peu prolongée dans toute la hauteur.

Le cœur paraît volumineux; la pointe bat dans le sixième espace. A l'auscultation, on entend un souffle diastolique doux, avec maximum à la base, près du bord sternal droit.

On fait des *incisions* réciproquement perpendiculaires, suivant les deux grands diamètres de la tumeur. Cette ouverture donne issue à une grande quantité d'un pus liquide, gris sale, mêlé à du sang et à des débris de tissu cellulaire sphacélé. Ce pus exhale une odeur infecte. Le foyer est lavé avec une solution d'acide phénique au 1/20. L'examen de la plaie ne permet pas de trouver de trajet profond communiquant avec le foyer de suppuration. Cet examen a été fait par la vue seulement, on n'a pas essayé d'introduire un stylet. — Pansement avec des compresses de gaze trempées dans une solution d'acide phénique au 1/40. Potion de Todd.

9 *février*. La plaie commence à se déterger, mais il reste çà et là quelques parties de tissu cellulaire sphacélé encore adhérentes.

Etat général assez satisfaisant. Le malade a bon appétit. Température normale.

11 *février*. Toute la surface de la plaie bourgeonne. Le foyer est large et profond. — Même pansement.

15 *février*. Le foyer se comble peu à peu, en même temps que les extrémités des incisions tendent à se réunir.

19 *février*. L'état de la plaie est toujours aussi satisfaisant. Le malade, cependant, accuse un peu de céphalalgie; l'appétit a diminué.

20 *février*. La céphalalgie est plus accusée que la veille. T. 39° le matin, 40° le soir. Rien n'explique cette élévation thermique.

21 *février*. Ce matin, nous trouvons le malade dans le coma. La veille au soir, il avait répondu avec netteté aux questions qu'on lui posait; vers le milieu de la nuit, il a déliré un peu.

Ce matin, à la visite, il ne répond plus aux questions qu'on lui pose. La face est pâle, immobile, sans déviations. On ne note aucune paralysie limitée des membres. La respiration est stertoreuse. T. 40°,5. Pouls rapide et fort. Peau chaude. On ne trouve pas de contracture, mais une certaine raideur des muscles de la nuque et des membres.

La sensibilité est conservée, et le pincement est suivi d'une expression de souffrance qui se peint sur la face du malade. T. le soir, 41°,2.

22 *février*. L'état du malade est toujours aussi grave. Il est toujours dans le coma, et la raideur musculaire est plus accusée que la veille. La plaie, néanmoins, a toujours bon aspect. L'état s'aggrave pendant la journée, et le malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — L'autopsie a été faite 36 heures après la mort. *Paroi abdominale*. Au-dessus de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane, on voit la plaie opératoire. La plaie, à ce niveau, n'est pas cicatrisée, mais le foyer lui-même est obturé.

Après ouverture de la paroi abdominale, on trouve derrière le foyer de suppuration un plastron adhérent aux viscères profonds : foie et estomac. A la périphérie de ce plastron, on note des traces de péritonite sèche caractérisée par des adhérences lâches et peu épaisses.

Après ligature de l'œsophage d'une part, du duodénum et du côlon en différents points d'autre part, on enlève en masse le foie, la rate et l'estomac. Sous la grande courbure de cet organe, on trouve des ganglions lymphatiques très volumineux (quelques-uns dépassent le volume d'une noix). Durs et irréguliers, ils présentent sur la surface d'une coupe un foyer ramolli au centre, un tissu de consistance assez grande à la périphérie.

Estomac. Cette organe n'est pas distendu. Avant de l'inciser, on trouve sur la face postérieure, près du pylore, une tumeur offrant le volume des deux poings, et empiétant un peu sur la petite courbure. Cette tumeur fait saillie dans la cavité de l'estomac. Elle est formée par des bourgeons d'une coloration jaune grisâtre, mous, ne saignant pas. Sur sa partie moyenne, on note une vaste cavité anfractueuse, irrégulière, avec tous les caractères d'une ulcération cancéreuse. Cette tumeur n'est pas vasculaire; mais à sa périphérie, il y a une petite masse aplatie, de la grosseur d'une châtaigne, sur laquelle se dessinent de nombreuses arborisations vasculaires.

De la tumeur partent des cordons noueux, représentant vraisemblablement des lymphatiques très distendus. Quelques-uns atteignent le volume du petit doigt, et trois d'entre

© BIU Santé

eux, très volumineux, vont s'aboucher les uns dans les autres. Ces traînées sont visibles à la surface externe de l'estomac, mais beaucoup moins qu'à la face interne. Le pylore ne présente aucune altération.

Foie. L'abcès de la paroi abdominale avait une origine profonde, car de cette paroi on voit partir un trajet fistuleux à parois très épaisses et du diamètre d'une petite plume d'oie. Ce trajet se dirige obliquement en haut, à droite et en arrière, pour se perdre dans le lobe gauche du foie. Suivi dans l'épaisseur de l'organe, on le voit se dilater progressivement et s'aboucher dans une cavité triangulaire à base postérieure, et renfermant une grande quantité de pus. Cette cavité présente plusieurs diverticules, dont un en particulier peut contenir une noix. Tout autour de ce foyer, les canalicules biliaires sont très dilatés. Le foie est un peu volumineux, dur et sclérosé. Auprès de la cavité abcédée, on trouve un noyau cancéreux, blanchâtre, ramolli à son centre, offrant le diamètre d'une pièce de deux francs.

Des coupes successives du *foie* montrent deux autres noyaux, l'un au centre du tissu hépatique vers la partie moyenne de l'organe, l'autre tout à fait superficiel, ramolli dans sa partie centrale et déprimé en cupule. Ces deux noyaux offrent les caractères de l'*épithélioma*. Les *voies biliaires* sont perméables; la vésicule, un peu aplatie, ne renferme pas de bile.

Rate. Bien qu'un peu molle, elle est normale. Rien dans l'*intestin* ni la *vessie*. *Reins* un peu congestionnés. *Cavité thoracique*. Les poumons sont très emphysémateux et congestionnés tous deux à la base. Dans le *péricarde*, on trouve un peu de liquide. Le *myocarde* est légèrement sclérosé. L'*aorte* est très dilatée. Les *valvules sigmoïdes* sont insuffisantes; la postérieure présente quelques végétations en forme de choux-fleurs, pédiculées et formées d'une série de granulations de la grosseur d'un grain de millet.

Cerveau. La dure-mère est épaissie. Il en est de même de la pie-mère, qui est séparée de l'arachnoïde d'une part, de la substance grise d'autre part, par une épaisse nappe purulente. Cette méningite se rencontre exclusivement à la convexité des hémisphères cérébraux; à la base, on ne trouve rien. Il n'en est pas de même au niveau du cervelet. A la base de cet organe, le pus s'est collecté en assez grande quantité. A la coupe, le cerveau ne présente aucune altération. Le bulbe et la moelle sont intacts.

Rien non plus du côté des os du crâne, tant à la base qu'à la voûte. La colonne vertébrale est saine.

Les os des membres semblent avoir leur résistance normale et sans aucune tendance aux fractures spontanées.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 24 décembre 1884. — Présidence de M. Delpech.

M. Huchard lit un mémoire sur l'*antipyrine*. — Il a expérimenté cette substance sur un grand nombre de malades, et a pu constater qu'elle possédait la propriété d'abaisser la température à un degré beaucoup plus élevé que n'importe quel autre médicament. Elle est surtout très efficace dans la fièvre des tuberculeux; en outre, il a pu, grâce à son action, faire évoluer une fièvre typhoïde presque sans fièvre. Chez les adultes, on se trouvera bien de donner 1 gramme toutes les 2 ou 3 heures, en allant jusqu'à 4 ou 5 grammes. Les enfants tolèrent très bien cet agent médicamenteux qui n'a pas de goût et est d'une solubilité parfaite. Sur 5 enfants traités à la Clinique des maladies des enfants, un seul a présenté des accidents rappelant ceux de l'empoisonnement par l'acide phénique. M. Huchard a vu, que, pour tuer un lapin de 1800 gr., il fallait injecter sous la peau 3 gr. de cette substance; la mort a lieu alors par asphyxie. M. Hénocque a, par des expériences, dont quelques-unes ont été faites en présence de M. Huchard, constaté en outre que l'antipyrine était un *antihémostatique* et un *antiputride* de premier ordre.

M. Dujardin-Baumetz souscrit complètement aux résultats énoncés par M. Huchard. Cependant, il ne saurait partager son opinion qui veut que ce médicament ne détermine pas de sueurs profuses chez les malades qui l'emploient. M. Baumetz a toujours vu au contraire des sueurs énormes survenir chez les tuberculeux en particulier, et, c'est à la suite de ces véritables crises sudorales que survient l'euphorie. Du reste, l'antipyrine qui est un phénol, se comporte dans ce cas comme l'acide phénique dont l'administration détermine des sueurs si abondantes. De plus, il serait bon de savoir, si, dans les maladies cycliques, les fièvres éruptives en particulier, qui, de cette façon évoluent pour ainsi dire sans fièvre, la durée et l'intensité du processus sont modifiées.

Il s'engage une discussion à propos d'une communication de M. Petit sur la composition chimique de ce médicament. L'antipyrrine a été brevetée en Allemagne; or, la loi française n'admettant pas les médicaments brevetés, il s'ensuit que l'antipyrrine ne peut franchir la frontière. D'autre part, a-t-on le droit de la fabriquer en France? Les avis sont partagés; car, si l'inventeur considère l'antipyrine comme un produit chimique, il pourra poursuivre les fabricants français; il est vrai, cependant, que l'antipyrrine n'a jamais été employée que comme médicament. Malgré ces interdictions, on peut s'en procurer chez les pharmaciens au prix de 0 fr. 75 c. le gramme.

M. Huchard répond à M. Baumetz qu'il n'a pas observé les sueurs profuses constatées par celui-ci.

M. Cadet de Gassicourt a donné l'antipyrrine à la dose de 0 gr. 50 par jour dans un cas de rougeole, à la naissance de laquelle il a assisté dans son service de l'hôpital Trousseau. La maladie qui, au début, donnait 41°, a évolué sans fièvre sous l'influence du medicament. M. C. de Gassicourt insiste sur les modifications qu'apportera l'usage ordinaire de ce médicament à la pathologie, car, jusqu'ici, nous nous guidions, tant pour suivre la marche de la maladie, que pour prévoir ses complications, sur la température. De plus, ce moyen de diagnostic si puissant ne fera-t-il pas défaut dans les affections qui, comme la pneumonie centrale par exemple, chez les enfants, ne peuvent être diagnostiquées, tout au moins pendant les premiers jours, que le thermomètre à la main? G. Gilles de la Tourette.

CORRESPONDANCE

Les Étudiants étrangers.

Nous avons reçu la lettre suivante qui montre la façon singulière dont on procède au ministère de l'instruction publique envers les étudiants étrangers :

Monsieur le Rédacteur,

Il y a plus de trois années, je suis arrivé de Saint-Pétersbourg avec l'intention de faire mes études de médecin à Paris. Pour qu'un étranger soit admis aux écoles d'enseignement supérieur, il faut qu'il obtienne premièrement « l'équivalence » des diplômes français de bachelier ès sciences et ès lettres. J'ai donc fait, dans toutes les règles, une demande et l'ai présentée, accompagnée des pièces nécessaires à la Sorbonne. Plus de trois mois après, le jour même où, ennuyé d'attendre, je partais à Genève pour y étudier, j'ai reçu l'équivalence désirée. Je me rappelle d'avoir déchiré, non sans un certain plaisir, les bulletins m'annonçant l'heureuse nouvelle. J'ai été immatriculé à l'Université de Genève *le jour même* de mon arrivée. La procédure de l'immatriculation est aussi de la durée de quelques heures à Strasbourg, où je me suis rendu en quittant Genève. Désirant, pour telles ou telles raisons, finir mes études à Paris, j'y arrive cette année, en octobre, avec le secret espoir d'échapper à l'équivalence, grâce à mon séjour antérieur dans deux Universités. Il fallait commencer, pourtant, par le commencement..... Je donne de nouveau ma demande, accompagnée cette fois seulement des certificats constatant mes études de médecine; je sollicite, en même temps, de convertir mes études antérieures en inscriptions. Mes ex-matricules présentées n'avaient aucun rapport avec les études exigées des candidats aux bac-

© BIU Santé

calauréats ; mais en dépit de cela, dans un mois d'intervalle, on m'accorda l'équivalence..... Je suis admis à payer : tant et tant, pour des examens que je n'ai pas passés ; tant et tant, pour des diplômes que je ne reçois pas, et tant et tant de droits ; total, 172 fr. 50 c. Mais tout cela serait bon si, malheureusement, on n'avait pas oublié ma prière de faire valoir mes études de médecin. Me voilà obligé d'aller au ministère de l'instruction publique pour y retirer mes ex-matricules et de commencer avec les mêmes armes une nouvelle campagne pour la conquête des inscriptions. Dans un mois (c'est-à-dire dans deux), d'après ma propre expérience), me dit-on, j'aurai la réponse: Quelle est la cause de la longueur de toutes ces procédures? combien de commissions ont à regarder mes pièces ?

Mais elles regardent mal, pourtant, ces commissions, oserai-je dire, puisqu'elles accordent des équivalences, des diplômes de bacheliers d'après des certificats (j'en sais des exemples), n'ayant que très peu de valeur, ou d'après les ex-matricules (dans mon cas) qui constatent l'étude de la médecine. Il est curieux de constater que, malgré la longue procédure et toutes les commissions, quelques-uns de mes compatriotes, qui n'ont pas été admis aux Universités de l'Allemagne, entrent à l'Ecole de médecine de Paris, après avoir montré de la patience. Et pour revenir à moi, me voilà forcé de me priver, jusqu'à la fin de janvier, des travaux pratiques, des cliniques, etc., c'est-à-dire obligé à ne rien faire et d'attendre qu'après de longues péripéties, on m'accorde la possibilité de continuer mes études.

Paris, le 23 décembre 1884. G. Z.

Nous reviendrons sur cette lettre, dans une prochaine occasion. Mais, dès mainteuant, nous croyons que nos lecteurs peuvent se faire une opinion et, comme nous, ils penseront qu'il est de l'intérêt de l'influence française d'attirer le plus possible, à Paris et dans nos facultés de province, les étudiants étrangers : il y va de l'honneur et de la réputation de la science française.

BIBLIOGRAPHIE

Sur la paralysie du moteur oculaire commun à retour périodique ; par P.-J. Möbius. 9te *Wander-Versammlung der Südwest deutschen Neurologen*. Berl. klin. Woch, 1884, n° 38.

Fille de 6 ans. Dès l'âge de 11 mois, avait déjà eu pendant trois jours l'œil droit de travers ; à l'âge de 3 ans, pendant neuf ou dix jours, violentes douleurs dans l'œil droit, à la suite desquelles celui-ci se met encore de travers avec chute de la paupière supérieure ; disparition progressive de la paralysie en huit semaines. Depuis lors, les accidents se reproduisirent de la même façon chaque année, c'est-à-dire trois autres fois, apparaissant généralement au mois d'août. Par exception, l'attaque actuelle était survenue au printemps, débutant par des vomissements d'une durée de huit jours et par une violente douleur qui en dura quatorze. Deux jours après la cessation des vomissements, la fente palpébrale commença à devenir plus petite, et du soir au matin, l'œil fut complètement fermé, en même temps que les douleurs cessaient entièrement. Cet état dura quelques semaines, puis peu à peu de légers mouvements revinrent dans les paupières, et dix semaines après le début de la paralysie, on ne pouvait plus constater aucun trouble dans la motilité de celles-ci, mais la mydriase subsistait encore ; la mère indiquait d'ailleurs que déjà auparavant, en dehors des accès, on s'étonnait souvent de la largeur anormale de la pupille droite de sa fille.

L'auteur n'a pu retrouver dans la littérature de cas tout à fait semblables, mais en cite deux un peu analogues : l'un de V. Hasner, l'autre de R. Saundby. — Quant au mécanisme de production de ces symptômes, et notamment de la céphalalgie et des paralysies oculaires, il consisterait en ce que, en dehors et au-dessus du noyau de l'oculomoteur commun se trouve la racine ascendante de la 5e paire qui fournit à la sensibilité de l'œil, et que dans ce voisinage se trouvent probablement aussi les fibres du trijumeau, dont l'excitation détermine le mal de tête, ce qui semble plus rationnel que de considérer celui-ci comme toujours produit par une excitation des filets de la dure-mère. Pour les vomissements, ils seraient dus à une action réflexe consécutive à l'excitation des fibres sensitives précédemment indiquées. P. Marie.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Séance du 17 décembre. — Présidence de M. Brisson.

Subvention aux asiles nationaux de Vincennes et du Vésinet. Chap. xxxiv. 120.000 fr. Laïcisation de ces établissements.

M. le Président. La parole est à M. Bourneville.

M. Bourneville. Messieurs, comme vous le savez, le ministère de l'intérieur a sous sa direction un certain nombre d'établissements hospitaliers. Il en est qui sont d'Assistance publique pure, d'autres qui sont des établissements mi-partie d'assistance publique et d'enseignement.

Je pense qu'à l'occasion de ce chapitre, la question de *laïcisation* se pose naturellement. Je ne veux pas m'engager dans une longue discussion, je me bornerai à de simples observations.

Vous avez, Messieurs, laïcisé les écoles et les programmes de l'enseignement ; vous avez supprimé l'aumônerie militaire et celle des hôpitaux. Ce que je vous demande, c'est de poursuivre, dès l'année prochaine, dans une mesure aussi large que possible, l'œuvre que vous avez commencée. La laïcisation des hôpitaux et de tous les établissements hospitaliers est le complément indispensable de la laïcisation des écoles.

M. le Provost de Launay. Il fallait le dire quand le choléra était à Marseille et à Toulon ! Vous vous êtes bien gardé de le faire à ce moment-là.

M. Bourneville. Si je ne voulais ménager les moments de la Chambre, qui sont précieux, je vous répondrais immédiatement ; mais je suis prêt à le faire le jour où vous voudrez poser la question.

M. le Président. Il ne s'agit pas de cela dans le chapitre du budget qui est en discussion. Il ne faut pas entamer de discussion à côté de la question.

M. Bourneville. Un certain nombre de municipalités ont laïcisé, — sécularisé, si vous préférez, — leurs hôpitaux, leurs hospices, leurs bureaux de bienfaisance. Le Conseil municipal de Paris poursuit, depuis huit ans, malgré bien des obstacles, l'œuvre qu'il a commencée ; les résultats acquis sont excellents, et toutes les mesures ont été prises par le Conseil municipal pour fournir à l'Assistance publique un personnel convenable en créant les écoles d'infirmières. Je demande aujourd'hui à M. le ministre de l'intérieur de montrer que le Gouvernement n'est pas plus hostile que les municipalités à la laïcisation et je lui demande de vouloir bien, dans le courant de 1885, laïciser deux établissements qui dépendent de lui : l'asile de Vincennes et celui du Vésinet. Si je désigne ces deux établissements plutôt que d'autres, c'est parce qu'ils reçoivent les malades de Paris et qu'ils ont une subvention de l'Assistance publique de cette ville. La tâche est d'ailleurs facile, car le nombre des sœurs est extrêmement restreint ; il va de soi que la réforme que je réclame ne s'applique pas seulement aux religieuses mais aussi aux deux aumôniers de ces établissements. En maintes circonstances, M. le ministre de l'intérieur a déclaré qu'il était partisan de la laïcisation ; j'attends donc sa réponse avec confiance. (Très bien ! très bien ! à gauche.)

M. le Président. La parole est à M. le ministre de l'intérieur.

M. le ministre de l'intérieur. Le gouvernement a souvent eu l'occasion de faire connaître ses vues en ce qui concerne la transformation des services des hôpitaux en services laïques. J'ai été interpellé sur ces matières à plusieurs reprises et j'ai fait connaître, en me référant aux déclarations qui avaient été faites par mes prédécesseurs, que cette question était une question technique, une question de services à rendre. J'ai dit aussi qu'il était impossible de procéder brusquement, par à coups, si je puis employer ce terme, et qu'il fallait procéder avec prudence, avec méthode ; chaque fois qu'on a reconnu nécessaire de faire cette substitution, on l'a faite et elle a donné de très bons résultats. Je dois rendre justice à tout le monde ; j'ai pu constater que les services rendus pendant la dernière épidémie par les infirmières congréganistes et par les infirmières laïques ne laissaient rien à désirer ; on ne peut faire une comparaison entre le dévouement des unes et des autres : ce dévouement a été égal. Ce que le Gouvernement doit faire, c'est de procéder à ces transformations de façon à ne pas compromettre les intérêts des services. Il y a eu des transformations de cette nature dans les départements et elles n'ont donné lieu à aucune espèce de réclamations, parce qu'elles ont été faites à propos. Elles ont été faites en respectant les traités qui avaient

© BIU Santé

pu être passés, en raison du personnel qu'on avait sous la main et c'est ainsi que dans les établissements hospitaliers de province ce mouvement, cette transformation, a pu s'opérer sans que des réclamations bien vives aient surgi.

C'est à cette règle que nous avons l'intention de rester fidèles ; et au fur et à mesure des moyens qui seront mis à notre disposition nous continuerons d'apporter dans cette voie le même esprit d'exactitude et le même esprit de bonne volonté. (Très bien! très bien!)

M. BOURNEVILLE. Je remercie M. le ministre de l'intérieur de sa déclaration et je viens le prier de nous donner chaque année la statistique des établissements hospitaliers laïcisés, de même que M. le ministre de l'instruction publique donne chaque année une statistique des écoles et asiles laïcisés. Ce sera un précieux document que la Chambre aura sous les yeux et qui pourra nous servir de base pour hâter la laïcisation. (Très bien! très bien! à gauche.)

M. LOROIS. J'espère que M. le ministre de l'intérieur voudra bien joindre à cette statistique l'indication de l'augmentation des dépenses qui résultera de la laïcisation. Ce sera un document utile à consulter. (Très bien ! à droite.)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix le chapitre 34. (Le chapitre 34 est adopté.)

— Divers journaux nous ont fait dire que nous avions demandé pour 1885 la laïcisation de *tous* les établissements hospitaliers qui dépendent du ministère de l'intérieur. Comme on le voit, nous nous sommes borné à réclamer la laïcisation des deux établissements qui contiennent l'un, l'asile de Vincennes, *huit* religieuses, l'autre, l'asile du Vésinet, *quinze* religieuses. Nous espérons que, précisément en raison de la modération de notre demande, M. le Ministre de l'intérieur pourra sans difficulté nous donner satisfaction. — Si les paroles de M. Lorois n'ont pas été relevées comme celles de M. Leprovost de Launay, c'est que ni nos amis ni moi nous ne les avions entendues.

VARIA

Chronique des hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — *Médecine.* — M. G. SÉE : chef de clinique : M. MATHIEU ; interne, M. Durand-Fardel. — M. VULPIAN : interne, M. Morin. — M. MOUTARD-MARTIN : interne, M. Raymond. — M. EMPIS : M. Renault. — M. GALLARD : interne, M. Dalché. — M. BUCQUOY : interne, M. Frémont. — M. RICHET : chef de clinique, M. Picqué ; internes, MM. Villard, Delbet, Lesage. — M. PANAS : chef de clinique, M. de la Personne ; internes, MM. Blanc, Bettremieux, Montprofit. — M. TILLAUX : internes, MM. Marcigcrey, Phocas.

Hôpital de la Pitié. — *Médecine.* — M. JACCOUD : chef de clinique, M. Netter ; interne, M. Duflocq. — M. DUMONTPALLIER : interne, M. Belin. — M. BROUARDEL : interne, M. Gilles de la Tourette. — M. AUDHOUI : interne, M. Toupet. — M. LANCEREAUX : interne, M. Doyen. — M. CORNIL : interne, M. Jardet. — *Chirurgie*, M. Verneuil : chef de clinique, M. Verchères ; internes, MM. Monnier, Broca, Denucé. — M. POLAILLON : internes, MM. Chrétien, Duchon-Doris, Demoulin.

Hôpital de la Charité. — *Médecine.* — M. HARDY : chef de clinique, M. Siredey ; interne, M. Vallin. — M. PETER : interne, M. Richardière. — M. LABOULBÈNE : interne, M. Poupon — M. DESOOS : interne : M. Ballue. — M. FÉRÉOL : interne, Berbez. — M. LUYS : interne, M. Semelaigne. — *Chirurgie.* — M. Trélat : chef de clinique, M. Marchand ; internes, MM. Hamonic, Boiffin, Albarran. — M. DESPRÈS : internes, MM. de Tornery, Derville. — M. BUDIN : interne, M. Ayrolles.

Hôpital Saint-Antoine. — *Médecine.* — M. MESNET : interne, M. Cayla. — M. TENNESON : interne, M. Planchard. — M. LANDRIEUX : interne, M. Lejars. — M. HAYEM : interne, M. Carlier. — M. RAYMOND : interne, M. Dubief. — M. GOUBAUD : interne, M. Polguère. — M. DIEULAFOY : interne, M. Ribail. — *Chirurgie.* — M. Périer : internes, MM. Dayos, Girode, Villemin. — M. DELENS : internes, M. Jaille, Beaudoin, Rieffel.

Hôpital Necker. — *Médecine.* — M. POTAIN : chef de clinique, M. Gaucher ; interne, Regnault. — M. RENDU : interne, M. Deschamps. — M. RIGAL : interne, M. Ladroitte. — *Chirurgie.* — M. LE FORT : chef de chinique, M. PETIT : internes, MM. Jocqs, Broussolle, Foubert. — M. GUYON : internes, MM. Hallé. Hartman, Boursier.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* — M. BLACHEZ : interne, M. Martin de Gimard. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ : interne, M. Courtade. — *Chirurgie.* — M. Th. ANGER : internes, MM. Wins, Léonardon-Lapervenche, Railland. — M. MARCHAND : interne, M. Jouliard.

Hôpital Beaujon. — *Médecine.* — M. MILLARD : interne, M. Lermoyez. — M. GUYOT : interne, M. Jeanselme. — M. GOMBAULT : interne, M. Gonnet. — M. FERNET : interne, M. Grattery. — *Chirurgie.* — M. CRUVEILHIER : internes, MM. Demars, Récamier, Dumoret. — M. L. LABBÉ : internes, MM. Merigot de Tregny, Leflaive Godet. — M. RIBEMONT : interne, M. Leriche.

Lariboisière. — *Médecine.* — M. SIREDEY : interne, M. Morel-Lavallée. — M. PROUST : internes, MM. Florand, Hischmann. — M. C. PAUL : interne, M. Bourdel. — M. BOUCHARD : interne, M. Chantemesse. — M. DUGUET : interne, M. Feulard. — M. GÉRIN-ROSE : interne, M. Chartier. — *Chirurgie.* — M. DUPLAY : internes, MM. Bernier, Festal, Clado, Potocki. — M. B. ANGER : internes, MM. Graverry, Laffite, Martha. — *Accouchement.* — M. PINARD : interne, M. Varnier.

Tenon. — *Médecine.* — M. LANDOUZY : interne, M. Queyrade. — M. STRAUS : interne, M. Dubreuilh. — M. LACOMBE : interne, M. Engelbach. — M. DANLOS : interne, M. Didier. — M. TROISIER : interne, M. Budor. — M. DREYFUS-BRISAC, interne, M. Nourrié. — M. HANOT : interne, M. Schachmann. — M. R. MOUTARD-MARTIN : interne, M. Hontang. — *Chirurgie.* — M. CHAMPIONNIÈRE : internes, MM. Lancry, Demélin, Lavie. — M. GILLETTE : internes, MM. Gillet, Potherat, Valette. — *Accouchements.* — M. MAYGRIER : interne, M. Lauth.

Hôpital Trousseau. — *Médecine.* — M. TRIBOULET : interne, M. Widal. — M. CADET DE GASSICOURT : interne, M. Revilliod. — M. D'HEILLY : interne, M. Bossulut. — *Chirurgie.* — M. LANNELONGUE : internes, M. Weber, Achard.

Maternité. — M. LABADIE-LAGRAVE : interne, M. Guillet. — M. TARNIER : interne, M. Crespin.

Clinique d'accouchement. — M. PAJOT : chef de clinique, M. Doléris.

Maison de santé. — *Médecine.* — M. LABBÉE : interne, M. Courtade. — M. LÉCORCHÉ : interne, M. Braine. — *Chirurgie.* — M. SÉE : internes, MM. Fichevin, Vilcocq. — M. HORTELOUP : internes, M. Bouygues, Delaine.

Bicêtre. — *Médecine.* — M. CUFFER : interne, M. Guinon, provisoire, M. Springer. — M. J. VOISIN : interne, M. Besançon, prov., M. Calot. — M. BOURNEVILLE : interne, M. Courbarien, prov. M. Jonnesco. — M. CHARPENTIER : internes, M. Roland, provis. M. Prioleau. — M. BERGER : internes, M. Dubarry, M. Monlonguet, prov. M. Maubel.

Salpêtrière. — M. CHARCOT : chef de clinique, M. Marie : interne M. Guinon. — M. JOFFROY : interne, M. Condéléon. — M. A. VOISIN : interne, M. Bureau. — M. LEGRAND DU SAULLE : interne, M. Huet. — M. J. FALRET : interne, M. Pozzi. — M. TERRILLON : interne, M. Sebileau.

Incurables. — M. QUINQUAUD : interne, M. Méry ; prov. M. Hautecœur. — M. MONOD : interne, M. Lavaux, prov. M. Nicolle.

Enfants assistés. — M. SEVESTRE : internes, MM. Jacquet, Malibran. — M. GUENIOT : interne, Butruille, prov. M. Reboul.

Hôpital Laënnec. — *Médecine.* — M. BALL : interne, M. Roger. — M. FERRAND : interne, M. Léonard. — M. DAMASCHINO : interne, M. Moussous. — M. LEGROUX : interne, M. Lubet-Barbon. — *Chirurgie.* — M. NICAISE : internes, MM. Gioux, Leroy.

Hôpital Bichat. — *Médecine.* — M. HUCHARD : interne, M. Legendre. — M. GOUGUENHEIM : interne, M. Cahn. — *Chirurgie.* — M. TERRIER : internes, MM. Poupinel, Lepage.

Hôpital des Tournelles. — M. DEBOVE : internes, MM. Despréaux, Plicque.

Hôpital des Mariniers. — M. MUZELIER (B.-C.) : interne prov., M. Gautier.

Asile des Convalescents. — M. GOMBAULT (B.-C.) : interne prov., M. Dusseaud.

Hôpital Saint-Louis. — *Médecine.* — M. FOURNIER : chef de clinique, M. BRULET : interne, M. Ménétrier. — M. LAILLER : interne, M. Gilly. — M. GUIBOUT : interne, M. Jeanton. — M. VIDAL : interne, M. Marfan. — M. BESNIER : interne, M. Perrin. — M. HALLOPEAU : interne, M. Bouttier. — *Chirurgie.* — M. PÉAN : internes, MM. Brodeur, Brunon, Barral. — M. LE DENTU : internes, MM. Berthod, Secheyron, Perairé. — *Accouchements* : M. PORAK : interne, M. Charles.

Hôpital du Midi. — M. MAURIAC : interne, M. Pignol. — M. DU CASTEL : interne, M. Crivelli. — M. HUMBERT : interne, M. Leudet.

Hôpital de Lourcine. — M. MARTINEAU : internes, M. Klippel, M. HUTINEL ; M. Châtellier. — M. POZZI : interne, M. Wurtz.

Enfants Malades. — *Médecine.* — M. JOFFROY : chef de clinique M. Variot ; interne, M. Gilbert. — M. OLLIVIER : interne, M. Chaslin. — M. LABRIC : interne, M. Barbillion. — M. J. SIMON : interne, M. Carron. — M. DESCROIZILLES : interne, M. Barbier. — *Chirurgie.* M. DE SAINT-GERMAIN : internes, MM. Barraud et Chochon-Latouche.

Hospice des Ménages. — M. ROBIN : interne, M. Regnardi, prov., M. Conzette.

Sainte-Périne. — M. GINGEOT : interne, M. Hillemand ; prov., M. Gibotteau.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY & JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

© BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Académie de médecine ; — Académie des sciences ; — Association française ; — Congrès ; — Société d'anthropologie ; — Société anatomique ; — Société de biologie ; — Société de chirurgie ; — Société médicale, etc. — Revues diverses.

A

Abcès multiples de cause inconnue, par Broca, 126.

Acide (De l'emploi de l') sclérotinique dans l'épilepsie, par Bourneville et P. Bricon, 413.

Actinomycose (De l'), par P. Bricon, 130, 167, 181.

Académie de médecine. Compte rendu, par Josias. — *Acide* sulfureux (Emploi de l') comme désinfectant, par Leroy de Méricourt, 782. — *Aliénés* (Rapport sur le projet de loi relatif aux), par Blanche. — *Atrophie* de la région de Rolando, par Voisin (Aug.), 498. — *Bacilles* de la tuberculose, par G. Sée, 47. *Bureau* pour 1885, 1077.

Cerveau (Locomobilité du) suivant les différentes attitudes du corps, par Luys, 250; — (Mouvements du), par Luys, 436 — *Chlorhydrate* (emploi du) de cocaïne, par Panas, 972. — *Choléra* de Toulon, 522, 542, 568, 587, 602, 622, 646, 663, 684, 700, 718, 739, 802, 834, 874, 947; — (Epidémie de) d'Aubervilliers et de St-Ouen de Paris, par Dujardin-Beaumetz, 1036; — (Sur le traitement du), par Hayem, 972. — *Chromhydrose* rose, par Bergeron, 232, 249; — Jaune, par Tison, 1015. — *Commission* (nomination de) 26. — *Diphtérie* (Traitement de la), par Delthil, 250. — *Eau* de Seine, par Daremberg, 851; — (Contamination des) comme source de propagation du choléra, 834; — Minérales, par Lefort, 152; — De Paris, par Gautier, 833; par Proust, 851. — *Eaux potables* (Rapport sommaire sur la pollution des), par Brouardel, 873. — *Elections*, 152, 212, 569, 587, 603, 623, 990, 1077. — *Encéphale* (sur les mouvements de l'), 417. — *Epanchements pleuraux* à la suite de l'ablation des tumeurs du sein, par Verneuil, 1436. — *Epidémie* (sur l') de fièvre typhoïde, 1015. — *Estomac* (Le lavage de l'), par Boisseau du Rocher, 355. — *Farcin* (Le) chez l'homme, par Bucquoy, 522. — *Fauvel* (Mort de), 947; — (Notice sur), par Bergeron, 971. — *Fièvre éruptive* (Epidémie de), par Blachez, 85. — *Galvano-cautère* (un nouveau), par Chéron, 971. — *Ganglions* péritrachéo-laryngiens (Etude anatomique et pathologique des), par Gouguenheim, 171.

Hydarthrose (Sur le traitement de l'), par les lavages antiseptiques, par Labbé, 479, 498. — *Inoculation* tuberculeuse, par Verneuil, 71. — *Jequirity* (empoisonnement des poules par le), par Cornil et Berlioz, 91. — *Locomotion* aérienne physiologique, par Giraud-Teulon, 1014.

Mort de Wurtz, 397; — d'Oulmont, 782. — *Microbe* de la fièvre jaune, par D. Freire, 375; — du bouton de Biskra, par Fournier, 479, 498. — *Moelle* (commotion de la) épinière, sclérose des cordons latéraux, par Duménil et Petel, 479. — *Œdème* chronique des paupières, par Vérité, 331. — *Ostéoclasie*, par Mollière, 114. — *Palais* (Opérations plastiques sur le), et la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer, par Trélat, 1062, 1077; — *Physiologie* de la locomotion, par Giraud-Teulon, 874. — *Plèvre* (Epanchement de la) à la suite de l'ablation des tumeurs du sein, par Verneuil, 436. — *Prix* (commission des) nom., 603; — pour 1883, 416; — Capuron (concours du) 232; — Desportes, 479; — *Prix Civrieux* (Rapport sur le), par Mesnet, 1062; — *Prix St-Paul* (Rapport sur le), par Ferréol, 1062; — *Prix Buignet* (Rapport sur le), par Gariel, 1062. — *Purgatifs* (Du danger de l'emploi des) dans le troisième septenaire de la fièvre typhoïde, par Maheut, 293. — *Pustules* malignes, par Proust, 1035.

Rage (Recherches sur la), par Pasteur, 170, 417. — *Recrutement* dans le Calvados, par Aubert, 664. — *Sang* (de la transfusion du), par Dieulafoy, 47. — *Septicémie* (Sur la), par Colin d'Alfort, 498; — gangréneuse (De la), par Chauveau et Arloing, 375; — (Sur la), par Trélat, 455. — *Sucre* de lait (Sur l'origine du), par Bert (B) 354. — *Sulfate* de Cuivre (Emploi du) en Obstétrique, par Charpentier, 196; — de quinine, par de Vry, 417. — *Transfusion* péritonéale, par Hayem, 250. — *Teignes* (Traitement des), par Cramoisy, 27. — *Trichinose* (Epidémie de), à Emersleben, par Graucher, 26, 47; — Proust, 92, 113. — *Tuberculose* (Virulence de la), par Villemin, 47. — *Ventricules latéraux* (Rôle des) dans les changements de volume du cerveau, par C. Paul, 355. — *Viandes salées* (Importation des), par Boulcy, 26. — *Xanthine* (Synthèse de la), par Gautier, 498.

A. Médico-chirurgicale Espagnole, 79.

A. de Médecine Belge, 361.

A. des Sciences (Compte rendu, par P. Regnard), 46, 69, 90, 113, 150, 194, 248, 267, 354, 434, 486, 497, 610, 662, 901, 1075, 1093.

A. des Sciences, Arts et belles lettres de Caen, 140.

Albuminate de fer (De la valeur thérapeutique de l'), en tant qu'emménagogue, par A. Bloudel, 876.

Alcaloïdes (Du rôle pathogénique des) qui se forment dans le tube digestif, par Comby, 431.

Aliénés (La nouvelle loi sur les), 211.

Ambulances (Les) volantes du Dr Howard, 600.

Anatomie pathologique, 19, 97, 242, 289, 391, 537, 578, 775, 813, 831, 847, 981, 1089, 1025.

Anatomie, 516, 639, 1029.

Anatomie (Revue d'), par Poirier. — *Jarjavay* : *Canaux* (Les) de sûreté dans le système veineux, 382. — *Sabourin* : Kystes (A propos de deux) du foie d'origine biliaire, 391. — *Maubrac* : Recherches anatomiques et physiologiques sur le muscle sterno-mastoïdien, 382.

Angiome sous-cutané douloureux, Lec. de Terrillon, rec. par Routier, 983.

Angine ulcéro-tuberculeuse, Lec. de Sée (G.), rec. par Weber, 412.

Antivivisectionnistes (Les) en Allemagne, 159.

Anthropologique (Excursion), 512.

Asile national de Vincennes, 1088.

Asiles d'aliénés de Clermont (Oise), 184.

A. de Montpellier, 123; — d'Orléans, 387.

A. de la Seine, 140, 636, 654, 825, 978, 1022, 1065, 1084.

Assistance publique (*Administration de l'*) de Paris. — Conseil de surveillance, 35, 60, 610.

Association *française pour l'avancement des sciences* (Congrès de Blois), section de médecine, par R. de Musgrave Clay, 442, 654, 734, 771, 777, 797, 816; — Séance d'ouverture, 734. — *Albuminoïdes* (sur la synthèse des matières), par Grimaux, 800. — *Angine* herpétique (nouvelles recherches sur la pathogénie de l'), par Aug. Ollivier. — *Aphasie* transitoire d'origine toxique, par Dunoyer, 819. — *Appareils* d'électricité médicale, par Chardin, 819. — destiné à l'éclairage de la cavité vaginale, par Ranque, 819. — *Artérite* syphilitique (curabilité de l'), par Leudet, 778. — *Aortique* (Recherches sur la pression artérielle dans l'insuffisance), par Potain et François Franck, 797. — *Capsule de Tenon* au point de vue anatomique et physiologique, par Motais, 778. — *Cancers* secondaires (sur les causes de la localisation des), par Nicaise, 780. — *Cardiopathies* (sur les) d'origine spinale, par Teissier, 779. — *Chorée* respiratoire à forme apnéique, par Ferrand, 818. — *Choréiques* (troubles) de l'écriture, guéris par la suggestion hypnotique, par Bernheim, 779. — *Cœur* (sur quelques réactions de la sensibilité du), par François-Franck, 778. — *Cystocèle* vaginale (Traitement de la), par Delthil, 817. — *Désinfection* (Sur la) des locaux ayant été occupés par des malades atteints d'affections contagieuses, par Dujardin-Beaumetz, 779. — *Diphtérie* (Traitement spécifique de la) par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de Goudron de Gaz, par Delthil, 778. — *Eclampsie* (Etiologie de l'), par Delore, 817. — *Epanchements* pleuraux consécutifs aux cancers du sein, par Meusnier, 819. — *Exostose* (Note sur un cas d') sous-unguéale, par Pineau, 817. — *Fémur* (Fractures du tiers supérieur du), par Delthil, 817. — *Hémoglobinurie*, par Henriot, 800. — *Hypnotisme* employé comme moyen de traitement de l'aliénation mentale et des névroses, par Aug. Voisin, 798. — *Invagination* intestinale par la dilatation au moyen de liquides Gazogènes, par Leroux, 819. — *Kystes hordéiformes* (Traitement des) du poignet par l'évacuation de la poche, par Duplouy, 737. — *Ligature* élastique (Sur l'emploi de la), dans la chirurgie vétérinaire, par Cagny, 778. — *Maladie*

© BIU Santé

(Sur une) à manifestations multiples, par Chaumier, 817. — *Manipulations* (Les) thérapeutiques, par Dally, 779. — *Méthode hypodermique* (Sur quelques applications de la), par Morice, 736. — *Musée* d'ophthalmologie, 819. — *Nodosités* rhumatismales, par Meusnier, 818. — *Œdème* des nouveau-nés (Nature et traitement de l'), par Letourneau, 737. — *Ongle* chirurgical, par Motais, 777. — *Ossification* (Commencement d') de la cloison des corps caverneux, par Duplouy, 778. — *Ozone* (Action de l'), dans le traitement du rhumatisme, par Brémont, 779. — *Paralysie* générale (hérédité de la), par Régis, 816. — *Paralysie* vésicale (sur la) consécutive à l'usage de l'acide phénique en pansement, par Cartaz, 797. — *Périostites* rhumatismales éphémères, 798. — *Pneumonie* franche (sur la nature épidémique et contagieuse de la), par Chaumier, 736 ; — (Traitement de la) par les bains froids, par Chaumier, 737. — *Pointes* métalliques (emploi des) pour fixer les os après certaines résections articulaires, par Desmons, 816. — *Québracho* (Action antithermique des alcaloïdes du), par Huchard et Eloy, 797. — *Rate* (Déplacements de la) à la suite de cachexie paludéenne grave, par Soulez, 798. — *Réflexes* tendineux (Perte des) dans le diabète sucré, par Bouchard, 819. — *Sang* (Examen du) au point de vue du diagnostic des maladies aiguës, par Hayem, 799. — *Support* utérin, par Landowski, 817. — *Thermo-cautère* (Le) dans le traitement de la gangrène spontanée, par Bessette, 736. — *Thermographe*, par Gallais, 797. — *Tumeurs* érectiles par l'électrolyse, par Delore, 818. — *Ulcération* (Sur l') diphthéroïde de la coqueluche, par Delthil, 820. — *Vératrine* (Injections de), par Cagny, 820.

A. — Section d'anthropologie, par Zaborowski. — *Caractères* (Transmission des), par Maurel, 761. — *Chiens* domestiques (Origine et dissémination des), par Zaborowski, 738. — *Epoques* quartenaires et préhistoriques dans l'Alsace et la Lorraine, pae Bleicher, 762. — *Fouilles* du Caucase, par Chantre, 761. — des cavernes de Cracovie, par Zaborowski, 461. — *Gisement* miocène de Thenay, 763. — *Homme* tertiaire, 737. — *Idiots* géants, par Doutrebente, 738. — *Microcéphale*, par Magitot, 761. — *Monuments* mégalithiques, par Delort, 762. — *Murailles* vitrifiées, par Pommeral, 737. — *Ossements* humains dans le diluvium quartenaire du Mont Biron, par Bosteaux, 737. — *Silex* (Industrie du), par Lottin, 761. — *Souterrains*-refuges, par Sonché, 738. — *Station* préhistorique, par Magitot, 738. — *Tumulus* dans la Charente, par Chauvet, 762.

Ataxie locomotrice (Des crises de courbature musculaire au début de l'), par A. Pitres, 559 ; — (Des crises clitoridiennes au début ou dans le cours de l'), par A. Pitres, 729.

Attaques hystériques ayant par leur nombre et leur durée, simulé l'état de mal épileptique; Leç. de Charcot, rec., par Marie et Souza-Leite, 755.

Autopsie (manuel de technique d'), par Bourneville et Bricon, 857, 877, 957, 976, 999, 1046, 1085.

B

Bacille en virgule du choléra, 1009.

Balzer, 713.

Banquet (Le) de l'Hôpital français à Londres, 141.

Bar, 1051, 1071.

Baratoux, 697, 1059.

Barbillon, 536.

Basiotribe (Le) Tarnier, par Bar, 1051, 1071.

Bassin (Rétrécissement du), par Girode, 867.

Bec de lièvre (Traitement du), par Ch. Monod, 711, 731.

Berbez, 937.

Bibliographie (*Revue de*). — *Annales* de la Société des Médecins de St-Etienne et de la Loire, 137. (An. J. Comby). — *Baldy* : De l'eau oxygénée. Sa préparation à l'état de pureté, 462 (An. Petit Vendol). — *Berne* (G.) : Les manifestations osseuses, précoces et tardives de la syphilis héréditaire, 785. — *Bordier* : La Géographie Médicale, 384. — *Bouchardat* : De la Glycosurie ou diabète sucré, 119 (An. J. Comby). — *Bourneville* : Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, 316. — *Brouardel* et *Grancher* : L'épidémie de trichinose d'Emersleben en septembre, octobre et novembre 1883, 688 (An. J. Comby). — *Cattani* : Embolia della arteria meseraïca superiore, 421 (An. J. Comby) ; — Sull' *endocardite* delle valvole sigmoïde dell' arteria polmonare, 421 (An. J. Comby). — *Celle* (De la) *de Chateaubourg* : Recherches sur l'albuminurie physiologique, 75 (An. J. Comby). — *Chassagne* : Aide mémoire du médecin auxiliaire de l'armée, 689 (An. J. Comby). — *China-Imperial* maritime Customs Medical reports, 510, 1015. — *Collineau* : La Gymnastique, notions physiologiques et pédagogiques, 652 (An. Charpentier). — *Cornil* : Introduction et premier chapitre du traité inédit d'Anatomie pathologique de Laënnec, 483 (An. J. Comby). — *Cornil* et *Brault*. Etudes sur la pathologie du rein, 632 (An. J. Comby). — *Dartigues* : Guérison de la rage, 75 (An. J. Comby. — *Daukel* : De la Périty phlite primitive, 75 (An. J. Comby). — *Debove* : Leçons cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose héréditaire, 462 (An. F. Vallin). — *Delaunay* (G.) : Histoire naturelle du dévot, 553. — *Dieulafoy* : Manuel de pathologie interne, 804. — *Fabre* (P.) : Du rôle des entozoaires et en particulier des anchylostomes dans la pathologie des mineurs, 359 (An. J. Comby). — *Feletti* (R.) : Un caso di lissa umana, 670 ; — Sulle vibrazioni delle costole nelle percussione del torace, 670. — *F. Goy* : Altérations dites spontanées des médicaments chimiques, 1046 (An. Yvon). — *Gendron*. Etude sur la pyléphlébite suppurative, 137 (An. J. Comby). — *Guardia* : Histoire de la Médecine d'Hippocrate à Broussais et ses successeurs, 55 (An. Gilles de la Tourette). — *Hlava* et *Thomayer* : Ueber die pathologischenatomischen Bedingungen des urämischen Symptomen complexen bei Nephritiden, 339 (An. J. Comby). — *Huchard* : Des angines de poitrine, 98 (An. J. Comby). — *Huxley* et *Martin* : Cours élémentaire et pratique de Biologie, 14 (An. R. Blanchard). — *Langlet* : Bureau d'hygiène de la ville de Reims pour l'année 1883, 822. — *Larrivé* ; L'eau oxygénée. Son emploi en chirurgie, 462 (An. Petit Vendol). — *Lasègue* : Etudes médicales, 748 (An. J. Comby). — *Lecorché* : Traité théorique et pratique de la goutte, 998. — *Malécot* : Spermatorrhée, 955 (An. Malherbe). — *Maroni* (A) : Stenosi congenita del cono arteriose destro con apertura del Setto interventricolare, 724 (An. J. Comby). — *Millard* : A treatise on Bright's disease, 689 (An. J. Comby). — *Miot* et *Baratoux* : Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, 705 (An. Kéraval). — *Miquel* : Classification des antiseptiques, 590. — *Moncorvo* : Da Dilataçao do estomago nas creanças, 605. — *Picot* (J. J.) : Leçons de clinique médicale, 216 (An. J. Comby). — *Puschmann* : Die Medicin in Wien wœhrend der letzen 100 Jahre, 570 (An. Gilles de la Tourette). — *Reclus* (P.) : — Clinique et critique chirurgicales, 279 (An. Poirier). — *Rivals* : Recherches physiologiques et cliniques sur les modifications du retard du pouls dans les lésions de l'orifice aortique, 405 (An. J. Comby). — *Rondot* : L'érythème noueux fébrile et ses complications, 670. — *Ronsin* : Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose, 441 (An. J. Comby). — *Saint-Bartholom's*. Hospital Reports, 483. — *Saint-Germain* (De) : Chirurgie des enfants. Leçons cliniques, 509. — *Saint Thomas* Hospital Reports, 822 (An. J. Comby). — *Scheube* : Weitere Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histologie der Beriberi, 317 (An. Comby) ; — Die Filaria Krankheit, 605. — *Schultze* : Traité des déviations utérines, 420. — *Sée* (G.) : De la phthisie bacillaire des poumons 838 (An. Capitan). — *Sée* (G) et *Labadie-Lagrave* : Médecine clinique, 838 (An. Capitan). — *Sinéty* (*De*) : Traité pratique de la gynécologie, 251 (An. Budin). — *Société* des sciences Medicales de Gannat, 32 (An. J. Comby). — *Sombret* : De l'emploi du Naphtol dans quelques maladies de peau, 724. — *Souligoux* : Etude sur le traitement du diabète, 670. — *Stampacchia* : Un caso di pielonefrite suppurativa, 360 (An. J. Comby). — *Talini* (*B.*) : alcuni casi di echinococco a sede musculare o ossea, 689. — *Vasilin* : Despre Meduva osselone ca organu de formatiune a globuliloru rosii ai sanguelui (An. R. Blanchard, 156). — *Warfinge* : Rapport d'exercice de l'hôpital de Sabbatsberg à Stockholm pour 1882, 199. — *Watteville* (*De*) : A. Pratical Introduction to medical electricity, 526. — *Würzburg* : Medicinische Bibliographie und Anzeiger zum Centralblatt für die gesammte Medicin, 297.

Bichromate (De l'élimination du) de potasse, par Dumoutiers, 599.

Binet (A.), 563, 568.

Blanchard, 869, 1011, 1074.

Blocq, 693. 963.

Blondeau, 7, 9, 148, 193.

— (Mort de), 431, 453.

— (Obsèques de), 442, 465.

Boisseau du Rocher, 419.

Bonnaire, 290.

Bottey, 38.

Bouchard (Cours de pathologie générale), 246.

Boudet de Paris, 618.

Bourneville, 217, 233, 253, 325, 413, 450, 492, 520, 566, 578, 675, 695, etc.

Bouteillier, 793.

Bricon, 46, 130, 210, 338, 413, 520, 566, 578, 643, 660, 735, 759, etc.

Broca (Statue de), 239.

Broca, 775.

Bromures (Les). Leç. de Simon (J.), rec. par Le Gendre, 81.

Bronchite (De la) chronique chez les enfants, par J. Comby, 1027, 1054.

Brouardel (ouverture du cours de médecine légale), 247.

Budin, 347, 613, 658, 677, 694.

Budor, 675, 695.

C

Camuset, 1008.

Canal (Le) péritonéo-vaginal, par Ramonède, 97.

Cancer encéphaloïde primitif du testicule ; Cancer secondaire des ganglions lombaires, par Lermoyez, 323 ; — du col de l'utérus. Leç. de Terrillon, rec. par Routier, 125 ; — (Le) du testicule, par Ch. Monod, 425, 447, 471.

Capitan, 583.

Cerveau (Les mouvements du), 352.

Chantemesse, 369, 794, 1057.

Charcot, 205, 241, 641, 755.

Chimie biologique, par Dumoutiers, 599.

Chirurgie (*Revue de*), par P. Poirier. — *Colombel* : Etude expérimentale et clinique sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte, 1043. — *Coudray* : Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose, 1043. — *Delotte* : Etude sur la migration de l'empyème dans la région lombaire, 629. — *Fenger* (Ch.) : Opening and drainage of cavities in the Lungs, 629. — *Jacubasch* : Ein Fall von Pleuritis diaphragmatica, 629. — *Michaux* : Contribution à l'étude du Carcinome de la parotide, 1043. — *Nörs* : Traité théorique et pratique du massage, 1044. —

© BIU Santé

Stampacchia : Un cas de hernie diaphragmatique et de pseudo-pneumothorax, 629.

Choléra (Le), 468, 512, 529, 849, 936 ; — La proposition de Paul Bert sur le —, 591, 607 ; — (Le) à Toulon, 527 ; — (Le) à Nantes, 936, 975 ; — Leçons sur l'anatomie pathologique du —, par Straus, 981, 1025, 1065 (V. Varia).

Cigue (La) comme bisson, 159.

Cirrhose (Abcès bilaire dans la), sans cholélitiase, par Sabourin, 19 ; — Hypertrophique, par A. Gombault et Condoléon, 537.

Clinique chirurgicale, 1, 20, 37, 65, 87, 125, 147, 161, 189, 208, 261, 285, 351, 393, 427, 447, 471, 489, 533, 595, 615, 617, 657, 693, 711, 731, 757, 863, 983 ; — Trois mois à la — chirurgicale de plein exercice de Nantes, par J. Pérochaud, 595, 615.

Clinique dentaire, 963.

Clinique infantile, 223, 1027, 1054.

Clinique médicale, 3, 107, 191, 210, 219, 230, 264, 317, 323 325, 369, 412, 450, 492, 536, 559, 578, 641, 755 773, 827, 846 ; — Ouverture du cours de —, 230 ; — Cours de — et de thérapeutique à l'Hôpital Bichat, 149.

Clinique mentale, 22, 63, 83, 109, 145, 162, 225, 259, 675, 695.

Clinique nerveuse, 205, 241, 563.

Clinique opithalmologique, 1007.

Coca et cocaïne par Yvon, 1033,

Cocaïne (La), par Eperon, 988 ; — (De l'emploi de la) comme anesthésique en ophthalmologie, par Karl Koler, Trad. par Leplat, 984 ; — (La), par Baratoux, 1059.

Codex (Décret relatif au nouveau), 159.

Cœur (*Revue des maladies du*), par J. Comby. — *Brun* : Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens, 352. — *Martinet* : de l'angine rhumatismale ; hypérémie du plexus cardiaque, 552 ; — *Schmitt* (S) : Phlébite rhumatismale, 552.

Collège de France. — *Cours* de : Suchard, 79 ; — Maurice Lévy, 362 ; — Mascart, 362 ; — Schutzenberger, 362, 898 ; — Berthelot, 362, 898 ; — Fouqué, 362 ; — Mariet, 363, 898 ; — Balbiani, 363, 898 ; — Ranvier, 363, 898 ; — *Laboratoire*, 898.

Comby (J.), 67, 228, 552, 773, 1027, 1054.

Commission des voyages et missions scientifiques, 183.

Comité consultatif d'hygiène publique, 570, 726.

Compte rendu des maladies régnantes à Lyon pendant l'année 1883, 265.

Conférences (Inauguration des) de clinique thérapeutique, de sémiologie, de physique et chimie médicale de l'hôpital Cochin, 329.

Conférence de M. Diday à l'hôpital de la Charité, 415.

Conflit (un), 530.

Congestion (de la) cérébrale chez les enfants, de son importance au point de vue du développement de la sclérose, de la méningite, de l'épilepsie et des affections mentales, par Simon (J.), 143, 187, 206.

Congrès *de la Croix-Rouge*, 770. C. *Français de Chirurgie*, 434 (Bulletin) ; — (organisation du) 1085. C. *D'hygiène industrielle à Rouen*, 361. C. *International d'hygiène et de démographie*, p^r Robert Piquet. — Section de la Haye, 699, 717, 739, 763, 781. — Organisation du Congrès, 466. — *Asthme* des fabricants de biscuits de seigle, par Verstraeten. — *Cécité* (Les moyens de prévenir la), par Fusch. — *Choléra* (Discussion sur le). — *Danger* (Sur le), national et international du commerce des chiffons, par Ruysch. — *Déboisement* (Action du) sur la santé publique, par Schwappach. — *Enfants abandonnés* (Mesures de protection prises en Angleterre pour les), par Bovel Sturge. — *Hygiène industrielle* (Législation en matière d'), par Nspias. — *Locomotion* (forces utiles dans la), par Marey. — *Matières colorantes* (Toxicité des) extraites de la Houille). — *Phthisie* (Sur la transmission de la), par Corradi. — Viande et lait (Alimentation avec la) des animaux tuberculeux, par Vallin. — *Vie humaine* (valeur économique de la), par Rochard. — *Vision des couleurs*, par Donders.

C. *International de climatalogie et d'hydrologie de Biarritz*, 1048.

C. (Troisième) des Médecins allemands, 239.

C. *Otologique international de Bâle*, 123, 609.

Congrès *International des sciences médicales*. — Section de Copenhague, par Gilles de la Tourette et Bonnaire, 662, 680, 761, 764, 780, 800 ; (organisation du) 484. — *Adéno-lymphite* (Du rôle de l'), dans la pathogénèse des accidents péri-utérins, par Martineau. — *Affections cérébrales* causées par l'excès du travail intellectuel, par Kjellberg. — *Albuminurie* des femmes enceintes, par Halbertsma. — *Anémie* (Recherches sur l'), par Laache. — *Antisepsie* chirurgicale, par Esmarsch. — *Aponévrose palmaire* (rétraction de l'), par Adams. — *Arthrotomies*, par Ollier. — *Ataxie locomotrice*, par Adamkiewicz. — *Auto-intoxications* (Observations cliniques sur quelques), par Lépine. — *Bacille* de la tuberculose, par Jaccoud. — *Basiotribe*, par Bar. — *Cavernes* pulmonaires (Traitement opératoire des), par Bull. — *Chancre* infectant, par Pandopidam. — syphilitique, par Fick. — *Cœur* (Affections du), par Proschowski. — *Colonies agricoles*, (Sur le rôle des), dans le traitement des aliénés. — *Colonne vertébrale* (Application du corset de plâtre dans les affections de la), par Sayre. — *Contractions* (Les) utérines comme moyen de diagnostic de la grossesse, par Brown Kicks. — *Coxalgie* (Traitement de la), par Scheyne. — *Délivrance* (Traitement de la), par Stadfeldt. — *Discours* de M. Panum, — *Endoscopie*, par Gruxfeld. — *Estomac* (application de l'électricité aux affections de l'), par Apostoli. — *Exaltations* religieuses en Orient, par Zambaco. — *Exercices corporels* (Valeur des), dans le traitement des maladies mentales, par Kjellberg. — *Femmes* en couches (Mortalité des), par Ingersler. — *Fibromes* utérins (Traitement des) par la castration, par Wiedow. — *Fièvre* intermittente (Pathogénie de la), par Rosenstein. — *Forceps* (nouveau modèle de), par Tarnier. — *Infection malarique* chez l'homme, par Tomasi-Cruddi. — *Laparotomie* gynécologique par Muller. — *Lèpre*, par Hausen. — *Lupus vulgaire* (Etiologie du), par Doutrelepont. — *Maladies* infectieuses (Traitement antiseptique des), par Bouchard. — *Maladies inflammatoires aiguës* (Traitement antiseptique des), par Liebermeister ; — (Traitement des), par Bouchard. — *Maladies* mentales (Aperçu statistique sur les), et les institutions psychiatriques des pays du nord, par Sœenberg. — *Maladies* nerveuses (Sur la salivation dans les), au point de vue physiologique, par Gilles de la Tourette, 781. — *Médicaments* utérins (Remarques cliniques sur quelques) par Cordès. — *Microbes* pathogènes et vaccins, par Pasteur. — *Morphinisme* (Le) et son traitement, par obersteiner. — *Myxœdème*, par Hasen. — *Nécrose* (La), par coagulation, par Weigert. — *Nerfs* spécifiques de la peau, par Golscheiden. — *Occlusion* intestinale (Traitement de), par l'électricité, par Boudet de Pâris. — *Oléates* (Les), par Shomaker. — *Ovariotomie* précoce (De l'), par Knowsley Thornthon. — *Onyxis* syphilitique, par Vayda. — *Ostéotomie* pour le Genu Valgum, par Mac Ewen. — *Périmétrites* (Nouveau traitement électrique des), par Apostoli — *Périnéorrhaphie* (Nouveau procédé de), par Kœberlé. — *Péritonite* consécutive aux affections de l'appendice vermiculaire, par With. — *Pied* (Excision partielle du), par la méthode de Mikuliez, par Lauenstein. — *Pneumonie* fibrineuse, par Flindt. — *Poumons* (Inflammation subaiguë des), par Grancher. — *Rectotomie* linéaire, par Verneuil. — *Sang* vivant (Transfusion directe du), par Egertos Jennings. — *Sclérose* latérale amyotrophique, par Friedenreich. — *Sclérose* latérale amyotrophique, par Roth de Moscou. — *Sondes* pour injections intro-utérines, par Bar. — *Syphilis* (Injections mercurielles dans le traitement de la), par Liebreich. — *Trompes* utérines (Diagnostic et traitement des affections des), par Martin (de Berlin). — *Tuberculose* (Etiologie, diagnostic, pronostic et traitement de la), par Ewald. — *Tuberculose* (Emploi du verbascum thapsus dans le traitement de la), par Quilan. — *Tuberculose* (De l'iodoforme dans le traitement de la, par Shingleton Smith.

Conseil *supérieur de l'instruction publique*, 203, 387, 635.

C. *d'hygiène publique et de salubrité* : Récompenses honorifiques, 201 ; — Rapport sur la crémation, 385 ; — Instructions sur les précautions à prendre contre la diphtérie, 441 ;

C. *d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine*, 59, 201.

C. *d'hygiène industrielle de Rouen*, 529.

C. *municipal*, 486, 553.

C. *supérieur de statistique*, 256.

Contagion (De la) à l'hôpital des Enfants, 679.

Contraction (La) paradoxale, par Féré, 69.

Conservation (Instruction sur le mode de) des pièces anatomiques destinées à être examinées au microscope, par Cornil, 242.

Conservatoire des Arts-et-Métiers, 104.

Contagion (La nature vivante de la) de la tuberculose, par L. Capitan, 583.

Cornil, 242.

Corps granuleux (La coloration des), par Kornilowicz, 578.

Correspondance. — *Aliénés* (Les transferts dans les asiles d') de la Seine, 822, 857. — *Chloroforme* (Injections hypodermiques sous-muqueuses de), par Guillot, 997. — *Choléra* (Le), à Toulen, 572. — *Clinique* (Une visite à la), du professeur Gussenbauer, 552. — *Congrès* (Le) international de médecine, par Bonnaire et Gilles de la Tourette, 688. — *Contagiosité* des furoncles et des panaris, par Löwenberg, 785. — *Dermatologie* (De la) à Paris, par Besnier, 768. — *Ecoles* (Les) médicales aux Etats-Unis, par Thaon, 802, 855, 994. — *Excursion* (Une) à l'asile de St-Hans, par Gilles de La Tourette, 784. — *Exposition* d'hygiène de Rouen, par R. Picquet, 631. — *Faculté* (La) de médecine d'Athènes, par Papadakis, 32. — (Les) de médecine de Prague, par J. Dagonet, 723. — *Fractures* (Sur le traitement des) du tiers supérieur du fémur, par Hennequin, 954. — *Gebæranstalt* (La) de Prague, par J. Dagonet, 747. — *Hernies* (Du traitement des) irréductibles par l'emploi des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, par Philippe, 439. — *Instituts* (Les) de la faculté de Prague, par J. Dagonet, 837. — *Laïcisation* des asiles d'aliénés, par Poullain, 315 ; — De l'Assistance publique — Hôpital d'Auxerre, 338. — *Médecine* (Exercice illégal de l'art de la), par un interne des hôpitaux de Nantes, 99. — (Proposition de loi sur l'exercice de la), 298. — *Paralysies* (Des) psychiques expérimentales, par Bernheim, 278. — *Pharmacie* (A propos du projet de loi sur l'inspection de la), par Blottière, 156. — *Professeur Robin* et la maison J. B. Baillière, par Robin, Wyrouboff et Decaye, 383, 510, 526. — *Quentin* (à propos de M.), par Terrier, 857. — *Remarques* (quelques) à propos du rapport du chirurgien général Hunter sur l'épidémie de choléra de 1883, en Egypte, par Valassapoulos, 481. — *Traumaticine* (De la), par Guillot, 404.

Cotard, 22.

Coxalgie ancienne. Abcès de l'os iliaque ouvert dans la vessie, par Tuffier, 942.

Crémation, 35, 61, 374, 672.

Cystite (De la) tuberculeuse, par Terrillon, 757.

© BIU Santé

D

DAMASCHINO (Ouverture du cours de pathologie interne de M.), 247, 566.

DAUGE (Mort de), 554.

DENTAIRE (*Revue*), par L. Cruet. — *Bonieux*. De la chute des ongles et des dents dans l'ataxie locomotrice et le diabète, 765.— *Didsbury*. De l'état des gencives chez les femmes enceintes et de son traitement, 766. — *Fournier*. Syphilis héréditaire tardive (syphilis dentaire). Leç. rec. par Barthélemy, 766. — *Harris, Austen* et *Andrieu*. Traité de l'art du dentiste, 766.—*Weber*. De l'obturation dentaire, 766.

DERMATOLOGIE, 518, 534, 713, 791, 1070 ; — (La) à Paris, 715.

DIDAY, 415.

DIDON (Le père) et l'Allemagne, 327.

DIPHTÉRIE (De la propagation et de la prophylaxie de la), par Sevestre, 539.

DIPHTÉRIE (La recrudescence de la), 848.

DISPENSAIRES (Les nouveaux) de Rouen, par Blondeau, 9.

— (Les) pour enfants, 495.

DIPSOMANIE (De la) Leç. de Magnan, rec. par Briand (M.), 63, 83, 109, 145, 162, 225, 259.

DOCTORESSE (Une), 714, 770.

DOIGT (Du) à ressort, par Marcano, 303, 321, 366 ; — (Le) de Dieu, 734.

DUJARDIN-BEAUMETZ, 12.

DUMOUTIERS, 599.

E

ECOLE *pratique des hautes études*, nom. 23, 860.

ECOLES (Les) dentaires, par Ludger Cruet, 24, 903.

— d'Infirmières en Amérique, 185.

— d'Infirmières aux Etats-Unis, 159.

— d'Infirmières, 218, 360, 1021, 1048.

ECOLES NAVALES *de médecine*. — *Brest* : Cours d'été, 922 ; — d'hiver, 922. — *Rochefort* : Cours d'été, 922 ; — d'hiver, 922. — *Toulon* : Cours d'été, 922 ; — d'hiver, 922.

ECOLES *de plein exercice de médecine*. — *Marseille* : Cliniques, 913 ;— Cours, 913 ; — Cours complémentaires, 914 ; — Nom., 60, 104, 184, 256, 300, 860 ; — Travaux pratiques, 914 ; — Dissections 914 — *Nantes* : Cliniques, 913 ; — Cours, 912; — Concours, 960 ; Dispositions réglementaires, 913 ; — Nom., 184, 300, 486 ; — Prix de fin d'année, 913 ; — Travaux pratiques, 913.

ECOLES *préparatoires de médecine*. — *Alger* : Concours, 960, 1003 ; — Cours, 960 ; — Nominations, 35, 60, 159, 1087 ; — Enseignement pratique, 914 ; — Prix de fin d'année, 914; — Professeurs suppléants, 914 ; — titulaires, 914. —*Amiens* : Prix de fin d'année, 35 ; —Nom., 104, 1088; —Cours, 914; — Professeurs suppléants, 915 ; — titulaires, 915. — *Angers* : Enseignement pratique, 915 ; — Professeurs suppléants, 915 ; — titulaires, 915. — *Besançon* : Professeurs suppléants, 915 ; — titulaires, 915.— *Caen*. Nomin., 159, 184, 256 ;— Cours, 915; — Cliniques, 915 ; — Concours, 960 ; — Travaux pratiques, 915. — *Clermont-Ferrand* : Nom., 344 ; — Cours, 916 ; — Professeurs suppléants, 916 ; — titulaires, 916. — *Dijon* : Nomin., 60, 726 ; — Professeurs suppléants, 916 ; — titulaires, 916.— *Grenoble* : Cours, 916 ; — Cours complémentaires, 916 ; — Concours, 1003 ; — Prix de fin d'année, 917.— *Limoges* : Conférences, 917 ; — Cours, 917; Cours complémentaires, 917.— *Poitiers* : Nomin., 35, 60, 1088.— Conférences, 917 ;—Cours, 917 ;— Cours complémentaires, 917 ;—Travaux pratiques, 918. — *Reims* : Concours, 936 ; — Cours, 918 ;— Nominations, 60, 184, 918 ; — Travaux pratiques, 918. — *Rennes* : Concours ; — Professeurs suppléants, 919; titulaires, 919 ; nom., 1088. — *Rouen* : Cours complémentaires, 919; — Professeurs titulaires, 919 ; — suppléants, 919. — *Toulouse* : Nomin., 35, 344, 1088 ; Cours, 919; — Professeurs titulaires, 919 ; — suppléants, 919. — Travaux pratiques, 919 ; —Prix, 919. — *Tours* : Nomin., 123 ; — Conférences, 921 ; — Cours, 921 ; — Travaux pratiques, 921.

ECOLES *supérieures de pharmacie*. — *Montpellier*. Nom. 123, 1088. — *Nancy* : Bibliothèque 906;— Cours, 906 ; — Dispositions règlementaires, 906 ; — Nom., 140, 1003, 1088 ; — Travaux pratiques, 906.—*Paris* : Bibliothèque, 901 ;—Cours, 900; — Droits universitaires, 900 ; — Examens, 901. — Herborisation de Chatin, 363, 389, 406, 421, 442, 468, 486, 512, 530 ; — Inscriptions, 901 ; — Prix, 1003 ; — Stage, 901 ; — Travaux pratiques, 901.—

ECOLES *du Val-de-Grâce*, 104. — Cliniques, 902 ; — Cours, 902 ; — Conférences et exercices pratiques, 902 ; — Nom., 1003; — Pharmaciens stagiaires, 903.

ECOLES *nationales vétérinaires*, 344.

ELECTRICITÉ (De l') statique comme agent préventif du choléra, par Vigouroux, 577.

ELECTROLYSE (De l') ou de la galvanocaustique chimique de la trompe d'Eustache, par J. Baratoux, 697.

ELECTROTHÉRAPIE, 515, 577.

ELECTROTHÉRAPIE française, par Boudet, de Paris, 618.

ELÈVES du service de santé militaire, 423.

ENFANTS (Les) du siège, 245.

— assistés. Ouverture du cours de M. Blachez, 373.

— moralement abandonnés, 123.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — Abadie, 897. — Aguilhon de Sabran, 898. — Apostoli, 343, 897. — Auvard, 281, 842, 897. — Bailly, 690, 726. — Bar, 16, 34, 60, 78, 281, 842, 897. — Baratoux, 842, 897, — Berrut, 897. — Boucheron, 897. — Bouchut, 897. — Burq, 343. — Calmettes, 897. — Cartaz, 897. — Chassagny, 318. — Chevallereau, 897. — Chéron, 897. — Coursserant, 897. — Dareste, 318, 897. — Dehenne, 897. — Déjerine, 752. — Delafosse, 897. — Descroizilles, 318, 878. — Doléris, 78, 318, 878, 897. — Dubuc, 897, 977, — Durand-Fardel, 122, 935. — Falret, 935. — Fano, 897. — Fauvel, 897. — Fieuzal, 897. — Galezowki, 897. — Gillet de Grandmont, 60, 78, 220, 935. — Guibout, 343, 935. — Hortelonp, 422, 935. — Jousset, 1001, 1021. — Laillier, 387, — Landolt, 897. — Landouzy, 690, 726. — Latteux, 529, 653, 752, 897, 959, 1087. — Legrand du Saule, 983,— Magnan, 935.—Mallez, 897, 978. — Martin (A. J.), 16, 34, 935. — Martineau, 387. — Meyer (Ed.), 897. — Miot, 343, 805, 897. — Moricourt, 1001. — Nicaise, 824. — Péan, 318. — Picard (H.), 34, 824, 842, 897, 1001. — Reliquet, 16, 34, 897. — De Saint-Germain, 1047. — De Sinéty, 897. — Stapfer, 690, 935. — Verrier, 256, 726, 878, 897, 978. — Voisin, 442.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR (Le budget de) en Allemagne et en France.

— (L') municipal supérieur, 298.

— (L') dans les hôpitaux, 885.

EPIDÉMIE de diphtérie à Azazoa, 159.

EPIDÉMIOLOGIE, 690.

EPITHÉLIOMA de la jambe, lésion du tibia. Soudure du péroné et de l'astragale, par Jardet, 261.

ERYTHÈME (Note sur trois cas d') à diagnostic douteux, par Berbez, 937.

ETABLISSEMENTS thermaux de l'état, 123.

ETRANGLEMENT interne, perforation intestinale, par Verchères, 41.

ETUDIANTES (Les) à Paris.

ETUDIANTS (Les) en Russie, 104.

EXALTATIONS (Des) religieuses en Orient, par Zambaco, 774.

EXANTHÈME (Note sur l'), de la Varicelle, par J. Comby, 773.

EXCURSIONS géologiques, 406.

EXORCISME (Les résultats d'un), 61.

EXOSTOSES multiples (Note sur les), par Bricon e Dauge, 210.

EXPOSITION *internationale d'hygiène à Londres*, 77, 102, 221, 282, 528.

F

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *F. de Bordeaux* : nom. 123, 159, 343, 362, 610, 1087; — Agrégés, 910; — Concours, 1048 ; — Cours, 909, 1048 ; — Cours complémentaires, 909, 910 ; — Cliniques annexes, 909, 910 ; — Conférences, 910 ; — Dispositions réglementaires, 910 ; — Travaux pratiques, 910 ; — Pharmacie, 910, 960 ; — Prix, 911.

F. de Lille : Cours, 907 ; — Cours complémentaires, 907; — Conférences, 907 ; — Travaux pratiques, 907 ; — Laboratoires, 907; — Cours annexes, 907; — Dispensaires, 907; — Dispositions réglementaires, 907 ; — Nom. : Cholin, 17 ; — — Théry, 17 ; — Blanckaert, 78, 159 ; — Tourneux, 184 ; — Raynal, 203 ; — Richez, 203 ; — Lober, 220 ; — Chotin, 256 ; — Laloir, 592 ; — Nomez, 1003 ; — Testut, 1003 ; — Coppens, Wertheimer, 1087 ; — Thèses soutenues, 140 ; — Concours, 220 ; — Cliniques, 1048.

F. de Lyon. — Chaires vacantes, 60, 159, 221 ; — Nom. de prosecteurs et préparateurs, 17, 256 ; 343; 512 ; — Nom. Barbier, 878 ; — Bonnet, 300 ; — Linossier, 17 ; — Teissier, 256 ; — Rouveret, 17 ; — Teissier, 387 ; — Barral, Lenoine. 1087; — Cours et cliniques, 908, 1048.— Enseignement complémentaire, 909 ; — Concours, 1003 ; — Création d'une chaire de physiologie, 282.

F. de Montpellier : Chaire vacante, suppléance, concours, 424, 529, 672, 708 ; — Cours, 903 ; — Cours auxiliaires, 903 ; — Cliniques annuelles, 903 ; — Travaux pratiques, 903 ; — Collections, 903 ; — Division des études, 903 ; — Sociétés savantes, 904 ; — Bibliothèque et collections, 904 ; — Nom. Roustan, 78 ; — Tedenat, 35 ; — Dupré, 256 ; — Lannegrace, 1003; — Divers, 1087.

F. de Nancy : Concours, 343, 726, 824, 1087 ; — Cliniques, cours et exercices, 905;— Dispositions réglementaires, 905 ; — Nom., 79, 184, 511 ; — Baraban, 256.

F. de Paris : Actes de la Faculté, 15, 33, 59, 78, 103, 122, 139, 158, 183, 202, 219, 237, 255, 284, 319, 320, 342, 364, 387, 408, 426, 444, 470, 488, 511, 532, 558, 574, 592, 609, 860, 880, 935, 962, 977, 1001, 1024, 1047, 1066, 1088; — Agrégés en Exercice, 653, 726, 1022, 1048; — Annulations de Bulletins de versement, 158; — Avis aux étudiants, 34, 485 ; — Bibliothèque, 887 ; — Bourses : Concours de 1884, 604;— Chaires, 653, 1003, 1087.— Concours : Adjuvat, 60, 158, 422 ; — *Agrégation*, chirurgie et accouchements, 60, 78, 123 ; — Cliniçats, 511, 610, 636, 653 ; — Prosectorat, 60, 158, 343 ; — Consignations, 15, 78, 123, 158, 237, 841, 885 ; — Cours, 182, 219, 237, 239-246, 839, 883, 887, 960 ; — Auxiliaires, 182, 237, 806, 840, 883 ; — Complémentaires, 840, 883, 935 ; — Cliniques, 17, 182, 840, 883, 935, 1022; — Libres, 17 ; — Dissection, 840, 886 ; — Division des études, 183, 883. — Examens, 431 ; — Fin de l'ancien régime d'études médicales, 841, 885. — Herborisation de Baillon. — Inscriptions, 15, 158, 237, 840, 841, 883, 885, 1087; — Laboratoires, 788, 887; — Legs, 753 ;— Musées, 887; — Nominations, 203, 239, 256, 653 ; — Prix de la Faculté, 886 ; — Prix civiale, 123, 887 ; — Prix Lacaze, 1066 ;— Suppléances, 184 ; — Thèses récompensées, 156; — soutenues à la — 15, 33, 60, 78, 103, 122, 139, 158, 183, 202, 220, 238, 256, 280, 318, 342, 362, 387, 423, 442, 468, 485, 511 529, 555, 574, 592, 609, 860, 880, 883, 962, 977, 1001, 1024, 1047, 1066, 1087 ; — Travaux pratiques : Anatomie, 183, 340, 841, 885, 887 ; — Chimie, 182, 883; —

© BIU Santé

Histoire naturelle, 220, 883 ; — Histologie, 158, 883, 935 ; — Médecine opératoire, 158 ; — Pathologie externe, 219 ; — Physiologie, 219 ; — Physique, 237, 883, 960 ; — Vacances, 302, 529, 608.

Faculté *des Sciences*. — *Besançon* : Nom., 530. — *Bordeaux* : Nom., 424. — *Caen* : Nom., 159. — *Clermont-Ferrand* : Nom., 203. — *Dijon* : Nom., 860. — *Grenoble* : Nom., 184, 220, 1088. — *Lyon* : Nom., 123, 419, 978, 1088; — créat. de chaires, 282. — *Marseille* : Nom., 140. — *Montpellier* : Nom., 123, 636, 1003. — *Nancy* : Nom., 123, 511. — *Paris* : — Bourses d'études; — Conférences, 898, 978 ; — Cours, 123, 203, 219, 236, 898 ; — Annexes, 898 ; — Excursions géologiques ; — Laboratoires, 140, 184 ; — Nom., 511, 79, 79, 221. *Poitiers* : Nom., 140. — *Rennes* : 1088. — *Toulouse* : 636, 1003.

Femmes (Les), médecins, 159.

— (Les) médecins en Belgique, 388.

Féré (Ch.), 22, 69, 516, 563, ~~309~~ 309.

Fibro-myôme de la grande lèvre, par Valude, 868.

Fièvre typhoïde en Suisse, 530.

Fistule ossifluente de la marge de l'anus ; abcès froids. Lec. recueill., par Routier, 37.

Foie (*Revue des maladies du*), par Aigre : *Berthaut* : Etude sur l'élimination des Kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, 722 ; — *Dupau* : Observation sur l'ictère grave, 215 ; — *Hayem* et *Gilbert* : Cancer primitif enkysté du foie ; Cancer secondaire des lymphatiques, des ganglions du hile et de la veine-porte, 215 ; — *Magnin* : Obstruction intestinale produite par un calcul de l'intestin, 215 ; — *Sabourin* : Evolution nodulaire graisseuse du foie, 722 ; — *Wertheimer* : Développement du foie et du système porto-abdominal, 722.

Foie (Epithéliome du) ; Adénôme, par Derignac, 307.

Force et Matière, par Büchner, 239.

Formules. — *Blépharite* (Traitement de la), par Darier, 1022. — *Bichromate* de potasse, 140. — *Bromures* de potassium (De l'emploi des), de sodium et d'ammonium associés dans le traitement de la dysménorrhée avec troubles congestifs, par Chéron, 78. — *Bronchite* chronique, par Saint-George, 708. — *Catarrhe* de la Vessie, traitement, par Bœgehold, 256. — *Coqueluche* (Traitement antiseptique de la), 202 ; — par Cullimore, 726. — *Choléra*, par Peyrusson, 592. — *Chloral* (De l'hydrate de) — dans le traitement de la blennorrhagie, par Lopez Rodriguez, 14. — *Conjonctivite* (Traitement de la), par Darier, 636, 805, 959 ; — (Traitement de la), et de la kératite pustuleuses, par Darier, 732. — *Créosote* solidifiée, 318. — *Diarrhée* infantile, par Smith, 726. — *Iode* (De l'emploi de l') contre le goître, 342. — *Maladies* des enfants (coqueluche, diphtérie, broncho-pneumonie), traitements, 770. — *Napelline* dans la névralgie, par Grognot, 202. — *Paraldéhyde* (De la), par Kéraval, 485 ; — (La), nouvel agent hypnotique, par Francotte, 16. — *Phosphore* (Traitement du diabète par le), par Travignet. 122. — *Phtisie* laryngée (Traitement de la), par Ducau, 103 ; — 299. — *Résorcine* (La) dans l'entéro-colite des enfants, 282. — *Sublimé* (Du) en collyre contre les ophthalmies granuleuses, 184. — *Tisane* benzoïque, 60. — *Vératrine* (De l'emploi de la) dans le prurit généralisé ou localisé à l'époque de la ménopause, par Chéron, 158. — *Ulcère* de l'estomac (Traitement de l'), 220.

Fou (Un), 556.

Fresnel (statue de), 788.

G

Géographie *médicale*, 1017, 1044.

Gilles de la Tourette, 384, 833, 1044.

Gombault, 537.

Gonococcus (Du), par Bricon, 643, 660.

Grossesse extra-utérine remontant probablement à 5 ans, par Monnier, 1010.

H

Hayem (Ouverture du cours de thérapeutique de M.), 248.

Hématocèle dans un kyste du cordon avec prolongement abdominal, par Routier, 533.

Hémiplégie hystérique. Leçon de Charcot, rec. par Marie, 205.

Hémoglobine (De l'), par Comby, 67.

Hernie coegénitale de la région inguino-curale, chez une enfant née au 7e mois, par Sabourin, 67.

Histoire (*Revue d'*) médicale, 875 ; — de l'hôpital de la Pitié, par O. Guiller, an. p. Gilles de la Tourette, 875.

Hopital de Berck-sur-Mer, 512.

Hopitaux de Paris. — *Amphithéâtre* d'anatomie, 824, 895, 960. — *Bibliothèques*, 888 (V. à *chaque hôpital*). — *Bureau central* : Accoucheurs, 122, 486, 893 ; — Chirurgiens, 101, 893 ; — Médecins, 101, 423, 893, 1003, 1066. — *Chronique* : passim. — *Concours* : Pour les accoucheurs, 300, 343 ; — Pour les chirurgiens, 343, 406, 423, 511, 636 ; — Pour les médecins, 184, 300, 319, 343, 362, 423, 529, 574, 636, 824, 860, 879 ; — Pour le prosectorat, 610. — *Externat*, 654, 893 ; — Concours pour l' —, 654, 726, 1066, 1086, 1086. — *Internat* en médecine, 424, 894 ; — Concours pour l' —653, 788, 824, 1066, 1086, 1104; Prix de l'—, 894, 1003, 1622 ; — Concours pour le prix de l' —, 17, 654, 936. — *Internat* en pharmacie, 600 ; — Concours, 254 ; — Prix de l' —, 17, 203, 555. — *Pharmaciens* : Concours, 184; — Nomin., 79. — *Prix* civiale, 203. — *Prosectorat* : Concours, 530, 1003. — *Beaujon*, 890. — *Bichat*, 890. — *Charité*, 888, 960. — *Clinique d'accouchement*. 888. — *Cochin*, 889. — *Enfants malades*, 891, — *Enfants assistés*, 891, 960. — *Hôtel-Dieu*, 888. — *Laënnec*, 890. — *Lariboisière*, 889. — *Lourcine*, 892. — *Mariniers*, 553, 892. — *Maison municipale de santé*, 892. — *Maternité*, 892. — *Midi*, 892. — *Necker*, 889 ; — Legs, 960. — *Pitié*, 889. — *Trousseau*, 891. — *St-Antoine*, 889. — *St-Louis*, 891, 960. — *Temporaire de la rue Pascal*, 892. — *Tenon*, 889. — *Hospice de la Salpêtrière*, 890 ; — *de Bicêtre*, 890. — *Travaux* (Les) dans les — 103. — *Mutations* : 1066.

Hopitaux (Les abus dans les). Circulaire de M. Quentin, 330.

Hopitaux civils. — *Alger*, 79, 239. — *Amiens*, 123, 203. — *Bordeaux*, 184, 511, 879, 1048. — *Boulogne-sur-Mer*, 610. — *Lyon*, 256, 879. — *Marseille*, 60, 79, 184, 239, 530. — *Orléans*, 256. *Nantes*, 60. — *Rouen*, 256. — *Reims*, 79. — *Toulouse*, 123.

Hopitaux et *hospices* (Isolement des), 266.

Hopital militaire à Tarbes, 184.

Hospices. — *Bicêtre*, 824. — de *St-Etienne*, 140. — d'*Elbeuf*, 344. — *Maritime belge*, 256. — Civils de *Marseille*, 824. — D'*Orléans*, 140. — La *Salpêtrière*, 878, 883.

Hydrologie (*Revue d'*), par Cornillon. — *Bernard*. Constitution médicale de Cannes pendant l'année 1880-81, 569. — *Bovet*. Contribution à l'étude analytique des eaux minérales, 525. — *Brongniard*. Action de l'eau minérale de Contrexeville chez les calculeux, étudiée au point de vue du diagnostic de la pierre et du résultat ultérieur des opérations, 154. — *Calvet*. Action physiologique des bains de mer, 569. — *Cocheux*. De la goutte, de la gravelle urique, du rhumatisme noueux et de leur traitement, 154. — *Duhourcau*. Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux de Cauterets, 154. — *Garrigou*. Luchon, son avenir, 569. — *Greuell*. De l'hydrothérapie dans le goître exophthalmique, 403. — *Lacour*. De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants, 525. — *Puy-le-Blanc*. De l'eczéma et de son traitement, 154. — *Sénac*. Etudes sur la diathèse congestive et sur ses manifestations pathologiques, 403 ; — Diagnostic de la diathèse congestive, 403. — *Servajean*. Les eaux minérales de St-Alban au point de vue chimique, 525.

Hygiène, 605 ; — (Comité consultatif d'), 690, 823 ; — *Militaire*, 300.

Hypnotiques (Note pour servir à l'histoire du transfert chez les), par Ch. Féré et Binet, 563.

Hypnotisme (des phénomènes neuro-musculaires de l'), par Richer (Paul), 5.

Hystérie (des attaques d') à forme d'épilepsie partielle, 89.

I

Idiot (Un), 511.

Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie, par Bourneville et Leflaive, 325, 450, 492.

Idylle (Une) interrompue. Les aumôniers de l'hospice général de Rouen, 233.

Immigration (L') en France, 257.

Incendie, 407.

Infirmerie du dépôt de la Préfecture de police, 159.

Injection (accidents déterminés par une) chloroformique sous-muqueuse, par Blocq, 963.

Instabilité mentale avec perversion des instincts, par Bourneville et Budor, 675, 695.

Inspection des établissements classés, 104 ; — Des pharmaciens, 120.

Institut (L') d'Hygiène à Munich, par Chantemesse, 794.

Institut de Villeneuve l'Etang, 1003. — Odontotechnique de France, 79.

Institution nationale des Sourds-Muets, 960.

Instruments et appareils. — *Appareil* pour le lavage de l'estomac, par Boisseau du Rocher, 419. — *Blépharostat* Faucher, 510. — *Galvanocautère* à accumulateurs, par Chéron, 1001. — *Irrigateurs* (perfectionnement aux), 528. — *Miroir* révolver du Dr Parent, 672. — *Serre-nœud* nouveau) pour l'ablation des polypes utérins, par Collin, 32. — *Thermomètre* à température locale, par C. Paul, 138 — *Transfuseur* et transfusion, par Dieulafoy, 108. — *Trousse* pour injections sous-cutanées, 839. — *Utérus* (Traitement électrique des tumeurs de l'), par Apostoli, 653.

Internat (L'I des femmes, 777, 1092.

Intestin grêle (étranglement de l') à travers une déchirure du mésentère, par Lévêque, 165.

Intoxication (L') mercurielle aux mines d'Almaden, par P. Raymond, 1017.

J

Jarjavay, 382.

Joffroy (Ouverture du cours de M.), 970.

Josias (A.), 191, 1091. (V. Académie de médecine).

Journaux nouveaux. — *American Journal of ophthalmology*, 487, 825. — *Archivio di ortopedia*, 79. — *Archivos de chirurgia*, 1004. — *Archivos de ginecologia y enfermedades de la infancia*. 300. — *Archives de médecine*, 860. — *Boletin de medicina*, 825. — *Bolletino delle cliniche*, 79, 239. — *Bristol (the) medico chirurgical journal*, 388. — *Caustique* (Le), 124. — *Ciensias medicas*, 388. — *Clinica navarra*, 123. — *Commentario clinico delle malattie degli organi genito urinari*, 388. — *Correo medico castellano*, 363. — *Cronica medica*, 368. — *Cronica medica, organo de la Sociedad « Union Eerdinandina »*, 487. — *Cosmos* (Le), 807. — *Diario medico pharmaceutico*

© BIU Santé

300.— *Dictamen* (L'el), 282.— *Dr Sangrado*, 300 *Eco cientifico de las Villas*, 530. 726. — *Espana* (La) *medica*, 388. — *Gaceta* (La) *de los hospitales de la Republica de Guatemala*, 257,— *Gazette* (La) *odontotechnique de France*, 978. — *Giornale de neuropatologia*, 388. — *International* (L') *Review of medical and surgical technics*, 860. — *Medical chronicle*, 825. — *Movimento farmaceutico*, 388. —*Æsculapian* (*The*), 141.— *Planet* (*The*), 61, 141. *Revue clinique, médico-chirurgicale*, 860.— *Revue* (*La*) *médicale et scientifique d'hydrologie et de climatologie pyrénéennes*, 104.— *Rivista internazionale di medicina e chirurgia*, 79. — *Rivista veneta de scienze mediche*, 575. — *Science et nature*, 18. — *Unione medico Egiziana*. 530. — *Univers* (*L'*) *pharmaceutique et médical*, 104

Jurisprudence *médicale*, 423, 842.
— *pharmaceutique*, 239.

K

Koller, 984.

Kornilowicz, 578.

Kyste *dermoïde du ligament large*, ovariotomie, guérison, par Hartmann, 393.

Kyste *hydatique* du poumon, par Cornil et Gibier (P.), 264.

L

Laboratoire *municipal* de chimie, 282.

Laboratoires municipaux. — Paris : Examens, 34.

Laboratoires *de zoologie maritime*, 319.

Lacerda (Récompense à M.), 239.

Laïcisation des Hôpitaux, 79; — des asiles d'aliénés; — de l'asile des aliénés de *Bron*; — Laïcisation de l'Ass. Publ. à Roanne, 200; — de l'Hospice d'Ivry, 510.

Lait (un cas de sécrétion de) chez un garçon de 10 mois, par Lesnewich, 61.

Laillier (ouverture du cours de), 396.

Laryngologie (*Revue de*) et de Rhinologie, par J. Baratoux. — *Bouty*. Contribution à l'étude de l'épistaxis, 836. — *Bresgen*, Grundzüge einer Pathologie und der Therapie der Nasen-Mundrachen and Kehlkopf-Krankheiten, 836.— *Loupiac*. De la pharyngite latérale, 836. — *Moure*. Recueil clinique sur les maladies du larynx, 836. — *Vérité*. Concrétions muqueuses de la partie postérieure des fosses nasales, 836.

Leflaive, 325, 450, 492.

Leloir, 518, 534, 791, 1070.

Leplat, 984.

Lermoyez, 323.

Lèvres (sur une disposition particulière des petites) chez la femme et sur quelques conséquences qui peuvent en résulter, par Budin. 347.

Luette (Excision de la) par les barbiers persans, 201.

Lumbroso (G.), 813, 831.

Lupus vulgaire (Recherche sur la nature du), par Leloir, 791.

M

Magnan, 63, 83, 109, 145, 162, 225, 259.

Magnétologie, à Genève.

Maison *nationale de Charenton*, 387, 407. 424; — (Les internes de la), 484.

Maladies du cœur et des vaisseaux, 552. (V. *Cœur*.)

Maladies du foie (Revue des, 722. (V. *Foie*.)

Maladies nerveuses (*Revue des*), par G. Ballet.— *Byrom-Bramwel*. Maladies de la moelle épinière, 54. — *Deniau*. De l'hystérie gastrique, 54. — *Bricon*. Epilepsie (du traitement de) (hydrothérapie, arsénicaux), 338. — *Ladame*. La névrose hypnotique ou le magnétisme dévoilé, 338. — *Mairet*. De la démence mélancolique, 54. — *Picqué*. Mal de Pott (cas de), 208. — *Olive*. Des paralysies chez les choréiques, 338. — *Plyaud*. Réflexes (études des) tendineux dans la fièvre typhoïde, 338.

Maladies *du poumon et de la plèvre*, 629.
— *puerpérales* (de l'étiologie et de la prophylaxie des), par Comby, 228.

Mal perforant (du), leç. de Monod (ch.), rec. par Petit-Vendol (ch. H.), 1, 20.

Manuel *de technique d'autopsie*, par Bourneville et Bricon; 857, 877, 957, 976, 999, 1046, 1085.

Marcano, 303, 321, 366, 631.

Marie (P.), 287, 305, 349. 365.

Martineau (ouverture des cours de M.), 395.

Martinet (V. *Cœur*).

Mathieu, 107.

Médecine (Exercice illégal de la), par un interne, 138, 317, 386.

M. (Exercice de la), 211, 216, 233.

M. (Prop. de loi sur), 252.

M. (La) d'imagination, par Féré (Ch.), 309.

Médecine *légale*, 445.

Médecins *de l'armée territoriale*. — Nominations, 17, 61, 76, 386.

M. *conseillers municipaux*, 387, 406.

M. *députés*, 185, 486.

M. *des bureaux de bienfaisance*, Paris, 17, 79, 87, 104, 221, 239, 282.

M. *inspecteurs des écoles*, 593, 824.

M. *juge de paix*, 960.

M. *des Lycées*, 61, 141, 203, 256.

M. *majors*, 342, 485, 512.

Médicale (*Revue*) par Capitan et Bricon. — *Alliot* : Traitement du choléra par la pilocarpine, 973. — *Audibert* : Traitement du choléra, 993. — *Berthier* : D'un traitement prophylactique et curatif du choléra, 973. — *Burq* : Du cuivre contre le choléra, 954. — *Castan* : Symptomatologie, hygiène et traitement du choléra. — Leç faites à la Faculté de Montpellier, 954. — *De Castro* : Cholero in Egitto, 650. — *Chapman* : Le Choléra, maladie du système nerveux, 650. — *P. Gibier* : Etude sur le choléra, 993. — *Girard de Caudemberg* : Choléra, moyen d'en arrêter la propagation, 993. — *Grotius* : La vérité sur le choléra, 993. — *Hanuart* : La lutte contre le choléra, 993. — *Hayem* : Le traitement du choléra, 650. — *Israel* : Actinomycose (Une observation de), 181. — *Jousseaume* : Du choléra — Traitement nouveau. — Guérison, 973. — *Maire* : Véritable traitement du choléra, 973. — *Merino* : La electricidad y el colera, 954. — *Ovilo y Canales* : Instrucciones populares contra el colera morbo assiatico, 650. — *Pacquet* : Le choléra. — Son traitement préventif, 650. — *Renaut* : Instruction médicale sur le choléra, 953. — *Sousino* : Sul cholera in carro d'Egitto nel l'anno 1883, 953. — *Tardani Gaetano* : Solution du problème du choléra morbus, 993. — *E. D'Urso* : Poche parole sul colera dirette ai padri di famiglia, 953. — *Wakefield* : Le choléra asiatique, 650.

Médicales (Les Etudes) en France, 221.

Médicaments (Les) de garde, par Gilles de la Tourette, 833.

Métrite (De la) parenchymateuse. Lec. de Terrillon, rec. par Routier, 489.

Micrococci (Sur la présence des) pneumoniques dans la broncho-pneumonie de la rougeole, par G. Lumbroso, 813, 831.

Micrococcus (Le) de l'ostomyélite aiguë et infectieuse, par Bricon, 43.

Migraine (Traitement de la) ophthalmique, par Féré (Ch.), 454.

Mission *Koch*. Récompense et Banquet, 422.

Missions scientifiques, 185, 486, 672, 860, 1088.

Mœurs des étudiants allemands, 556.

Moigno (Mort de l'abbé), 608.

Molluscum *simplex* ulcéré de la grande lèvre, par Blocq, 693.

Monod (Ch.) 1, 20, 427, 447, 471, 711, 731.

Morphinomanie, 342, 424.

Mortalité à Paris, 17, 34, 60, 78, 104, 123, 140, 159, 184, 202, 220, 238, 256, 282, 299, 318, 343, 362, 387, 406, 423, 442, 468, 485, 511, 529, 555, 574, 592, 610, 636, 653, 672, 690, 708, 726, 752, 770, 788, 806, 824, 842, 860, 878, 936, 959, 978, 1002, 1022, 1048, 1065, 1077.

Méningocèle traumatique chez un paralytique général. — Deux balles dans le cerveau, par Tuffier, 147.

Muscle (Le) péronier du cinquième orteil chez l'homme, par Testut, 1029.

Muséum d'histoire naturelle. — Cours de : G. Blanchard, 35, 899; — Becquerel, 900; — Bouley, 900; Bureau, 900; — Chevreuil, 388, 900; — Des Cloizeaux, 900; — Cornu, 900; — Daubrée, 406, 900; - Deherain, 221, 900; — Fremiet, 900; —Frémy, 899, 1088; —Gaudry, 900; —Glaizeaux, 282;—Milne Eddwards, 900;—Perrier 900, 1088; —Pouchet, 899; — Quatrefages, 362, 900; — Renault, 344; — Vaillant, 899; — Van Tieghem, 899; — Rouget, 387, 900; — Ville, 899. — Nom. de : Cornu, 203; — Mocquard, 753; — Quatrefages, 61. — Herborisation de bureau, 185, 203, 406.

Myxœdème (Enquête sur le), 202.

N

Natalité à Paris, 17, 34, 60, 78, 104, 123, 140, 159, 184, 202, 220, 238, 256, 282, 299, 318, 343, 362, 387, 406, 423, 442, 468, 485, 511, 529, 555, 574, 592, 610, 636, 653, 672, 690, 708, 726, 752, 770, 788, 806, 824, 842, 860, 878, 936, 959, 978, 1002, 1022, 1048, 1065, 1087.

Nécrologie. — Adelmann, 1004. — Alferjew' 407. — Alphéran, 654. — Aubergier, 1048. — Aubert. Roche, 363. — Aubrion, 388. — Avigliano, 770. — Ballanger, 556. — Balfour, 257. — Bariller, 35. — Bastin, 770. — Beauregard (G.), 407. — Bechet, 575. — Benicy, 443. — Bernard (Ch.), 879. — Bertin, 726, — Bertin (E.), 1048. — Bertrand, 185. — Bertrand de Saint-Germain, 344. — Bigaud, 512. — Billon, 1066. — Blanc (L.), 726. — Bokai, 936. — Bouisson, 443. — Bouillancy, 654. — Boullanger, 159. — Bourgard, 258. — Bourgarel, 593. — Bouvard, 442. — Brenner, 1004. — Brugerolle, 807. — Burq, 690. — Caccialupi, 825.— Cailliot, 1004. — Canepa, 807. — Cangrain, 61. — Cartaux, 673. — Carré, 861.— Castell de Con stanti. 319. — Castelle, 124. — Cathala, 654. — Castillon, 789. — Cavani (J.-A.), 363. Cazalas, 860. — Cazagnaire (P.-J.-S.), 388. — Chambol, 221. — Chataignan, 789. — Chateau, 203. — Chennevière, 690. — Chevallier, 637. —Chevril, 79. — Chwostek Franz, 1004.— Clavel, 344. — Cœsson, 637.— Cohnheim, 690.— Comte, 79. — Correa de souza-costa, 424. — Cresengio, 221. — Daguin, 1004. — Damon, 1004. Darnel, 1048.— Darvieu, 637.— Davila, 753. — Decaisne, 159. — Delfau, 726. — Delponte, 468.— De Dios Mouzon, 424.— Deschamps (V.), 593. — Dumas (J.-B.), 839. — Dumas, 593. — Dumont, 673.— Durand (E.), 363. — Durand (Ed.), 388 — Duval (J.-F.), 936. — Duvernoy, 530 — Emery, 530. Eymery, 770. — Fabre, 79.— Faucon, 879. — Fauton, 690. — Faurel, 936. — Ferro, 221. — Filiatrault, 185. — Fonssagrives, 1004.— Fontan,

© BIU Santé

319. — Forthomme, 637. — Foucart, 637. — Fourchault, 588. — Fournier (E.-P.-N), 512. — Franck, 344. — Franceschi (G.), 512. — Frénoy, 530. — Fredet, 690. — Frese, 239. — Friedeberg, 442. — Froc, 843. — Garcia Nunes, 1022. — Garibaldi, 35. — Gérard, 35. — Giovanni-Motri, 363. — Girard de Cailleux, 860. — Giwartowski, 1004. — Girault, 35. — Gonnet, 673. — Goppart, 487. — Grosgurin, 807. — Gratiot, 530. — Goudouin, 24. — Goupil dos Pallières, 512. — Gross (S.) 424. — Guibout (Dlle), 388. — Guiraud, 860. — Hamel, 257. — Hamon, 1048. Harris, 185. — Horstmann, 770. — Houzelot, 141. Huard, 843. — Huc-Mazelet, 637. — Hubert, 282. — Jager, 575. — Jacquinet, 654. — Jacquet, 690. — Jaubert, 708. — Jean, 654. — Kabah, 344 — Kart, 319. — Lahens, 770. — Lalanne, 344. — Landry, 637. — Larcher, 257. — Laurent (Ch.), 530. — Laydet, 936. — Le Bellegue (P.-J.), 556. Lebrun, 753, — Leclerc, 185. — Lecoisne, 530. — Legendre, 141. — Lesage, 936. — Levan, 789. — Lemoyne, 407. — Leroy, 203. — Lesselliers, 79. — Letiévant, 512. — Macvir, 726. — Malhaire, 860. — Manec, 203. — Maingault, 124. — Marmy, 185. — Mazza, 843. — Mawet, 363. — Meilheurat, 654. — Mendez Alvaro, 61. — Millard, 860. Miltiadis, 221. — Mobèche, 1083. — Monge, 141. — Moreau de Tours, 530. — Morel, 79. — Morin, 1022. — Mouret, 1004. — Moyne, 654. — Navalichin, 654. — Neumann, 860. — Nicolle, 104. — Oberlin, 1066. — Oulmont, 770, 884. — Paquet, 709. — Play (P.), 709. — Paul (d'Amiens), 530. — Passama, 843. — Patin, 185. — Patras, 637. — Pavy, 726. — Pestel, 726. — Pitoy, 960. — Pommez, 104. — Popow, 104. — Poterin du Motel, 770. — Paulet, 512. — Quissac, 468. — Rabutin, 512. — Radius, 442. — Radcliffe, 843. — Rathery, 619. — Raymond, 61. — Rebitte (A.), 637. — Redon, 1066. — Regnier, 1048. — Repelin, 556. — Reynolds, 530. — Ribollet, 203. — Ribollet, 257. — Ricard, 282. — Richet (Mme), 487. — Ricque, 185. Rigaut, 319. — Ritter, 575. — Rix, 258. — Robertson, 530. — Roguin, 185. — Roretz, 654. — Rouffy, 344. — Rouyer, 388. — Royer, 203. — Ruf de Lavison, 936. — Russo Sebastiano 860 — Salmon, 770. — Sarzaud, 319. — Sarzaud, 388. — Sauze, 879. — Savidan, 1048. — Schaffel, 753. — Saugerotte, 978. — Schmidt, 654. — Semerie, 388. — Sergent (J.), 363. — Suasso, 960. — Sibert, 879. — Simoes, 239. — Simonet, 487. — Simonin, 300. — Somma (L.), 825. — Soncasse, Souza Costa, 363. — Tarvignot, 860. — Thomas, 556. — Tinoco, 159. — Uribe, 1004. — Vaillant, 637. — Valbrune. 960. — Vandeper, 726. — Verdona, 300. — Vignard, 79. — Villeneuve (de), 93. — Vignon, 388. — Viollet, 530. — Viollet, 388. — Vivant, 512. — Wagner (Andréas), 239. — Wilson (E.). 708. — Zeissl, 807. — Zwenger, 442.

Négel, 846.

Nodosités (Les) rhumatismales sous-cutanées, par Troisier, 3.

Nomination (Une) irrégulière, 216.

O

Obstétrique (*Revue de*), par Maygrier. — *Auvard* : De la couveuse pour enfants, 178. — *Dumas* : De la dilatation prœfœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée, 460. — *Dungan* : On puerperal diabetes, 460. — *Hergott* : Spondylizème et Spondylolisthésis, 460. — *Laulaigne* : Contrib. à l'étude de l'anencéphalie, 460. — *Garrigues* : The improved cœsarean section, 460.

Obstétrique et Gynécologie, 347, 613, 658, 677, 694, 867, 1010, 1051, 1071.

Obstruction *Intestinale* (Note sur un cas de) datant de 18 jours et levée par l'électricité, par Bottey, 38.

O. intestinale. Anus contre nature, par Marfan, 847.

Œdèmes éphémères de nature arthritique, par Negel, 846.

Œsophage (Rétrécissements cicatriciels de l'), lec. de Terrillon, rec. par Routier, 161, 189.

Œ. (Rétrécissement de l') dû à un carcinome primitif, par Josias (a), 191.

Officiers de santé et pharmaciens de 2e classe, 221.

Ollivier, 223.

Opéra (L') polymorphe à l'hôpital St-Louis, 159.

Ophthalmie (De l') virulente, par Darier, 1007.

Ophtalmologie (*Revue d'*), par Eperon. — *Bruylants* et *Venneman* : Le Jequirity et son principe phlogogéne, 604. — *Carette* : Emploi du Jequirity et de l'inoculation blennorrhagique dans l'ophtalmie granuleuse, 315. — *Enke* : Berich über die funfzehnte Versammulig der ophthalmologischen Gesells chaft Heidelberg. Jequirity, 687. — *Denarié* : Contribution à l'étude de la syphilis cornéenne, 687. — *Fieuzal* : Mémoire sur la prévention de la cécité, 251. — *Gillet de Grandmont* : De l'action des courants électriques continus appliqués au voisinage du cerveau et des résultats qu'ils produisent en particulier dans l'œil, 251. — *Jannary* : The visual area in the brain determined by astudy of hemianopsiœ, 687. — *Landolt* : L'état actuel de la question de la myopie, 604. — *Sattler* et *L. de Wecker* : L'ophthalmie Jéquiritique et son emploi clinique, 315. — *Robinski* : Zur Kenntniss der Augenlinse und deren Untersuchungsmethoden, 251. — *Salamé* : Des hémorrhagies consécutives aux opérations portant sur le globe de l'œil, 687.

Ophtalmoscopes à réfraction munis de verres cylindriques, 262.

P

Pancréas (Cancer du), par Barbillon, 536.

Pathologie chirurgicale, 41, 165, 303, 321, 809, 942.

Pathologie médicale, 39, 66, 85, 126, 845, 865, 940, 964, 987, 1091.

Pathologie mentale (*Revue de*), par Kéraval. — *Billod* : Des maladies mentales et nerveuses, 820. — Les aliénés en Italie, 820. — *Ritti* : Traité clinique de la folie à double forme, 820.

Pathologie nerveuse, 5, 287, 241, 305, 349, 365. 1008.

Paralysies (Noté sur les caractères cliniques des) psychiques expérimentales. Lec. de Charcot, rec. par Richer (P.) et Gilles de la Tourette, 241.

— (Des) alcooliques, par Féré (Ch.) 475.

Périfolliculites (Sur une variété nouvelle de), suppurées, conglomérées en placards, par Leloir, 518, 534.

Périostites (Des) consécutives à la fièvre typhoïde, Lec. de Terrillon, rec. par Routier, 285.

Pérochaud (J.), 595, 615.

Péroné (Note pour servir à l'histoire des fractures du), par Routier, 809.

Pharmacie (Inspection des), 120.

Pharmacien (Erreur d'un), 239.

Pharmacologie (thérapeutique, etc.), 55, 98, 200, 316, 339, 359, 405, 464, 483, 605, 632, 786, 876, 974, 997, 1019, 1084.

Phlegmon de la cuisse droite chez une femme au neuvième mois de grossesse, par Chantemesse, 369.

Phthisiques (Isolement des), 239.

Physiologie (L'enseignement de la), à la Faculté de Médecine, 89.

Physiologie (Revue de), par R. Blanchard. — *Bordoni-Uffreduzzi* : Le fisiologia del sonno, 668. — *Burdon-Sanderson* : Manuel du laboratoire de physiologie, 668 : — *Jaillet*. De l'alcool, sa combustion, son action physiologique, 668 : — *Preyer*. Eléments de physiologie générale, 668 : — *Richet* (Ch.) : *L'homme et l'intelligence*, fragments de physiologie, 668. — *Stalla* : La matière et la physique moderne. 668.

Physiologie (Ouverture du cours de), 230.

Picard (H.), 39, 66, 85, 845, 865, 940, 964.

Picqué, 209.

Pied (Sur un), creux talus, par Broca, 775.

Piraterie scientifique, 424.

Pitres, 559, 729.

Pneumothorax (Un cas de) fermé, par A. Mathieu, 107.

Polarisation (Note sur la) du corps humain e des Electrodes, par Vigouroux, 515.

Pollution (La) des rivières, 943.

Prince (Un) docteur, 486.

Professeurs des *facultés* (La limite d'âge pour les 1034.

Prolapsus complet de l'utérus, etc., par Vurnier., 966.

Pyurie (La), et son traitement, par Ulzmonn (Trad. par H. Picard), 39, 66, 85, 845, 865, 940, 964.

R

Radius (Décollement épiphysaire des deux), fracture de la cuisse droite, 87.

Rage (De la) dans le département de la Seine, par Capitan, 372.

Raymond (P.), 1017.

Récompenses honorifiques, 424, 486.

Réflexe tendineux (du) dans le choléra, par Josias 1091.

Regnauld (Csurs de pharmacologie), 249.

Région (Note sur la), sylvienne et en particulier sur les plis tempero-pariétaux. par Féré (Ch.).

Richer, 5.

Rivet (J.), 445.

Rhinite (La) des ouvriers soudeurs de boîtes de conserves, par Layet. 257,

Roséole (De la) idiopathique ou Rubéole, par Bourneville et Bricon, 520, 566, 578.

Roussel, 409, 429, 472, 491, 560, 597, 810, 828,

Routier, 533, 809.

S

Sabourin, 19, 65, 391, 639, 722.

Sages-femmes, 123.

Sang (Les parasites du), dans l'hématochylurie, par E. B., 112.

Sarcome myéloïde de l'extrémité inférieure du radius, par Dénucé, 351.

Sarcome de la région sus-hyoïdienne, opération, mort rapide, par Valude, 617.

Saturnisme, hémorrhagies cérébrale et bulbaire. Lec. de G. Sée, rec. par A. Mathieu et Malibran, 827.

Sciences naturelles (*Revue des*), par Blanchard. — *Imbert-Goubeyre* : Recherches sur les solanum des anciens, 746. — *Lanessan* (De) : Flore de Paris, 746. — Œuvres complètes de Buffon, 746. — *Lefébure de Fourcy* : Vade mecum des herborisations parisiennes, 746.

Sclérose primitive des cordons de Goll, par Camusat, 1008 ; — En plaques et maladies infectieuses, par Marie (P.), 287, 305, 349, 365 ; — En plaques (Troubles oculaires de la), par Parinaud. 641.

Secours publics à Paris (La réorganisation des), par Blondeau, 148, 193.

Secret professionnel, 530.

© BIU Santé

Sée (G.), 827.

Service médical de nuit dans la ville de Paris, 102, 317, 344, 608. — *De la Marine*, promotions, 61, 141, 256, 282, 386. — *De santé Militaire*, commission de classement, 15, 16; nom., 104, 159, 221, 238, 239, 254, 282, 386, 422, 511, 671, 1047. — *Austro-Hongrois*, 123.

Simon (J.), 81, 143, 187, 206.

Société d'anthropologie (Séances de la), Compte rendu par Capitan, 73. — *Bureau*, 1048. — (Séances de la), 899. — *Prix* Broca, 1022.

Société nationale *d'acclimatation* de France, 1088.

Société anatomique. Secrétaires: MM. A. Mathieu et Charrin. — *Abcès* du cerveau, par Courtade, 686; — Du cerveau dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, par E. Deschamps, 950; — Des glandes de Cooper simulant un rétrécissement de l'urèthre, par Tuffier, 479; — Du tissu cellulaire, consécutif à un débridement du méat urinaire, par L. Picqué, 398. — *Abdomen* (Traumatisme de l'), par Chaput, 948. — *Affection mitrale*, caillots fibrineux intra-cardiaques, 743. — *Aorte* (Anévrysme de l'), broncho pneumonie chronique du côté gauche, par Ayrolle, 740; — (Rupture de l') ascendante, par Levêque, 400; — (Anévrysme double de l'), par Feulard, 499; — (Anévrysme de l') en arrière d'une valvule sigmoïde, par R. Durand-Fardel; — (De la portion terminale de la crosse de l'), par Lubet Barbon, 721. — *Rétrécissement aortique*, par R. Durand-Fardel, 626. — *Rétrécissement sous-aortique* avec insuffisance aortique et insuffisance mitrale, par Duflocq, 271. — *Anévrysme* diffus, par Sené, 401; — Sacciforme, par Brossard, 686. — *Arthrite* fongueuse du genou gauche, par Picqué, 649. — *Asphyxie* par bol alimentaire pénétré dans le larynx, par Feulard, 313; — *Athérome* aortique et mitral, par R. Durand-Fardel, 332; — Artériel, néphrite sénile, par Jacquet, 268; — Exclusivement limité à la crosse de l'aorte, par Duflocq, 522; — Généralisé, par Richardière, 499; — Généralisé des artères du cerveau par Moussous, 701.

Bassin (Fractures multiples du) et des côtes, par L. Cahu, 704. — *Bureau* pour 1884, 48, 546.

Cachexie cancéreuse, par Lebreton, 311. — *Cancer* annulaire de l'œsophage, par Josias, 12; — Colloïde du rectum, par Dubreuil, 686; — Encéphaloïde du rein, par Pignot, 401; — De l'estomac, par Josias, 49; — De l'ombilic, par Largeau, 992; — (Généralisation du) dans le système osseux survenant à la suite d'un cancer du sein, par Brunon, 175; — Massif du foie, par Richardière, 29; Des ovaires et du rectum, par Halle, 381; — Du pylore survenu sous l'influence d'un traumatisme, par Weber, 720; — Végétant de l'œsophage, par Ayrolles, 948. — *Carré* crural, par Delotte, 948. *Carotide* (Ulcération de la) externe après ligature, par Sapilier, 273. — *Cécité* verbale typique et hémianopsie, par Ballet, 12. — *Cirrhose* graisseuse, par Mathieu, 685. — *Cobayes* morts à la suite de l'inoculation de la morve, par Charrin et Capitan, 481. — *Cœur* (Anévrysme du), par Jacquet, 172; — Hypertrophié, par Bottey, 686; — Très hypertrophié, par Lepard, 720; — (Note sur le poids du) dans quelques cas de lésions rénales, par Féré et Quermann, ; — (Rupture spontanée du), par Josias et Betrémieux, 48; — Rétrécissement et insuffisance de la valvule mitrale, par Lebreton, 784. — *Colonne* vertébrale (Luxation en arrière de la), par Jardet, 269. — *Contusion* oculaire par coup de poing, par L. Picqué, 664. — *Corps* étrangers de l'articulation du coude, par Castex, 499. — *Coxalgie* ancienne, par Morel-Lavallée, 1079. — *Crâne* et cerveau, par Phocas, 686; — (Fracture de la base du), par Morel Lavallée, 401; — (Plaie contuse du), par Jacquet, 92. — *Cyanose* congénitale, par Troisier, 1017.

Dégénérescence kystique du foie et des reins, par Brunon, 152. — *Dénudation* de la veine axillaire consécutive à l'extirpation des ganglions dégénérés dans un cas de cancer du sein, par Varnier, 667. — *Dilatation* bronchique chez un enfant de 6 ans, par Richard, 1081. — *Dilatations* anévrysmales de l'aorte, par Legendre, 498.

Elections, 12, 51, 498, 275, 377, 457, 503, 742 — *Eléphantiasis* (Préparations d'), par Cornil, 333. — *Encéphale* (Tuberculose de l'), par Ayrolles, 172. — *Encéphaloïde* du cœur, par Brunon, 335. — *Enchondrôme* de la tête du péroné, par Gellé, 505. — *Entérotomie*, par L. Monnier, 437. — *Epithélioma* cylindrique du rectum et du foie, par Jardet, 456; — De la langue, par Tuffier, 647; — Mammaire, par E. Valude, 746; — Du tiers inférieur de l'œsophage, par Parmentier, 665; — (Deux cas d') pavimenteux ayant vraisemblablement, pour point de départ un kyste dermoïde de l'ovaire, par Babinski, 29; — Tubulé de la peau de la région fessière, par Babinski, 28; — De la vessie, par Brodeur, 27. — *Erysipèle*, endocardite végétante aiguë, par Dalché, 702. — *Estomac* (Dilatation de l'), par Œttinger, 344. — *Excroissances* molluscoïdes, par Metaxas, 686.

Fémur (Fracture du corps du), par Valude, 265; — (Fracture oblique du), par Jouet, 504; — (Fracture intra-capsulaire du col du), par Léonard, 667. — *Fibro-myome* calcifié, par P. Duflocq, 243; — De l'ovaire, par Hartmann, 544. — *Fibro-myxôme* de la bourse séreuse ischiatique, par Tuffier, 545. — *Foie* cirrhotique, par Malibran et Mathieu, 686; — D'ictère chronique, par Legendre, 545.

Goitre kystique double, par Tuffier, 311; — Observ., par Barth; — Examen histologique, par Gombault, 834. — *Grossesse* extra-utérine, remontant à 15 ans, par Œttinger, 196; — Extra-utérine, datant de 7 ans, par Notta, 377; — Extra-utérine chez un lapin, par Reynier, 545; — Tubaire (un cas de), par Skinner, 549.

Hémichorée sans hémianesthésie, par Morin, 28. — *Hémorrhagie* (Un cas d') cérébrale, par Morin, 311; — Cérébrale au cours de la coqueluche, par Dauchez, 548; — Sous-méningée dans la région de la circonvolution frontale droite, par Marfan, 664. — *Hernie* inguinale ancienne, par Hartmann, 333. — *Hydrocèle* vaginale, par Reclus et Festel 197.

Intestin (Gros), par Durand-Fardel, 720; — (Rupture de l') par le passage d'une roue de voiture sur le corps, sans lésion des parois abdominales, par Tissier, 71; — (Pincement latéral), par Brunon, 93. — *Invagination* intestinale, par Monnier, 437 (V. Enterotome). — *Inversion* splanchnique complète, méningite, par Levêque, 742.

Jambe (Fracture de), par Lejars, 719. — *Jéquirity* (Injection de macération de), par Cornil, 355.

Kyste dermoïde de l'ovaire, par Thouvenet, 153. — *Kyste hydatique*, par Darier, 506; — Suppuré du foie, par Monnier, 294; — Dans le fascia sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure, par Poirier, 719; — Du foie, du poumon droit et de l'ovaire droit, par Pillot, 377; — Du foie, par Dauchez, 587. — *Kyste* du creux poplité, par Castex, 499.

Leucocythémie, par Cornil, 437; — Chez un enfant de quatre ans, par Dauchez, 401. — *Lipome* myxomateux de la face profonde de la peau à la région inguinale, par Malassez, 174; — Vrai sous-claviculaire, par Petit, 401. — *Lithiase* biliaire, Ictère par rétention biliaire, par A. Mathieu, 702; — Rénale, par Ayrolles, 948. — *Lymphadénôme* du testicule droit; Castration, par Ricard, 173.

Mal de Bright, par Merigot de Treigny, 501. — *Mamelles* (La maladie kystique des), par Reclus, 379. — *Maladie* (Un cas de), Kystique du sein, par Grimaraes, 720. — *Méningite* aiguë, par Dauchez, 500. — *Mort* (Cas de) par un pessaire, par Léonard, 741. — *Mort subite*, par rupture du cœur, par Champeil, 1041. — *Myôme* sous-cutané douloureux, par Jardet, 1081. — *Myomes utérins* considérables, par Berthod, 949. — *Myxo-fibrome* du sein, par Hartmann, 333. — *Myxo-sarcome* kystique du sein, 702. — *Myxome* de la cuisse, par Balme, 1038.

Notices biographiques sur Cazalis et Parrot, par Cornil, 546; — Sur G. Homolle, par Letulle, 548.

Obstruction intestinale, par diverticule adhérent au mésentère, par Godet, 332. — *Occlusion intestinale*, causée par un rétrécissement ancien de l'intestin grêle, par P. Berger, 543. — *Organes génitaux* (anomalie des) mâles, par Binet, 498.

Paralysie d'origine syphilitique, par Revilliod, 990; — Faciale par Otite, par Gilles de la Tourette, 498. — *Paralysie générale* spinale subaiguë curable, par Ballet, 273. — *Phalange* (arrachement de la) unguéale du pouce droit avec le tendon du long fléchisseur, 744. — *Phalange unguéale* (arrachement de la) du pouce droit avec tout le tendon du long fléchisseur, par Guermonprez, 783. — *Péricardite* hémorrhagique, par Cochez, 29. — *Perforation* intestinale, par Tuffier et Verchères, 314. — *Pied-bot* varus équin de cause cicatricielle, par Chaput, 624; — Par Broca, 947. — *Plaie* de la main par morsure de cheval, fracture du 1er Métacarpien, par Hartmann, 272. — *Photographies* microscopiques de lésions d'encéphalite, par Daniello, 12. — *Pleurésie* purulente scarlatineuse, Empyème, par Dauchez, 270. — *Polypes* du Larynx (chez une enfant de 5 ans 1/2), par Dauchez, 500; — Utérin, par Revilliod, 481. — *Poumon* tuberculeux, par Ch. Lejars, 835. — *Préparations histologiques*, par Cornil, 545-29. — *Prostate* (Hypertrophie de la, par Picqué (L), 399. — *Pylephlébite* adhésive, Athérome du tronc-porte, impaludisme, par Durand-Fardel, 312.

Ramollissement du lobe droit du cervelet, par Levêque (G.), 501. — *Rapport* sur les candidatures de Ayrolles, par H. Martin, 1037; — Babinski, par Letulle, 123. — Berne, par Chauffard, 11; — Broca, par Reclus, 991; — Baudeur, par Ballet, 376; — Charrin, par Babinski, 480; — Darier, par Déjerine, 1037; — Duflocq, par Chauffard, 1036; — Durand-Fardel (R.), par Letulle, 498; — Gennes (De), par Talamon, 171; — Gilbert, par Desnos, 684; — Jardet, par Coudray (P.), 501; — Legendre Paul, par Ballet (G.), 743; — Lejars, par Netter, 12; — Levêque, par Schwartz, 1039; — Picqué, par Jalaguier, 94; — Richardière, par Merklen, 457; — Tuffier, par Brun, 701; — Valude, par Féré (Ch.), 171. — *Rein* granuleux, par Jardet, 991; — D'urémique, par Mathieu, 506. — *Rétrécissement* cancéreux du rectum, par Lebreton, 380; — Mitral, par Malibran, 619; — Uréthral avec hypertrophie du cœur, par Richardière, 481.

Sarcome de la colonne vertébrale, par Brissaud, 686; — Du creux poplité siégeant dans le nerf sciatique, par Tuffier, 546, — de la dure-mère, déprimant le pli sourcilier à gauche, sans aphasie, par Morin, 29; — Mélanique du pouce, par Hallé, 397; — Multiple des os, par Serré, 991; — des bourses, par Lejars, 1080. — *Sein* (Squirrhe du), fracture du col du fémur, par Tuffier, 272. — *Spondylolistesis* (Sur le) la scoliose et différentes déformations de la colonne vertébrale, par Neugebauer, 481; *Squirrhe* atrophique des deux seins, par Blanchard, 782.

Thrombose de la veine fémorale, par Ayrolles, 457; — De la veine faciale, par Doyen, 686. — *Tibia* (fracture cunéiforme de l'extrémité supérieure du), par Picqué (L.), 524. — *Tuberculisation* des organes génitaux de la femme, par Revilliod, 669. — *Tube* en caoutchouc rouge ayant séjourné 9 mois sans subir d'altération dans un ganglion axillaire où il s'était enkysté, par Monnier, 274; *Tumeur* des méninges cérébrales, par Darier, 666; — Anévrysmale de l'extrémité inférieure du fémur, par Anger (Th.), et Pillot (C.), 502; — Constituée par un éléphantiasis du scrotum, par Reclus; — De la grande lèvre d'aspect papillomateux, par B[illegible], 42; — (Sur une) du volume d'un œuf r[illegible] par les selles et constituée par de l'épithél[illegible] cylindrique, par Déjerine, 273; — Enkystée de la cuisse, par Phocas, 741; — Inflammatoire, par Hache, 27; — De la fesse, par Tuffier, 498; — De la paroi thoracique du creux axillaire, par Monnier, 274; — De l'ovaire, par Hartmann, 608; — Polymorphe des fosses nasales, par Morel-Lavallée, 333; — Sarcomateuse occupant les deux couches optiques, par

© BIU Santé

Richardière, 398 ; — Veineuse du creux poplité, par Tuffier, 623 ; — polypiforme de l'intestin grêle, par Menétrier, 1078.

Ulcère (vaste) de l'estomac, par Geffrier, 503. — *Ulcération* et perforation des follicules isolés du gros intestin dans le cours d'une fièvre typhoïde, par Barth, 703 ; — De l'estomac, par Chantemesse, 835. — *Urèthre* (Rétrécissement de l'), Cystite chronique, par R. Durand-Fardel, 647 ; (Rétrécissement de l'), par Delotte, 784. — *Utérus* (Note sur un cas de rupture complète de l'), par Bar et Secheyron, 1040.

Valeule dans le trajet inguinal, par Morel-Lavallée, 271. — *Varice* du creux poplité, par Tuffier, 498. — *Vessie* (Une) d'enfant par Kischmann, 686.

Société de Biologie. — Compte rendu par Blondeau et Gilles de la Tourette. — *Acholie*, 91, 195. — *Acide* (Sur l') *orthoxyphénylsulfureux*, par Vigier, 491. — *Acide phosphorique* (Recherches sur l'élimination de l') chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique, l'hystérique, par Mairet, 568, 621 ; — (Action de l') salicylique, par Bochefontaine, 521. — *Aimant* (Transfert par l') dans les diverses périodes de la série hypnotique, par Féré et Binet, 568. — *Anastomoses* (Note sur les) de l'hypoglope avec les nerfs cervicaux, par Wertheimer, 873. — *Anesthésie* au moyen de mélanges titrés d'air et de chloroforme, par P. Bert, 25, 568, 497 ; — par voie rectale, par Debieyre, 331. — *Anesthésiques* (Action intime des), par Dubois, 873. — *Aphasique* (Un cas d'), par Brown-Sequard, 331. — *Appareil* (Sur l') digestif de quelques poissons de mer, par Pelliet, 833 ; — pour enregistrer les fermentations, par Regnard, 435 ; — calorimétriques, par d'Arsonval et Ch. Richet, 1014, 1061. — *Artère* (Sur le renflement érectile de l') spermatique chez le fœtus, par Laulanié, 971. — *Atropine* (Action de l'), par Franck, 69 ; — (Action de l') sur le bulbe, par Judée, 1035. — *Azote* (Dosage de l'), par Henninger, 587 ; — (Elimination de l') et de l'acide phosphorique chez les aliénés, par Mairet, 586.

Bactéries (sur la présence des), dans les viscères des cholériques, par Doyen, 1061. — *Bert* (*P.*) (Démission de M.) 873. — *Bubon* (Sur le) dit chancreux, par Straus, 990, 1077.

Cadavres (Nouveau procédé de conservation des), par Philippeaux, 293. — *Calcul* salivaire, par Mégnin, 199. — *Catalepsie* Hypnotique (Contracture dans la), par Brémaud, 46. — *Chrysalides* (Respiration des), par Kunckel, 568. — *Cerveau* (Sections antéro-postérieures du), par Brown-Sequard, 436. — *Chloroforme* (Sur la conservation du), par Regnault, 971 ; — (De l'action du) sur la levure de bière, par Gomez 11 ; — (Anesthésie par le) sur les milieux réfrigents de l'œil, par Dubois, 70 ; — (Caractères différentiels du) et du chlorure de méthylène, par Regnauld, 249 ; — (Injections sous-cutanées de), par Laborde 354. — *Circonvolutions* cérébrales, par Brown-Sequard, 396. — *Cocaïne* (action de la), par Laborde, 1067. — *Cœur* d'un Cachalot, par Beauregard, 522. — *Colchicine* (La), par Oudet, 293. — *Cornée* (Variation de courbure de la), par Javal, 851. — *Corpuscules* calcaires, par Mégnin, 241 ; — Falciformes, par Kuntler et Pitres, 645. — *Courant* nerveux sensitif (Vitesse du), par Bloch, 436. — *Courants* électriques (danger des de haute tension et de haute intensité, par D'Arsonval, 1077. — *Cuivre* (Propriété anti-cholérique des sels de), par Burq, 522. — *Cuivriers* (*Ouvriers* de Villedeu), par A. Ygouf, 25. — *Curare* (Action du), par Judée, 374.

Déglutition (Phénomènes de la), par Arloing, 10. — *Diatomées* (Des), par Pouchet, 354. — *Dilatation* des animaux par la chaleur, par Pouchet, 587. — *Diphtérie* (Sur la) et la tuberculose chez les gallinacés, par Cornil et Mégnin, 971.

Elections, 11. — *Ethers anesthésiques*, par Rabuteau, 267. — *Expériences* sur les causes des variations nycthémérales de la Température, par Morel, 872.

Fermentations (V. appareil). — *Fibres* (Sur les) arciformes superficielles du bube rachidien, par Féré, 1013 ; — (Développement des) nerveuses blanches, par Vignal, 621. — *Fœtus* (communication entre la circulation du) et celle de la mère, par Curie, 1061. — *Foie* de cholériques, par Hanot, 1035.

Galets provenant de l'estomac d'otaries, par Pouchet, 25. — *Gangrène* symétrique momifiante des extrémités, par Vaillard et Pitres, 624.

Helminthe (Sur un) trouvé dans l'intestin d'un oiseau, par Sourment, 1014 ; — *Henninger* (Eloge de), par Grimaux, 971. — *Hypnotique* (État de la fascination de la série), par Brémaud, 249 ; — (Suggestion dans l'état), par Bernheim, 645. — *Hypnoscope*, par Okorowitz, 416. — *Hypnotisation* (Suggestion sans), par Ch. Richet, 883.

Idéoplastie, par Okorowitz, 522, 542. — *Incomptabilités* (Sur certaines), médicamenteuses, par Rabuteau, 25. — *Influences* dynamogéniques (Rôle de certaines) réflexes dans certains cas de suture nerveuse, par Brown-Sequard, 541. — *Injections* intra-veineuses, par Bouchard, 1076.

Kaïrine (Action physiologique de la), par Loyd, 374. — *Kystes* (Origine des) des mâchoires, par Nepveu, 211 ; — Périostiques, par Malassez, 231, 293 ; — Dentaire, par Galippe, 267 ; — Alvéolaires, par Malassez, 331.

Lampyres (Action photogénique des), par Dubois, 1035. — *Levure* de bière (sur la vitalité de la), par Certes et Cochin, 990. — *Liquides* (Sur l'action des) neutres sur la substance organisée, par Dubois, 416.

Maladies (Pièce de), de l'oreille, par Gellé, 833. — *Manuscrit* persan, par Pouchet, 397. — *Maxillaires* (conformation des) et des dents des Fuégiens, par Galippe et Hiades, 521. — *Microbes* de la pneumonie, par Afanassiew, 455 ; — De la fièvre jaune, par Domingos Freire, 946 ; — De la septicémie, par Decagny, 417 ; — en bâtonnets de la diarrhée infantile par Damaschino et Clado, 1076 (Note sur la coloration), par Decagny, 542. — *Moelle* (Influence des sections de la) sur la composition du sang, par Quinquaud, 435. — *Monstre* (Imperforation complète des organes génitaux et de l'intestin), par Hamy, 10. — *Mort* par l'électricité, par Pouchet, 1014. — *Mouvements* fibrillaires de la main, par Ch. Richet, 436.

Nerfs (Lésions des) périphériques chez les ataxiques, par Déjerine, 521.

Œufs (Les) d'une variété d'Œstride, par Chatin, 455. — *Organe* (Sur la disposition de l') folié de la langue des singes, par Boulard et Pilier, 971 ; — Annexes de l'embryon des oiseaux, par Mathias Duval, 850 ; — Génitaux (Deux cas de malformation des), par Pozzi, 151 ; — Oculaires rudimentaires, par Pouchet, 873. — *Ostéo-périostite* (Traitement de l') alvéolo-dentaire, par Galippe et Malassez, 645. — *Otite* externe périostique circonscrite, par Gellé, 850. — *Oxygène* (sur les inhalations d') sous pression normale, par Quinquaud, 1014.

Paraldéhyde (action de la) sur le sang, par Quinquaud, 293. — *Paralysies* musculaires, par Déjerine, 850. — *Peigne* (Homologie du) des oiseaux et du corps vitré des mammifères, par Duval et Réal, 1035. — *Poison* (Un) employé par les Mois, par Bochefontaine, 211. — *Poisons* dits musculaires sur la force musculaire mesurée au dynamomètre, par Quinquaud, 1076. — *Prix* Godard, 610. — *Pyrophores* (Physiologie des), par Dubois, 1014.

Safranine (Coloration des coupes de la moelle à l'aide de la), par Adamkiewicz, 989. — *Salmonides* (développement des), par Henneguy, 1061. — *Sang* (V. moelle épinière) ; — (Sur la transfusion du) peptonisé, par Afanasiew, 497 ; — Examen spectroscopique du), par A. Robin, 1061. — *Sclérose* latéale amyotrophique, par Pierre Marie, 10. — *Sclérostoma* armatum, par Thierry, 971. — *Sécrétion* mammaire, par de Sinety, 331. — *Sensibilité gustative* (Rapidité d'action des différents métaux sur) par Ch. Richet, 11. — *Septicémie* (Sur une nouvelle), par Charrin, 645. — *Spectre* solaire déterminé par l'hémoglobine, 1035. — *Spermacet i* (Développement du), par Beauregard et Pouchet, 645. — *Substance grise* (La formation de la) embryonnaire, par Vignal, 478. — *Suggestion* mentale, par de Varigny, 478. — *Sueur* (suppression de la) au niveau des engelures, par Kauffmann, 212. — *Sulfate de cuivre* (étude expérimentale sur l'action microbicide du), par Bochefontaine, 24, 150. — *Système nerveux* irido-dilatateur cardiaque, par Franck, 374.

Température rectale (variations de la) déterminées par l'activité psychique, par Gley, 354. — *Tuberculose* (Recherches sur la) zooglénique, par Vignal, 436. — *Tympan* (compression de la corde du), par Déjerine, 663.

Urine (Toxicité des), par Bouchard, 1035.

Valériane (De la) dans le pansement des plaies, par Arragon, 947. — *Varaire* blanc, par Courtin, 833. *Végétaux* (fécondation des), par Decagny, 1035. — *Vésicants* (Développement des), par Beauregard, 833. — *Vésicules* séminales (Nature des) chez le cochon d'Inde, par Duval, 212. — *Virus* syphilitique et virus du chancre mou, par Gibier, 1062. — *Vitesse* de transmission de l'onde musculaire, par Bloch, 851.

Société de chirurgie. Compte-rendu, par Poirier. — *Adénome* de la paroi rectale, par Pozzi, 525. — *Albuminurie* dans les opérations avec anesthésie par le chloroforme, par Terrier, 1062. — *Amputation* ostéoplantaire du pied, par Villeneuve, 1042. — *Anévrysme* cirsoïde, par Després, 295. — De la fémorale, par Després, 233 ; — Cirsoïde, par Berger, 314 ; — par Trélat, 336 ; — Inguinaux et ligature de l'iliaque externe, par Kirmisson, 507. — *Astragale* (Résection de), par Robert, 50.

Bec de lièvre double compliqué, par Houzet, 1016.

Calcul uréthral, par Guyon, 51. — *Canule* trachéale, par Perier, 52. — *Colotomie* (Application de la), au traitement des fistules vésico-intestinales, par Dumesnil, 854. — *Congrès* annuel de chirurgie française, 439, 457. — *Chlorhydrate de Cocaïne* (Sur l'emploi du), par Terrier, 972. — *Corps* étrangers (Sur une variété de), de l'articulation du genou, par Nepveu, 402. — *Corps* fibreux utérins, par Pozzi, 295 ; — Thyroïde (Extirpation du), chez les animaux, par Gréhant, 947. — *Crâne* (Fracture de la base du), par Moty, 524.

Déviations rachitiques (Traitement des), par Saint-Germain, 30. — *Diabète* (Traitement du), par Campardon, 295.

Ectrodactylie par Guermonprez, rapport par Berger, 874, 950. — *Elections*, 52. — *Epanchements* graisseux, par Ledentu, 952. *Eponge* chirurgicale, par Gamgée, 439. *Estlander* (Opération d'), par Lucas-Championnière, 30, 135, 853.

Fracture du radius, 438, 439 ; — (De la), de la paroi antérieure du conduit auditif, par Baudrimont, 199. *Fistules* uréthro-péniennes, par Robert, 233, 1042 ; — Sterco-purulentes, par Nepveu, 438, 439 ; — Vésico-vaginales (traitement des), par Hergott, 508.

Ganglions tuberculeux, par Chauvel, 135. *Gastrotomie*, par Terrillon, 250. — *Genu valgum*, par Després, 51 ; — Opéré par l'ostéotomie, par Lucas-Championnière, 1016.

Hernie inguinale congénitale, par Dubourg, 951 ; — Inguinale, par Kirmisson, 402 ; — *Hydarthrose* tuberculeuse, par Poulet, 854 ; — Tuberculeuse, par Chauvel, 1042. — *Hystérectomie* vaginale, par 550.

Intestin (Cloisonnement du gros), par Lannelongue, 176. — *Infection* purulente, par Després, 233, Verneuil et Gaillard, 507, 250.

Kyste hydatique de la prostate, par Nicaise, 524.

Laparotomie (Deux), par Lucas Championnière, 51. *Ligature* (La) dans la continuité des vaisseaux, par Cross, 875.

Moignons (Conicité physiologique), par Kirmisson, 507, 524. — *Mutilations* de la main (Intervention tardive dans les), par Guermonprez, 520 ; —

© BIU Santé

(Pronostic et traitement des), par Richelot, 358. — *Narine* (Oblitération d'une), par Berger, 382
Nerf dentaire inférieur (Résection du), par Monod 589.
Ostéites (Spécificité des), 315. — *Ostéomyélite* (Sur les suites éloignées de l'), de l'adolescence, par Verneuil, 993, par — Trélat, 1015. — *Ovariotomie* par Villeneuve, 1062.
Périnéorrhaphie, par Quérel, 315, 336; — Par Monod, 358. — *Paupières* (Ecarteur des), par Terrier, 508. — *Plaie* pénétrante de l'abdomen et de la poitrine, par Guerlain, 30. — *Poignet* (Luxation du), par Dieu, 294. — *Polydactylie* (Un cas de), par Houzel, 1016. — *Polype* naso-pharyngien, par Verneuil, 213; — Fibreux intra-utérin, par Pozzi, 951. — *Prolapsus* utérin (Un cas de) irréductible guéri par l'ablation d'une partie de l'utérus par une ligature élastique, par Thomas, 315.
Radius (Consolidation vicieuse des fractures du), par Bouilly, 402, 438 (V. fractures). — *Râle* de 6 kilog., par Terrier, 507. — *Résection* costale multiple contre un empyème datant de plusieurs années, par Hermann, 337; — De l'astragale, par Ollier, 337.
Taille hypogastrique, par Périer, 1082. — *Thérapeutique* (Sur la) de l'ectropion, par Vieusse, 992. — *Thyroïdectomie*, par Schwartz, 951; — Par Verneuil, 972; — Par Marchand, 1042. — *Trachélœmatome* (Considérations sur le) des nouveaux-nés, par Tordeus. — *Traumatisme* (Des) chez les diathésiques, par Verneuil, 381. — *Trépidation* épileptoïde du bras, par Poulet, 1062; — D'origine traumatique, par Chauvel, 1082. — — *Trichiasis* (Du) par les cautérisations au thermo-cautère, par Trousseau, 992. — *Tumeurs* dures (Diagnostic différentiel des) de la voûte palatine, par Magitot, 276; — Cirsoïdes, par Polaillon, 358.
Utérus (Note sur l'extirpation totale de l'), par Demons, 507; — (Extirpation totale de l') pour cancer suivie de néphrectomie, par Boeckel, 458; — (Col de l') amputé, par Gallard, 508, 550, 558.
Valgus (Sur une variété de) pied plat avec phénomènes particuliers du côté de la malléole, externe et de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, par Terrillon, 51, 52. — *Varices* lymphatiques, par Bousquet, 359.
S. *française d'ophtalmologie*, 61, 96, 115, 1088.
S. *française d'otologie et de laryngologie*, 35, 281, 357, 384.
S. *française de tempérance*. — *Bureau* (formation du), 17, 282; — *Prix*, 610.
S. *de géographie*, 104.
S. *géologique de Londres*, 159.
S. *d'hydrologie médicale de Paris*. — *Bureau* (constitution du), 17.
S. *de médecine légale*. — *Ordres* du jour, 35, 123, 141, 203, 362, 387, 424, 468, 960, 1022.
S. *médicale des bureaux de bienfaisance*; — Banquets, 211; — Bureau, 1088.

Société médicale des Hopitaux. Compte-rendu par Comby. — *Acide* phénique (injection hypodermique d'), par Dieulafoy, 875. — *Appareils* pour extraire le suc gastrique de l'estomac, par Dujardin-Beaumetz, 1016. — *Cancer* de l'estomac (Diagnostic du), par Dujardin-Beaumetz, 628; — pharyngo-laryngien, par Gouguenheim, 136. — *Choléra*, 549; — (Instruction sur le meilleur traitement en cas d'épidémie du), par Vallin, 589. — *Clinique* thérapeutique, par Dujardin-Beaumetz, 13. — *Dilatation* (Sur la) de l'estomac et son rôle pathogénique, par Bouchard, 506; — variqueuse de la veine sous-cutanée abdominale, par Troisier, 336. *Diphtérie* (Traitement de la), 437. — *Elections*, 12. — *Empyème* pulsatile, par Féréol 232. — *Endocardite* ulcéreuse (micro-organisme de l'), par Grancher, 438. — *Estomac* (Anévrysme miliaire de), par Gallard, 177. — *Fièvre* palustre (Traitement de la), par Dieulafoy, 835; — typhoïde (sur la contagion de la), par Laveran, 177. — *Filtre* (nouveau), par Vallin, 628. — *Foyers* multiples d'apoplexie pulmonaire, par Desplats, 418. — *Gangrène* (Un cas de), par Hanot, 687. — *Gommes* (Les) scrofulo-tuberculeuses hypodermiques, par Letulle, 1016. — *Hémophilie*, par Robin, 53. — *Hystérie*, par Debove, 336. — *Inoculation* à des Cobayes du liquide des épanchements séreux de la plèvre chez des sujets tuberculeux, par Gombault et Chauffard, 686. — *Lasègue* (Eloge du Professeur), par Desnos, 13. — *Lèpre* anesthésique, par Labbé, 1016. — *Micro-organismes* de l'endocardite ulcéreuse, par Grancher, 438. — *Nom*. de Oulmont, de Beurman et Muselier, 550. — De Brissaud, Merklen et Faisans, 973. — *Organes* (moulage) génitaux externes, par Gérin Roze, 1016. — *Paralysie* radiale, par Joffroy, 417. — *Phthisiologie* (commission de), 1063. — *Pneumonie* chronique, par Debove, 94; — lombaire, par Laveran, 336. — *Revaccinations* (Lettre sur les) obligatoires, par Pigeon, 12. — *Sang* (La transformation du) dans le mal de Brigth, par Dieulafoy, 53, 94. — *Sclérose* pulmonaire (symptômes et diagnostic de la), par Du Castel, 275. — *Sciatique* (Traitement de la) par la congélation, par Debove, 686. — *Syphilis* (Sur la) chez le singe, par Martineau, 177. — *Trachée* (après trachéotomie), par d'Heilly, 336. — *Tuberculose* pulmonaire (prophylaxie de la), par Vallin, 590, 973. — *Ulcérations* tuberculeuses du voile du palais et de la voûte palatine, par DujardinBeaumetz, 13. — *Ulcère* simple de l'estomac, par Debove, 325.
S. *de médecine de Paris*. — *Ordres* du jour, 35, 123, 159, 203, 239.

Société *de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, compte rendu par Josias, . — *Bureau* pour 1884, 17. — *Banquet* annuel, 1003. — *Choléra* (Epidémie du), par Proust, 551; — (Discussion sur le), 603. — *Commission* des égouts (rapport), par Trélat, 603. — *Décomposition* cadavérique hâtive, par Perrin, 855. — *Eaux* d'égoût, 1016, 1043. — *Examens* libres du Sanitary Institut of Great Britain, par Durand-Claye, 000. — *Fauvel* (Mémoire sur la vie et les travaux du Dr), par Proust, 1016. — *Filtre* en porcelaine, par Vallin, 603; — *Hygiène* (Note sur l') des ouvrières en fleurs artificielles, par Napias, 1016; — *Médecin* (Note relative au) de l'état civil chez la nouvelle accouchée, par Marius Rey, 1042. — *Naissances* (Causes de la diminution du nombre des) en France, par Javal, 855; — *Ozonisation* de l'air des appartements, par Brémond, 603.
S. *Médico-psychologique*, 17, 79, 159, 300, 344, 530, 610, 860, 978, 1088.
S. *médico-physique de Florence*, 159.
S. *Néerlandaise de crémation*, 556.
S. *de secours mutuels des ouvriers en instruments de chirurgie*, 556.
S. *de pharmacie de Paris*, 61.
S. *pour la propagation de la crémation*, 103.
S. *protectrice de l'enfance de Lyon*, 486.
S. *Royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 255.
S. *des Sauveteurs de la Seine*, 486.
S. *savantes de la Sorbonne* (Congrès des), 104.
S. *de secours aux blessés militaires*, 221, 299.
S. *de statistique de Paris*, 17.

Société de thérapeutique. — Compte rendu par Bottey et Gilles de la Tourette, ; — *Bureau*, 35. — *Aconit*, par Catillon, 214. — *Aldéhydate* (L') d'ammoniaque, par Dujardin-Beaumetz, 137. — *Appareil* destiné à produire de l'acide carbonique, par Campardon, 53. — *Bains* de vapeur térébenthinés, par Brémond, 419. — *Blennorhagie* (Traitement de la), par Chameron, 854. — *Boisson* (La meilleure), par Dujardin-Beaumetz, 628. — *Caféine* (La), par Huchard, 952. — *Chloroforme* (Du) dans les maladies infectieuses, par Joulie, 569. — *Comptes rendus* des travaux pendant l'année 1883-1884, 836. — *Cystite* chronique (Traitement de la), par Brame, 337. — *Diabète* (Traitement du) par les douches d'air, par Campardon, 277. — *Digitale* (action diurétique de la macération de), par Moutard-Martin, 481. — *Elections*, 277. — *Estomac* (Régime sec dans les maladies de l'), par Huchard, 551. — *Euphorbia* pilulifera, par Petit, 459. — *Folliculite* blennorrhagique, par Martineau, 551. — *Gravelle* (Traitement de la), par Brame, 137. — *Goudronnière*, par Martineau, 569. — *Hamamelis* virginica, par Blondeau, 337; — Par Dujardin-Beaumetz, 459; — par Campardon, 1016. — *Hydrate* de therpilène, par Labbé, 459. — *Iridin* (L') par Guéneau de Mussy, 418. — *Jaborandi* (Efficacité du), par Guéneau de Mussy, 952. — *Kola* (La), par Dujardin-Beaumetz, 459. — *Leucorrhée* (Traitement de la), par Brame, 481. — *Médicaments* nouveaux, 1062. — *Méningite* tuberculeuse (Guérison de deux cas de), par Séjourney, 54. — *Orthomyphny sulfureux* (Acide), par Vigier, 551. — *Oxygène* (Siphons d') par Dujardin-Beaumetz, 481. — *Ozone*, par Brémond, 627. — *Paraldéhyde*, par Dujardin-Beaumetz, 54; — Par Yvon, 95. — *Piscidia erythrina*, par Limousin, 337. — *Sang* (Transfusion du), par Roussel, 178. — *Tannerie* (Matériel employé dans la), par Limousin, 54. — *Thermomètres* pour les températures locales superficielles, par Constantin (Paul), 137. — *Toux* coqueluchoïde, par Séjourney, 54. — *Vaginite* (La) non blennorrhagique, par Martineau, 136. — *Vichy* (Les sources de) par Durand-Fardel, 95.

Sonde (Note sur une), pour pratiquer le lavage de la cavité utérine et d'autres cavités, par Budin, 613, 658, 677, 694.

Sporozoaires (Les), par R. Blanchard, 869, 1011, 1074.

Statue Dumas, 530; — (Erection d'une) au docteur Guislain, 79.

Straus, 981, 1025.

Sublimé corrosif (De l'emploi du), comme antiseptique, par Bonnaire, 290.

Subvention à la maison nationale de Charenton, 1084,

Syphilicoccus, par Bricon, 735, 759, 814; — Perrier, 87, 393.

T

Table *des matières*, 1105 à 1115.

Terrillon, 37, 161, 125, 189, 285, 489, 657, 757, 863, 983.

Tétanos traumatique (Du traitement du) et de la chorée par les applications d'éther pulvérisé sur la colonne vertébrale, par Bouteillier, 793.

Testut, 1029.

Thérapeutique (*Revue de*), par Bottey et Bricon. *Amblard* : De la médication bromo-chloratée dans l'état de mal épileptique, 31. — *Anales* de obstetrica : Le gui de chêne, 277. — *Archivos* di terapeutica : Mefitis americano, 277. — *Brémond* (E.) : Bains de vapeurs térébenthinées contre les maladies par ralentissement de nutrition, 1083. — *Bouchardat* : Annuaire et thérapeutique pour 1885, 1083. — *Delthil* : D'un traitement spécifique de la diphtérie, 508. — *Dungan* : Aletris farinosa, 277. — *Fonssagrives* : Principes de thérapeutique générale, 508. — *Fontaine* (A.) : Traitement dosimétrique de la diphtérie par le sulfure de calcium, 1083. — *Frantzel* : Ueber die Wirkung des Hyoscins gegen die Nachiweise der Phthisiker, 277. — *Freire* : El chlorhydrate de pereirina en los fiebres intermittentes paludicas, 277. — *Godin* et *Barberet* : Notes de thérapeutique et de matière médicale, 508. — *Harman* : Asclepias incarnata, 277. — *Harmand* : Etude sur le Coaltar saponisé Le Bœuf, 508. — *Horn* : Cascara sagrada, 277. — *Leblond* : Etude physiologique et thérapeutique de la Caféine, 31. — *Marpiano* : Convallaria maïalis convallarine, convallamarine, 31. — *Marchand* : Des propriétés toxiques du chlorate de potasse, 508. — *Masini* : Du traitement de l'Eczéma par l'acide picrique, 74. — *Mayer* : Sur le traitement de la diphtérie des amygdales et du pharynx, 31. — *Pécholier* : Note sur les effets antizymotiques du tabac,

© BIU Santé

1083; — *Queirolo* : Sull' uso ipodermico della caffeina, 74. — *Rabuteau* : Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie, 508. — *Rafle* : Nitrito di sodio nell' epilessia, 277. — *Rivista* clinica terapeutica : Virburnum opulus, 277. — *Schatz* : Ueber Gynœkologische Medication, 277. — *Schwardi* : A Traumaticin, 74. — *Seifert* : Ueber die Wirkung des Agaricin gegen die Nachtschweisse der Phthisiker, 74. — *Wells* : De l'action révulsive de la Méduse, 74.

Transfusion (de la) directe du sang vivant, par Roussel, 409, 429, 472, 491, 560, 597, 810, 828.

Troisier, 3.

Trichinose (La) et la prohibition des viandes américaines, par Blondeau, 7, 185.

Tuffier, 147, 942.

Tumeur miligne du testicule. Lec. de Terrillon, rec. par Rouier, 657.

U

Ulcère de l'estomac (Nouveau traitement de l'), 565.

Ulcérations trachéales après la trachéotomie, par Bataille, 987.

Universités étrangères. — Allemagne, 221, 257, 592, 609, 654, 924, 960, 1003. — Angleterre, 923, 220. — Autriche-Hongrie, 16, 575, 300, 926, 960. Belgique, 928. — Brésil. 930. — Canada, 934. — Chili 933. — Chine, 934. — Colombie, 933. — Danemark, 928. — Espagne, 79, 929. — Etats-Unis, 933. — Grèce, 930. — Hollande, 928. — Italie, 185, 929. — Japon, 934. — Mexique, 930. Norvège, 928. — Pérou, 933. — Portugal, 929. — République Argentine, 933. — Roumanie, 61. 300, 930. — Russie, 930. — Serbie, 930. — Suède, 928. — Suisse, 257, 318, 672, 927. — Turquie d'Europe, 30. — Uruguay, 933. — Vénézuela, 933.

Urine (L') normale toxique, par Chantemesse, 1057.

U. (Infiltration d') abcès urineux; Lec. de Terrillon, rec. par Rettier, 863.

U. (Rétention d'), hypertrophie de la Prostate, par Ladroitte, 289.

Utérus (Note sur les lésions des organes urinaires consécutives à la chute de l'), par Ch. Féré, 22.

U. (Equivalent pécuniaire d'un polype de l') aux Etats-Unis, 141

U. (Prolapsus complet de l'), par Varnier, 966.

V.

Varia. — *Allemagne* (Opinion défavorable de l') au sujet des quarantaines, 607. — *Acide* sulfureux (Emploi de l') pour la destruction des insectes dans les casernements, 157. — *Admission* et avancement des médecins et pharmaciens dans le cadre des off. de réserve et de l'armée territoriale, 56. — *Aliénés* (Rapport présenté par M. Bourneville sur les), 217, 233, 253, 280; — (Asile d'), 787, 804, 823; — (Le rattachement du service des) à l'Assistance publique, 138; — (Le transfert des), 121. — *Ambulances* (Les) urbaines, 707. — *Année* (L') médicale, 636. — *Annonce* (Une bonne), 18. — *Assainissement* de la Campagne romaine, 32. — *Assistance* (L') publique et le Conseil municipal, 706; — Et les internes de la Charité, 707. — *Association* générale des étudiants des facultés et écoles supérieures de Paris, 859; — Générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, 441. — *Ateliers* (Les) de la nouvelle section des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre, 748. — *Audition* à l'école, 14. — *Autopsie* de St-Elme, 573, 591, 635; — Proprement dite, par Bourneville et Bricon. 57, 877, 957, 976, 999, 1046, 1085. — *Banquet* annuel de l'internat, 299. — *Brouardel* (Cours de), 958. — *Castration* volontaire, 33. — *Choléra* (Le) à Marseille, 633; — (Le) et la faculté de Montpellier, 671; — (Le), 385, 555, 573, 590, 606, 652, 671, 689, 706, 724, 751, 769, 786, 804, 822, 842, 859, 878, 956, 975, 999, 1021, 1046, 1085. — *Circulaire* déterminant la situation des étudiants en médecine aspirant au doctorat, 421. — *Claude Bernard* (La veuve de), 554, 707. — *Commission* de la rage, 422. — *Comité* consultatif d'hygiène publique, 823. — *Conférence* d'Auxerre, 807. — *Congrès* français de chirurgie, 1085. — *Crémation* (La) devant le parlement d'Angleterre, 574; — (La), 5, 607, 725, 788; — (Nouvelle société pour la), 607; — (M. Price et la), 607. — *Cuivre* (Le) et le choléra, 281. — *Curiosité* pharmaceutique, 633. — *Démission* de M. Quentin, 804. — *Eaux* minérales: récompenses académiques, 361. — *Ecole* départementale d'infirmiers et d'infirmières de l'asile Ste-Anne, 859; — D'infirmiers à Gênes, 421. — *En arrière*, 1085. — *Epidémies*, récompenses académiques, 360; — De cholérine à Villejuif, 634. — *Etudiants* (Les) catholiques de Madrid, 1001. — *Exercice* de la médecine (Projet de loi sur l'), 976. — *Exposition* de bébés, 806; — De l'art médical, 634. — *Faculté* (La) de médecine de Prague, 769. — *Fièvre* typhoïde (La) en Suisse, 406, 441, 555. — *Générosité* médicale, 806. — *Héritiers* (Plus d') antipathiques, 956. — *Hôpital* (L') de Blegdam, 957. — *Hospice* d'Ivry (laïcisation de), 1085. — *Hospices* (Les) de Bicêtre et de la Salpêtrière, 976. — *Immunité* des ouvriers en cuivre pour les maladies épidémiques, 33. — *Impressionnabilité* (Un cas d'), nerveuse, 510. — *Institut* (L') de Ste-Marylebone pour former les infirmières laïques, 805. — *Jurisprudence* médico-pharmaceutique, 58; — Médicale, 122. — *Koch* (Le Dr), 591, 634. — *Laïcisation* des hôpitaux, 859. — *Logements* (Les) insalubres en Angleterre, 138. — *Médecins* (La responsabilité des), 317; — Inspecteurs des écoles, 298. — *Médecine* (Exercice illégal de la), 689. — *Menstruation* précoce, 17. — *Microbomanie*, 281. — *Mission* du cap Horn, 58. — *Montsouris* (Incendie au laboratoire de), 17. — *Musée* d'hygiène de Parkes, 805. — *Observatoire* (Un) sous-marin, 139. — *Ostéoclasie*, 442. *Ouvrage* (Un) extra-médical de Ferrand, 959. — *Praticien* (Un), complaisant, 141. — *Piraterie* (Un bel exemple de), 255. — *Presse* (Opinion de la) étrangère, 76. — *Prix* (Distribution des), à l'école municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, 1019; — De la Pitié, 1063; — De la Salpêtrière, — *Protestation* de la société médicale du IIIe arrondissement, 1046. — *Représentation* (La) donnée à l'hôpital St-Louis, l'opéra polyuorphe, 57. — *Renaudot* (Statue de), 960. — *Rouffy* (Statue de), 960. — *Salaisons* (Les) d'Amérique, 14. — *Service* médical de nuit dans la ville de Paris, 958. — *Schwenninger* (Affaire, 1000. — *Sœurs* (Pauvres), 143; — (Remplacement des) par des laïques à Charingcross-Hospital, 255. — *Spitzer* (Affaire), 977, 1000. — *Stations* balnéaires des Pyrénées, 636. — *Tuberculeux* (La séparation des) dans l'armée allemande, 139. — *Université* (Cinquantenaire de l') de Kiew, 859. — *Viandes* (Les) d'Amérique, 157. — *Vivisection* (Les adversaires de la), 139. — *Zouave* (Le) Jacob, 300.

Veines (Faits pour servir à l'histoire des) sus-hépatiques dans le foie. Racines glissonnières des veines sus-hépathiques, par Sabourin, 639.

Vérole (L'origine ancienne de la), par Gilles de la Tourette, 478.

Vésicules (des) séminales, anatomie et pathologie, pat Guelliot, 97,

Viabilité (De la) du nouveau-né, par Rivet, 445.

Viandes salées d'Amérique, 221.

Vétérinaire du service de santé, 327.

Vigouroux (R.), 515, 577.

Vision mentale (un cas de perte de la) chez un mélancolique anxieux, par J. Gotard, 22.

Voies urinaires (*Revue des maladies des*), par Malherbe. — *Guiard* : Du développement spontané des gaz dans la vessie, 13; — Etude clinique et expérimentale sur la transformation ammoniacale des urines dans les maladies des voies urinaires, 13. — *Kirmisson* : Des modifications modernes de la lithrotritie, 296. — *Pouillet* : Etude médico-psychologique sur l'onanisme chez l'homme, 296. — *Thompson* : The diseases of the prostate; their pathology and treatment, 296.

Voyage médical de la vie, 141.

W

Wurtz (A.), par Gilles de la Tourette, 394.

X.

Xanthélasma (Notes sur les altérations du tissu élastique dans le), par Balzer, 713.

Y.

Yvon, 1033.

ADDENDA.

Bibliographie. — *Möbius* : Sur la paralysie du moteur oculaire commun à retour périodique (an. P. Marie), 1103.

Correspondance. — Les étudiants étrangers, 1102.

Société anatomique. — *Adénome* sarcomateux kystique de la mamelle, par Valude, 1100. — *Cancer* du foie et de l'estomac, par Derville, 1101. — *Epithélioma* cylindrique de la vésicule biliaire, par Lermoyez, 1095; — du sinus maxillaire, par Ribail, 1096. — Hermaphrodisme; anomalie de la veine cave; processus us-épicondylien, par Hutchinson fils, 1099. — *Rapport* sur la candidature de M. Hutchinson, par Féré, 1099. — *Lipome* de la face interne du bras droit, par Festal, 1099. — *Organes* constituant le hile du foie; mort par hémorrhagie avec des signes d'hépatite parenchymateuse, par Berbez, 1097. — *Reins* (Dégénérescence kystique des), par Chéron, 1100. — *Rétrécissement* mitral, par Jardet, 1094. — *Tuberculose* pulmonaire et surrénale, par Tissier, 1098.

Société de thérapeutique. — *Antipyrine*, par Huchard, 1102 (an. Gilles de la Tourette).

Subvention *aux asiles nationaux* de Vincennes et du Vésinet (Discours de M. Bourneville à la Chambre des députés), 1103.

Varia. — *Place des internes* dans les hôpitaux, 1104.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71.